

介護予防ケアマネジメントの手引き

(介護予防支援を含む)



ひっぺい ©磐田市

令和8年4月 第1版

磐田市

目 次

第1章 介護予防・日常生活支援総合事業の概要

1 介護予防・日常生活支援総合事業の目的・基本的な考え方	1
2 総合事業の構成	4
3 サービス・活動事業の対象者	5
4 相談受付からサービス利用までの流れ	6
5 一般介護予防事業及びサービス・活動事業の種類	7

第2章 介護予防ケアマネジメント

1 介護予防ケアマネジメントの目的・基本的な考え方	11
2 要支援者・事業対象者に対する支援について	12
3 介護予防ケアマネジメント実施の手順	15
4 介護予防ケアマネジメント業務の流れ	16
(1)手順のポイント	
(2)介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例	
(3)基本チェックリストについて	
(4)委託居宅介護支援事業所から地域包括支援センターへの提出書類一覧	
5 「介護予防ケアマネジメント」と「介護予防支援」の違い	31

第3章 給付管理・請求事務

1 介護予防ケアマネジメントの届出	32
2 介護予防ケアマネジメント費等の請求	33
3 認定申請と総合事業サービスの取扱	33
4 取り下げ	36
5 代理受領委任状	37

第4章 その他

1 地域リハビリ同行訪問	38
2 短期集中予防サービス	47

第5章 介護予防ケアマネジメントに関する Q&A	53
--------------------------------	----

第6章 様式

第1章 介護予防・日常生活支援総合事業の概要

1 介護予防・日常生活支援総合事業の目的・基本的な考え方

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域全体で高齢者を支え、高齢者も自らの能力を最大限に活用しつつ、介護予防に取り組むことが大切となっています。

この仕組みとして、介護保険法の改正により、地域包括ケアシステムの推進、持続可能な介護保険制度の構築を目的とし、介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)が創設され、磐田市では、平成29年4月にスタートしています。

従前の介護予防事業等では心身機能の回復を目的とした機能回復訓練が中心でしたが、訓練終了後の維持の視点が薄かったこと等から、総合事業では機能回復を中心とした介護予防の手法だけでなく、「生きがい」や「役割」をもった居場所と出番づくりといった社会参加など、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスが取れたアプローチが重要であるとされ、要介護状態になっても「生きがい」と「役割」を持って生活できる地域の実現を目指すとされています。

目的・基本的な考え方

- 住民主体の多様なサービス・活動の充実を図り、居宅要支援被保険者等の選択できる生活支援介護予防サービスを充実し、在宅生活の安心確保を図る。
- 住民主体のサービス利用の拡充による生活支援・介護予防サービスの充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による要介護・要支援認定に至らない高齢者の増加、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等により、結果として費用の効率化が図られることを目指す。



【出典】三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業 報告書」、平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

(1) 磐田市の状況

本市の高齢者人口は約4.9万人(令和6年度末)で、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年に向けて高齢者人口がピークを迎えるとともに、介護ニーズの高い80歳以上人口が急速

に増加することが見込まれています。

○本市の総合事業は、基準緩和型サービス(サービス・活動A)、短期集中型予防サービス(サービス・活動C)を中心に事業を展開していますが、実際の利用の殆どが従前型サービスの利用に偏っています。磐田市社会福祉協議会や地域の社会福祉協議会が運営する「せいかつ応援倶楽部」が、介護保険外サービスとして生活支援サービスを提供していますが、いわゆる団塊の世代が後期高齢者になり介護ニーズの増加が見込まれるなか、介護専門職の人材不足が叫ばれており、真にサービスを必要とする人に必要なサービスを提供するためには、軽度者に対するサービス利用についての検討が必要になっています。

○いきいき百歳体操をはじめとした住民主体の「通いの場」の数は県内で上位にありますが、通いの場で聞いた声の中には

「通いの場に来なくなった人は、今はどうしているんだろう…」

「デイサービスを利用している人もいるようだけど、地域の中では、見かけなくなっちゃった」

といった声が聞かれる一方、通いの場に行けなくなった方たちからは、

「自分が老いた姿を見られたくない」

「生活は何とかなっているから、市や地域包括支援センターに相談するほどではない」

「本当に困ったら、限界がきたら介護サービスのお世話になろうかね」

という声があります。地域とのつながりが減りながらひっそりと暮らしている状況や、老いを自覚できなかったり隠したいという想い、本人だけでなく家族も限界ギリギリまで頑張る(我慢する)意識が感じられます。

○総合事業の財源は国・県・市の交付金及び保険料ですが、交付金は介護予防に関する事業の実施状況、介護保険の運営状況、75歳以上の被保険者の数等を基に政令で定める額(上限額)の範囲内とされており、総合事業への移行前年度の金額を基本に、75歳以上高齢者の伸び率等を勘案した額を上限額としています。本市ではこれまで交付上限額を上回ることはありませんでしたが、令和6年度交付金の当初申請時には、初めて原則とする上限額を上回ることになりました。実績報告では上限額を下回りましたが上限額の90%を超える状況が続いており、市民の負担を抑制するためには、サービス提供に要する費用額をどのように抑えるかが重要です。

本市では多様な主体が生活支援サービスや介護予防の取組を提供している一方、高齢者の社会参加の促進や要介護状態、重度化する前の支援が不足していると考えられます。また、交付金は限度額の範囲内であるものの、今後の高齢者の年齢構成を考えると、費用額の抑制は急務です。

このような状況から本市では以下の方針を策定し、令和5年度からは地域リハビリテーション活動支援事業のモデル事業を開始しました。令和6年度から市内全域で実施するとともに、短期集中予防事業(サービス活動・C)を利用しやすいよう見直し、生活支援コーディネーター(SC)が地域資源とのつながりをサポートすることで、フレイルからの回復と維持に向けた取組を推進し、すべての高齢者が自立した日常生活を送ることを目指しています。

磐田市のありたい姿

本人ができることを みつけて 支えて ～フレイルの人を改善させて自立に導く～

4つの方針(市民・家族・関係者の役割と働きかけ)

1 市民への啓発

フレイルに早く気付いて、改善に向けて動き出す。

2 機能回復・予防の体制構築

介護サービスに関わる全ての人がフレイルを改善する意識を持つ。

3 本人の望みを実現するケアマネジメント

事業対象者・要支援者に対して本人が望む暮らしを引き出すアセスメント、ケアマネジメントを行う。

4 一人一人のニーズに応じる生活支援体制の整備

地域のフレイルの人を支えるためのネットワーク構築やマッチングを行う。

【参考】保険給付と総合事業の違い

介護保険制度の財源は、国・県・市からの交付金と1号及び2号被保険者による保険料です。国・県・市から定められた率で交付されますが、総合事業には交付上限額が設定されています。総合事業は、「事業」であり、市町村が地域の実情に合わせて適切なサービスの内容や量を決めることができるため、効果的・効率的な介護予防事業の展開が求められています。

	保険給付	総合事業
事業者	自由参入(指定)	直営、委託、補助
基準	国が決定	市町村が決定
単価	国が決定	市町村が決定
量	限度額内で利用者が決定	市町村が決定
財政	決算主義(定率で交付) 交付率:国:25% 県:12.5% 市:12.5% 保険料:50%	予算主義(予算の範囲内) 交付率:国:25% 県:12.5% 市:12.5% 保険料:50% 交付上限額あり

2 総合事業の構成

介護予防・日常生活支援総合事業の構成			
介護予防・日常生活支援総合事業	サービス・活動事業 ・要支援認定を受けた者（要支援者） ・事業対象者（基本チェックリスト該当者） ・継続利用要介護者 <small>※サービス活動A・B・Dのみ</small>	訪問型サービス（第1号訪問事業）	従前の訪問介護相当 ①従前相当サービス 多様なサービス・活動 ②訪問型サービス・活動A（多様な主体によるサービス・活動） ③訪問型サービス・活動B（住民主体によるサービス・活動） ④訪問型サービス・活動C（短期集中予防サービス） ⑤訪問型サービス・活動D（移動支援）
		通所型サービス（第1号通所事業）	従前の通所介護相当 ①従前相当サービス 多様なサービス・活動 ②通所型サービス・活動A（多様な主体によるサービス・活動） ③通所型サービス・活動B（住民主体によるサービス・活動） ④通所型サービス・活動C（短期集中予防サービス）
		その他生活支援サービス（第1号生活支援事業）	①栄養改善を目的とした配食 ②住民ボランティア等が行う見守り ③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの複合的提供等）
		介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）	①ケアマネジメントA ②ケアマネジメントB ③ケアマネジメントC
	一般介護予防事業 ・第1号被保険者の全ての者 ・その支援のための活動に関わる者	①介護予防把握事業 ②介護予防普及啓発事業 ③地域介護予防活動支援事業 ④一般介護予防事業評価事業 ⑤地域リハビリテーション活動支援事業	<small>※ 上記はサービスの典型例として示しているもの。市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。</small>

【出典】厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」

※制度全体の構成であり、本市で実施していないサービスも含まれる。

3 サービス・活動事業の対象者

(1) 対象者

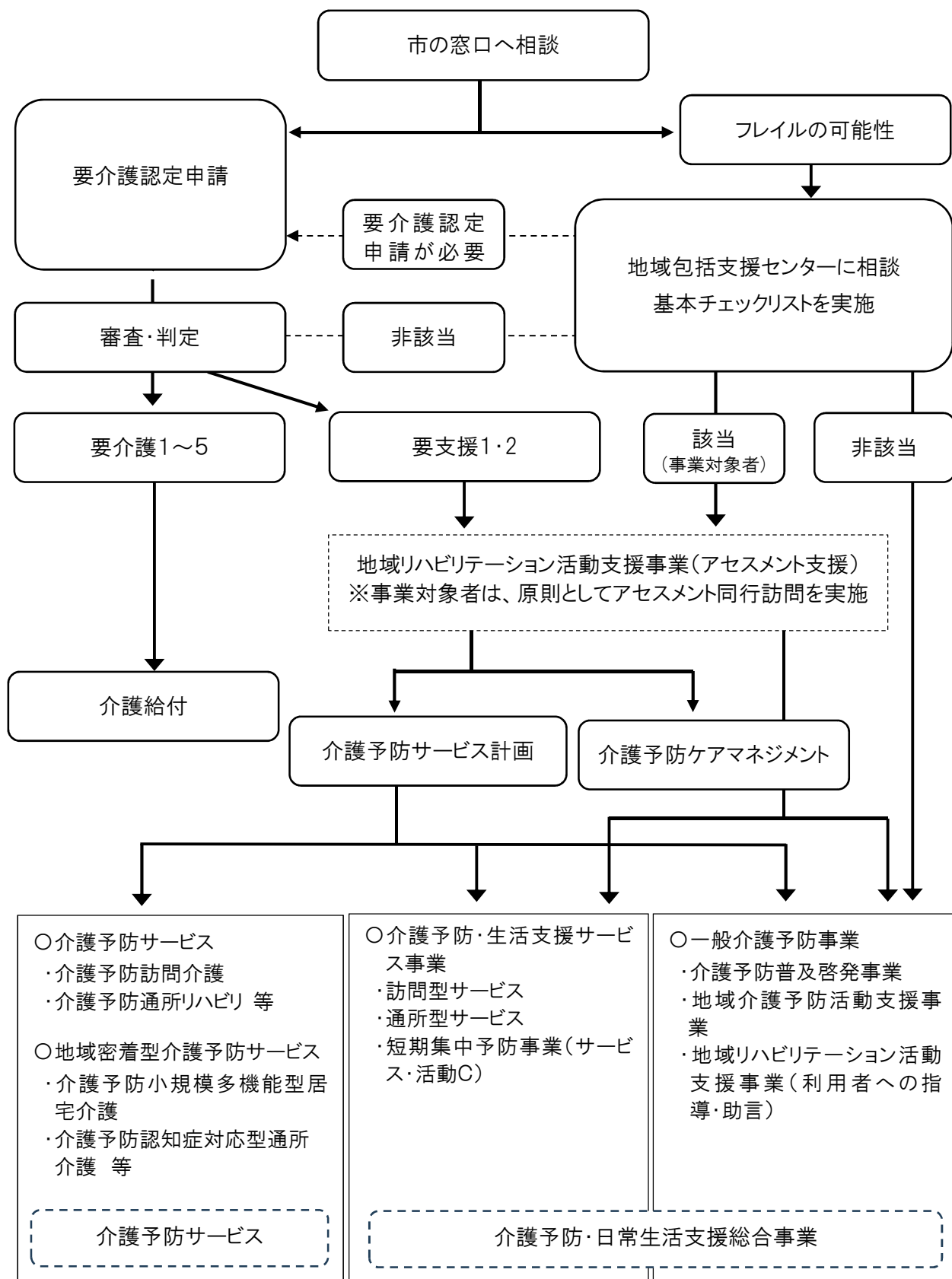
要支援1・2認定者及び事業対象者

* 事業対象者:基本チェックリストを実施した結果、日常生活における何らかのリスクがあると判定された方

(2) 要支援認定者と事業対象者の違い

	要支援認定者	事業対象者
利用できるサービス	【予防給付】 ・福祉用具貸与 ・通所リハビリ ・訪問看護 等 【総合事業】 ・訪問型サービス ・通所型サービス	【総合事業】 ・訪問型サービス ・通所型サービス ※原則として地域リハビリテーション活動支援事業によるアセスメント同行訪問を実施
認定有効期間	最長48か月	設定なし ※有効期間はありませんが、1年を目安に再度確認をしてください。 ※状態の変化が生じた場合には再度確認をしてください。
支給限度額	要支援1 5,032単位 要支援2 10,531単位	5,032単位

4 相談受付からサービス利用までの流れ



5 一般介護予防事業及びサービス・活動事業の種類

磐田市が実施する主な一般介護予防事業及びサービス・活動事業は、以下のとおりです。

(1) 一般介護予防事業

事業名	概要
介護予防普及啓発事業	いきいき百歳体操や高齢者サロン、まちの保健室等を通し、フレイル予防をはじめとした健康づくりに関する取組みを保健師など専門職が普及啓発します。
地域介護予防活動支援事業	いきいき百歳体操や高齢者サロン等、地域において実施される住民主体の介護予防を目的とした活動の育成及び支援など、地域における介護予防活動の推進を図るとともに、高齢者が要介護状態等になることを予防します。
地域リハビリテーション活動支援事業	<p>フレイルになり始めた高齢者に対し、リハビリテーション専門職が改善に向けた助言・指導を行うことにより、状態の悪化を防ぎ自立した高齢者が増えることを目指します。</p> <p>対象者：要支援1・2、事業対象者</p> <p>※福祉用具貸与以外のサービス利用者は対象外</p> <p>訪問するリハビリ専門職：</p> <p>市内外の医療機関、介護保険施設に所属する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士</p> <p>訪問回数：最大3回</p> <p>内 容：<u>アセスメント同行訪問</u></p> <p>リハビリ専門職が、地域包括支援センター職員と一緒に自宅を訪問。専門的知見からケアマネジメントへの助言や指導などを支援する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種の視点で身体状況に適したサービス選択 ・自宅でできる運動機能の回復トレーニング(体操など)の指導 ・身体機能の回復や生活環境に関するアドバイス <p><u>サービス担当者会議への参加</u></p> <p>アセスメント結果を踏まえ、つながったサービスに関する担当者会議への参加</p>

(2) 短期集中予防事業（サービス・活動C）

サービス名	短期集中予防事業(サービス・活動C)
内容	<p>○週1回×3か月間(全12回)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運動機能改善プログラム (40分/回) ・栄養改善プログラム (30分/回) ・口腔機能向上プログラム (30分/回) <p>訪問型・通所型で3つのプログラムを組み合わせ利用できます。 3つのプログラムは、12回の中で自由に組み合わせることができます。</p>
対象者	要支援 1・2 認定者 事業対象者
場所	利用者の自宅または市が委託した事業所内(送迎あり)
利用者負担	<p>1～3割負担</p> <p>1割負担の場合 運動機能向上:600円/回 栄養改善:540円/回 口腔機能向上:360円/回</p> <p>負担割合は所得に応じる</p>

(3) 訪問型サービス・活動

サービス名	訪問介護相当サービス	家事援助サービス (訪問型サービス・活動A)
内容	身体介護・生活援助	生活援助 (身体介護を除く)
対象者	要支援 1・2 認定者 事業対象者	要支援 1・2 認定者 事業対象者
サービス提供主体	訪問介護事業所 (事業者指定)	訪問介護事業所 (事業者指定)
サービス提供者	訪問介護員	訪問介護員 簡易研修修了者
サービス単価	1,176 単位(週1回程度) 2,349 単位(週2回程度) 3,727 単位(週2回超)	899 単位(週1回程度) 1,796 単位(週2回程度) 2,850 単位(週2回超)
利用者負担	1～3割負担 (負担割合は所得に応じる)	1～3割負担 (負担割合は所得に応じる)

(4) 通所型サービス・活動

サービス名	通所介護相当サービス	いきいきデイサービス (通所型サービス・活動A)
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴、移動、食事等の介助 ・運動、レクリエーション ・専門職による機能訓練 	<ul style="list-style-type: none"> ・比較的心身の状況が安定している方向け ・心身機能の維持向上のための体操や、レクリエーション、趣味の活動など。(入浴はなし)
対象者	要支援 1・2 認定者 事業対象者	要支援 1・2 認定者 事業対象者
サービス提供主体	通所介護事業所 (事業者指定)	通所介護事業所 (事業者指定)
サービス提供者	介護職員、看護職員、機能訓練指導員 など	介護職員など
サービス単価	1,798 単位(週 1 回程度) 3,621 単位(週 2 回程度)	1,276 単位(週 1 回程度) 2,570 単位(週 2 回程度)
利用者負担	1～3割負担 (負担割合は所得に応じる)	1～3割負担 (負担割合は所得に応じる)

(5) 介護予防ケアマネジメント事業

類型	ケアマネジメントA (原則的な介護予防ケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメント)
サービス種別	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問・通所介護 (家事援助サービスいきいきデイサービス) ・訪問・通所介護(従前相当サービス) ・サービス・活動C(短期集中予防事業) 	一般介護予防支援事業 (地域リハビリテーション活動支援事業)
プロセス	介護予防支援と同様のケアマネジメント	初回のみ 目標設定までは行うがモニタリング、評価は行わない(セルフプラン)
計画作成者	地域包括支援センター (サービス・活動C以外は、居宅介護支援事業所へ委託可)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センター (原則委託不可※) ・プランの作成は不要 (ただし介護予防手帳の活用が必要)
サービス単価	442 単位/月 〔 初回加算 300 単位 委託連携加算 300 単位 〕	308 単位/月

○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。

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が終了して2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)

イ) 要介護者が要支援認定を受け、あるいは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、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、サービス事業対象者として総合事業のサービスに移行するときは、初回加算の算定を行うことはできない。

○委託連携加算

地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する際、利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、ケアプランの作成等に協力した場合に算定を行うもの。

委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として算定することができる。

○介護予防手帳(健幸いわたいきいき長寿手帳)

健康でいきいきとした生活を続けられるよう、セルフマネジメント(自己管理)に利用するものです。なりたい自分や目標を達成するための計画を立て、実践・継続したことを記録することで、対象者自身の管理による介護予防を推進してください。

ケアマネジメントCは初回のみマネジメントであり、ケアプランの作成やモニタリングは必要としません。介護予防手帳はセルフマネジメントを継続するためのツールであり、本市では介護予防手帳の活用をケアマネジメントCの条件としています。

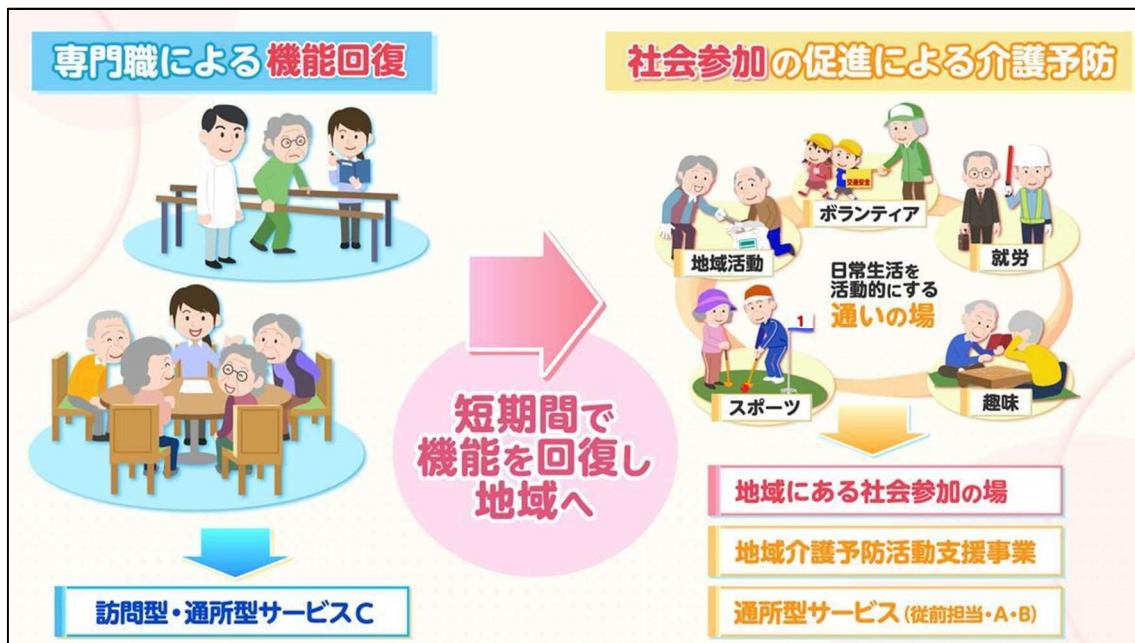
第2章 介護予防ケアマネジメント

1 介護予防ケアマネジメントの目的・基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが居宅要支援被保険者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう支援するものです。

また、利用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、利用者の生活上の困りごとに対して、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」の視点を踏まえた内容となるよう利用者の多様な選択を支援していくことが重要です。

このようなことから、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、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス・活動事業や一般介護予防事業等を含めた利用について検討していくことになります。



【出典】三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業 報告書」、平成 28 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

2. 要支援者・事業対象者に対する支援について

要支援・事業対象者の方は、介護予防のための支援や改善に取り組むことで元の生活に戻ることができる可能性が高い状態といえます。介護保険制度の基本理念は、高齢者が自らの意思に基づき、その有する能力を最大限活かして、自立した質の高い生活を送ることができるよう支援すること(自立支援)です。要支援・事業対象者の多くは日常生活動作が自立しており、したがって、ケアマネジメントを行うことの目標は、サービスを利用することではなく、その方の日常生活に戻れるよう支援することとなります。その方のこれまで(困りごとが生じるまで)の生活や周囲との関係性等を丁寧にアセスメントしたうえで、元の生活に戻るためのケアマネジメントを行うことが大切です。

【参考】「要支援」と「要介護」の状態像の違い

厚生労働省は、要介護状態を「寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態」とし、要支援状態は「家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態」としています。

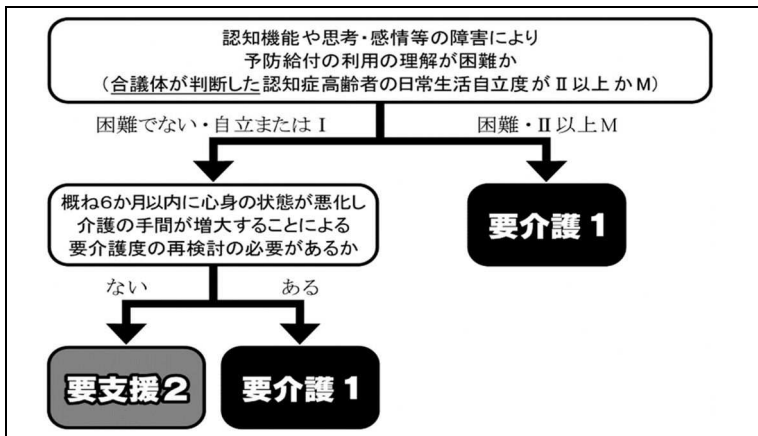
要介護認定においては、一次判定にて「32分以上 50分未満」とされた者について、「状態の維持・改善可能性に係る審査判定」を行うことで要支援2と要介護1に分けられます。両者は要介護認定等基準時間は同じですが、要支援2は状態の改善が見込まれ、要介護1は見込まれない状態ということです。

また、要支援1～要介護2の認定調査結果では、要支援者のADLはほぼ自立しています。IADLのうち買い物など支援が必要なものもありながら、薬の内服や金銭管理など自立の割合が要介護とは大きく異なり、支援の個別性が高いと言えます。当然に必要な支援も要介護の方とは異なるものとなります。

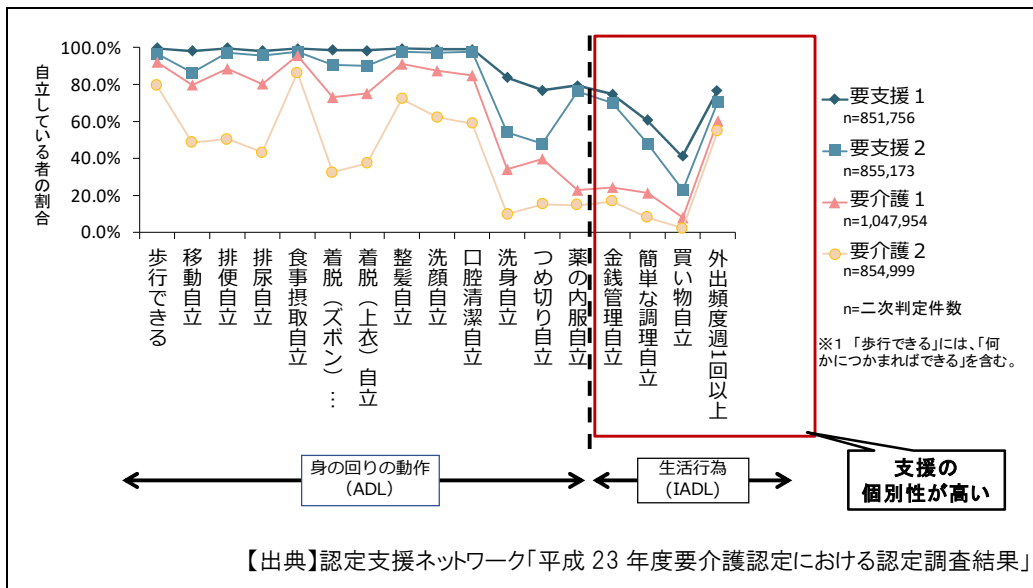
要介護認定等基準時間

区分	要介護認定等基準時間
非該当	25分未満
要支援1	25分以上 32分未満
要支援2・要介護1	32分以上 50分未満
要介護2	50分以上 70分未満
要介護3	70分以上 90分未満
要介護4	90分以上 110分未満
要介護5	110分以上

状態の維持・改善可能性に関する審査判定



要支援1～要介護2の認定調査結果



従前相当サービスを位置付ける場合の留意事項

従前相当サービスは、以前の介護保険制度(介護予防給付)で行われていた「訪問介護」や「通所介護(デイサービス)」と同じ内容・基準で提供されるサービスで、有資格者による専門的なサービスが提供されます。しかし、身の回りのことをすべてやってしまうと、かえって本人の持っている能力(残存機能)を低下させ、要介護状態へ進行させてしまうことが懸念されます。

本人による自立を支援するため、介護予防サービス計画原案又は介護予防ケアマネジメント計画に従前相当サービスを位置付ける場合は、以下の点に留意することが必要です。

○従前相当サービス(通所)

主に、多様なサービス・活動の利用が難しいケース・不適切なケースや、専門職の指導を受けながら生活機能の向上のためのトレーニングを行うことで生活機能の改善・維持が見込まれるケース等、通所介護事業者の従事者による専門的なサービスが必要と認められる場合に利用することが想定される。この場合、一定期間後のモニタリングに基づき、可能な限り住民主体の活動を含む多様なサービス・活動に移行していくことを検討することが重要である。

○従前相当サービス(訪問)

主に、認知機能の低下等により日常生活に支障があるような症状や行動を伴うケース等、訪問介護員による専門的なサービスが必要と認められる場合に利用することが想定される。従前相当サービスを利用する場合には、一定期間後のモニタリングに基づき、可能な限り住民主体の活動を含む多様なサービス・活動に移行していくことを検討することが重要である。

○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)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

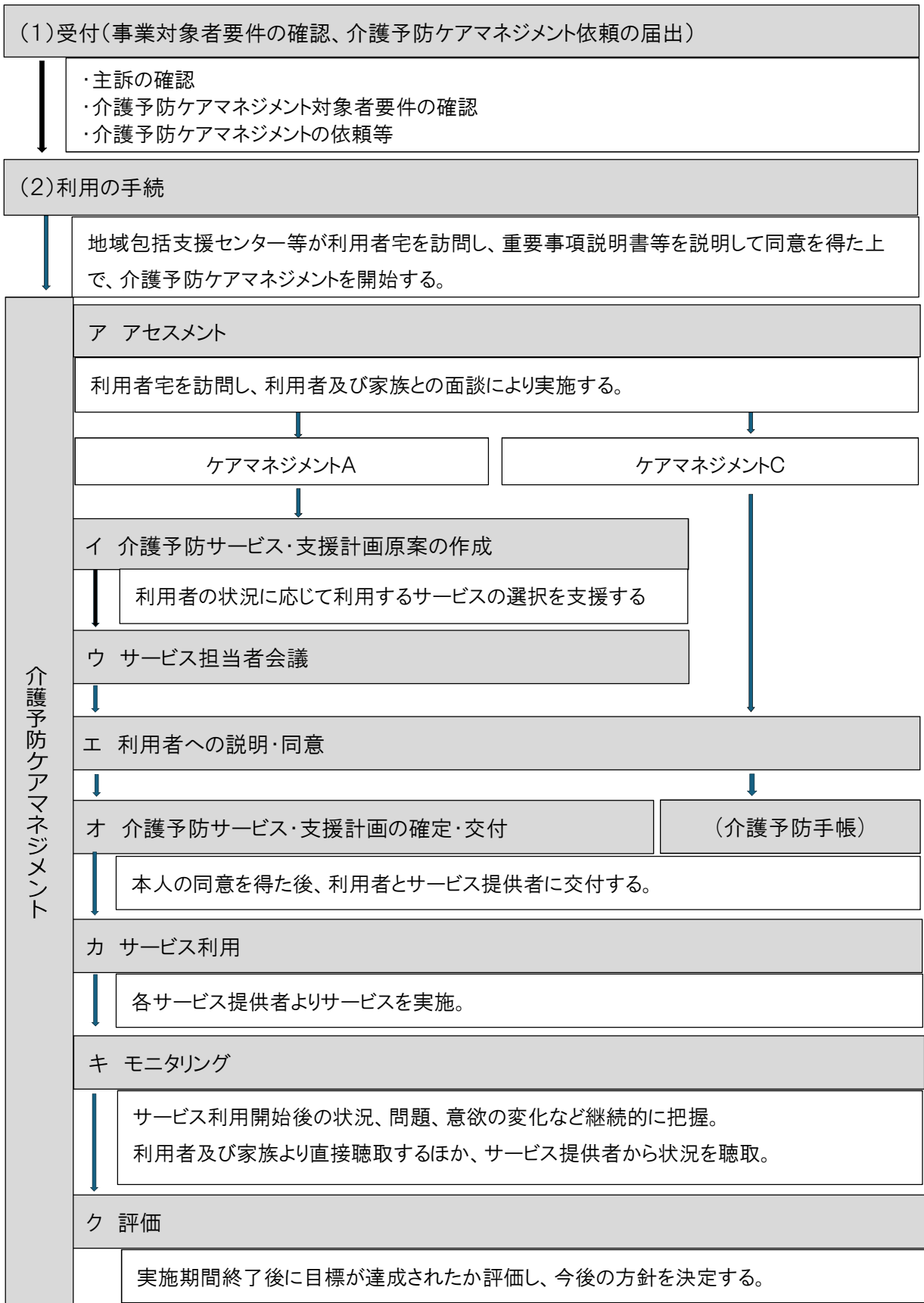
従前相当サービスを介護予防サービス計画原案等に位置付けた場合には、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)にその必要性について理由を記載することが必要。

【出典】介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン(令和6年8月5日改正/厚生労働省老健局長)

要介護又は要支援認定を受けていた方が、更新申請により要支援又は非該当となった場合など、その方の状態が変わっているのであれば、それまでサービスを利用していたとしてもサービスを継続することは適当ではありません。その方にとって必要な支援は何か改めて検討し、プランを見直すことが必要です。

そのうえで、従前相当サービスをはじめとした専門的なサービスが必要であると判断される場合には、安易に事業対象者とせず、区分変更申請又は新規申請などの適切な手続きをとると同時に、その必要性を経過記録に記載してください。

3 介護予防ケアマネジメント実施の手順



4 介護予防ケアマネジメント業務の流れ

	介護予防支援事業所	サービス提供事業者	利用者・家族
1.受付 利用の手 続き	契約の締結 ■契約書 ■重要事項説明書 ■個人情報に関する同意書 計画作成依頼届出の提出(委)	←(交付・同意)→ ←(希望により届出の代行)→	契約締結 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)届出書の提出 ■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 ■介護保険被保険者証
2.アセスメント	アセスメントの実施(委) ■利用者基本情報 (■基本チェックリスト) ■二次アセスメントシート ■興味・関心チェックシート 要介護認定等資料提供申請書の提出(委) ■要介護認定等資料提供申請書(認定調査票、主治医意見書)	←(自宅で実施)→	アセスメント
3.介護予防サービス・支援計画書原案の作成	介護予防サービス・支援計画原案の作成(委) ■介護予防サービス・支援計画書 (居宅介護支援事業所に委託した場合) 介護予防サービス・支援計画原案の確認 介護予防サービス・支援計画書の「期間」は、最長1年とする。		
4. サービス担当者会議	サービス担当者会議(委) ■介護予防サービス・支援計画書 介護予防サービス・支援計画原案の説明と同意(委) ■介護予防サービス・支援計画書 介護予防サービス・支援計画の作成と交付(委) ■介護予防サービス・支援計画書 サービス利用票の交付(委) ■サービス利用票 ■サービス利用票別表 サービス利用票、サービス利用票別表については、居宅訪問時に次回の訪問月までの予定分を利用者に対してまとめて交付可。 なお、まとめて交付しない場合は、何らかの形で(訪問、郵送等)利用者に対して交付してください。	サービス担当者会議 → → 介護予防サービス・支援計画の受領 → サービス提供票・サービス提供票(別表)の受領	サービス担当者会議 介護予防サービス・支援計画原案の説明と同意(署名) 介護予防サービス・支援計画の受領 サービス利用票の受領

	介護予防支援事業所	サービス提供事業者	利用者・家族
5.サービス利用	サービス提供票・サービス提供票別表の受領(委)	サービス提供 ←→ サービス提供実績及び実施状況の報告(毎月) ■サービス提供票 ■サービス提供票別表	サービス利用
6.モニタリング	利用者の状況把握(委) ■介護予防支援・介護予防ケアマネジメント支援 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 少なくとも3ヶ月に1回は訪問して面接。 訪問しない月は事業所訪問等による面接または電話等により状況を確認すること。 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> モニタリングの結果、介護予防サービス・支援計画書に軽微な変更がある場合は、現計画書を手書き等で修正し、再度、対象者(または家族)に同意を取り、対象者(又は家族)、サービス提供事業者へサービス利用票・サービス利用票別表と一緒に交付する。 (計画書には、対象者(または家族)に説明し、同意を得たことについての文章を追加する。) ※居宅介護支援事業所に委託している場合は、地域包括支援センターにも交付する。 </div>	←→	自宅での面接等(少なくとも3か月に1回)
7.評価	介護予防支援ケアマネジメントサービス評価票の作成 (支援計画終了時)(委) ■介護予防支援ケアマネジメントサービス評価票 基本チェックリストの実施(委) ■基本チェックリスト (居宅介護支援事業所に委託した場合) 介護予防支援ケアマネジメントサービス評価票の確認 (支援計画終了時) ■介護予防支援ケアマネジメントサービス評価票 ■基本チェックリスト		

(委): 地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に介護予防ケアマネジメントの一部を委託した場合に、居宅介護支援事業所が担うことができる業務。

(1) 手順のポイント

相談受付の窓口は、さまざまなルートが想定されますが、ここでは地域包括支援センターでの対応を例示します。

受 付	<p>○主訴の確認</p> <p>まず、相談の目的や生活の中での困りごとを聴き取る。聴き取った内容を踏まえ、総合事業や一般介護予防事業等について説明し、総合事業の趣旨として、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等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、より自立へ向けた次のステップに移っていくことを説明する。</p> <p>このとき、予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合等は、心身機能の状態に応じて要介護認定申請等の案内を行う。</p> <p>○介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認</p> <p>総合事業のサービス・活動事業を希望する場合、要支援認定の有無、又は要支援認定を受けていない者については、基本チェックリストの記入により、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。</p> <p>基本チェックリストは、基本的に質問項目の趣旨を聴きながら本人が記入し、状況を確認する。</p> <p>要支援者又は事業対象者の基準に該当した者については、利用者本人の自宅等を訪問してアセスメント等を行うことを説明する。</p> <p>○介護予防ケアマネジメントの依頼等</p> <p>介護予防ケアマネジメント実施のため、「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」を記入してもらう。また、介護予防ケアマネジメントにおける運営規程等の重要事項や契約書、個人情報の取扱等について説明し、利用者の同意を得る。</p> <p>○その他</p> <p>サービス・活動事業等利用のため手続きは、原則、利用者本人が直接地域包括支援センター等に出向いて行う。ただし、利用者本人が来所できない(入院中である、相談窓口が遠い、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る。その場合の基本チェックリストの活用については、介護予防ケアマネジメントのプロセスで、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明等を行い、適切なサービスの利用につなげる。</p> <p>基本チェックリストの提出は、指定居宅介護支援事業者等からの代行も</p>
-----	--

	<p>可能であるが、その場合の対応は利用者本人が来所できない場合と同様に 対応する。</p>
アセスメント	<p>本人の望む生活(=「したい・できるようになりたい」と現状の生活(=「うまく できていない」)の差について、アセスメント項目に基づく情報の収集から、差 が生じている要因や背景を分析し、本人が望む生活の妨げとなっている、生 活機能の低下を予防するために必要な「維持・改善すべき課題」を明らか にする。</p> <p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○利用者本人の自宅に訪問して利用者本人や家族と面接による聴き取り 等を通じて行う。 ○利用者本人や家族の意向を尊重しつつも、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<u>主体的・意欲的に取り組めるよう働き かけ</u>等を行う。 ○利用者本人にあった目標設定に向けて、「興味・関心チェックシート」など を活用することで趣味活動、社会的活動、生活歴等も聴き取りながら、 <u>「～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</u>。 ○「基本チェックリスト」、「興味・関心チェックシート」、「利用者基本情報」、 「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)」の「アセ スメント領域と現在の状況」及び「本人・家族の意欲・意向」欄を参考にし て実施する。また、居宅要支援被保険者については、要介護認定調査 票、主治医意見書等を活用するほか、居宅介護支援における課題分析 標準項目などを参考に実施する。 ○<u>自立支援や介護予防の視点から地域リハビリテーション活動支援事業を 活用し、同行訪問や助言を求めることも有効</u>。 ○利用者基本情報は、その人らしさを見つけるはじめの一步。各項目を丁 寧に聞き取り、課題の背景を探ることが大切。また、「介護予防に関する 事項」は目標設定に活用できる情報であり、「1日の生活・すごし方」「趣 味・楽しみ・特技」はケアプランづくりに重要な項目となる。 ○利用者基本情報の「今までの生活」は支援が必要になる前の生活歴を 記載し、本人の取組意欲の引き出しにつなげる。
介護予防サービス・ 支援計画書原案の 作成	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○「目標とする生活」「目標」は、「介護予防ケアマネジメントにおける課題と 目標の例」などを参考にしながら、単に心身機能の改善だけを目指すの

	<p>ではなく、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、<u>利用者本人が、自身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。</u></p> <p>（「介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」を利用する場合は、具体的に達成できたか確認・評価できるよう、数値的な目標等を加えること。）</p> <p>○「目標とする生活」「目標」は、介護予防サービス・支援計画書に定めた実施期間の間に取り組むことで達成することがほぼ可能と思われ、<u>利用者自身でも評価できる具体的な目標とすること。</u>単なる方針ではなく、<u>本人が具体的に何をするのか、何をもって達成とするのか評価できるよう作成する。</u></p> <p>○介護予防サービス・支援計画書の「期間」は、最長1年とする。</p> <p>○単にサービス・活動事業の利用のみに限定せず、<u>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づけ、</u>本人の自立支援を支える介護予防ケアマネジメント計画原案を本人と共に作成する。</p> <p>○生活支援コーディネーター(SC)は、地域にある資源を活かし、住民同士の支え合いを推進する役割を担っています。取組終了後の生活を想定し、地域にある社会資源の活用について早めの段階からSCと一緒に検討してください。</p> <p>○「アセスメント領域と現在の状況」から「総合的課題」に記載するアセスメントは、基本的に基本チェックリストにより判明した課題と整合する。「基本チェックリスト」や「興味・関心チェックシート」等のツールを活用して作成する。</p>
サービス担当者会議	<p>【ポイント】</p> <p>○サービス・活動事業の終了、移行を意識し期間の設定等を共有する。</p> <p>○サービス担当者会議後、日々利用者の状態の変化や新たな課題の発生、目標の達成等、状況に変化があった場合の連絡体制を確認する。</p> <p>○モニタリングの方法等、今後の関わり方などを利用者・家族に事前に伝えておく。</p>
モニタリングと評価	<p>【ポイント】</p> <p>○モニタリングの目的は、利用者の状態変化や介護予防ケアマネジメント計画等に示された利用者等の取組、サービス・活動事業等の実行状況を</p>

	<p>把握することである。実施しているサービス・活動事業等が適切かどうか、新たな課題等が生じていないかどうか確認するとともに、利用者の取組を支持し、促進する機会として活用することが重要。</p> <p><u>(ケアマネジメント A)</u></p> <p>○原則は、少なくとも3か月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化のあった場合は、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。</p> <p>○介護予防ケアマネジメント計画に記載した実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、介護予防ケアマネジメント計画に位置付けたサービス・活動事業等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・活動事業等の見直し等今後の方針を決定する。</p> <p><u>(ケアマネジメント C)</u></p> <p>○利用者の状況変化等があった際に、サービス・活動事業等の実施者から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておく。</p>
<p>その他</p>	<p>○ケアマネジメントCでは以下の点に留意すること。</p> <p>モニタリングが行われないため、ケアマネジメント結果に基づき、本人が自分の健康づくり、介護予防の活動について、主体的に取り組む姿勢を持つていただくことが必要である。</p> <p>その上で、疾病や障害を踏まえた生活上の留意点を、本人が理解して家族や周囲に伝えておくことや、状況が変化した場合や困りごとが発生した場合に、地域包括支援センターや関係者に相談するという意識を醸成していくことも合わせて必要である。</p>

(2) 介護予防ケアマネジメントにおける課題と「目標とする生活」の例

課題	目標
<u>セルフケア</u> 清潔・整容、排せつの自立、TPOに応じた更衣、服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をする
<u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯を自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分で済ます
<u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
<u>主要な生活領域(仕事と雇用、経済生活)</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
<u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
<u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に2回は徒歩で買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
<u>知識の応用(判断・決定)</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
<u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回百歳体操に外出する、趣味を持つ

※上記の目標には、具体的に達成できたか確認・評価できる数値等が入っていない。この点に留意し、達成状況を確認・評価できる内容にすること。

【目標の例】

良い例	・200m先の美容室に歩いて行けるようになる ・掃除機を使って掃除ができる
悪い例	・ふらつきなく歩けるようになる ・役割をもって、自宅で安全に過ごせる

(3) 基本チェックリストについて

①基本チェックリストの実施について

- 「基本チェックリストの記載について(磐田市)」を参考に、質問項目の趣旨を説明しながら利用者本人に記入してもらいます(本人が書けない場合は代筆可)。
- チェック内容は本人の状態に応じて変化するため、一般介護予防へ移行した後や一定期間サービス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には再度行い、サービスの振り分けから行います。
- 基本チェックリストの実施及び相談により、要介護認定等の申請が必要と判断した場合は、認定申請につなげます。

②基本チェックリストの活用について

- 基本チェックリストは、事業対象者に該当するか判断するためのツールではありません。質問項目から、生活の「どこ」に支障があるかを具体的に見える化し、アセスメントの核として利用するほか、一般介護予防へ移行した後、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などにおける状態の確認としても活用するものです。
- 基本チェックリストは実施して終了ではなく、その後の支援との結びつけが重要です。課題があった領域に対してどのような支援を行うのか、ケアプランとの紐付けを意識してください。
- 事業対象者に該当する点数を下回ったとしても、リスクがある領域が確認できるため、介護予防の取組を促すなどにも有効に活用してください。
- チェック内容は、本人の状態に応じて変化するものであり、1回の判定だけで、その人のすべての心身の状況が分かるわけではありません。ご本人の心身の状況の変化に応じて、回答の内容にも変化が出てきます。体や心の変化に気づいたら、再度基本チェックリストを実施することで、現在の状況を確認することが可能になります。

③基本チェックリストの判定結果について

以下の「該当基準」を参考に、課題や状態を把握してください。

【該当基準】

回 答	判定結果
①質問項目No. 1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	(複数の項目に支障あり)
②質問項目No. 6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	(運動機能の低下)
③質問項目No. 11～12 までの 2 項目のすべてに該当	(低栄養状態)
④質問項目No. 13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	(口腔機能の低下)
⑤質問項目No. 16 に該当	(閉じこもり)
⑥質問項目No. 18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当	(認知機能の低下)
⑦質問項目No. 21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当	(うつ病の可能性)

● この表における該当(No.12を除く)とは、基本チェックリスト回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。

● この表における該当(No.12に限る。)とは、
BMI=体重(Kg)÷身長(m)÷身長(m) が、18.5未満の場合をいう

基本チェックリストの記載について（磐田市）

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。それが適切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。	

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。

No.	質問項目	
	質問項目の趣旨	注意事項
	判断例	
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。	<ul style="list-style-type: none"> 手段は何であっても1人で外出しているかを問うもの。 バスや電車がなかったところではそれに準じた公共交通機関に置き換える。
	・介護予防事業に参加するための送迎バスの利用している。	ふくめない
	・1人で自動車、バイク、自転車を運転して外出している	はい
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（必要な物品）の買い物を適切に行っているかどうかを尋ねています。	<ul style="list-style-type: none"> 頻度は、本人の判断に基づき回答してください。 買い物先までの距離や頻度、交通手段は問いません。
	・電話での注文、宅配サービスで買い物をしている。	いいえ
	・週末に家族の買い物支援により一緒に車で外出し、自分に必要な物品を購入する	はい
・日用品は家族が揃えるが、デイサービスに持っていきたい飴だけコンビニに買いに行く	はい	

No.	質問項目	
	質問項目の趣旨	注意事項
	判断例	
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。	
	・銀行等で窓口での手続きやATMの操作を含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合	はい
	・家族等に依頼して、預貯金の出し入れを行っている場合	いいえ
	・管理の仕方は不適切だが支援者もなく預貯金の出し入れをしている	はい
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。 社会参加や社会交流を問います。	・電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
	・電話による交流をしている	いいえ
	・家族や親戚の家の訪問はする	いいえ
	・老人クラブ、サロンへは参加している	はい
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。	
	・面談をせずに電話のみで相談に応じている	はい
	・井戸端会議程度の相談をしている	はい
	・ファックスやメールなどで相談にのっている	はい

6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。

No.	質問項目	
	質問項目の趣旨	注意事項
	判断例	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	
	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。	・階段を昇ることがない⇒段差で考える
	・時々手すりを使用する	はい
	・手すり等を使わずに階段を昇る能力はあっても、習慣的に手すり等を使っている場合（予防や用心のため）	いいえ

No.	質問項目	
	質問項目の趣旨	注意事項
	判断例	
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	はい
	・できないことはないが、習慣的につかまる	いいえ
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、屋外の場所は問いません。
	・杖、シルバーカーを利用すれば歩ける	はい
	・日常的に15分続けて歩くことはないが、能力はある	はい
9	この1年間に転んだことがありますか	
	この1年間の「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。	・つまづくは転倒と考えない。つまづくことによる不安はNo. 10へ反映
	・「覚えていない」と回答に悩む場合(認知症で忘れたのではなく、軽く済んだから覚えていない程度)・	いいえ
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。	
	・実際に転倒したことがなくても心配している。	はい

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。

No.	質問項目	
	質問項目の趣旨	注意事項
	判断例	
11	6ヵ月で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	
	6ヵ月間で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ヵ月以上かかって減少している場合	いいえ

No.	質問項目	
	質問項目の趣旨	注意事項
	判断例	
12	身長、体重	
	身長、体重は、整数で記載してください。	<ul style="list-style-type: none"> ・体重は1カ月以上の値を記載 ・身長は過去の測定値を記載

13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。

No.	質問項目	
	質問項目の趣旨	注意事項
	判断例	
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・低下していることを尋ねている
	<ul style="list-style-type: none"> ・半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化がない 	いいえ
	<ul style="list-style-type: none"> ・固いものに限らず食べることに不自由を感じている 	はい
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ひどくむせても、軽くむせても、慌てて食べても本人の主観。
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・「のどの渇き」は含みません。 ・「糖尿病による」は喉の渇きとは違います。

16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。

No.	質問項目	
	質問項目の趣旨	注意事項
	判断例	
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・外出とは30分以上。 ・家族の同行の有無は問わない。 ・デイサービスなど送迎付きサービスへ参加するための外出は含まない。
	・30分以上の庭、屋敷の草取り	いいえ
	・定期受診のための外出	いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	
		・主観で判断。
	・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。	はい
	・昨年の外出回数に関係なく、外出回数がわずかでも減ったと感じる	はい

18～20の質問項目は認知症について尋ねています。

No.	質問項目	
	質問項目の趣旨	注意事項
	判断例	
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	
	・「さっき言ったでしょ」と言われることはない。	いいえ
	・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	
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	いいえ
	・誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合	いいえ
	・短縮ダイヤルでかける	はい
	・携帯電話を操作してかけたい所へかける	はい

No.	質問項目	
	質問項目の趣旨	注意事項
	判断例	
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	はい

21～25 の質問項目は、うつについて尋ねています。

No.	質問項目	
	質問項目の趣旨	注意事項
	判断例	
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	・ここ2週間とは「今日は調子が良い」「2週間うちで一時的に」ということではなく「それなりに長い期間(目安として2週間程度あるいはそれ以上)にわたり継続している」ことを意図します。
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれたことが楽しめなくなった	
	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	
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	
	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	
24	(ここ2週間) 自分が役立つ人間だと思えない	
	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	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	
	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	

(4) 委託居宅介護支援事業所から地域包括支援センターへの提出書類一覧

【新規】

対象者		要支援者			事業対象者
サービス		予防給付のみ	予防給付と 総合事業	総合事業のみ	総合事業のみ
ケアマネジメント		介護予防支援	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメント
				A	A
必要書類	①利用者基本情報	○	○	○	○
	②基本チェックリスト	○	○	○	○
	③介護予防サービス・ 支援計画書	○	○	○	○
	④介護保険被保険者証	○	○	○	○
	⑤負担割合証	○	○	○	○
	⑥2次アセスメントシート	任意	任意	必須	必須
	⑦興味関心シート	任意 (提出不要)	任意 (提出不要)	任意 (提出不要)	任意 (提出不要)

【更新・ケアプラン変更時】

対象者		要支援者			事業対象者
サービス		予防給付のみ	予防給付と 総合事業	総合事業のみ	総合事業のみ
ケアマネジメント		介護予防支援	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメント
				A	A
必要書類	①利用者基本情報	連絡先等 変更あれば提出	連絡先等 変更あれば提出	連絡先等 変更あれば提出	連絡先等 変更あれば提出
	②基本チェックリスト	○	○	○	○
	③介護予防サービス・ 支援計画書	○	○	○	○
	④介護保険被保険者証	○	○	○	○
	⑤負担割合証	更新時に提出			
	⑥2次アセスメントシート	任意	任意	任意	任意
	⑦興味関心シート	任意 (提出不要)	任意 (提出不要)	任意 (提出不要)	任意 (提出不要)
	⑧サービス評価表	○	○	○	○

5 「介護予防ケアマネジメント」と「介護予防支援」の違い

	介護予防ケアマネジメント	介護予防支援
対象者	基本チェックリストにより「事業対象者」となった方 要支援 1 または要支援2の認定を受けた方のうち、「介護予防・日常生活支援総合事業」のみを利用する方	要支援1または要支援2の認定を受けた方のうち、「予防給付」を利用する方
利用できるサービス	介護予防・日常生活支援総合事業	・予防給付 ・予防給付＋介護予防・日常生活支援総合事業
実施方法	地域包括支援センターが磐田市からの業務委託により実施	地域包括支援センター及び介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者が実施
一部委託	地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所への一部委託が可能	地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所への一部委託が可能

第3章 給付管理・請求事務

1 介護予防ケアマネジメントの届出

事業対象者が、サービス・活動事業を利用する場合には、「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」の提出が必要です。当該届出により事業対象者の登録を行います。なお、要支援認定者から事業対象者に移行する際も、事業対象者として新たに登録を行うため届出が必要となります。

「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」は、本人又はご家族が提出するものですが、希望される場合には地域包括支援センター又は委託先の居宅介護支援事業所が届出を代行することができます。提出すると、後日「介護保険被保険者証」と「負担割合証」が交付されます。

事業対象者の被保険者証の印字イメージ

<p>(1) 介護保険被保険者証</p> <p>番号</p> <p>住所</p> <p>フリガナ</p> <p>氏名</p> <p>生年月日</p> <p>交付年月日</p> <p>保険者番号並びに保険者の名称及び印</p> <p>2 2 2 1 1 7</p> <p>静岡県磐田市国府台3番地1 磐田市</p> <p>電話 <0538> 37-4769</p>	<p>(2) 事業対象者</p> <p>認定年月日(事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p>認定の有効期間</p> <p>区分支給限度基準額</p> <p>居宅サービス等</p> <p>1月当たり</p> <p>サービスの種類</p> <p>単位</p> <p>種類支給限度基準額</p> <p>うち種類支給限度(基準額)</p> <p>認定の審査の意見及び種類</p> <p>意見の種類</p>	<p>(3)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>給付制限</th> <th>内容</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4"></td> <td>開始年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>終了年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>開始年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>終了年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">居宅介護支援事業者もしくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称</td> <td>届出年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>届出年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">介護保険施設等</td> <td>種類</td> <td>入所等年月日</td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td>退所等年月日</td> </tr> <tr> <td>種類</td> <td>入所等年月日</td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td>退所等年月日</td> </tr> </tbody> </table>	給付制限	内容	期間		開始年月日		終了年月日		開始年月日		終了年月日		居宅介護支援事業者もしくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	届出年月日		届出年月日		介護保険施設等	種類	入所等年月日	名称	退所等年月日	種類	入所等年月日	名称	退所等年月日
給付制限	内容	期間																										
	開始年月日																											
	終了年月日																											
	開始年月日																											
	終了年月日																											
居宅介護支援事業者もしくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	届出年月日																											
	届出年月日																											
介護保険施設等	種類	入所等年月日																										
	名称	退所等年月日																										
	種類	入所等年月日																										
	名称	退所等年月日																										

介護保険負担割合証

<p>介護保険負担割合証</p> <p>交付年月日</p> <p>番号</p> <p>住所</p> <p>フリガナ</p> <p>氏名</p> <p>生年月日</p> <p>利用者負担の割合</p> <p>適用期間</p> <p>開始年月日</p> <p>終了年月日</p> <p>開始年月日</p> <p>終了年月日</p> <p>保険者番号並びに保険者の名称及び印</p> <p>2 2 2 1 1 7</p> <p>静岡県磐田市国府台3番地1 磐田市</p> <p>電話 <0538> 37-4869</p>	<p>注意 事項</p> <p>一 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。</p> <p>二 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスの利用に要する費用のうち、「適用期間」に定めた「利用者負担の割合」欄に記載された割合分の金額をお支払いいただきます。(居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用は負担はありません)</p> <p>三 被保険者の資格がなくなるとき又はこの証の適用期間の終了年月日に至ったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。</p> <p>四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内にこの証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。</p> <p>五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。</p> <p>六 利用時支払額を三割(利用者負担の割合)欄に記載された割合が三割である場合は四割とする措置(給付額減額を受けている場合は、この証に記載された利用者負担の割合よりも、当該措置が優先されます)。</p>
---	--

2 介護予防ケアマネジメント費等の請求

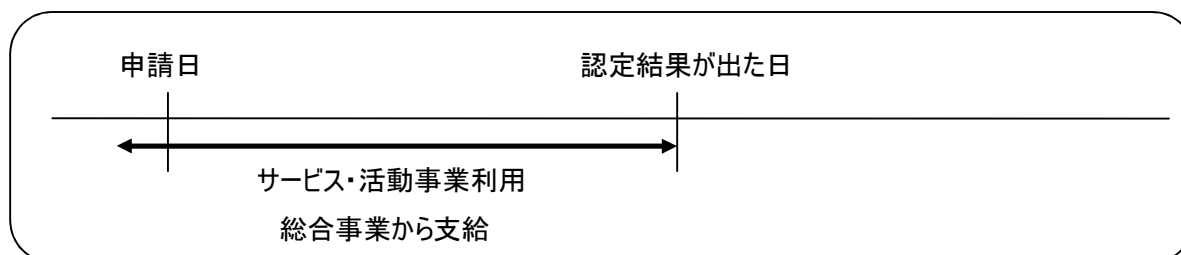
【利用者とサービス、請求の関係】

利用者	利用サービス	請求の種類
要支援 1・2	予防給付のみ	介護予防支援費
	予防給付+総合事業(サービス・活動事業)	
	総合事業(サービス・活動事業)のみ	介護予防ケアマネジメント費
事業対象者	総合事業(サービス・活動事業)のみ	

3 認定申請と総合事業サービスの取扱

《パターン1》 事業対象者 ⇒ 要介護1以上

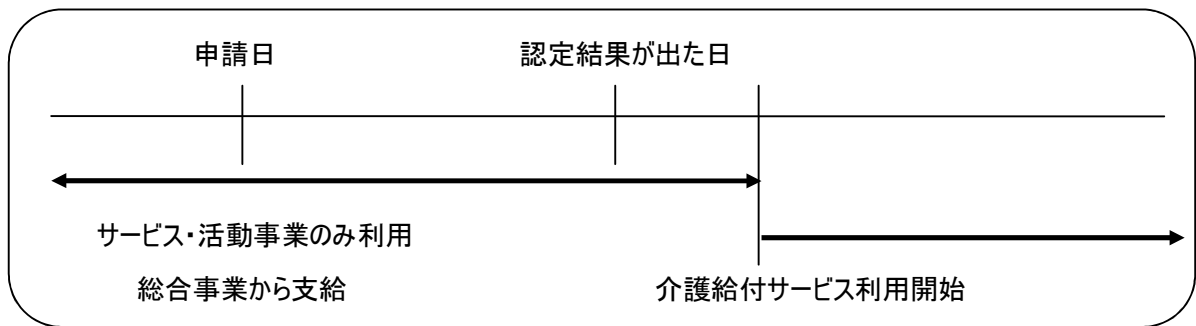
新規申請し、認定結果が出る前に総合事業(サービス・活動事業)の利用を開始していた場合、認定結果が要介護1以上であっても、認定結果の出た日以前のサービス利用分については、原則として総合事業より支給される。(認定結果の出た日以前に居宅サービス計画作成依頼届出書の提出がなかった場合)



《パターン2》 事業対象者 ⇒ 要介護1以上

事業対象者として総合事業(サービス・活動事業)を提供された後、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、事業対象者として取り扱うことができる。

居宅サービス計画作成依頼届出書の「サービス開始(変更)年月日」欄は、要介護認定日ではなく、介護給付サービスの利用開始日になる。



※月途中で《パターン2》の状況となった場合は、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指定居宅介護支援事業者が、地域包括支援センター等と連絡をとり、給付管理を行う。

※日割り請求については、静岡県国民健康保険団体連合会公式サイトに掲載されている資料をご確認ください。

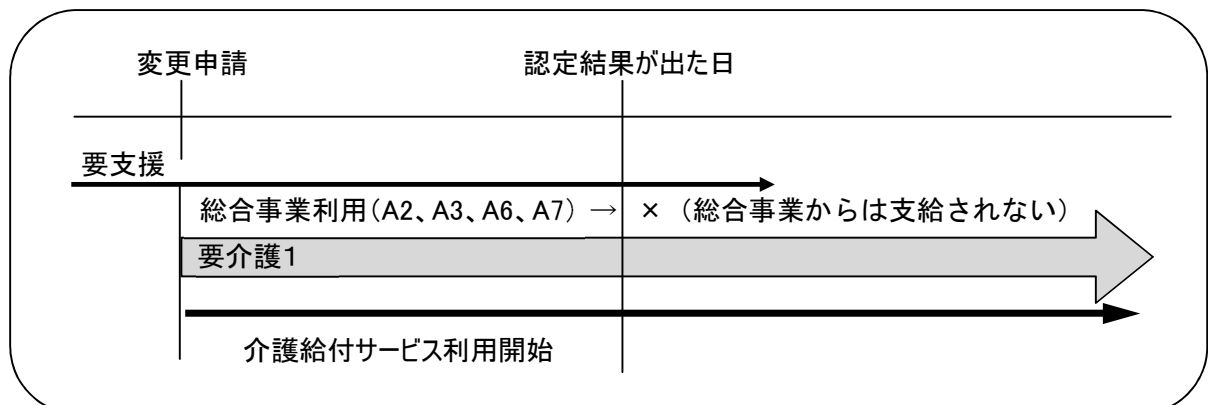
例. 事業対象者が4/1に新規申請を行い、5/1に要介護1と認定された場合

- (1)4/1 付けの居宅サービス計画作成依頼届を提出(申請と同時に暫定で提出)
 - 3/31 まで事業対象者としてサービスを支給、4/1 以降介護給付サービスとして支給。
- ②5/1 付けの居宅サービス計画作成依頼届を提出(認定決定後に居宅の届出を提出)
 - 4/30 まで事業対象者としてサービスを支給、5/1 以降介護給付サービスとして支給。

※事業対象者としていつまでサービスを利用するかは、居宅サービス計画作成依頼届により調整が可能。

《パターン3》 要支援1・2認定者 ⇒ 要介護1以上 (区分変更申請)

要支援1・2認定者が区分変更申請を行い、認定結果が要介護1以上の場合、申請日以降の総合事業(サービス・活動事業)利用分(従前相当サービス(訪問型)(A2)、訪問型サービス・活動A(A3)、従前相当サービス(通所型)(A6)、通所型サービス・活動A(A7))は、総合事業からは原則支給されない。(申請日以降は介護給付での支給。)



※介護申請時点で要介護になる可能性があることを想定し、指定居宅介護支援事業所と連携しておくことが必要である。

例. 要支援 1 認定者が 4/1 に区分変更申請を行い、5/1 に要介護 1 と認定された場合
→認定有効期間は申請日である 4/1～となり、4/1 以降総合事業(サービス・活動事業)の支給は不可。

(4/1 付けで居宅の届出を提出し、4/1 以降は要介護 1 としてのサービスの支給となる。)

例. 要支援 1 認定者が 4/1 に区分変更申請を行い、5/1 に却下と認定された場合
→残りの認定有効期間要支援1となり、4/1 以降の総合事業サービスの支給も可能。

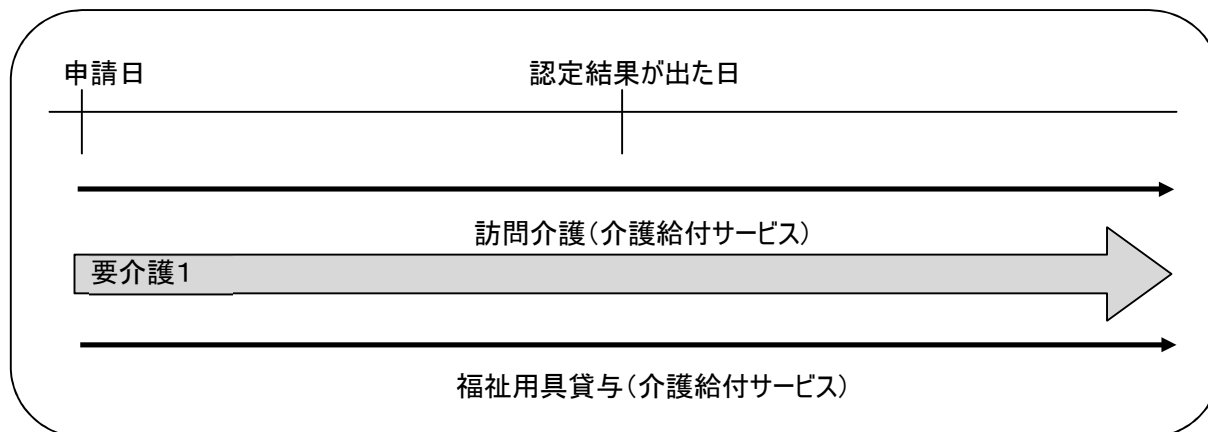
(4/1 以降も要支援 1 としてサービスが可能。)

《パターン 4》 事業対象者 ⇒ 要介護 1 以上

事業対象者として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届出書を提出し、総合事業(サービス・活動事業)の訪問型サービスを利用していた者が、要支援となる見込みで新規申請を行い、介護予防支援の暫定プランに基づいて総合事業(サービス・活動事業)の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用していたところ、要介護1以上と判定された。

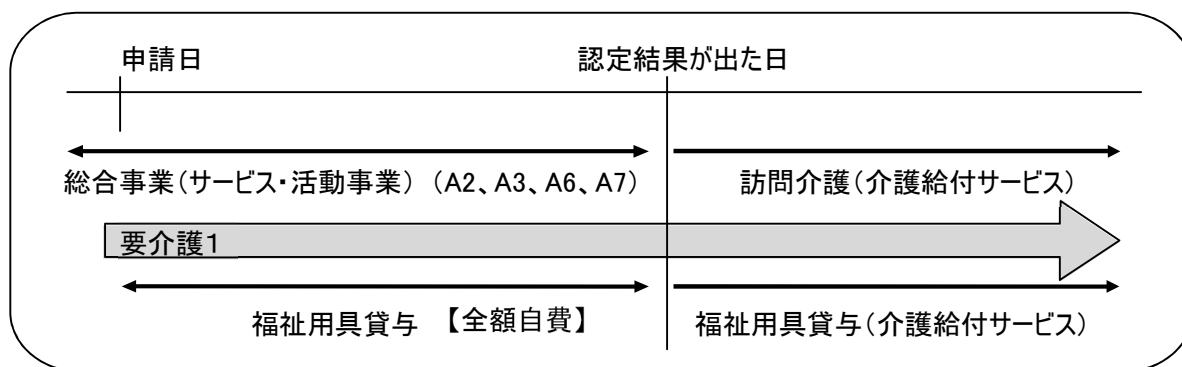
新規申請と同時に給付サービスである福祉用具貸与の利用を開始しているため、申請日に遡って要介護者として取り扱うか、事業対象者のままとして取り扱うかによって、以下のような考え方となる。

◆要介護者として取り扱う場合◆



暫定プランを立てる際に居宅サービス計画作成依頼届出書が提出されていることが前提となるが、総合事業(サービス・活動事業)の現行相当サービスである従前相当サービス(訪問型)(A2)、従前相当サービス(通所型)(A6)に限り、遡ることを可能とする取り扱いとする。(訪問型サービス・活動 A(A3)、通所型サービス・活動 A(A7)は全額実費)

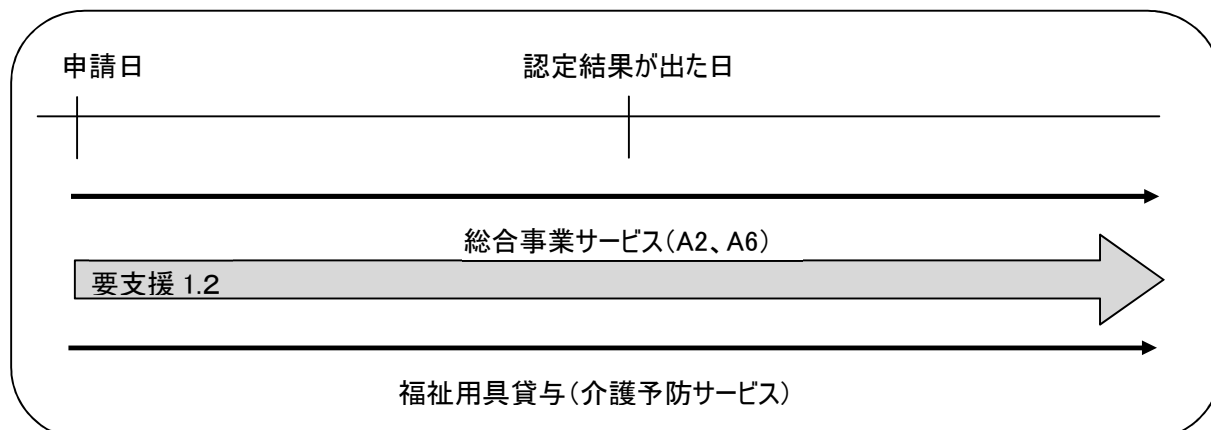
◆事業対象者として取り扱う場合◆



事業対象者として取り扱うのであれば、総合事業(サービス・活動事業)利用分を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。

《パターン5》 事業対象者 ⇒ 要支援 1、2

要介護となる見込みで新規申請を行い、暫定プランに基づいて、通所介護と福祉用具貸与を利用していた者が、認定結果が要支援 1、2 と判定された。



暫定プランを立てる際に居宅の届出がされていることが前提となるが、介護給付サービスである訪問介護と通所介護を、総合事業の従前相当サービス(訪問型)(A2)、従前相当サービス(通所型)(A6)として、遡ることを可能とする取り扱いとする。

4 取り下げ

総合事業費及び介護予防ケアマネジメント費の取り下げについては、「介護予防・日常生活支援総合事業請求取り下げ申立書」を磐田市に提出してください。(直接またはFAX、毎月10日締切)件数が多い場合は、高齢者支援課まで事前にご連絡ください。

5 代理受領委任状

介護予防ケアマネジメント費は、給付管理票及び委託先指定居宅介護支援事業所情報に記載された居宅介護支援事業所に支払われます。静岡県国民健康保険団体連合会では、代理受領委任事業所の登録をしないため、代理受領委任状の提出は不要です。

第4章 その他

1 地域リハビリテーション活動支援事業

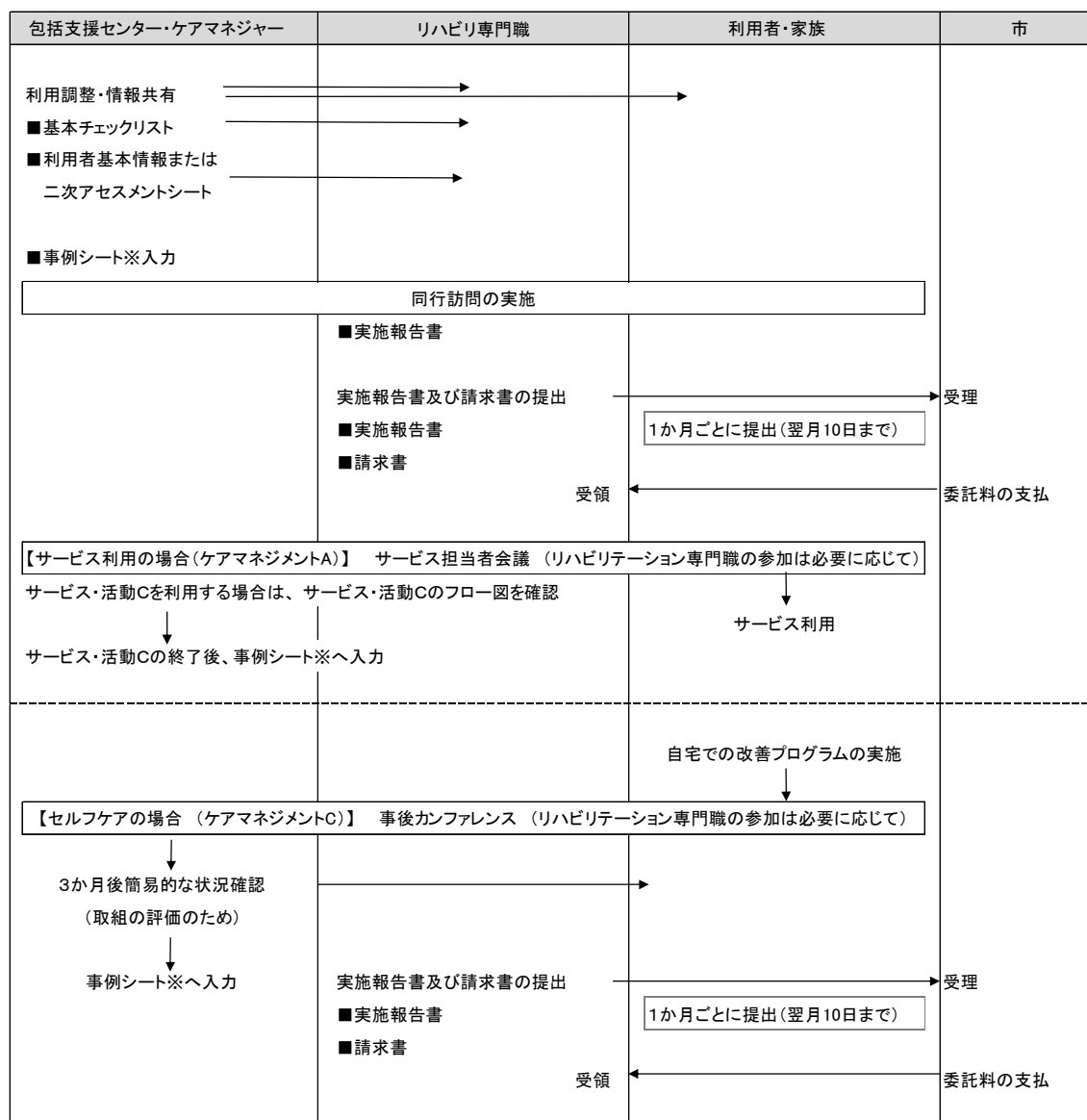
地域リハビリテーション活動支援事業は、地域包括支援センターとリハビリテーション専門職が協力して、フレイル状態にある高齢者の有する能力を評価し、改善に向けた取組を支援することで、要介護状態への進行を防ぎ、自立した日常生活の継続を目指します。

(1) 事業の概要

<p>対象者</p>	<p>要支援1・2 認定者、事業対象者 ※以下に示す方は対象外 ※「(5) 留意事項 ①対象者の選定について」の内容をご覧ください。</p> <p>【対象外とする方】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具貸与以外のサービスを利用中の方 ・2号被保険者 ・要介護認定を申請中で、認定結果ができるまでの間にサービス利用が必要な、いわゆる「暫定プラン」でのサービス利用の手続きを進めている方 ・医療職による専門的なケアや管理が必要な方（医療リハビリを利用している方を含む。） ・ガン末期の方 ・内臓疾患・心疾患・高血圧等で医師による運動制限のある方 ・改善に向けた自主的な取り組みを行う上で支障となる物忘れ（認知症状）がある方 ・精神疾患や神経難病で改善に向けた自主的な取組に支障がある方
<p>内容</p>	<p>アセスメント 同行訪問</p> <p>以下の内容をリハビリテーション専門職と地域包括支援センターが一緒に行いながら、対象者と整理・共有をしていきます。 <u>ケアマネジメントを行うのは地域包括支援センターであり、リハビリテーション専門職はケアマネジメントに対する技術的な助言の役割を担います。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○生活情報の収集整理 基本情報に基づき、実際に対象者が自身のことをどのようにとらえているのか、情報を収集し整理します。 ○身体機能・生活環境の確認と課題の共有 対象者の身体機能や自宅内の状況、生活する周辺環境を確認し、対象者と現状の生活課題や真因について共有します。 ○生活課題解決の提案 アセスメント同行訪問の段階では、実践しやすく継続できる範囲で、生活情報、身体機能や環境の確認から生活課題の解決方法の提案を行います。 ○具体的な目標設定と取組の共有 対象者と目標を設定し、具体的な取り組みと終了後の生活の予測について共有します。目標は誰にでも評価できる具体的でわかりやすい内容とし、対象者の意欲を高めます。

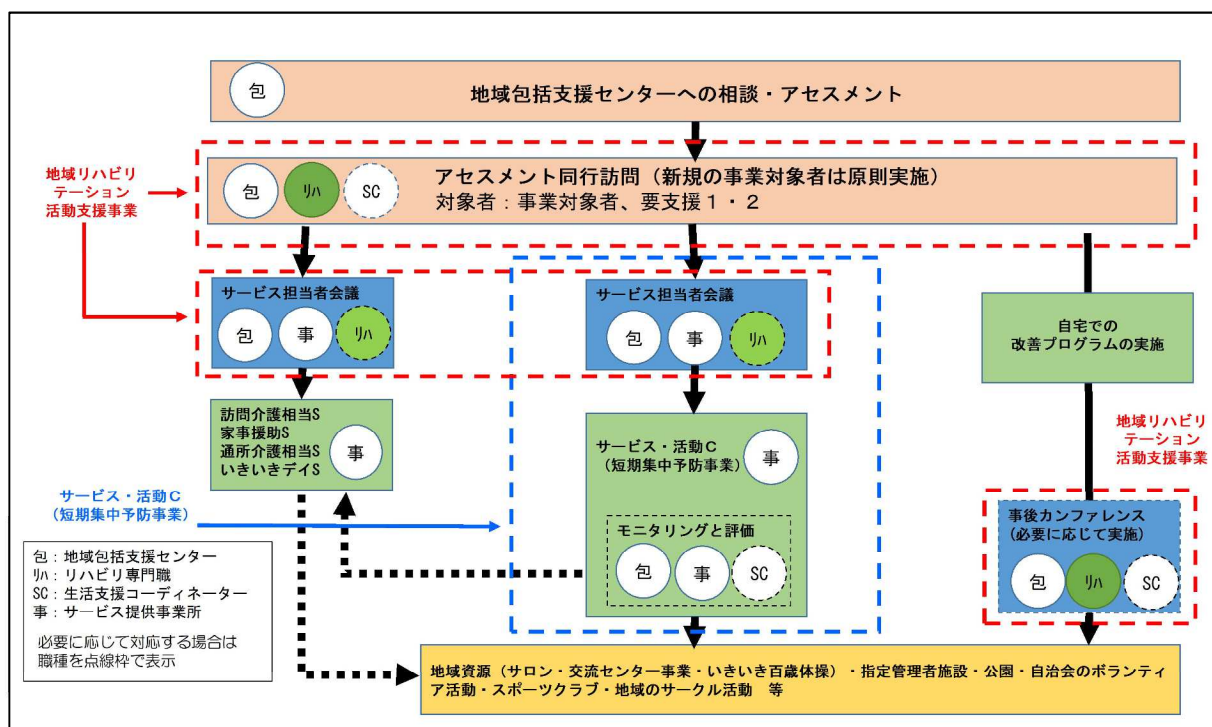
		実施回数	1回(1時間程度) ただし、対象者の自主的な取組により回復を目指すため、さらなる助言や指導が必要な場合は2回まで
	サービス担当者会議への参加		リハビリテーション専門職の視点での助言が必要な場合、アセスメント同行訪問を実施したリハビリテーション専門職が参加することができます。
		実施回数	1回(1時間程度) サービス担当者会議又は事後カンファレンスのいずれか1回のみ
	アセスメント同行訪問後のカンファレンスへの参加(事後カンファレンス)		アセスメント同行訪問を実施した後、セルフケアによる改善に取り組む対象者に対し、必要に応じてさらなる助言や指導、状態の確認等を行います。
		実施回数	1回(1時間程度) サービス担当者会議又は事後カンファレンスのいずれか1回のみ
訪問するリハビリテーション専門職	市が委託した事業所に所属する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士		
利用者負担	なし		

(2) サービスの流れ



※事例シート: 包括システムの「地域リハビリテーション活動支援事業」フォルダに格納されているエクセルシート

(3) サービスの流れ（対応する職種）



(4) 地域リハビリテーション活動支援事業を行う事業所とサービス提供エリア

事業所名	サービス提供エリア
リハビリテーションプラザ デイサービスいそどり	全域
おおふじ五幸ホーム	城山・向陽
すずかけヘルスケアホスピタル	全域
五洋の里	竜洋
豊田えいせい病院	豊田
白梅豊岡病院	豊岡
北斗わかば病院	豊岡

(5) 留意事項

① 対象者の選定について

○事業対象者

事業対象者とは、基本チェックリストを実施した結果、日常生活における何らかのリスクがあると判定された方です。地域包括支援センターが行うアセスメントに多職種の視点を入れることで、正確なアセスメントと適切な支援につなげるため、新たに事業対象とする方は、原則として全員に対してアセスメント同行訪問を実施します。

なお、アセスメント同行訪問を実施せずに事業対象者とした場合は、その判断の理由を経過記録等に記載してください。

○要支援1・2

生活課題等の把握や予後予測等、リハビリテーション専門職の視点が必要であると地域包括支援センターが判断した場合に実施します。

なお、『「要支援」と「要介護」の状態像の違い』に記載したとおり、要支援はADLがほぼ自立し状態の改善が見込まれる方であり、フレイル状態の方であると推測されます。できる限り、アセスメント同行訪問の実施と改善に向けた取組の支援をしてください。

○健康状態の確認

病名や通院歴、服薬の状況などを踏まえ、医療的なリスクの視点で、サービス・活動Cや改善に向けた取組に問題がないか確認してください。特に自己判断で治療を中断している場合などは注意が必要です。

なお、主治医等への照会は、対象者本人が確認し、必要に応じて地域包括支援センターが再確認してください。

② アセスメント同行訪問について

○目標の設定について

単に心身機能の改善だけでなく、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、対象者本人が、自身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してください。

なお、目標の取組内容が継続できなくなったり、何らかの変化が生じた場合には、地域包括支援センターは早期に把握し対応する必要があります。対象者が地域包括支援センターへ相談したほうがよい状況やタイミングを、対象者と事前に話し合っておきましょう。

【目標の例】

良い例	・200m先の美容室に歩いて行けるようになる ・掃除機を使って掃除ができる
悪い例	・ふらつきなく歩けるようになる ・役割をもって、自宅で安全に過ごせる

○生活支援コーディネーター(SC)について

生活支援コーディネーターは、地域のニーズ把握、ボランティア育成、居場所づくりなど、人との「つながり」を創出・強化する「つなぎ役」です。

サービス・活動C等の取組が終了した後やセルフケアによる改善の取組中などに、高齢者自身が「できること」を維持・向上できるよう、地域にある様々な資源を活用し、日常生活の活動や生きがいづくりをサポートします。

アセスメント同行訪問の段階からSCに介入を依頼し、本人の望む暮らしを共有したうえで、協力して対象者の改善に向けた取組を支援してください。

③ 依頼方法

○アセスメント同行訪問

リハビリテーション専門職に連絡し、アセスメント同行訪問の目的(アセスメント同行訪問の目的の例を参照)を伝え、訪問日程を決定します。訪問の3日前までに、依頼したリハビリテーション専門職に以下の書類を送付します。

【アセスメント同行訪問の目的の例】

- ・自立した生活の維持に向けた課題とその要因の把握
- ・適切なプランの目標設定と高齢者へのサービス利用の動機付け
- ・日常生活の維持を目的とした周辺環境及び外出の評価と提案
(残された身体機能を生かした暮らし方の提案)
- ・住環境や福祉用具の利用に関する助言

【リハビリテーション専門職へ事前に送付する書類】

- 基本チェックリスト
- 利用者基本情報、又は二次アセスメントシート(図1)

○サービス担当者会議、事後カンファレンス

リハビリテーション専門職に、会議に出席してもらう必要性や目的を伝え、日程調整を行います。

④ ケアプランの請求方法

○ケアマネジメントC

ケアマネジメントCは初回のみでのマネジメントであり、ケアプランの作成やモニタリングは必要としません。そのため、本市ではセルフマネジメント(自己管理)を継続するためのツールである介護予防手帳の活用をケアマネジメントCの条件としています。

地域リハビリテーション活動支援事業を実施後、介護予防手帳の活用を始めた翌月に請求をしてください。

⑤ サービス担当者会議、事後カンファレンスについて

○サービス担当者会議

ケアプランの原案を作成した後、利用者の意向確認、状態や生活上の課題、支援方針の共有等を目的に、包括、利用者、サービス提供事業等が参加する会議です。

リハビリテーション専門職の出席は必ずしも必要ではありませんが、身体機能や対象者の力を引き出す支援など、対象者の自立支援・介護予防の観点から、リハビリテーション専門職の専門的な知見や視点が必要な場合に、アセスメント同行訪問を行ったリハビリテーション専門職が参加することができます。

○事後カンファレンス

事後カンファレンスは、アセスメント同行訪問後のセルフケアによる改善の取組中に、リハビリテーション専門職による身体機能や取組の定着状況の確認、改善プログラムの修正等を行う必要が生じた場合に実施するものです。

セルフケアによる改善プログラムを実施する場合は、ケアマネジメントC(初回のみ)の介護予防ケアマネジメントのプロセスであることを踏まえ、必要な確認や助言を行うとともに、状態の変化や困りごとが生じた場合には、対象者自らが早めに地域包括支援センターに相談するよう伝えてください。

【参考】 事例シートについて

アセスメント同行訪問の実施が決まり次第、地域包括支援センターシステムの「地域リハビリテーション活動支援事業」フォルダに保存されている「事例シート」ファイル(Excel)に入力してください。

市は、この事例シートを使ってリハビリテーション専門職への依頼状況を把握するとともに、多職種連携会議での事例の選定や、事業自体の評価、請求書との整合等に利用しています。

記入にあたっては、利用者基本情報や二次アセスメントシート等の既存の資料から、内容を転記してください。(既存資料の内容をコピー & ペーストしていただくだけで結構です。)(参考:図2)

図2

事例シート	No	包括	氏名	年齢	性別	初回同行訪問日	障害自立	認知症	要介護区分 前回	要介護区分	特徴	住環境 (〇〇町/ 戸建)	世帯構成 家族情報	身長 体重 (BMI)
利用者基本情報			(1)				(1)					(1)		
			氏名	年齢	性別		日常生活自立度	認定情報	選択		住環境	家族関係等の情報		
2次アセスメントシート							日常生活自立度						世帯区分	
チェックリスト														12 身長 体重 BMI
介護予防サービス・支援計画書														

事例シート	医療情報	服薬情報	相談のきっかけ 申請のきっかけ (時期)	生活課題	望む暮らし (目標とする生活)	解決すべきこと	フォーマルサービス	インフォーマルサービス	モニタリング・評価、カンファレンス時の状況 (時期)
利用者基本情報	(2)					(2)			
	現病歴・既往歴の経過					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			
2次アセスメントシート	現病歴と既往歴 発症時期 医療機関名 受診頻度	服薬状況	主訴 家族の状況意向	ADL IADL 認知 その他	社会生活・環境 その他			地域で参加していること 参加したり取り組んでいること	
チェックリスト									
介護予防サービス・支援計画書				領域における課題	目標とする生活 (1日・1年) 具体策についての 本人・家族の意向	総合的な課題			

2 サービス・活動C（短期集中予防事業）

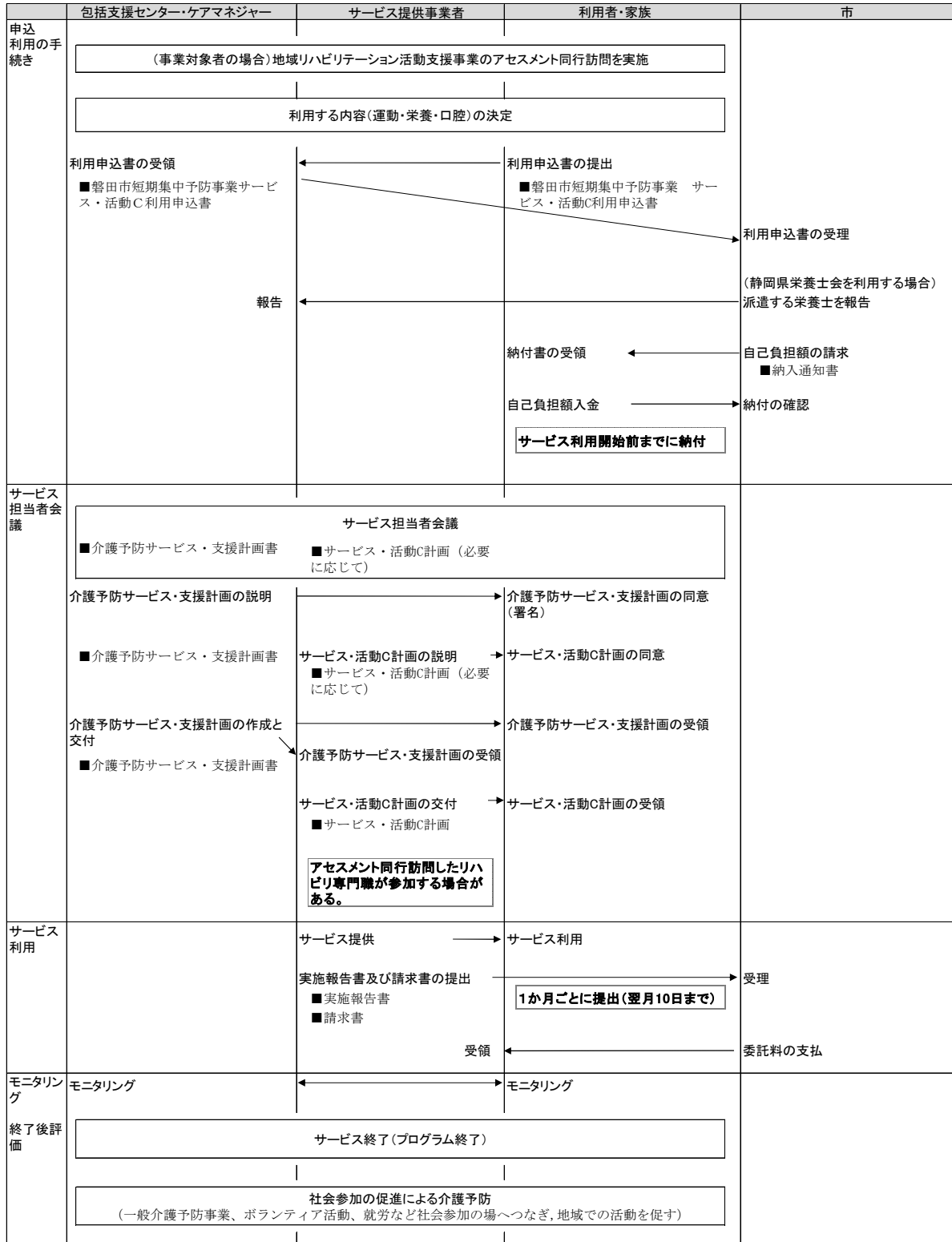
サービス・活動C(短期集中予防事業)は、加齢や疾病によりフレイルになった高齢者が自立した自分らしい生活を取り戻すためのサービスです。利用者それぞれの目標を達成するため、フレイルからの再自立を促し、サービスに依存しないセルフマネジメント力を高めることを目指します。

(1) 事業の概要

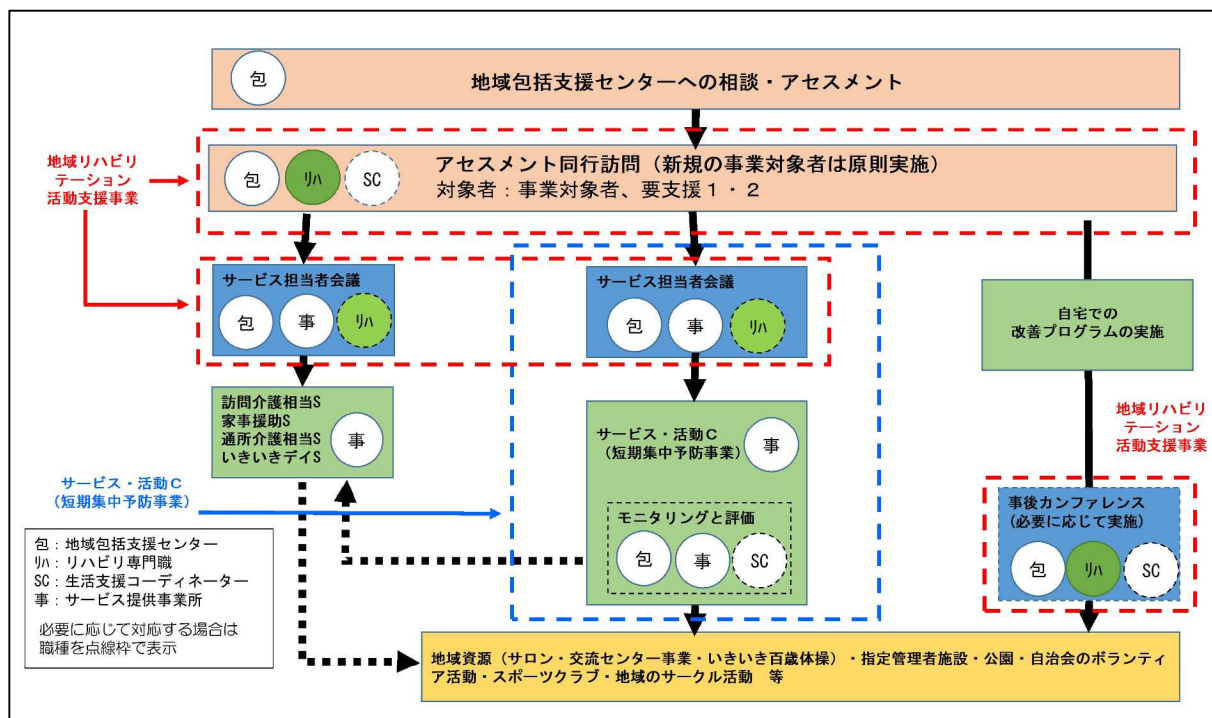
対象者	要支援 1・2 認定者、事業対象者 ※福祉用具購入・貸与、住宅改修以外のサービス利用者は対象外	
実施場所	市が委託した事業所内(通所)又は利用者の自宅(訪問)	
内容	訪問型・通所型で3つのプログラムを組み合わせ利用できます。 ※概ね週1回、全12回以内 ※栄養改善プログラム及び口腔機能向上プログラムは、それぞれ1月につき1回を限度	
	運動機能向上プログラム (40分/回)	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅で継続できるトレーニング等により運動機能向上を目指す ・利用者の具体的な生活上の課題を明らかにし、実際の動作を指導してIADL(手段的日常生活動作)の向上を目指す ・サービス提供がない期間の生活や活動の計画を立て、実施状況を評価してセルフマネジメント力の向上を目指す ・地域活動への参加等につながる働きかけを行う
	栄養改善プログラム (30分/回)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の栄養に関する課題を明らかにし、食事内容の提案による低栄養状態の改善を目指す ・利用者や利用者の家族に対し調理を含む栄養指導により日常生活における「食べること」の自立を目指す
	口腔機能向上プログラム (30分/回)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の口腔に関する課題を明らかにし、口腔機能を維持・向上させることの必要性の理解を得る・日常的な口腔清掃が意義と必要性の理解を得て、動機付け習慣づけを行う ・日常生活の場で継続できるトレーニングの指導により摂食・嚥下機能の向上を目指す
サービス提供者	プログラム	従事者
	運動機能向上プログラム	理学療法士、作業療法士、柔道整復師
	栄養改善プログラム	管理栄養士、栄養士
	口腔機能向上プログラム	歯科衛生士、言語聴覚士

利用者負担	1～3割負担(負担割合は所得に応じる) ※1割負担の場合の利用者負担額 運動機能向上:600円/回 栄養改善:540円/回 口腔機能向上:360円/回
ケアマネジメント	ケアマネジメントA

(2) サービスの流れ



(3) サービスの流れ（対応する職種）



(4) 実施事業所

事業所名	プログラム	方法	エリア
豊田えいせい病院	運動	訪問	豊田
すずかけヘルスケアホスピタル	運動 栄養 口腔	通所 訪問	全域
ほねつぎ尚武館	運動	訪問	福田
白梅豊岡病院	運動	通所	豊岡
リハビリテーションプラザ デイサービスいそどり	運動	通所	全域
(公社)静岡県栄養士会	栄養	訪問	全域
デンタルサポート藍	口腔	訪問	全域

(4) 留意事項

①対象者の選定について

- 基本チェックリストやアセスメント結果を総合的に判断し、生活機能低下と改善の可能性がある対象者を選定してください。
- 病名や通院歴、服薬状況などを踏まえ、医療的なリスクの視点でサービス・活動Cを利用することに問題がないか確認してください。（必要に応じて主治医に確認してください。）
- 医療リハビリテーションの利用者は、医療管理のもとにあることや医療機関のリハビリテーション専門職が関わっていることから、原則として地域リハビリテーション活動支援事業及びサービス・活動Cの対象外です。

図表 2-2 実施の可否等について主治医への相談が必要と考えられる主な場合

- コントロールされていない心疾患・不整脈のあるもの
- 収縮期血圧180mmHg以上ものや180mmHg未満であっても状態等により検討が必要なもの
- 急性期の関節痛・関節炎・神経症状のあるもの
- 慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎・肺気腫など)で息切れ・呼吸困難があるもの
- 急性期の肺炎・肝炎などの炎症のあるもの
- 骨粗鬆症で、脊椎圧迫骨折のあるもの
- 認知機能低下により、プログラムの実施に支障を来すもの
- その他、本サービス等の実施によって、健康状態が急変あるいは悪化する危険性があるもの

【出典】厚生労働省 令和3年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
エビデンスを踏まえた介護予防マニュアル改訂に関する研究事業「介護予防マニュアル第4版」(野村総合研究所)

②対象者の選定、利用する内容の決定

- アセスメントにおいて判明した課題と介護予防サービス・支援計画における支援計画が一致していることが大切です。
- 複数の課題がある場合は、課題が連動している場合があり、同時進行で改善に取り組むことが必要です。課題があるのに見過ごすことのないよう気を付けてください。(基本チェックリストとの連動性)
- 事業対象者がサービス・活動Cを利用するには、地域リハビリテーション活動支援事業におけるアセスメント同行訪問が必要です。地域リハビリテーション活動支援事業におけるアセスメント同行訪問は、地域包括支援センターが行うアセスメントに多職種の視点を入れることで、正確なアセスメントと適切な支援につながるものです。対象者の選定と内容の決定にあたっては、リハビリテーション専門職の助言を活かしてください。
- サービス・活動Cに取り組んだ方の中には継続(延長)を希望する方が見られます。サービスの開始前には、3カ月間の短期的な取組であること、3か月後の目標、サービス終了後の生活を本人及び関係者と共通認識してください。
また、サービス・活動C終了後に従前相当サービスを利用することは、サービス・活動Cで改善に取り組んだ意味が薄れてしまいます。繰り返しになりますが、サービス・活動Cを開始する前に本人及び関係者間で、目標及びサービス・活動C終了後の生活を共通認識するよう、十分に注意してください。
- サービス利用は概ね週に1回ですが、状態の改善を目指すには、サービスを利用していない日(6日/週)にどう過ごすかが大切です。自重や身の回りの物、生活環境を活用し、自宅でも実践できる内容とし、活動量の増加を目指してください。
- サービス・活動Cは、心身機能の向上が目的ではなく、実際の生活行為(ADL・IADL)の改善を目指すものです。自宅での取組を支援するために、サービス担当者会議の際や「訪問」を組み合わせるなど、生活環境を確認してください。

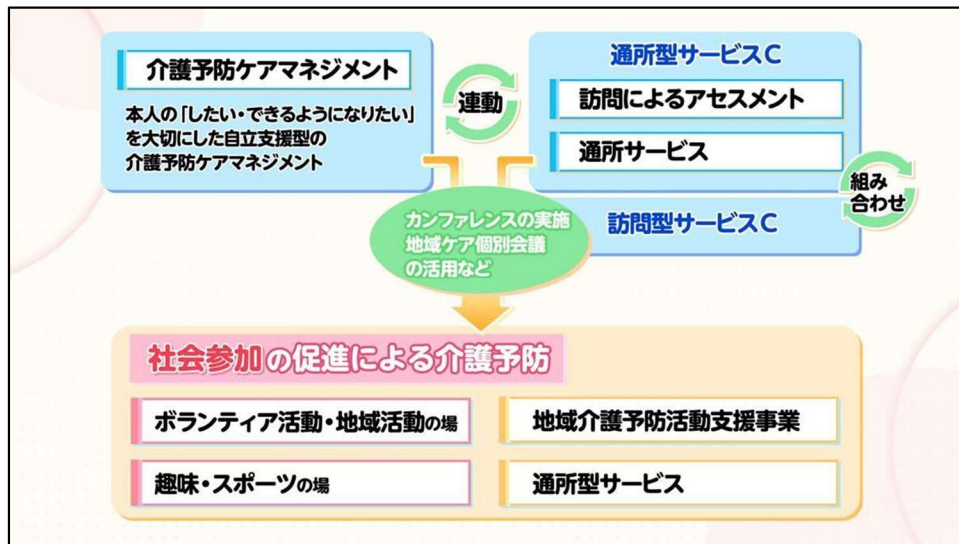
③介護予防サービス・支援計画の作成、サービス担当者会議

- 課題を踏まえ、目標はサービス終了後の生活を見据えた日常生活に直結した具体的かつ達成可能な目標を設定してください。(目標の明確化)
- 目標は、単なる方針ではなく、何をもって達成とするのか、本人が評価することができる具体的な数値や状態を設定するよう心掛けてください。
- 本人による主体的な取組を支援し、生活機能の向上に対する意欲を高めることを意識してください。目的の理解や納得を確認し、主体性を引き出すマネジメントを意識してください
- 基本チェックリストで把握した課題と設定した目標について、サービス事業者と共有してください。

④サービス利用

- 地域包括支援センターとサービス提供事業者は、経過・評価・状態変化を適切に情報共有し、課題があれば早期に調整・支援内容の調整を行なってください。
- 繰り返しになりますが、状態の改善を目指すには、週1回のサービス利用だけでなく、残り6日間の過ごし方が大切です。サービス終了後の生活も見据え、サービスに依存せずに運動や健康を管理する能力(セルフマネジメント)を高める働きかけをしてください。
- 本人の目標や希望に応じ、通いの場等の一般介護予防事業やボランティア活動、就労などの社会参加や地域での活動につなぐことを意識してください。生活支援コーディネーターと連携し、サービス利用中から計画的に検討してください。





【出典】三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業 報告書」、平成 28 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

⑤モニタリングと評価

- 少なくとも3か月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときには、訪問して面接してください。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してください。
- 目標の達成状況や基本チェックリストを活用し、日常生活活動の改善状況等を含めた評価を行ってください。サービス利用の前後を比較し、維持改善できた項目など、目標の達成状況を共通認識し、本人のモチベーション維持を図ってください。
- サービス終了後の生活について、本人の意欲や状態等に応じて、通いの場やボランティア活動などの社会参加や地域活動につなぐことを意識し、サービス利用中から生活支援コーディネーターと連携して計画的に検討してください。

⑥利用期間の延長等について

サービス・活動Cは3カ月間の短期間で目標達成に向けた取組を実施しますが、12回の利用で目標が達成できなかった場合、利用回数を増やすことで当初の目標が達成できると認められる場合のみ、更に12回まで延長利用することができます。(手続き上は再度申請いただき、利用者負担額を納付していただく必要があります。)

第5章 介護予防ケアマネジメントに関するQ & A

No	質問	回答
Q1	介護保険料の滞納がある場合、総合事業でも給付制限を課しているか。	給付制限を課さない。
Q2	住所地特例はどのように扱うのか。	住所地特例対象者に対する総合事業については、当該者が居住する施設が所在する市町村がサービスを行う。 例えば、磐田市内の施設に在住する住所地特例対象者については、磐田市の総合事業のサービスを受けることになる。 (磐田市のサービスコードで保険者に請求する)
Q3	居宅介護支援費の取扱件数の算出に関して、委託を受けた介護予防支援は受託件数×1/3件と数えるが、介護予防ケアマネジメントAも同様に数えるのか。 それとも、取扱件数に入れないことになるのか。	取扱件数に含めない。
Q4	事業対象者が、介護認定を新規申請し、非該当となった場合はどうなるのか。	改めてケアマネジメントを行う。引き続き、事業対象者となる場合は、「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」「介護予防・日常生活支援総合事業 確認票」「基本チェックリスト」を高齢者支援課へ再度提出する。 ※「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」日付は届出日を記載。 それ以外の日付は空欄で可。 ※「基本チェックリスト」については、実施日が6か月以内であればコピー可

Q5	事業対象者の被保険者証はいつ送付されるのか。	<p>基本的に毎週水曜日発送。</p> <p>新規・前々週の土曜日から前週の金曜日受付分を翌週の水曜日に発送</p> <p>同時申請・認定結果を確認後の水曜日に発送</p> <p>更新・現在の介護度の有効期間満了日の前々週の土曜日から前週の金曜日受付分を翌週の水曜日に発送</p>
Q6	介護予防サービス・支援計画書の「サービス種別」の欄に、総合事業はどのように記載すればよいか。	訪問型サービス、通所型サービス等、利用するサービスの名称を具体的に記載する。
Q7	予防給付と同様に地域包括支援センターに対して利用者基本情報、評価表等の提出は必要か。	<p>委託を受けた居宅介護支援事業所は、「介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果記録表)」の原案を作成した時点で</p> <p>①利用者基本情報【帳票②-1、2】</p> <p>②基本チェックリスト【帳票③】</p> <p>③二次アセスメントシート【帳票④】</p> <p>④介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果記録表)</p> <p>【帳票⑤】</p> <p>⑤介護保険証コピー(必要時)</p> <p>⑥介護保険負担割合証のコピー(必要時)</p> <p>を地域包括支援センターに提出し、確認を依頼する。</p> <p>また、「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」を地域包括支援センターに提出し、確認を受ける。</p>
Q8	地域リハビリテーション活動支援事業を実施後、自主的な取り組みを継続していたが、転倒により入院してしまった。完治したが足腰が弱くなっているため、再度地域リハビリテーション活動支援事業を実施することは可能か。	何らかの要因により生活環境や心身状態に大きな変化が生じている場合は、再度地域リハビリテーション活動支援事業を実施することが可能である。

第6章 様式

- 1 利用者基本情報
- 2 基本チェックリスト
- 3 介護予防サービス・支援計画書
- 4 二次アセスメントシート
- 5 興味・関心チェックシート
- 6 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
- 7 短期集中予防事業 サービス・活動C利用申込書
- 8 短期集中予防事業 サービス・活動C利用変更届出書

利用者基本情報

作成担当者： _____

《基本情報》

相談日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 来所 ・ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再来(前回: /)		
本人の現況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院又は入院中 ()				
フリガナ					
本人氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
認定・総合事業情報	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支1 <input type="checkbox"/> 要支2 <input type="checkbox"/> 要介1 <input type="checkbox"/> 要介2 <input type="checkbox"/> 要介3 <input type="checkbox"/> 要介4 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 事業対象者の該当あり ・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> 自宅の有無 ()階			住宅改修 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 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					家族構成
緊急連絡先	氏名	続柄			
			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
				TEL		
				TEL		
				TEL		
				TEL		

《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

総合事業、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。

年 月 日 氏名

《基本チェックリスト》

実施日 令和 年 月 日



被保険者番号			
氏名			生年月日 <small>大正昭和</small> 年 月 日
住所			性別 男・女

No	質問項目	回答 いずれかに○をお付け下さい			
		0	はい	1	いいえ
1	バスや電車で一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カ月間で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:_____)	1	18.5未満	0	18.5以上
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) これまでに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

※下記へ「1」にチェックされた項目数を記載し、基準に該当したところへ○印をしてください。

判定結果	①No1~20	②No6~10	③No11~12	④No13~15	⑤No16	⑥No18~20	⑦No21~25
	/20	/5	/2	/3	/1	/3	/5

【個人情報の取り扱いに関する同意】 ※必ずご記入下さい。

この基本チェックリストで取り扱う個人情報は、介護予防・日常生活支援総合事業の利用にあたり、必要な範囲で磐田市、磐田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の関係機関に提供することがあります。
 以上の内容について同意します。

令和 年 月 日

署名 _____



介護予防サービス・支援計画書



No. _____

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
----------	---------	-----------	-------

利用者名: _____ 様 認定年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定有効期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名: _____ 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	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)	頻度	期間
	(運動・移動について)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
	(日常(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】

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

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

【本来行うべき支援が実施できない場合】

▶ 妥当な支援の実施に向けた方針

担当地域包括支援センター	名称	
	意見	

【総合的な方針:生活不活発病の改善予防のポイント】

[緊急連絡先]
[かかりつけ医]
[避難所]

【利用者記入欄】
上記計画について、同意いたします。
_____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名: _____



磐田市 二次アセスメントシート



記入日 年 月 日 担当：

ふりがな			
利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所	磐田市	電話	
世帯区分	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> その他 ()		
障がい高齢者の日常生活自立度：		認知症高齢者の日常生活自立度：	
●主訴		●家族の状況・意向	

I. 健康状態

1	現病と既往歴 ・ 発症時期	医療機関名	受診頻度	服薬状況 (合計 種類)
1				<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
医療リハ：		回/月	マッサージや整骨院： 回/月	
2	お薬手帳を利用していますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	平常時の血圧 / mmHg	服薬 <input type="checkbox"/> あり () ・ <input type="checkbox"/> なし		
4	痛み・しびれ			
	部位・程度	できない・困っていること	場面・対処	
5	肉類、卵、魚介類のうち、いずれかを毎日、一つ以上食べていますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	1日にとる水分について	総摂取量	<input type="checkbox"/> 500cc未満	<input type="checkbox"/> 500~1000cc
	内訳 <input type="checkbox"/> お茶 cc、 <input type="checkbox"/> 水 cc、 <input type="checkbox"/> 汁物 cc、 <input type="checkbox"/> その他 cc			<input type="checkbox"/> 1000cc以上
7	排泄について：トイレに行くのが間に合わなくて、失敗することがありますか		<input type="checkbox"/> はい (ハット・失禁パツ使用)	<input type="checkbox"/> いいえ
	排尿： 日中 回、 夜間 回、 利尿剤服用	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ()		
	排便： 日に1回	下剤服用 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ()		
8	眠れなくなることがある、または睡眠薬を内服している		<input type="checkbox"/> はい (週 回使用)	<input type="checkbox"/> いいえ
9	歯磨きや義歯の掃除を1日に1回以上していますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

II. ADL

1	ADL項目	状況	備考
1	起き上がりはできますか	<input type="checkbox"/> できる ・ <input type="checkbox"/> できない	
2	歩行について	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない	
	屋内 屋外：15分	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない	
3	片足立ちはできますか (10秒程度)	<input type="checkbox"/> できる ・ <input type="checkbox"/> できない	
4	一人で洗身していますか	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない	
5	一人で浴槽をまたぐことをしていますか	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない	
6	運動について、医師から制限されていますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	
7	他に医師から注意を受けていることはありますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	

日常生活について (IADL)		※本人がしていること		していない場合は誰がしているのか？	特記事項
1	炊事	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 炊飯 <input type="checkbox"/> 簡単な食事の用意 <input type="checkbox"/> ガス(HI)調理器使用 <input type="checkbox"/> 温め <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 下膳 <input type="checkbox"/> 食器洗い	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	
2	掃除	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 自室のみ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂場 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 掃除機がけ <input type="checkbox"/> モップ	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	
3	洗濯	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 洗濯機の操作 <input type="checkbox"/> 洗濯物を干す <input type="checkbox"/> 取り込む <input type="checkbox"/> たたむ <input type="checkbox"/> 整理する	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	
4	ごみ出し	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 分別する <input type="checkbox"/> まとめる <input type="checkbox"/> 集積所まで運ぶ (<input type="checkbox"/> 一部 . <input type="checkbox"/> 全部)	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	
5	買い物	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 買うものを決める <input type="checkbox"/> 荷物を持って帰る <input type="checkbox"/> 荷物は配達便を利用する <input type="checkbox"/> 注文配達	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	
6	金銭管理	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 全て管理 <input type="checkbox"/> こづかい程度のみ管理 <input type="checkbox"/> 銀行に行く／出入金	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	
7	薬の管理	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 自己管理 (分包・一包) <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ(有・無) <input type="checkbox"/> 声かけ (有・無) <input type="checkbox"/> 拒否	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	
8	外出手段	<input type="checkbox"/> バス 最寄バス停:		バス停まで	分程度
		<input type="checkbox"/> 電車 最寄駅:		<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車	
		<input type="checkbox"/> 家族の送迎(頻度)		回数程度	<input type="checkbox"/> その他

社会生活 ・ 環境

1	現在、地域で参加しているものはありますか	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
	医療機関が遠い	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
	現在、参加したり、取り組んでいる事はありますか	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
	また、以前参加していたものはありますか	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
2	元気になったら、再開したいこと、やってみたいこと等ありますか	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
3	何かしらの役割がありますか		家庭内	地域
4	困ったときに助けてくれる人はいますか	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
5	自宅内の環境で不自由なところや不安に感じるところはありますか	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂場 <input type="checkbox"/> 屋内階段 <input type="checkbox"/> 屋外階段 <input type="checkbox"/> 物干し場 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> その他 ()			
6	自宅周囲の環境で不自由なところはありますか	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 急な坂道 <input type="checkbox"/> 自宅敷地内の階段 <input type="checkbox"/> バス停や駅が遠い <input type="checkbox"/> 買い物できる場所がない <input type="checkbox"/> 集会所や公民館が遠い <input type="checkbox"/> その他 ()			

認知

1	物忘れが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ()
2	物の置き忘れが増えていると感じることはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ()
3	新しいこと(人や物の名前など)が覚えにくいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ()

その他

1	今後、ご自身はどのようにになりたいですか	<input type="checkbox"/> 今より元気になりたい <input type="checkbox"/> 今を維持したい <input type="checkbox"/> わからない
	また、ご自身のためにしていることや心がけていることはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	心がけていること	

●特記事項



興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別：(男・女) 記入日： _____ 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・ テニス等のスポーツ			
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・シニアクラブ ・高齢者サロン)				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)

磐田市短期集中予防事業 サービス・活動C
利用申込書

令和 年 月 日

磐田市長

磐田市短期集中予防事業の利用について下記のとおり申込みます。

記

利用サービス

利用事業所						
利用開始	年 月 日から					
利用プログラム	運動	回	栄養	回	口腔	回
	全	回				
担当ケアマネジャー						

利用者情報

利用者	氏名		性別	男・女	
	生年月日	T・S	年 月 日	(歳)	
	住所	磐田市			
	電話番号				
緊急連絡先	氏名 (本人との関係)	()			
	住所				
	電話番号				

*** 個人情報の取り扱いについて ***

サービス利用にあたり利用者の状況を実施事業者が把握する必要がありますので、市や担当ケアマネジャーから個人に関する記録を提供いたします。サービス提供に必要な範囲の情報で、その目的以外には使用いたしませんのでご了承ください。

1回あたりの自己負担金

サービス・活動C

プログラム	1割負担	2割負担	3割負担
運動機能向上	600円	1,200円	1,800円
栄養改善	540円	1,080円	1,650円
口腔機能向上	360円	720円	1,080円

磐田市短期集中予防事業（サービス・活動C）
利用変更届出書

令和 年 月 日

磐田市長

磐田市短期集中予防事業の利用を変更します。

記

利用サービス

利用事業所						
利用開始	月 日から					
利用プログラム	運動	回	栄養	回	口腔	回
	全	回				
担当ケアマネジャー						

利用者情報

利用者	氏名		性別	男・女	
	生年月日	T・S	年	月 日（ 歳）	
	住所	磐田市			
	電話番号				

※個人情報の取り扱いについて

サービス利用にあたり利用者の状況を実施事業者が把握する必要がありますので、市や担当ケアマネジャーから個人に関する記録を提供いたします。サービス提供に必要な範囲の情報で、その目的以外には使用いたしませんのでご了承ください。

1回あたりの自己負担金

サービス・活動C

プログラム	1割負担	2割負担	3割負担
運動機能向上	600円	1,200円	1,800円
栄養改善	540円	1,080円	1,650円
口腔機能向上	360円	720円	1,080円

磐田市短期集中予防事業（サービス・活動C）
利用中止届出書

令和 年 月 日

磐田市長

磐田市短期集中予防事業の利用を中止します。

記

利用サービス

利用事業所						
利用開始	年 月 日から					
利用 プログラム	運動	回	栄養	回	口腔	回
	全	回				
担当ケアマネジャー						

利用者情報

利用者	氏 名		性別		
	生年月日	T・S 年 月 日（ 歳）			
	住 所				
	電話番号				

※個人情報の取り扱いについて

サービス利用にあたり利用者の状況を実施事業者が把握する必要がありますので、市や担当ケアマネジャーから個人に関する記録を提供いたします。サービス提供に必要な範囲の情報で、その目的以外には使用いたしませんのでご了承ください。

1回あたりの自己負担金

サービス・活動C

プログラム	1割負担	2割負担	3割負担
運動機能向上	600円	1,200円	1,800円
栄養改善	540円	1,080円	1,650円
口腔機能向上	360円	720円	1,080円