

介護予防・日常生活支援総合事業 (総合事業)

倉吉市長寿社会課

平成29年2月2日

1 総合事業の概要

介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)について

〈現行〉

介護給付(要介護1～5)

現行と同様

訪問看護、福祉用具等

介護予防給付
(要支援1～2)

訪問介護、通所介護

現行と同様
事業に移行

地域支援事業

介護予防事業

- 二次予防事業(元気あっぷ教室)
- 一次予防事業(介護予防教室、なごもう会、介護ボランティア等)

市町で実施

〈総合事業以降後〉

介護給付(要介護1～5)

介護予防給付(要支援1～2)

介護予防・日常生活支援総合事業
(要支援1～2、事業対象者)

- 介護予防・生活支援サービス事業
 - ・訪問型サービス
 - 訪問介護(現行の訪問介護)
 - ・通所型サービス
 - 通所介護(現行の通所介護)
 - ・介護予防支援事業(介護予防ケアマネジメント)
- 一般介護予防事業
 - ・なごもう会、介護予防教室、元気あっぷ教室、認知症予防教室
 - 地域リハビリテーション活動支援事業等

今後多様なサービスを創りあげていく

地域支援事業

総合事業の構成、サービス内容等

○ 介護予防・生活支援サービス事業

(対象者) 要支援認定を受けた者、基本チェックリストで事業対象者に該当した者

(実施事業) ・ 現行の訪問介護相当
・ 現行の通所介護相当
・ 介護予防ケアマネジメント

○ 一般介護予防事業

(対象者) 65歳以上の第1号被保険者等

(実施事業) ・ 介護予防普及啓発事業
・ 地域介護予防活動支援事業
・ 地域リハビリテーション活動支援事業(検討中)

平成29年4月から本市で実施するサービス

介護予防・日常生活支援総合事業
(新しい総合事業)

介護予防・生活支援サービス事業

(従来の要支援者)

- ・要支援認定を受けた者(要支援者)
- ・基本チェックリスト該当者(介護予防・生活支援サービス対象事業者)

訪問型サービス
(第1号訪問事業)

- ・現行の訪問介護相当
- ・多様なサービス

- ①訪問介護
- ②訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)
- ③訪問型サービスB(住民主体による支援)
- ④訪問型サービスC(短期集中予防サービス)
- ⑤訪問型サービスD(移動支援)

通所型サービス
(第1号通所事業)

- ・現行の通所介護相当
- ・多様なサービス

- ①通所介護
- ②通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)
- ③通所型サービスB(住民主体による支援)
- ④通所型サービスC(短期集中予防サービス)

その他の生活支援サービス
(第1号生活支援事業)

- ①栄養改善の目的とした配食
- 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・通所型サービスの一体的提供等)

介護予防ケアマネジメント
(第1号介護予防支援事業)

※ 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。

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

左記の5つのうち必要な事業を組み合わせる実施。②、③については現在の事業を見直して実施。⑤については新規実施を検討中

2 対象者と利用手続

(1) 対象者

- ① 29年4月以降に、新規・区分変更・更新により要支援認定をうけた方
（認定有効期間の開始年月日が29年4月以降の要支援者
- ② 29年4月以降に、基本チェックリストにより事業対象者と判断された方

【ポイント】

29年4月より前からの要支援者について、その認定更新等までは、従来の予防給付(介護予防訪問介護・介護予防通所介護)としてサービスを提供します。

29年4月以降に認定更新等により要支援認定を受けた方が訪問介護・通所介護を利用する場合は、サービスが総合事業に変わります。(要支援者の認定有効期間は現在、最長1年ですので、倉吉市では29年4月から1年かけて移行します。)

更新の場合の総合事業への移行について(例)

H29.4.1

H30.3.1

H30.4.1

(例1)
現在の認定有効期間
H28.4.1～H29.3.30

H29.4.1から総合事業

(例2)
現在の認定有効期間
H29.3.1～H30.2.28

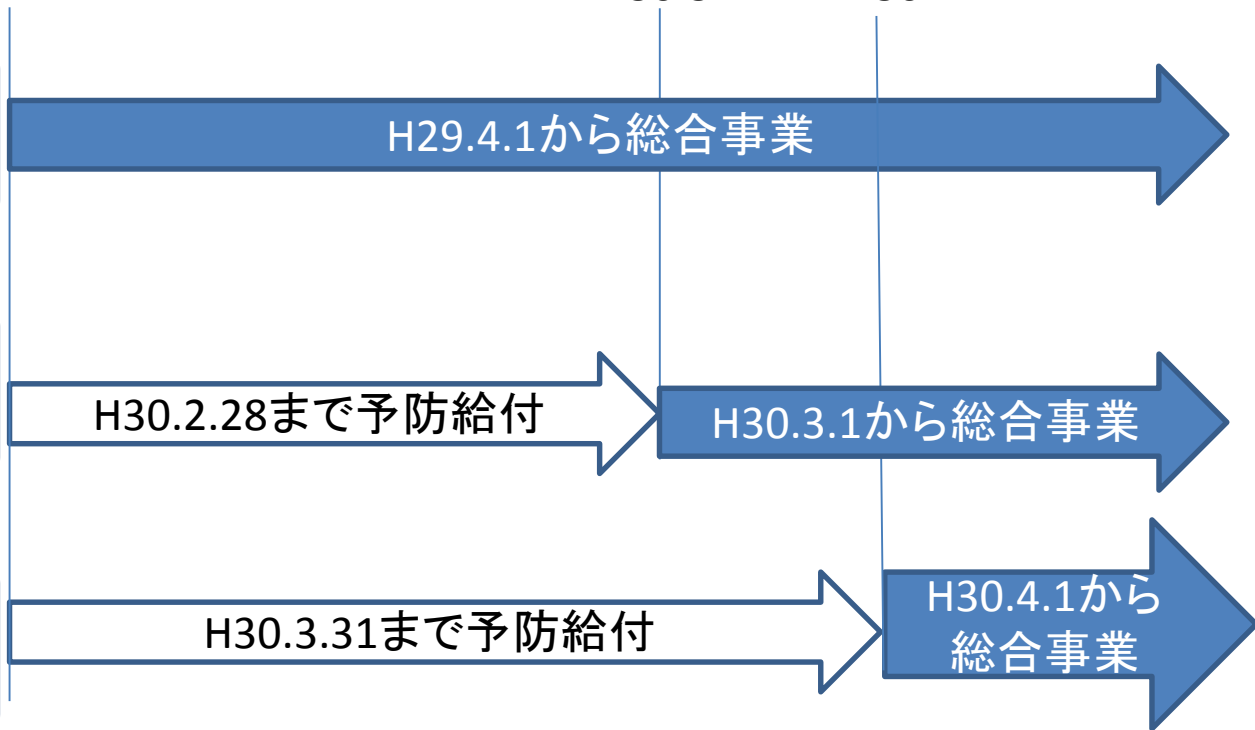
H30.2.28まで予防給付

H30.3.1から総合事業

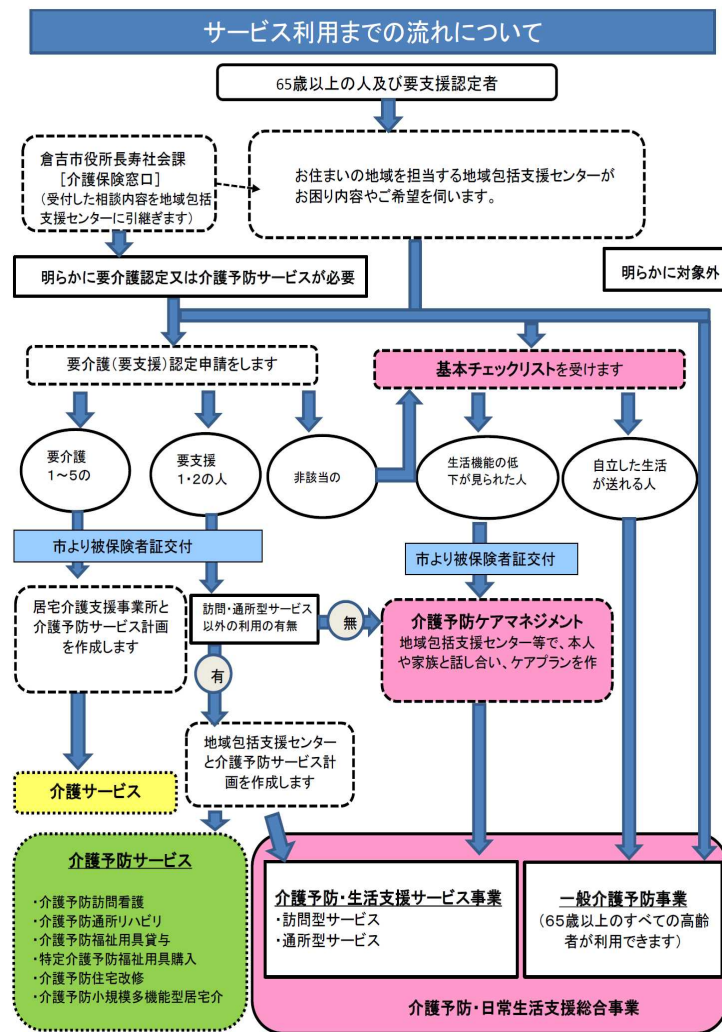
(例3)
現在の認定有効期間
H29.3.2～H30.3.31

H30.3.31まで予防給付

H30.4.1から
総合事業



(2) 利用手続



※介護保険のサービスと総合事業の両方を利用できますが、内容が重複するサービスは利用できません

総合事業のサービス利用流れのイメージ

要介護認定申請をしない場合

①申請手続き
市役所窓口

「申請書」の提出
担当包括紹介

②包括への情報提供
基本チェックリストの実施

該当者の情報提供
※申請書と聞き取り内容を
紙面で提供する。
基本チェックリストの実施

③市への提出

基本チェックリスト
介護予防サービス計画
作成依頼の提出

④保険証の発行

・介護保険証
・負担割合証
・決定通知

⑤介護予防ケアマネジメント実施 ➡ ⑥ケアプラン交付 ➡ ⑦サービス事業利用

アセスメント
ケアプラン作成
サービス担当者会議
契約(包括+事業所)

⑧モニタリング

⑨給付管理票作成
国保連合会送付

⑩プラン料の請求
(長寿社会課)

【ポイント】

I 「認定有効期間の開始年月日までの要支援者」の場合

① 総合事業移行期として、次の認定更新・区分変更までは、予防給付として介護予防訪問介護・介護予防通所介護が引き続き行われますので手続き等に変更はありません。

II 「認定有効期間の開始年月日がH29.4.1からの要支援者」の場合

② 予防給付のみ必要な場合⇨「介護予防サービス計画」

③ 予防給付と総合事業が必要な場合⇨「介護予防サービス計画」

④ 総合事業のみ必要な場合⇨「介護予防ケアマネジメント」

III 「H29.4以降に基本チェックリストにより事業対象者」になった場合

⑤ 事業対象者が総合事業のみが必要な場合⇨「介護予防ケアマネジメント」

3 平成29年4月移行当初のサービス

【訪問型サービス】

区分		予防給付	総合事業
		介護予防訪問介護	倉吉市訪問介護担当サービス
1	実施時期	認定更新時まで	H29年4月移行の認定更新等から
2	ケアマネジメント	介護予防サービス計画	介護予防サービス計画 又は介護予防ケアマネジメントA
3	サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	
4	サービス提供者	介護予防訪問介護の指定事業者	倉吉市訪問介護相当サービスの指定事業者
5	サービスの基準	現行	現行と同様
6	単価	現行	1回あたりの単価
7	サービスコード	現行	新たなコード(種類コードA1又はA2)
8	給付期限	あり	なし
9	利用者負担	介護給付の利用者負担割合と同じ	
10	限度額管理の有無・方法	限度額管理の対象・国保連で管理	
11	事業者への支払方法	国保連経由で審査・支払	

【通所型サービス】

区分		予防給付	総合事業
		介護予防通所介護	倉吉市通所介護担当サービス
1	実施時期	認定更新時まで	H29年4月移行の認定更新等から
2	ケアマネジメント	介護予防サービス計画	介護予防サービス計画 又は介護予防ケアマネジメントA
3	サービス内容	通所介護事業所の従業員によるサービス	
4	サービス提供者	介護予防通所介護の指定事業者	倉吉市通所介護相当サービスの指定事業者
5	サービスの基準	現行	現行と同様
6	単価	現行	1回あたりの単価
7	サービスコード	現行	新たなコード(種類コードA5又はA6)
8	給付期限	あり	なし
9	利用者負担	介護給付の利用者負担割合と同じ	
10	限度額管理の有無・方法	限度額管理の対象・国保連で管理	
11	事業者への支払方法	国保連経由で審査・支払	

4 倉吉市訪問介護相当サービス 倉吉市通所介護相当サービス

(1) サービスコード

【倉吉市訪問介護相当サービス】

区分	市内事業者		市外事業者	
	申請・届出	サービスコード	申請・届出	サービスコード
・27年3月31日までに介護予防訪問介護の指定を受けた事業者(みなし指定事業者)	不要	A1	不要	A1
・27年4月1日から29年3月31日までの間に介護予防訪問介護の指定を受けた事業所 ・29年4月1日以降に訪問介護の指定を受けた事業所	要申請	A2	要申請	A2

【倉吉市通所介護相当サービス】

区分	市内事業者		市外事業者	
	申請・届出	サービスコード	申請・届出	サービスコード
・27年3月31日までに介護予防通所介護の指定を受けた事業者(みなし指定事業者)	不要	A5	不要	A5
・27年4月1日から29年3月31日までの間に7介護予防通所介護の指定を受けた事業所 ・29年4月1日以降に通所介護の指定を受けた事業所	要申請	A6	要申請	A6

(2) 単価

【現行報酬との比較】

現在の介護予防訪問介護	倉吉市訪問介護相当サービス
<p>○月額包括報酬</p> <p>□要支援1・2 週1回程度 1,168単位/月</p> <p>□要支援1・2 週2回程度 2,335単位/月</p> <p>□要支援2 週3回 3,704単位/月</p>	<p>○<u>1回当たりの報酬単価を設定</u></p> <p>□要支援1・2、事業対象者 週1回程度 <u>266単位/回</u> 月4回超えの場合 1,168単位/月</p> <p>□要支援1・2、事業対象者 週2回程度 <u>270単位/回</u> 月8回超えの場合 2,335単位/月</p> <p>□要支援2 週3回以上 <u>285単位/回</u> 月12回超えの場合 3,704単位/月</p> <p>□要支援1・2、事業対象者 20分未満 月22回まで <u>165単位/回</u></p>

報酬算定の例

- (例1) 週に1回程度の利用者に対し、1月に4回サービスを提供した。
→266単位×4回
- (例2) 週に1回程度の利用者に対し、1月に5回サービスを提供した。
→1, 168単位
- (例3) 週に2回程度の利用者に対し、1月に8回サービスを提供した。
→270単位×8回
- (例4) 週に2回程度の利用者に対し、1月に9回サービスを提供した。
→2, 335単位
- (例5) 週に2回程度の利用者で、1月に9回サービスを提供予定であったが、体調不良により1月に3回の提供となった。
→270単位×3回

【現行報酬との比較】

現在の介護予防通所介護	倉吉市通所介護相当サービス
<p>○月額包括報酬</p> <p>□要支援1 1,647単位/月</p> <p>□要支援2 3,377単位/月</p>	<p>○<u>1回当たりの報酬単価を設定</u></p> <p>□要支援1、事業対象者(週1回程度)</p> <p style="text-align: right;"><u>378単位/回</u></p> <p>月4回超えの場合 1,647単位/月</p> <p>□要支援2(週2回程度)</p> <p style="text-align: right;"><u>389単位/回</u></p> <p>月8回超えの場合 3,377単位/月</p>

報酬算定の例

- (例1) 要支援1の利用者に対し、1か月に4回サービスを提供した。
→378単位×4回
- (例2) 要支援1の利用者に対し、1か月に5回サービスを提供した。
→1,647単位
- (例3) 要支援2の利用者に対し、1か月に8回サービスを提供した。
→389単位×8回
- (例4) 要支援2の利用者に対し、1月に9回サービスを提供した。
→3,377単位
- (例5) 要支援2の利用者で、1か月に9回サービスを提供予定であったが、体調不良により3回の提供となった。
→389単位×3回

(3) 利用者負担

介護給付の利用者負担割合(原則1割、一定以上所得者は2割)と同じとします。また、給付における利用者負担額の軽減制度に相当する高額介護(介護予防)サービス費相当事業等を実施します。

また、保険料を滞納している方が介護保険サービスを受けた時にとられる給付制限と同様な措置については、当面、適用しません。

(4) 利用者負担限度額

指定事業者のサービスを利用する場合にのみ、給付管理を行います。
要支援認定を受けた方が総合事業を利用する場合には、現在適用されている
予防給付の利用限度額内で、給付と総合事業を一体的に給付管理します。
基本チェックリストにより事業対象者と判断された方については、予防給付の
要支援1の利用限度額と同じとします。

- 要支援1・事業対象者 : 5,003単位
- 要支援2 : 10,473単位

【ポイント】

事業対象者については、退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながる
と考えられるような「特段の事情」があるケースについては、事前に協議を行い、一時的に要支援
2の限度額まで利用可能です。ただし、その場合は、「特段の事情」について記録を整備し、後日、
市の実地指導等で説明できるようにする必要があります。

【利用者区分・サービス利用パターンごとの費用比較】

利用者区分	サービス利用パターン	ケアマネジメント代	支給限度額	
要支援2	予防給付のみ	介護予防支援費	10,473単位	
	予防給付+			事業(訪問介護)
				事業(通所介護)
	事業(訪問介護と通所介護)	介護予防ケアマネジメント費		
要支援1	予防給付のみ	介護予防支援費	5,003単位	
	予防給付+			事業(訪問介護)
				事業(通所介護)
	事業(訪問介護と通所介護)	介護予防ケアマネジメント費		
事業対象者	事業(訪問介護)	介護予防ケアマネジメント費	5,003単位	
	事業(通所介護)			
	事業(訪問介護と通所介護)			

5 介護予防ケアマネジメント

(1) 概要

地域包括支援センターが要支援者等に対するアセスメントを行い、その状況に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・評価できるように支援するものです。

また、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、日常生活上の何らかの困りごとに対して、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要支援者等の選択を支援していくことも重要です。

○利用するサービスが「給付」または「給付＋総合事業」
→介護予防支援(給付)

○利用するサービスが「総合事業」「一般介護予防事業等」
→介護予防ケアマネジメント(事業)

※一般介護予防事業のみ利用される場合は必要ありません。

	要支援認定者			事業対象者
	給付のみ	給付＋事業	事業のみ	
介護予防ケア マネジメント (総合事業)	×	×	○	○
介護予防支援 (予防給付)	○	○	×	×

(2) 実施主体

利用者本人が居住する地域包括支援センターにおいて実施する。

従来の介護予防支援と同様に、業務の一部を指定居宅事業所へ委託して実施します。

委託するのは、介護予防ケアマネジメントA(原則的な介護予防ケアマネジメント)を行うケース

○要支援者

○新規の事業対象者は、地域包括支援センターで初回の介護予防ケアマネジメントを実施し、1クール(概ね3か月)終了後のケアプランの継続、変更の時点以後であること

○要支援の認定有効期間の終了後に変更申請せずチェックリストで事業対象者となった場合

(3) 類型

本市においては、当面は以下の(1)ケアマネジメントAのみ実施します。

(1) 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)

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様に、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス調整会議を経て決定します。

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っておきます。

(2) ケアマネジメントB(簡素化した介護予防ケアマネジメント)

(3) 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)

(4) 相当サービスにおけるケアマネジメント報酬

平成29年4月提供以降、現行の介護予防支援費(介護予防サービス計画作成費)に相当する「介護予防ケアマネジメント費」が新設されます。

単価

- ・月額 430単位
- ・初回加算 300単位
- ・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 300単位

事業所に委託する場合の単価

- ・月額 400単位
- ・初回加算 300単位
- ・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 300単位

【ポイント】

提供月において、要支援者が総合事業サービスと併せて予防給付を利用する場合は従来どおり、「介護予防支援費」の請求になります。

(5) 初回加算の取扱い

初回加算を算定できるのは次の場合です。

①当該利用者について、過去2か月以上、介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメント費が算定されていない場合で、介護予防サービス・支援計画書を作成した場合。

②要介護者が要支援認定を受け、介護予防ケアマネジメントを実施する場合

一方、単に次のような場合は、初回加算を算定できません。

○要支援者が認定の更新をして、総合事業のサービスを利用した場合

○要支援者が事業対象者となった場合(又はその逆の場合)

○予防給付のサービスを使うことにな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(又はその逆の場合)

6 基本チェックリストによる 事業対象者の有効期間

【事業対象者に係る被保険者証のイメージ】

「基本チェックリスクの実施日」を表示

「事業対象者」と表示

(一)

介護保険被保険者証	
番号	
住所	
フリガナ	
氏名	
生年月日	男・女
交付年月日	
保険者番号並びに保険者の名称及び印	3 1 2 0 3 3 鳥取県倉吉市 葵町 7 2 2 倉吉市

(二)

要介護状態区分等	事業対象者	
認定年月日(注)	平成29年 月 日	
認定の有効期間	-	
所在地サービス等	区分支給制度基準制	
	1月当たり	
	サービスの種類	種類支給制度基準制
(うち介護支援既成基準制)		
認定審査会の意見及びサービスの種類の認定		

(三)

	内 容	期 間
給付制限		開始年月日 終了年月日
		開始年月日 終了年月日
		開始年月日 終了年月日
		開始年月日 終了年月日
指定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	〇〇地域包括支援センター	届出年月日 届出年月日
		届出年月日 届出年月日
介護保険施設等	種類	入居年月日
	名称	退所年月日
	種類	入居年月日
	名称	退所年月日

「認定の有効期間」は空欄

「担当する地域包括支援センター」と「届出日」を表示。この日からサービス利用可能。

(注)：事業対象者の場合は、基本チェックリスク実施日

総合事業のみの申請をした場合

○有効期間

申請した日が開始日。

基本チェックリストにより事業対象者になった者に関しては、有効期間という考え方はないが、サービス提供時の状況や利用者の状況等の変化に応じて、適時、基本チェックリストで本人の状況を確認していただくことが望ましい。(8月19日付介護保険最新情報Q&Aより)

事業対象者に該当してから利用者の状況等の変化がなければ、1年以内に基本チェックリストを実施することとする。

○認定日

保険証の記載欄に基本チェックリストを実施した日を記入。

要介護・要支援認定申請をして認定が出る間、総合事業を利用する場合

○認定申請と併せて総合事業の申請を行えば、総合事業の保険証を発行する。

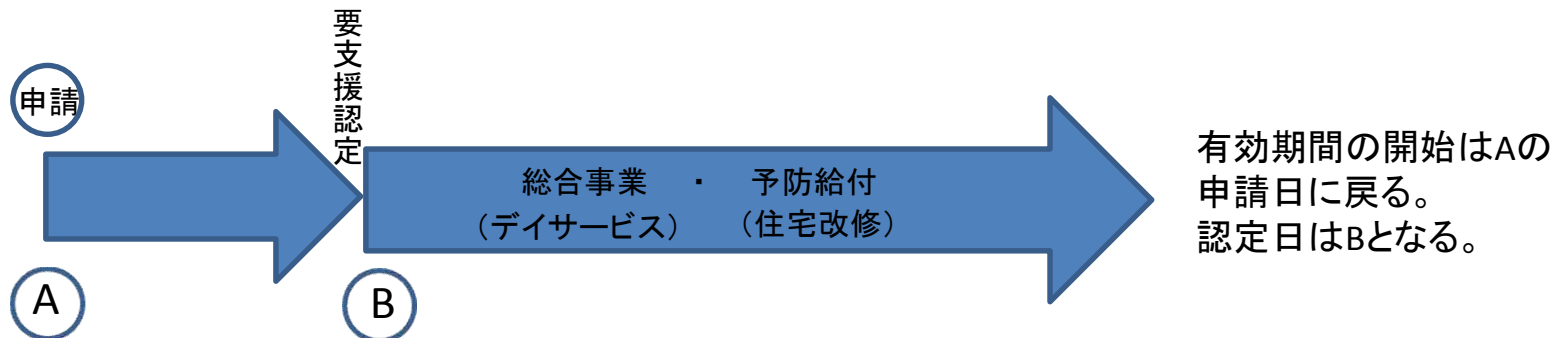
認定が出るまでは、総合事業で利用できるサービスのみの利用となり、総合事業からの給付となる。

〈認定が出た場合〉

総合事業の保険証は無効となり、介護認定保険証を発行する。

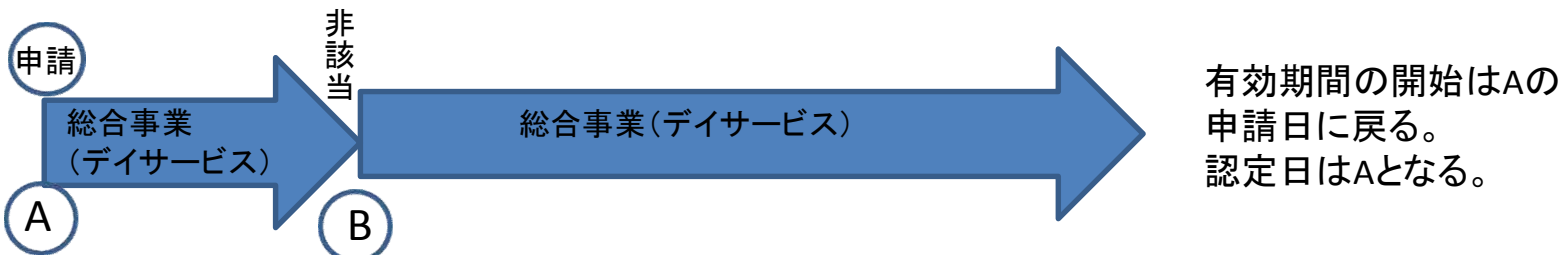
有効期間は今まで通り申請日に遡り、認定日は認定された日となる。

Aでプラン作成や担当者会議を行い、認定後サービス内容の変更があれば、プランの変更と再び担当者会議を行う。



〈非該当が出た場合〉

発行している総合事業の保険証をそのまま活用。Aでプラン作成や担当者会議を行い、非該当が出た時点で生活機能に変化がなければ、基本チェックリスト等改めて実施しなくてもよい。



7 介護予防ケアマネジメント 関係様式等

倉吉市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

年 月 日

倉吉市長 様

住 所

氏 名

利用者との続柄

電話

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号		記入年月日	年 月 日			
	フリガナ		男 ・ 女	生年月日	明・大・昭		
	氏 名				年 月 日		
	住 所	〒(-)					
	身 体 の 状 況	医療機関名		世 帯 の 状 況	電話番号(-)		
		主治医氏名			氏 名	年齢	続柄
病 名							
服薬中の薬							
緊 急 連 絡 先	氏 名		続 柄		電 話 番 号		
	住 所						

申 請 理 由	
希望するサービス	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービス

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

		区分 新規・変更	
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		個人番号	
		生年月日	
		明・大・昭 年 月 日	
介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者			
介護予防支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地 〒	
		電話番号 ()	
介護予防支援・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を受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地 〒	
		電話番号 ()	
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する理由等		※変更する場合のみ記入してください。	
変更年月日（平成 年 月 日付）			
倉吉市長 様 上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届け出します。			
平成 年 月 日			
住所			
被保険者氏名		電話番号 ()	
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号 <input type="checkbox"/> 基本チェックリストの添付		

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時又は、介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに倉吉市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する介護予防支援事業所、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、必ず倉吉市へ届け出てください。
- 届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己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。

身元確認 運転免許証 介護保険証 負担割合証 医療保険証 介護支援専門員証
その他 ()
 代理権 介護保険証 医療保険証 戸籍 委任状 その他 ()
 個人番号 個人カード 通知カード 住民票 システム

基本チェックリスト

被保険者番号		記入日	年 月 日 ()		基本チェックリスト対応	
氏名		男・女	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> ()地域 <input type="checkbox"/> 包括支援センター <input type="checkbox"/> 鳥取東健康福祉センター	
住所			電話	() - ()		
希望するサービス内容		訪問型サービス		通所型サービス	担当	
No.	質問項目		回答（いずれかに○を お付けください）		判定	
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	()/5	
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	()/5 3/5以上	
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分間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	20 ()/2 2/2	
12	身長	cm	体重	kg		(BMI=) (注)
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	10/20以上 該当・非該当 No.16 該当 ()/3	
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書われますか		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	()/5 2/5以上	
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		
(注意) ① この表における該当(No.12を除く。)とは、回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することを用いる。 ② 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未満の場合を用いる。					事業対象 該当・非該当	

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の利用にかかる計画の作成等、総合事業の適切な運営のために必要があるときは、総合事業対象者の確認に係る基本チェックリストの記入内容から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

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)				賞金を伴う仕事			
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・II a・II b・III a・III b・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 <small>◎=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)</small>	
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・過ごし方			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。

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）

※ ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

No. _____

利用者名 _____ 殿 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援 1・要支援 2

地域支援事業

計画作成者氏名 _____

委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活 _____

1日	1年
----	----

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
（運動・移動について）		□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

【本来自行す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

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター

【意見】

【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 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"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> <u>一般介護予防事業</u> <input type="checkbox"/> 終了