

鶴岡市介護予防ケアマネジメントマニュアル
～いきいきと自立した生活を支えるために～



令和4年3月
鶴岡市地域包括支援センター連絡会

はじめに

平成27年の介護保険法の改正により、介護予防・日常生活支援総合事業、通称「総合事業」が創設され、本市においても平成29年4月から事業を開始しました。

このように大きく制度が変わる中、皆様方におかれましては、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援をはじめとし、市総合事業の推進に対し多大なるご尽力をいただいておりますことに深く感謝申し上げます。

また、団塊の世代が後期高齢者となる2025年が目前に迫り、令和3年度からは第8期介護保険事業計画期間に入りました。8期計画では、基本理念を「誰もが、生き生きと自分らしく安心して暮らし続けられる地域社会の実現」としております。

介護予防ケアマネジメントは、「要介護状態になることを予防するため、自立支援を考えながら課題を整理し、高齢者が住み慣れた地域で生活できるよう、ご本人のできることを共に発見し、自己決定を促しながら、主体的な活動と社会参加につなげるもの」としています。マネジメントの実施にあたっては、地域にある支え合いの仕組みの活用、社会参加への働きかけなど、「地域」を視野に入れた支援が求められております。

この度、地域包括支援センター連絡会の保健師等チームで、4年ぶりに「鶴岡市介護予防ケアマネジメントマニュアル(平成25年3月作成)」を更新し、総合事業関連の情報等を掲載するなど機会をとらえてご利用いただけるよう改編しました。

本マニュアルを、介護予防ケアマネジメントの実施に際し、より多くの専門職の皆様「手引き」として、ご活用いただければ幸いです。

令和4年3月

鶴岡市地域包括支援センター連絡会

代表 天然 せつ（鶴岡市長寿介護課長）

目 次

< 1 > 介護予防ケアマネジメント	… 1
1. 介護保険制度における介護予防の位置づけ	2
2. 介護予防の基本的視点	5
3. 介護予防ケアマネジメントの全体像	6
4. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	9
5. 介護予防ケアマネジメントの流れ	10
6. 介護予防サービス・支援計画の作成	13
< 2 > 業務委託手順	… 26
1. 業務委託手順（予防給付による介護予防支援）	27
2. 業務委託手順（介護予防生活支援サービス対象者/事業対象者）	29
< 3 > 関連様式	… 31
1. 鶴岡市介護予防ケアマネジメント Ver11 アセスメントツール	32
2. 医療と介護の連携様式	54
3. 短期集中予防サービス	61
4. 軽度者の福祉用具貸与（ア車椅子・付属品）	63
5. 区分支給限度額変更申請	64
< 4 > 介護予防ケアマネジメント Q & A	… 65
1. 居宅介護予防支援	66
2. 介護予防ケアマネジメント	67
3. 加算	68
■ 参考資料 ■	… 72
1. 短期集中予防サービスについて	73
2. 軽度者の福祉用具貸与について	75
3. 総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請について	85
4. 基本チェックリストについて	86
5. 事業対象者が要介護認定申請した場合（同時申請含む）の請求方法	90
－平成29年9月5日鶴岡市長寿介護課－	
6. 鶴岡市第2号被保険者介護認定申請に係る特定疾病（がん）の取り扱い および「がん」に係る迅速な要介護認定の実施等について	
－令和3年10月27日鶴岡市健康福祉部長寿介護課－	93
7. がん患者に係る要介護認定等の申請に当たっての特定疾病の記載等について	
－平成31年2月19日厚生労働省老健局老人保健課－	95

<1> 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

1. 介護保険制度における介護予防の位置づけ

(1) 介護保険制度の基本理念

介護保険制度の基本理念は、「尊厳の保持」と「自立支援」であり、保険給付は要介護状態等の軽減や悪化の防止に資するよう、医療との連携に十分に配慮し、総合的かつ効率的に提供されるものです。

また、国民は要介護状態になることを予防するために健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合にも、介護サービスを利用して能力維持向上に努めると介護保険法により明文化されています。

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(平一七法七七・一部改正)

(介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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配慮されなければならない。

(平一七法七七・平二三法七二・一部改正)

(国民の努力及び義務)

第四条 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。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

(2) 介護保険制度における介護予防とは

介護予防の視点を再確認すると次のような2つのポイントに集約されます。

- ① 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐこと
- ② 要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする(改善・維持・悪化の遅延を図る)こと

①では、高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を主体的に行うことが重要です。

②では、生活上のさまざまな課題を抱える高齢者に対して適切な支援を行うことにより、要支援・要介護状態の予防やその重症化の予防、改善を図るものです。

(3) 介護予防を重視する背景

要支援1・2等の軽度者の原疾患は筋骨格系の疾患をはじめとした慢性疾患が多く、下肢機能の低下や栄養状態の悪化が引き金となって、要支援状態となる、いわゆる「廃用症候群モデル」に該当する方が半数を占めます。そこで、これまでは心身機能の改善を目指す取組を中心に行ってきました。

しかしながら、機能改善した後の取組が希薄だったこともあり、活動性の維持・向上につながりにくかったという点が指摘されています。

こうした経緯をもとに現在は、リハビリテーションの理念をふまえ、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよく働きかけ、日常生活の活動性を高め、家庭や社会への参加を促し、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を促進することが求められています。それが介護保険法第1条に規定する「尊厳の保持」の追及の出発点になることを認識する必要があります。

(4) 期待されるケアマネジメントの役割・機能

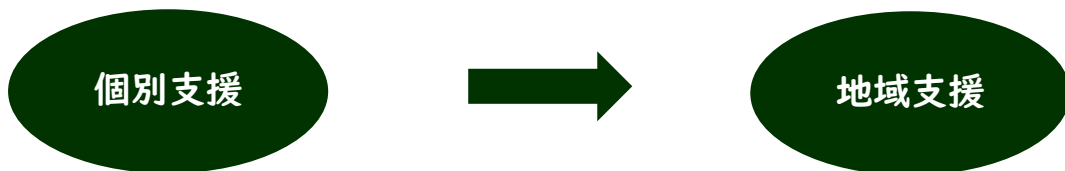
介護保険制度創設時は、利用者を中心とした個別支援が軸でしたが、社会状況が大きく変わるなかで、利用者を取り巻く状況や環境も変化しました。

利用者のニーズも多様化・重層化し、それに伴い介護予防ケアマネジメントの役割や機能も変化してきています。

今後は個々人の生活を支えるだけでなく、連携のキーパーソンとして家族や地域との関係性も視野に入れ、全人的にとらえ支援する事がより重要となってきています。

<ケアマネジメントの役割・機能の変遷>

制度発足時	発展期	地域包括ケア・地域共生社会推進期
インテーク アセスメント ケアプランの作成 モニタリング	インテーク アセスメント ケアプランの作成 モニタリング	インテーク アセスメント ケアプランの作成 モニタリング
	利用者支援のためのアドボカシー 家族に対する支援 地域に対する働きかけ 個別サービス計画に対する支援 サービスの資質向上支援	利用者支援のためのアドボカシー 家族に対する支援 地域に対する働きかけ 個別サービス計画に対する支援 サービスの資質向上支援
		統合ケアと地域を基盤としたケアのハブ機能 地域の課題把握、地域づくり 地域の社会資源の再構築・開発 政策提言・地域発展



2. 介護予防の基本的視点

(1) 高齢者の主体性を引き出す工夫

介護予防の実践にあたっては、何よりも高齢者の主体的な取組が不可欠であり、それがなければ、介護予防の十分な効果も期待できません。このため、介護予防に関する専門職は高齢者の意欲が高まるよう「なぜ、今、その取組が、必要なのか」を明確に、高齢者が理解しやすい言葉や視覚で伝えられるリーフレットやDVDを用いて介護予防事業を紹介するなど、工夫を行うことも必要です。そのためにはコミュニケーションのとり方をはじめ、地域の実情に応じた工夫を行い、適切な働きかけを行うことが求められます。

(2) 改善と悪化の可能性を見極める視点と洞察力

高齢者が単に「できない」と言葉にすることについても、

- ・出来る能力はあるが する意欲が持てない結果 「できない」のか
- ・行為としてただ「していない」だけなのか
- ・今は痛みがあるから「できない」だけなのか

のように、事実を確認していくことが大切です。

単に要望に沿ったサービス提供は廃用症候群の進行を防止できないだけでなく、サービスへの依存をも生み出してしまうことが考えられます。

「高齢者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行うこと」を基本として、現にできない部分は適切にサポートしながら、高齢者の行動変容につながる承認のスキルや自己効力感を認識できるような配慮が必要となります。そのためには、さまざまな情報をキャッチし、整理しながらアセスメントを行っていく技量が求められます。

同時に目標の実現に向けた支援方針と具体的な支援内容(役割分担の明確化等)やモニタリングの徹底も重要となります。そのスキルを平準化していくためのひとつの方法に、多職種協働で行う自立支援に向けた「地域ケア会議」の活用も有効となります。

(3) 固定観念にとらわれない自由な発想が大切

虚弱な高齢者に対して単に支えられる側として支援を受けるのみでなく、支える側に回れるように支援することや、元気なうちから介護予防事業の担い手に誘うことにより、生きがいや役割を見出すよう支援することが大切です。

固定観念にとらわれない自由な発想で多くの方の社会参加を促進できる方法を考えていくことが求められています。

3. 介護予防ケアマネジメントの全体像

(1) 介護予防ケアマネジメントの2つの種類

1) 要支援認定者（要支援1、要支援2）

要介護認定を経て、要支援1・2と認定された者については、状態像や本人および家族の意向を元に、アセスメントを行い、総合事業における「サービス事業（訪問型サービス、通所型サービスやその他の生活支援サービス等）」が必要な場合は総合事業で、それ以外の予防給付にある「介護予防訪問看護・訪問リハビリテーション、介護予防住宅改修」等の予防サービスが必要な場合は、従来どおり予防給付から提供されることになります。

すなわち要支援認定者においては、以下のサービス利用の組み合わせが考えられます。

以下の①～④は「予防給付による介護予防ケアマネジメント」となるため、介護予防支援でのケアプラン作成が必要です。

- ① 予防給付のサービスのみを利用
- ② 予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」の利用
- ③ 予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」と「一般介護予防事業」の利用
- ④ 予防給付と「一般介護予防事業」の利用

以下の⑤⑥においては、「事業による介護予防ケアマネジメント」の実施対象となります。

- ⑤ 介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」のみを利用
- ⑥ 介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」と「一般介護予防事業」の利用

2) 事業対象者

事業対象者とは、相談時において基本チェックリストを実施した結果、何らかの支援が必要と判断された高齢者のことを言います。要介護認定において非該当となった場合においても、基本チェックリストを実施後、何らかの支援が必要と判断されれば事業対象者となります。事業対象者が「サービス事業」を利用する場合に、介護予防ケアマネジメントを実施し、必要なサービスが何にあたるかを検討します。

事業対象者においては、以下のサービス利用の組み合わせが考えられ、「事業による介護予防ケアマネジメント」の実施対象者になります。

- ① 介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」のみを利用
- ② 介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」と「一般介護予防事業」の利用

(2) 介護予防ケアマネジメントの実施体制

予防給付および事業における介護予防ケアマネジメントは利用者本人が居住する地域包括支援センターが実施することを基本とし、地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に対して委託することも可能となっています。

(3) 介護予防ケアマネジメントの実施にあたって

1) 予防給付による介護予防ケアマネジメント

要支援認定者で、介護予防通所介護や介護予防訪問介護以外の予防給付によるサービスを利用するケースについては、従来通り、予防給付による介護予防ケアマネジメントを実施します。ただし、要支援認定者で、予防給付によるサービスの利用がないケースについては、次に示す、事業による介護予防ケアマネジメントが行われます。

2) 事業による介護予防ケアマネジメントの類型

事業による介護予防ケアマネジメントは、事業対象者または、予防給付のサービスを利用しない要支援認定者に対して実施します。高齢者の自立支援を考えながら、課題を整理し、目標の設定やその達成のための具体策を利用者と共有し、利用者が介護予防の取組を自身の生活に取り入れ、自身で評価し、実施できるように支援することが求められる考え方は介護予防支援と同様です。

事業による介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態や、基本チェックリストの結果および本人や家族の意向などを踏まえ、次の3パターンに分けて実施します。

① **原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）**

- ・サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合
- ・サービス事業のうち「訪問型サービスC」、「通所型サービスC」を利用する場合
- ・その他、地域包括支援センターが必要と判断した場合

これらについては、予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、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します。

モニタリングについては少なくとも3か月に1回、面談により行い、それ以外の月においても可能な限り面談するように努めるとともに、できない場合は電話等により利用者との連絡を実施し、状況等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 **簡略化した介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントB）**

アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）と同様ですが、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価およびケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施します。

③ **初回のみ介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）**

- ・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の支援サービスの利用につなげる場合

利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、セルフケアマネジメントに基づき住民主体のサービス等を利用する場合に実施します。

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題解決への具体的対策」等を記載）を利用者に説明し、理解してもらった上で、住民主体の支援等につなげます。

その後、定期的なモニタリング等はいりません。

また、その者の状態等に応じた適切なサービス提供・連携できるよう、ケアマネジメントの結果については、サービス提供者に対して、利用者の同意を得てケアマネジメント結果を交付します。

4. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは多様な側面を持つため、一様に定義することは困難ですが、大まかに整理すると次の考え方で表すことができます。

(1) 目標志向型のマネジメントを意識して

困りごとに関して、単にサービスを補完する形のケアマネジメントではなく、生活機能の低下が生じている原因や背景を分析し、課題を整理した上で個々人の興味や関心のあることを中心に目標の設定を行い、目標達成に向けて取組む具体的な支援内容を盛り込むことが重要です。

また、目標達成ができた先には、心身機能の向上のみならず、身近な地域において活動や参加が果たせるような居場所や活躍の場の創出を合わせて行うことで、より具体的な個々の目標設定および支援方針が導き出せることが重要です。

(2) 利用者のための目標設定がポイント

目標志向型プランが立てられていても、計画作成者が利用者の意欲や認識、意向をくみ取らなければ、利用者と目標を共有することはできず、計画作成者の一人よがりの目標になってしまいます。利用者が自分のこととしてとらえ、自己決定を促すことで、主体的になれるよう、面接を通じて利用者の興味や関心のあるものを探りながら支援することが重要です。

そのためには、活動や参加を意識した目標設定を掲げることがポイントとなります。ただし、「〇〇したい」などの表現は、単なる願望を示す場合があるため、利用者が主体的・意欲的に取組むことができ、かつ具体的な目標を設定することが重要です。

利用者と家族等のニーズが異なる場合は、経過記録に書きとめ、意見の調整ができるよう働きかけましょう。

ほかにも、利用者が望む生活や活動の実現のため解決する必要があるにもかかわらず理解が得られなかったニーズについても、経過記録に書きとめ、その後も理解が得られるよう計画的・継続的に働きかけましょう。

5. 介護予防ケアマネジメントの流れ

(1) 基本的な考え方

ケアマネジメントの基本的な考え方は、介護給付、予防給付、総合事業のいずれかにおいても同じです。

事業による介護予防ケアマネジメントには3つの類型があり、このアセスメントの時点で

- 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)
- ② ケアマネジメントB(簡略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)

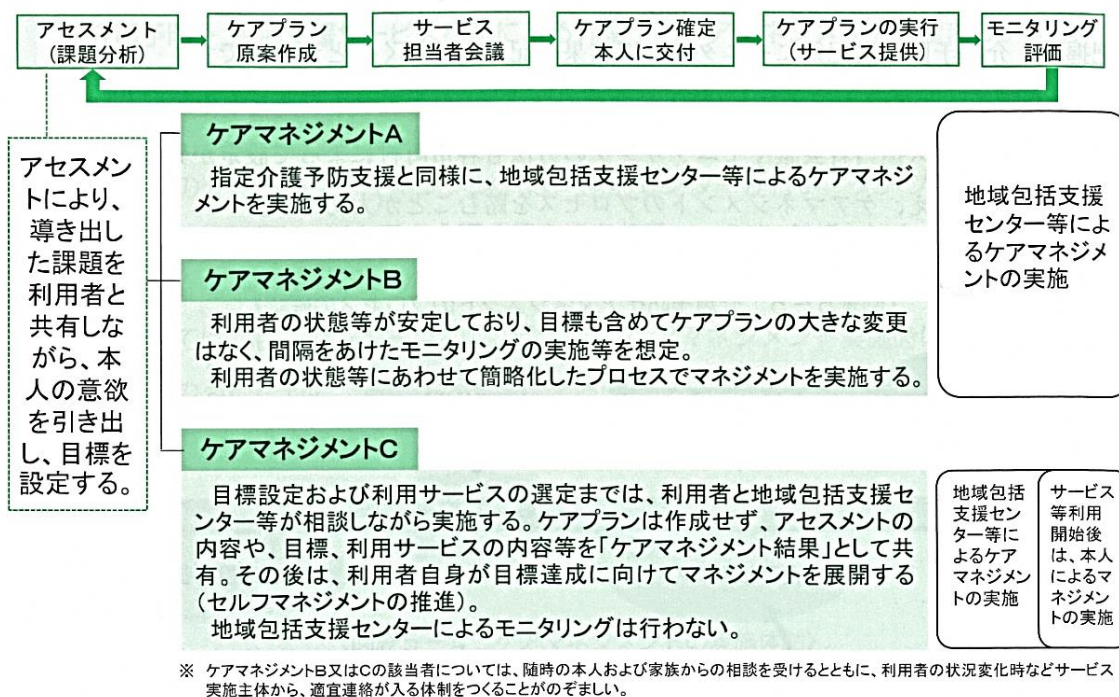
のいずれかに振り分けを判断します。

具体的な介護予防ケアマネジメント（アセスメント、ケアプラン等）の考え方

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のプロセス） 予防給付のケアマネジメント	
<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 →モニタリング【給付管理】
② ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
<ul style="list-style-type: none"> ・①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合 (指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等) 	アセスメント →ケアプラン原案作成 (→サービス担当者会議) →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 (→モニタリング【適宜】)
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のプロセス）	
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 (※必要に応じ、その後の状況把握を実施) 	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

※（ ）内は、必要に応じて実施

令和3年11月改定「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」P74～P75



出典：厚生労働省資料

地域包括支援センター運営マニュアル2訂 さらなる地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に向けて（平成30年6月2訂発行） P246 図表 5-6

(2) 介護予防ケアマネジメントの手順

具体的に、介護予防ケアマネジメントは、介護予防ケアプランを作成する場合には、次のプロセスと手順により実践します。

<介護予防ケアマネジメントの手順>

【地域包括支援センター】

プロセス	手 順	帳 票
1. アセスメント ●生活機能低下の背景・原因および課題の分析	①基本チェックリストや利用者基本情報から情報把握 ・予防給付では、認定調査項目、主治医意見書等も活用可能 ②対象者および家族と面接しながら、支援ニーズを特定し、課題を分析	利用者基本情報 介護予防サービス・支援計画書



【地域包括支援センター】

2.介護予防ケアプランの作成 ●目標、具体策、利用サービスなどの決定 ●家族やサービス提供担当者などと共通認識	①対象者および家族と面接しながら、介護予防プランの対象となる「目標、具体策」を決定 ②家族やサービス提供担当者などとの共通認識を得る ・介護予防ケアプランの内容について共通認識を得る ・サービス担当者会議を必要に応じて開催する（予防給付では必ず開催）	介護予防サービス・支援計画書 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録
---	--	---



【事業所】

3. サービス・事業提供	①事前アセスメント 事業実施前にアセスメントを行い、個別サービス・支援計画を立てる。 ②サービス・事業の実施 ・個別サービス・支援計画に基づき、サービスや事業を提供する ・効果やサービス・支援が適切か確認しながら実施し、必要があれば事業所での個別サービス・支援計画を見直す ③事後アセスメント ・サービス・事業の実施後、その効果について事業所でアセスメントする ・その結果を包括センターに報告する (委託の場合、委託を受けた介護支援専門員に報告し、介護支援専門員は包括センターに意見を求める)	包括センターへの報告
--------------	--	------------



【地域包括支援センター】

4. モニタリングと評価	①利用者自身の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、介護予防ケアプランどおり実行できているかを把握する ②事業所から事後アセスメントの結果を受け、効果の評価を行う。その結果、以下のように次のサービスや事業につなぐ	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												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>予防給付</th> <th>地域支援事業</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>改善</td> <td>変更申請／介護予防・日常生活支援総合事業へ移行／一般介護予防事業へ移行／利用を終了</td> <td>一般介護予防事業へ移行／利用を終了</td> </tr> <tr> <td>維持</td> <td>予防給付の利用を継続</td> <td>介護予防・日常生活支援総合事業の利用を継続</td> </tr> <tr> <td>悪化</td> <td>変更申請</td> <td>要支援・介護認定を申請</td> </tr> </tbody> </table>		予防給付	地域支援事業	改善	変更申請／介護予防・日常生活支援総合事業へ移行／一般介護予防事業へ移行／利用を終了	一般介護予防事業へ移行／利用を終了	維持	予防給付の利用を継続	介護予防・日常生活支援総合事業の利用を継続	悪化	変更申請	要支援・介護認定を申請	
	予防給付	地域支援事業												
改善	変更申請／介護予防・日常生活支援総合事業へ移行／一般介護予防事業へ移行／利用を終了	一般介護予防事業へ移行／利用を終了												
維持	予防給付の利用を継続	介護予防・日常生活支援総合事業の利用を継続												
悪化	変更申請	要支援・介護認定を申請												

6. 介護予防サービス・支援計画の作成

(1) 介護予防ケアプラン作成の基本的視点

1) 基本的な考え方

- ① 生活機能の低下がみられる事項全体を俯瞰し、総合的な視点から領域を越えて根本的な課題を探る必要があります。その解決や強化を図るためには、利用者や家族、多職種等と協働で作った目標とする生活をイメージし、これに基づいて介護予防ケアプランを作成します。
- ② 利用者や家族に対して課題解決に向けた目標と具体策を示し、利用者や家族との適切なコミュニケーションを通じて、利用者の主体的な取組みを引き出し、合意のプロセスを丁寧に進めることが重要です。
- ③ 介護予防ケアプラン作成においては、利用者自身が取り組む行動や導入すべきサービスを計画するだけでなく、家族(同居・近隣・遠方)の協力や、近隣者等地域の見守りや支えなどのインフォーマルサービスを積極的に活用することも重要です。なお、近隣者による支えは、利用者の心の支えと安心感につながり、利用者の意欲を高めることが多くあります。しかし、近隣者がその役割を負担に感じると利用者との関係を保てなくなるため、計画に盛り込むときには配慮が必要です。
- ④ 介護予防ケアプランを作成する際には利用者の状態のみに着目するのではなく、要支援状態に至る直接的および間接的な原因にも着目して設定することも大切です。

(2) アセスメント

1) 基本的な考え方

介護予防ケアプランの作成の前提となるのは、的確なアセスメントがなされることです。以下、その基本的な考え方について説明します。

基本チェックリストや利用者基本情報、面談などによって情報を把握し、生活機能の低下の原因や背景等の分析を行います。

そのツールとして、ICFを活用することでさまざまな要因を統合して考えていくことができ、高齢者の生活全般について、総合的な支援につなげることができます。

また、運動機能低下、栄養改善、口腔機能低下をはじめとする基本チェックリストにより該当した項目においては、自立支援に向けた課題の抽出、目標の設定等を行い、改善の可能性を検討し、積極的に必要なサービスにつなげていくことも重要です。

予防給付では認定調査項目や特記事項、主治医意見書を活用します。主治医意見書からは、利用者の既往、服薬状況、心身状況など、安全にサービスを実施するための医学的観点からの留意事項を確認することができます。

なお、これらの情報については、情報が作成された日付を確認し、直近の情報を適切に利用するように留意します。日付が古い場合は、利用者の現在の状態を計画作成者が再度確認する必要があります。

2) コミュニケーションの重要性

アセスメントは、利用者や家族と介護予防ケアプラン作成者との協働作業です。そのため、アセスメントの実施に当たっては、一方的にあるいは漫然と質問するのではなく、その目的について、利用者や家族へ説明したり、関心を示した内容について話を深めたりすることも、利用者を理解するためには必要なコミュニケーションの取り方です。

アセスメントは、そのコミュニケーションの過程を通じて、利用者や家族に介護予防の考え方を説明したり、生活機能が低下していることを認識できるように支援したり、利用者の自立への意欲、家族への支援などを引き出していく貴重な機会でもあります。予防給付対象者は認定申請をしていることから、本人や家族が生活機能の低下を自覚している場合が多いと考えられますので、その部分からインタビューを進めると良いでしょう。介護予防・生活支援サービス事業対象者自身に生活機能の低下を自覚してもらうことは、介護予防に取り組む意欲につながるのです。コミュニケーションの進め方の大切なポイントとなります。

ポイント

- ① できていないことばかりに目を向けず、できること、できそうなこと(潜在能力)を探す
- ② 能力(できる・一部できる・できない)と行為(している・一部している・していない)の差を確認し、できる能力があるのに行為としてしていないものがあれば、なぜ、していないのかを明確にし、行為として行うことの大切さを理解してもらえるように働きかける
- ③ 本人や家族が目指す生活が表現されにくい場合は、本人の関心のあることや、今まで行ってきたことから、一緒に考える
- ④ 家族や友人、仲間との人間関係の中で動機づけが促されたり、取組が継続されることを活用し、環境づくりを行う
- ⑤ 具体的な支援方針に基づいたサービス利用やセルフケアの実現により、数か月後の姿がイメージできるように予後予測の視点を持った上で、利用者に丁寧な説明を行う
- ⑥ コミュニケーションは言葉だけではないので、非言語的コミュニケーション(態度や表情等)に関心を寄せることが大切

3) 利用者の心情に配慮する

加齢による持病の悪化や体力の低下、気力の衰え等による活動範囲の縮小や他者との交流の減少による“あきらめ”、これ以上の機能の向上は無理であるとの誤解による自信の喪失等は、主に生活機能が低下した状態により、もたらされていることがあります。利用者の身体機能だけでなく認知症やうつ状態の存在の可能性について配慮することも必要です。

例えば、基本チェックリスト21～25の項目を参照に、うつ症状が見られたら、必要に応じて適切な医療や相談機関につなげることも大切です。

またアセスメントの過程においては、コミュニケーションに活かしたり、過度な負担やストレスを与えないように配慮する必要があります。

計画作成者は、アセスメントの経過において、かつて利用者が楽しみや生きがい
にしていたことなどについて情報を収集し、その内容を深めていく中で、利用者が
「またそのことができるようになりたい」と、これからの生活について主体的かつ積
極的に考えることができ、「目標とする生活」について具体的なイメージを抱くこと
ができるようにすることが大切になります。その際、個別性を重視するとともに、楽
しめるもの、生活に関わることの情報を具体的に盛り込むように努めます。

4) 生活機能向上イメージ形成への支援

計画作成者は、利用者が介護予防・生活支援サービス事業や予防給付によるサ
ービスなどを利用することで活動性が向上し、積極的な生活をイメージできるよう
にアプローチすることが重要であり、活動性の向上後の生活のイメージは、利用者
と家族、計画作成者が目標とする生活のイメージとして共有する必要があります。

5) 初回面接における留意点

アセスメントは、既存書類からの情報収集で、ある程度の利用者像を把握し、面
接では利用者や家族の訴えに耳を傾け、生活機能の低下の状態や状況について
理解することから始めることが大切です。

初回面接では、完璧に情報を収集しようとして利用者やその家族から強引に聞
きだし、利用者を不快にさせないよう信頼関係を作りながら進めることが重要で
す。

一方で、専門的な視点による十分なアセスメントを行わず、利用者やその家族の
希望のみを優先してサービスの利用計画を立てていることが指摘されてきましたの
で、適切な介護予防ケアマネジメントが行われるよう、介護予防の理念や概念を再
認識するようにしましょう。

(3) 専門家から提案する目標と具体策のすり合わせ

1) 提案と合意形成に向けて

計画作成者が各領域のアセスメントに基づき、専門的視点から利用者にとって
最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について検討して提
案し、利用者や家族と話し合いながら合意していく過程は、介護予防に対する利用
者の意欲を形成する重要な行為です。

2) 明確な目標設定

「目標とする生活」へできるだけ近づくように、それぞれの総合的課題についても
それぞれの目標を設定します。目標における改善の程度は、必要に応じて専門職
の意見を聞きます。

3) 自己効力感につながる目標設定

目標は利用者が一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好
みを十分に考慮することが重要です。達成できない目標を設定することは、評価時
点で利用者の自信をなくしたり、意欲を低下させることにもつながります。

特に介護予防を開始したときは、それほど困難でない目標を設定して、達成感や自信を強化することも有効だと考えられます。

4) 可能性の洞察

アセスメントにあたって留意すべき点は「できないこと」を探して、それを補うサービスを組み込むことばかりに焦点をあてるのではなく、特に、介護予防ケアマネジメントでは、本人が「できること」や「できそうなこと」を一緒に探し、生活機能の向上が図られる目標を立てるといった視点を持つことが重要です。

このためには、「できること」や「できそうなこと」を利用者や家族と一緒に探し、利用者に「生活機能が向上すると、どのような生活が送れるのか」といった具体的なイメージをもってもらい利用者と一緒に目標を立てることが重要です。

質問を工夫してみる方法の一つに、ありえない仮定をして尋ねる「ミラクルクエスチョン」があります。例えば膝痛がある方に「奇跡が起こって膝の痛みが無くなったらどうしてみたい」などと尋ねてみると本人の希望や思いが聞けるかもしれません。

(4) 具体的なサービス計画

1) 基本的な考え方

アセスメントにより明らかにされた生活機能低下の原因や背景を考慮したうえで、今後目指す暮らしぶりのイメージ(目標)を明確に描き、それに近づくために有効な支援計画の原案を作成して、本人・家族に提案し、十分なコミュニケーションを図りながら相互の理解を深めることが基本です。

2) 支援計画に盛り込む内容

① 利用者のセルフケア

生活機能の低下を予防するため、利用者自らが取り組むべき事項や利用者自身にできる生活行為・行動の変容や健康管理・生活習慣の改善などのセルフケアに関する取組等は介護予防の重要な取組のひとつです。

② インフォーマルサポート

利用者が家族、友人、地域住民といった周囲の人たちとのつながりの中に自己の役割や生きがいを感じている場合は、インフォーマルサポートの視点に立った支援内容を盛り込むことも大切です。

さらに、転倒しやすい室内環境の改善や、利用者にとって使いやすい家庭用品の工夫等も必要に応じて改善策として盛り込みます。

③ 予防給付のサービスまたは介護予防・生活支援サービス事業の内容

生活機能の低下を予防するために利用する介護予防・サービス事業や予防給付のサービス等を選択します。

介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
<u>セルフケア</u> 清潔・整容、排泄の自立、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・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分でする
<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の人の役に立つ活動、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 2 回くらいは買い物へ行く、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、自分の事は自分で決める
<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、自治会や老人クラブの行事・お祭りの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人クラブの行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に 1 回外出する、趣味を持つ

介護予防マニュアル改定委員会（2011. 3）「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所 抜粋

3) サービス選択にあたって

廃用症候群の予防の観点から、「通所型サービス」および要支援認定者の場合であれば「介護予防通所リハビリテーション」を介護予防ケアプランに積極的に位置づけることによって、日常生活行動の活発化と社会とかかわる機会を提供し、廃用症候群の予防・改善が期待できます。

「訪問型サービス」については、利用者に自力で困難な行為(掃除、買い物、調理など)がある利用者に対して1対1で提供するサービスであり、利用者の状況によっては訪問介護員への依存関係を生みやすいという指摘もあることを踏まえ、本人の置かれた環境・心情に十分配慮しつつ、段階に応じて生活機能の維持・向上に資する関わり方を探求する姿勢と技量が求められます。

これらの「通所型サービス」と「訪問型サービス」は総合事業に移行したことに伴い、地域の実情により多様なサービスからなります。

利用者が多様なサービスから選択できるよう、計画作成者は地域にあるサービスや住民主体による介護予防活動等、地域資源情報を把握することが必要であり、利用者や家族等の求めに応じて、その情報を提供することとなります。

4) 福祉用具の利用

生活の自立への十分な働きかけなしに福祉用具が提供されるなど、適切にケアマネジメントが行われないと、むしろ自立支援を損ねるおそれもあることから、介護予防プランの根底となった生活目標の内容に照らし、利用の妥当性、適合性を精査することが必要です。

計画作成者は、「介護保険における福祉用具の選定の判断基準について(老振発第0617001号平成16年6月17日)」で使用が想定しにくい福祉用具とされているものをケアプランに位置づける場合は、サービス担当者会議を通じて、専門職から意見を求め、その妥当性について検討を行うことが大切です。

また、それら検討の結果等については、購入した場合も含め、必要な理由の記載、継続の必要性などを記録しておくことが必要です。

5) 事業者間の情報共有の必要性

介護予防サービスについては、個々の事業所のサービスが連動するという認識を持つことが必要です。例えば、通所型サービスと訪問型サービスを利用している人であれば、通所型サービスで身体機能の向上がみられた場合、その向上した機能を更に生かす訪問型サービスやセルフケアの内容について変更していく必要があります。

また、サービス提供事業所に個別援助計画を求め、介護予防サービス・支援計画書との連動性・整合性を確認する必要があります。

(5) サービス担当者会議

1) 位置づけと目的

サービス担当者会議は、原則として介護予防ケアプラン作成・変更・更新時に開催し、利用者の状況等の情報共有と担当者の専門的見地からの意見を求めます。

目 的

- ① 利用者やその家族の生活全体およびその課題を共通理解すること
- ② 地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどについて情報共有し、その役割を理解すること
- ③ 利用者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などをそれぞれの専門的な見地から協議すること
- ④ 介護予防ケアプランにおける共通の目標を達成するため、利用者や家族・サービス事業所等の役割を相互に理解し、連携を図ること

2) 会議の構成員

構成員としては、利用者や家族、介護予防ケアプラン作成者、サービス事業担当者、主治医、インフォーマルサービスの提供者等が想定されます。

介護予防ケアプラン作成者が、課題の内容に従い、効果的な検討や今後の支援につなげられるように参加者を選定します。

ポイント

インフォーマルサービスの支援者を含め、サービス担当者会議の出席者については、利用者や家族等に対する個人情報の秘密を漏らすことがないように、守秘義務が求められます。

3) 会議の開催時期と内容

介護予防ケアプラン作成時(再作成時を含む)の会議では主に以下の内容を協議します。

- ① 利用者の生活状況と介護予防ケアプランの内容
- ② サービス提供・支援の順序や調整、提供時の配慮
- ③ サービス提供・支援の計画作成のための二次的アセスメント
- ④ 改善させたい生活課題についてチームケア・チームアプローチを行う

4) 臨時的開催

(目標・サービス内容変更等による介護予防ケアプラン変更時)

本人や家族・介護予防ケアプラン作成者・サービス事業担当者・主治医等のいずれかにより、提供されているサービスが介護予防ケアプランどおりの効果を果たしていないと考えられる場合や、利用者の状態に変化があり、介護予防ケアプランの変更が必要な場合にも臨時的に開催します。

5) 開催方法

介護予防ケアプラン作成者は、サービス担当者会議の開催目的を利用者やその家族とサービス事業所等へ伝え、参加できるよう日程等を調整し、開催についての了解を得ます。

会議の場は、利用者の自宅やサービス事業所内、主治医の診療所、地域包括支援センター等、利用者や参加者の集まりやすい場所で開催するように工夫します。

家族等キーパーソンがどうしても参加できない場合は、事前に状況や課題、意向について確認し、担当者会議の情報の共通理解を図ります。

サービス事業所等がやむをえずサービス担当者会議を欠席する場合は、欠席の理由、事前に利用者の状況や課題、ケアプランの原案や意見等について確認、記録しておきます。

6) 会議の進め方

介護予防ケアプラン作成者が提示した原案について各々の立場から意見を述べ、修正しつつ、介護予防ケアプランを最終決定します。その際は利用者・家族に分かりやすく(できるだけ専門用語を使わないで)説明し、理解していただけるような配慮が必要です。

介護予防ケアプランの変更を要するような状態変化があった場合には、各々の立場で把握している現状について意見を述べ、情報を共通理解しながら、改善策を検討します。

<医療系サービス利用者や

疾患が理由で生活行為に制限がある場合>

目標を設定する時には、主治医から予後予測に基づいた疾患の説明を受け、利用者が十分に理解したうえで介護予防ケアプランを作成することが大切です。サービス担当者会議でもその意見を踏まえた検討を行う必要があります。

意見の確認方法として、受診時の同行や主治医に意見照会を行う、訪問診療時に利用者の自宅でサービス担当者会議を開催するなどの工夫が必要になります。

7) 会議の記録

サービス担当者会議の内容や利用者、出席者、関係機関等との連絡や相談内容を「介護予防サービス担当者会議記録」や「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」に記載します。

くわえて、サービス担当者会議後、介護予防サービス計画を利用者・家族、関係者等に交付し、その旨を記録します。

(6) モニタリングと評価

1) 位置づけと目的

モニタリングは、利用者自身の日常生活能力や社会状況等によって課題が変化していないかを継続的に把握し、支援が介護予防ケアプランどおり実行できているか、また支援そのものが適切であるのかを把握する行為です。

モニタリングの結果を評価につなげ、介護予防で設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに介護予防ケアプランの修正や、あらためてアセスメントを行うかどうかの判断材料とします。

介護予防ケアプラン作成者はモニタリングやサービス事業所からの報告を基に、一定期間後に各利用者の状況进行评估します。その目的は介護予防の効果を最大限に発揮できるよう、次の段階につなげていくことにあります。

モニタリングの視点と評価のポイント

- ① 利用者の生活状況に変化がないか
- ② 介護予防ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか
- ③ 個々のサービス等の提供やその内容が適切であるかどうか
- ④ 利用しているサービスについて利用者は満足しているか
- ⑤ 介護予防ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか
- ⑥ 日頃のモニタリングを通して得られた生活機能の変化に着目した評価を行う
- ⑦ 目標が達成された場合は、サービスをどのように提供していくのか、あるいはサービスを終了して、介護予防事業や地域のインフォーマルサービスを活用するかどうかを検討する
- ⑧ 目標が達成されない場合は、目標設定の妥当性も含め利用者・家族の認識を確認し、原因を一緒に考える
- ⑨ 利用者・家族と介護予防ケアプラン作成者がともに評価し、利用者・家族にとって次のステップへの導入となるようにその評価の過程を大切にする

2) 実施方法

月に1回のモニタリングは、3か月に1回は利用者宅へ訪問し、利用者、家族等と面談を行う以外にも定期的に日常生活に急激な変化が生じていないか状況確認(電話や事業所訪問等)を行い、利用者自身への意見聴取により実施します。

訪問しない月は事業所での面会や電話等で利用者と確認した内容を記載します。サービス事業所からの情報のみの記載では不足です。

利用者やその家族との日常的な連絡調整、サービス事業所からの報告・連絡や主治医との連携等を通じ、幅広く情報を収集します。

サービス事業所が行う事前アセスメント・事後アセスメントの結果からは、運動機能や栄養状態をはじめ、利用者のさまざまな変化を把握することができます。

これらを集約し、利用者の生活全体に関する評価を行います。

実施状況については「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」に、どこで、誰とを明記した上で随時内容を記載します。

3) 評価の反映

評価の結果をもとに今後の方針を検討し、より利用者にとって適切なものとなるように介護予防ケアプランの見直しを行います。

評価の内容は介護予防ケアマネジメントの次のサイクルのアセスメントとして活用します。評価を踏まえて、次の目標や支援内容を設定し、利用者の思う自立した生活に段階的に近づけていくことが必要です。

利用者に対して、その状態の改善・悪化に応じて、要支援・要介護状態から自立までの状態変化に応じたサービス移行(介護給付や予防給付、介護予防・生活支援サービス事業、自立)があり得ることをあらかじめ説明しておくことが各制度の円滑な利用に当たって大切です。

住み慣れた地域で暮らし続けるためには、チームが連携して支援する体制を確立していくことが大切です。

(7) 関係機関との連携

円滑かつ効果的に介護予防ケアマネジメントを実施していくためには、市、サービス事業者、主治医、保健・医療・福祉の関係機関、地域のインフォーマルサービスなどとの連携が不可欠です。

1) サービス事業者との連携

介護予防プラン作成者は、対象者からの情報収集が重複しないよう、サービス事業者と情報共有し、支援を行うにあたっての共通の目標やそれぞれの役割を理解して活動できるようにする必要があります。

事業所からの情報により、必要な場合は、利用者の同意を得て医師、歯科医師、薬剤師等へ情報提供します。

2) 主治医との連携

要介護認定等での主治医意見書は重要な役割を果たすため、介護予防ケアプラン作成からサービス提供への過程において、当該意見書を作成した主治医との連携は重要になります。

特に、医療系サービス(介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション)を介護予防ケアプランに位置づける場合は、医師による指示が必要であり、意見を求めた主治医等へケアプランの交付が必要です。

利用者は、複数の疾病を抱えていることが多く、疾患や健康状態によっては、主治医意見書を作成した医師以外の医師にも確認をとる場合(整形外科にも通院している利用者の運動機能向上に関して専門的な意見を仰ぐ等)があります。

3) 市町村、保健・医療・福祉関係機関等との連携

市町村や地域の保健・医療・福祉関係機関や地域のインフォーマルサービスなど様々な社会資源や制度を必要に応じて活用することが必要です。

【本マニュアル作成にあたっての参考】

- (1) 地域包括支援センター運営マニュアル 2 訂. 一般財団法人長寿社会開発センター.
平成 30 年 6 月発行
- (2) 鶴岡市推奨版 居宅サービス計画の基本的な考え方と書き方の手引き
- (3) 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン.
平成 27 年 6 月 5 日老発 0605 第 5 号ならびに改正令和 3 年 11 月 15 日老発
1115 第 2 号
- (4) 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについての Q&A. 厚生労働省
- (5) 地域支援事業実施要綱. 最終改正令和 3 年 9 月 21 日老発 0921 第 3 号
- (6) 介護予防ケアマネジメント(第 1 号介護予防支援事業)の運用について. 鶴岡市.
平成 29 年 4 月 27 日
- (7) 鶴岡市総合事業関係 Q&A 集. 鶴岡市ホームページ. 平成 31 年 1 月
- (8) 平成 30 年度鶴岡市介護予防ケアマネジメント研修会. 平成 30 年 11 月 20 日
- (9) 居宅サービス計画書作成の手引七訂. 一般財団法人長寿社会開発センター. 令和
3 年 12 月発行

※本マニュアルは「鶴岡市介護予防ケアマネジメントマニュアル(平成 29 年 8 月作成)」をもとに作成しています。

<2> 業務手順

<2> 業務委託手順 1. 予防給付による介護予防支援

■通所介護・訪問介護単独利用の場合は、原則として総合事業の利用とする■

2022改訂	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	<必要書類等> ★:所定様式あり なし:独自様式可 ●:提出書類
認定審査会で要支援1,2の認定	<ul style="list-style-type: none"> 届出のある居宅介護支援事業所がある場合は、サービス利用実態や本人の状況を居宅介護支援事業所へ電話で確認する 委託可能か確認し、マネジメント担当について確認 	<ul style="list-style-type: none"> 受託の確認 	
1. 利用者との契約締結	<ul style="list-style-type: none"> 利用者宅訪問し重要事項説明書で説明し契約締結 制度の説明、利用者の状況等確認 介護予防サービス計画作成(変更)届出書と(被保険者証を長寿介護課へ提出。被保険者証を後日、本人へ返却。) ※サービス利用の開始前の日で届ける 介護保険負担割合証の確認 	<ul style="list-style-type: none"> 【長寿介護課から本人へ送付】 ◆認定結果通知 ◆被保険者証 ◆チラシ「要支援1、要支援2と認定された方へ」 ◆新規の場合、介護保険負担割合証(更新の場合は7月末) 	
2. 情報整備	<ul style="list-style-type: none"> 認定審査会資料を居宅介護支援事業所へ送付 	<ul style="list-style-type: none"> 情報(認定結果等)を受け取り、内容の確認(「要介護認定等の資料提供に係る申請書」提出の上、市より直接認定情報を受け取ることも可) 情報の管理 ◆認定審査会資料(原本) 地域包括支援センター ◆認定審査会資料(コピー) 居宅介護支援事業所 	
3. アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ◆利用者宅へ訪問し、利用者・家族等と面接して行う 	<ul style="list-style-type: none"> 【利用者宅訪問・面接】 生活機能低下の背景・自立阻害要因及び課題の分析 ①既存資料等から必要な情報を把握 <ul style="list-style-type: none"> ◆基本チェックリスト ◆認定審査会資料 ②利用者及び家族と面接しながら、支援ニーズを特定(生活機能低下の背景、原因など) 	<ul style="list-style-type: none"> (様式1)アセスメントシート ●★(様式11)基本チェックリスト ★(様式5)興味・関心チェックシート
4. 介護予防サービス・支援計画表原案の作成準備	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療系サービス利用確認書 <ul style="list-style-type: none"> 医療系サービスを位置づける場合、確認は必須 健康状態に心配のある方は主治医確認が望ましい ◆照会文書をいただく場合、「同意書(様式12)」が必要 医療機関に要確認 	<ul style="list-style-type: none"> 医療系サービスは利用確認書を主治医へ送付し「適」「否」を確認 ・初回、認定更新時は必須 ・1年毎の見直し、ケアプランの見直しの場合は確認書または主治医照会書等により意見を求める ・サービス事業者へ連絡(空き状況、加算の有無も確認) 	<ul style="list-style-type: none"> ★(様式3)利用者基本情報 ★(医療と介護の連携様式3)利用確認書
5. 介護予防サービス・支援計画表原案の作成	<ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援事業所より提出された原案を自立阻害要因と計画目標が適切か確認し、必要時助言 ※急ぎの場合は事前に連絡のうえ、持ち込み可 	<ul style="list-style-type: none"> アセスメントを基に話し合い、原案作成 目標、具体策、サービス決定 ⇒目標は興味関心チェックシート等を参考に、具体的に改善可能な内容とする 作成した原案(一部)を地域包括支援センターへ提出 	<ul style="list-style-type: none"> ●★(様式3)利用者基本情報 ●★(様式4)介護予防サービス・支援計画書 原案 ●★(様式5)興味・関心チェックシートのコピー ●★(様式6)週間サービス計画表 ●★(様式11)基本チェックリストのコピー
6. サービス担当者会議の開催準備	<ul style="list-style-type: none"> ◆家族等が参加できない場合は、事前に状況や課題等について確認、担当者会議の情報の共通理解を図る ◆サービス事業者等が欠席する場合は、欠席の理由、事前に利用者の状況や課題などについて確認、記録する 	<ul style="list-style-type: none"> 【日程調整】 対象：利用者、家族、サービス提供事業所、地域包括支援センター、主治医等 サービス担当者会議の開催通知と照会 	<ul style="list-style-type: none"> ★(医療と介護の連携様式11)サービス担当者会議の日程調整について ★(医療と介護の連携様式12)サービス担当者会議の開催案内・照会依頼
7. 介護予防サービス・支援計画表の確認	<ul style="list-style-type: none"> 原案内容が妥当か確認し、地域包括支援センター記入欄に記入後、居宅介護支援事業所へ送付 ※地域包括支援センター担当者がサービス担当者会議に出席したときは、その場で記入可 		

<p>8. サービス担当者 会議の開催</p>	<p>サービス担当者会議へ出席する 特に、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援認定のため、サービス利用の縮小が見込まれた場合 ・困難な事例 ・認定審査の結果遅延 等の場合は出席する 	<p>※介護予防サービス・支援計画書の作成時(新規、変更、更新)にサービス担当者会議開催 利用者及び家族とケアプラン内容について意向確認、サービス提供事業所を含めて目標と具体 策の合意</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目標の共通認識 ・必要に応じ修正 <p>合意を得た後、利用者から署名 ※サービス担当者会議記録を用いた場合、経過記録に日付を入れ「サービス担当者会議 別紙参 照」と記入のこと ※署名ができない場合は、記名押印、もしくは 代理人により本人の氏名を記載、代理人の氏名・続柄を書く。</p>	<p>(様式7)介護予防支援経過記録 (様式8)サービス担当者会議録 (様式9)介護予防サービス利用票・実績報告書</p>
<p>9. 介護予防サ ビス・支援計 画書の交付</p>	<p>*会議後、利用者の同意を得て、関係者等へ計画書 を交付し、その旨を記録に残す *介護予防サービス提供事業所から個別援助計画を 求め、介護予防サービス・支援計画書との連動性・整合 性を確認し、その旨を記録に残す</p>	<p>介護予防サービス・支援計画書交付</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆支援計画表(同意済の原本) 利用者・居宅介護支援事業所 ◆支援計画表(同意済のコピー) 地域包括支援センター 医療系サービス利用時は主治医必須 ◆支援計画表(同意不要) 介護予防サービス提供事業所 <p>*H30～平時からの医療機関との連携促進 *医療系サービスを位置づけた場合は主 治医に対してケアプランを交付するこ とを義務づける</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●★(様式4)介護予防サービス・支援計画書同意済コピー ●★(様式6)週間サービス計画表 ●(様式8)介護予防サービス担当者会議記録
<p>10. 介護予防サ ビスの提供</p>		<p>◆介護予防サービス利用票・実績報告書を毎月、サービス提供事業所へ送付する</p>	<p>(様式9)介護予防サービス利用票・実績報告書</p>
<p>11. モニタリング</p>	<p>*サービス提供事業所から送付された実績報告 の中で、主治医等に伝えたほうがよい情報が あった場合には連絡し、必要に応じて調整等 を行う</p>	<p>モニタリング結果は毎月確認(利用者宅訪問、電話連絡、事業所訪問等)し、 支援経過記録に記載</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3ヶ月に1回は利用者宅訪問 ・状況の変化があった場合は電話や訪問等で確認 ・毎月サービス提供事業所から介護予防サービス利用票・実績報告書をもろう <p>【モニタリングの視点】</p> <ol style="list-style-type: none"> ①利用者の状況 ②ケアプランどおりサービス提供がなされているか ③サービス等の支援内容が適切かどうか ④利用者の満足度 ⑤ケアプラン変更が必要な新たな課題は生じていないか ⇒見直しの必要があれば、アセスメントから… <p>◆入院した場合、7日以内に入院先の医療機関に入院前の状況報告書を送付 (居宅介護支援事業所、担当ケアマネジャー明記)</p>	<p>(様式7)介護予防支援経過記録 (様式9)介護予防サービス利用票・実績報告書</p> <p>★(医療と介護の連携様式1)入院前の状況報告書 ・入院時情報提供書送付のご案内</p>
<p>12. 評価 手順3へ戻る</p>	<p>居宅介護支援事業所が行った評価について確認を行い、今後の方針等につ いて必要な助言を行う</p> <p>提出された支援評価表に地域包括支援センターの意見を記載し居宅介護支 援事業所へ送付</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者宅訪問し評価実施 ・サービス提供事業所からサービスの評価報告をもらう ・訪問時の状況、サービス提供事業所からの評価、設定された目標について評価を実施 その結果、プラン継続・プラン変更・終了の対応方針を決定 ・評価実施後、地域包括支援センターへ紙で提出 <p>・評価期間は最長1年 短期集中予防サービスは3ヵ月、軽度者への福祉用具貸与は最長6ヵ月</p> <p><重要：計画期間終了時></p> <ul style="list-style-type: none"> *令和4年度よりアセスメントツールの提出は不要 (USBは利用しない) *計画期間終了時は、介護予防サービス支援評価表と計画期間の経過記録を紙面で提出する (必須) *居宅介護支援事業所では、記録を適切にそろえて管理し、5年間保存する (必須) *居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターから記録の提出を求められた場合は速やかに提出する (必須) <p><サービスBCの利用を終了する場合> *終了の届出が必要</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●(様式10)介護予防サービス支援評価表 ●計画期間の経過記録 ★(様式11)基本チェックリスト <p>サービスBC終了の場合 ●様式第4号 申請書(終了時)</p>

2. 介護予防・生活支援サービス対象者／事業対象者

■通所介護・訪問介護単独利用の場合は、原則として総合事業の利用とする■

業務手順	介護予防ケアマネジメントの類型	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	必要書類 ★:所定様式あり なし:独自様式可 ●:提出書類
基本チェックリストで事業対象者に該当 1. 利用者との契約締結	A/B/C	・届出のある居宅介護支援事業所がある場合は、サービス利用実態や本人の状況を居宅介護支援事業所へ電話で確認する ・委託可能か確認し、マネジメント担当について確認 ・利用者宅訪問し重要事項説明書で説明し契約締結 ・制度の説明、利用者の状況等確認 ・介護保険被保険者証、「基本チェックリスト」、「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」を長寿介護課へ提出	・受託の確認 ・事業対象者は居宅支援の担当件数に含まれない チェックリストと届出書を受理したら長寿介護課から本人へ送付 ◆事業対象者の被保険者証 ◆チラシ「事業対象者の方へ」 ◆負担割合証	
2. 情報整備	A/B/C	・基本チェックリストの情報を居宅介護支援事業所へ送付 ・負担割合証の確認(マネジメントCは不要)	・情報を受け取り、内容の確認 ・情報の管理	
3. アセスメント	A/B/C		【利用者宅訪問・面接】 ・生活機能低下の背景・原因及び課題の分析 ①既存資料等から必要な情報を把握 ◆基本チェックリスト ◆興味・関心チェックシート ②利用者及び家族と面接しながら、支援ニーズを特定(生活機能低下の背景、原因など)	(様式1)アセスメントシート ●★(様式5)興味・関心チェックシート (マネジメントCは不要)
4. 介護予防サービス・支援計画書原案の作成準備	A/B/C	◆健康状態に心配のある方は主治医確認が望ましい ◆医療機関によっては照会文書をいただく場合に「同意書(様式12)」が必要、各医療機関に要確認	・サービス事業者へ連絡(空き状況、加算の有無も確認) ・「通所型サービス」や「短期集中予防サービス」を利用する場合は、主治医へ利用報告書または利用確認書どちらかを必ず送付する ・電話連絡や受診付添い、利用確認書等の活用などにより、主治医へ利用者の状況を確認する	★(様式2)介護予防・生活支援サービス事業利用報告書(通所型サービスのみ) ★(医療と介護の連携様式3)利用確認書 ★(様式3)利用者基本情報
5. 介護予防サービス・支援計画書原案の作成	A/B/C	居宅介護支援事業所より提出された原案を確認し、必要時助言 ◆家族等が参加できない場合は、事前に状況や課題等について確認、担当者会議の情報の共通理解を図る ◆サービス事業所等が欠席する場合は、欠席の理由、事前に利用者の状況や課題などについて確認、記録する	アセスメントを基に話し合い、原案作成 ・目標、具体策、サービス決定 ・作成した原案(一部)を地域包括支援センターへ提出	●★(様式3)利用者基本情報 ●★(様式4)介護予防サービス・支援計画書 原案 ●★(様式5)興味・関心チェックシートコピー ●★(様式6)週間サービス計画表(マネジメントCは不要)
6. サービス担当者会議の開催準備	A (Bは必要に応じて実施)		【日程調整】対象:利用者、家族、サービス提供事業所、地域包括支援センター、主治医 等 サービス担当者会議の開催通知と照会	★(医療と介護の連携様式11)サービス担当者会議の日程調整について ★(医療と介護の連携様式12)サービス担当者会議開催案内・照会依頼
7. 介護予防サービス・支援計画書の確認	A/B	原案内容が妥当か確認し、地域包括支援センター記入欄に記入後、居宅介護支援事業所へ送付 ※地域包括支援センター担当者がサービス担当者会議に出席したときは、その場で記入可		

8. サービス 担当者 会議の開催	A (Bは必要 に応じて実 施)	<p>サービス担当者会議へ出席する 特に、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援認定のため、サービス利用の縮小が見込まれた場合 ・困難な事例 ・認定審査の結果遅延 等の場合は出席する 	<p>※介護予防サービス・支援計画書の作成時(新規、変更、更新)にサービス担当者会議開催 利用者及び家族とケアプラン内容について意向確認、サービス提供事業所を含めて目標と具体策の合意 ・目標の共通認識 必要に応じ修正 合意を得た後、利用者から署名 ※署名ができない場合は、記名押印 もしくは代理人により本人の氏名を記載、代理人の氏名・続柄を書く ※サービス担当者会議記録を用いた場合、経過記録に日付を入れ「サービス担当者会議 別紙参照」と記入のこと</p>	(様式7)介護予防支援経過記録 (様式8)サービス担当者会議録 (様式9)介護予防サービス利用票・実績報告書
9. 介護予防 サービス 支援計画表 の交付	A/B/C	<p>＊会議後、利用者の同意を得て、関係者等へ計画表を交付し、その旨を記録に残す ＊介護予防サービス提供事業所から個別援助計画を求め、介護予防サービス・支援計画書との連動性・整合性を確認する</p>	<p>介護予防サービス・支援計画表交付 ◆支援計画表(同意済の原本) 利用者・居宅介護支援事業所 ◆支援計画表(同意済のコピー) 地域包括支援センター ◆支援計画表(同意不要) 介護予防サービス提供事業所</p>	<p>●★(様式4)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)同意済コピー ●★(様式6)週間サービス計画表(マネジメントCは不要) ●(様式8)介護予防サービス担当者会議記録(マネジメントCは不要)</p>
10. 介護予防 サービスの提供	A/B		<p>◆介護予防サービス利用票・実績報告書を毎月、サービス提供事業所へ送付する(マネジメントCは不要)</p>	(様式9)介護予防サービス利用票・実績報告書(マネジメントCは不要)
11. モニタリング	A (Bは必要 に応じて実 施)	<p>＊サービス提供事業所から送付された実績報告の中で、主治医等に伝えたい情報がよい情報があった場合には連絡し、必要に応じて調整等を行う</p>	<p>モニタリング結果は毎月確認(利用者宅訪問、電話連絡、事業所訪問等)し、支援経過記録に記載 ・3か月に1回は利用者宅訪問 ・状況の変化があった場合は電話や訪問等で確認 ・毎月サービス提供事業所から介護予防サービス利用票・実績報告書をもらう【モニタリングの視点】 ①利用者の状況 ②ケアプランどおりサービス提供がなされているか ③サービス等の支援内容が適切であるかどうか ④利用者の満足度 ⑤ケアプラン変更が必要な新たな課題は生じていないか ⇒見直しの必要があれば、アセスメントから… ◆入院した場合、7日以内に入院先の医療機関に入院前の状況報告書を送付(居宅介護支援事業所、担当ケアマネジャー明記)</p>	(様式7)介護予防支援経過記録、または(様式9)介護予防サービス利用票・実績報告書 ★(医療と介護の連携様式1)入院前の状況報告書 入院時情報提供書送付のご案内
12. 評価 手順3へ戻る	A (Bは必要 に応じて実 施)	<p>居宅介護支援事業所が行った評価について確認を行い、今後の方針等について必要な助言を行う 提出された支援評価表に地域包括支援センターの意見を記載し居宅介護支援事業所へ送付</p>	<p>・利用者宅訪問し評価実施 ・サービス提供事業所からサービスの評価報告をもらう ・訪問時の状況、サービス提供事業所からの評価、設定された目標について評価を実施 その結果、プラン継続・プラン変更・終了の対応方針を決定 ・評価実施後、地域包括支援センターへ紙で提出 ・評価期間は最長1年、短期集中予防サービスは3ヵ月</p> <p><重要：計画期間終了時> ＊令和4年度よりアセスメントツールの提出は不要(USBは利用しない) ＊計画期間終了時は、介護予防サービス支援評価表と計画期間の経過記録を紙面で提出する(必須) ＊居宅介護支援事業所では、記録を適切に管理し、5年間保存する(必須) ＊居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターから記録の提出を求められた場合は速やかに提出する(必須)</p> <p><サービスBCの利用を終了する場合> ＊終了の届出が必要</p>	<p>●(様式10)介護予防サービス支援評価表 ●計画期間の経過記録 ★(様式11)基本チェックリスト サービスBC終了の場合 ●様式第4号 申請書(終了時)</p>

<3> 関連様式

<3> 関連様式 鶴岡市介護予防ケアマネジメントVer11 アセスメントツール

◆アセスメントツールご利用に関する注意事項(2022版)◆

1. 個人情報の保護について

アセスメントツールには、個人情報が多く含まれています。第3者への情報流出事故が発生しないよう取り扱いには細心の注意をお願いします。

2. アセスメントツールに関する問い合わせ

鶴岡市長寿介護課 0235-29-4180(直通)へお願いします。

様式No.	項目	ケアマネジメントの類型
1	トータルマネジメントのためのアセスメントシート1~2	適宜活用
2	介護予防・生活支援サービス事業利用報告書	必要時
3	利用者基本情報	A/B/C 介護予防支援
4	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)	A/B/C 介護予防支援
5	興味・関心チェックシート	A/B 介護予防支援
6	週間サービス計画表	A/B 介護予防支援
7	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録	A/B 介護予防支援
8	介護予防サービス担当者会議記録	A/B 介護予防支援
9	介護予防サービス利用票・実績報告書	A/B 介護予防支援
10	介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス支援評価表	A/B 介護予防支援
11	基本チェックリスト	A/B 介護予防支援
12	医療機関同意書	必要時

【注】 *事業所が保有するパッケージのシステム(プログラム)等がある場合、独自様式を利用しても可

*Ver11はマネジメント様式集のため、請求書関連は添付していない

共通シート

ファイル名	062034000123456720210902
--------------	---------------------------------

《計画作成者情報》

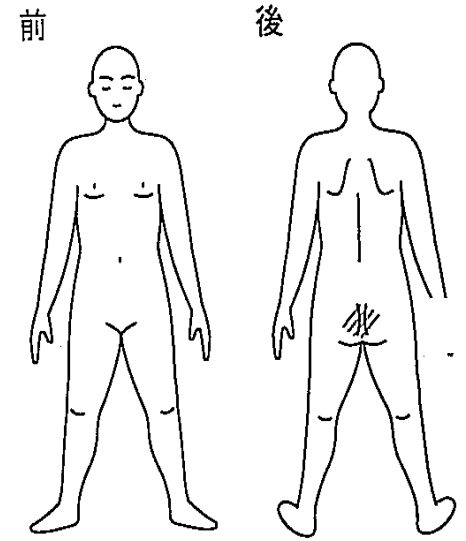
利用者基本情報 作成担当者氏名	鶴岡 花子
計画作成者 氏名	藤島 太郎
委託先介護支援 専門員氏名	藤島 太郎
計画作成事業者 事業所名	〇〇あんしん支援センター
計画作成事業者 事業所 (所在地/連絡先)	鶴岡市馬場町9-25 29-4180
地域包括支援 センター名	〇〇地域包括支援センター

《利用者情報》

保険者番号	062034	被保険者 番号	0001234567		
フリガナ 本人氏名	ハグロアサコ	女	生年月日	年齢	87歳
	羽黒 朝子		昭和10年10月10日		
住所	〒 123-4567	Tel	29-2111		
	鶴岡市馬場町9-25	Fax			
利用者基本情報	相談日	令和3年9月2日	その他の場合 訪問		
	相談方法	その他			
	初回・再来	再来			
	前回相談日	令和3年5月5日			
	情報提供同意日	令和3年5月5日			
	初回相談日	令和3年3月3日			
	緊急・通常・継続・情報提供のみ・終了	通常			
	相談継続日時				
	相談継続次回予約日 あり・なし	あり			
	相談継続次回予約日				
モニタリング 不要・必要	必要				
モニタリング必要日	令和3年11月11日				
認定 総合事業 情報	認定年月日・チェック票記入日	令和3年10月1日			
	認定有効期限	令和3年9月2日	~	令和4年8月31日	
	介護度(事業該当)	要支援2	前回の要介護度		
支援計画表情報	初回作成日	令和3年10月15日			
	計画作成(変更)日	令和3年10月15日			
	初回・紹介・継続	初回			
	認定(判定)状態	認定済			
	要支援1・要支援2 事業対象者	要支援2			
	計画同意日	令和3年10月15日			
週間サービス 計画表情報	計画開始月	令和3年10月			
経過記録情報	経過記録開始日	令和3年9月2日			
支援評価表情報	評価日	令和4年8月31日			
	包括支援センター意見	<input type="radio"/> プラン継続 <input checked="" type="radio"/> プラン変更 <input type="radio"/> 終了			
		<input type="checkbox"/> 介護給付 <input checked="" type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 総合事業 <input checked="" type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了			

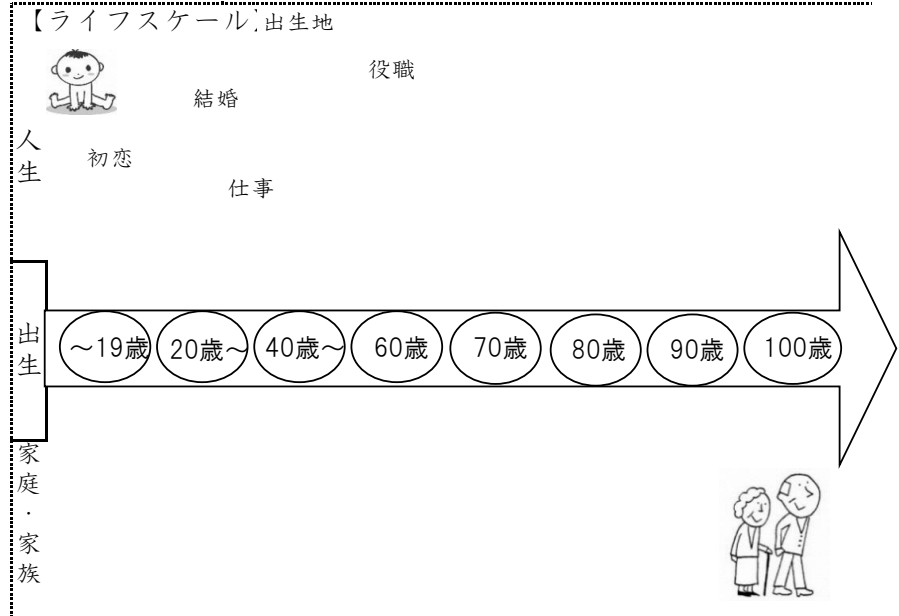
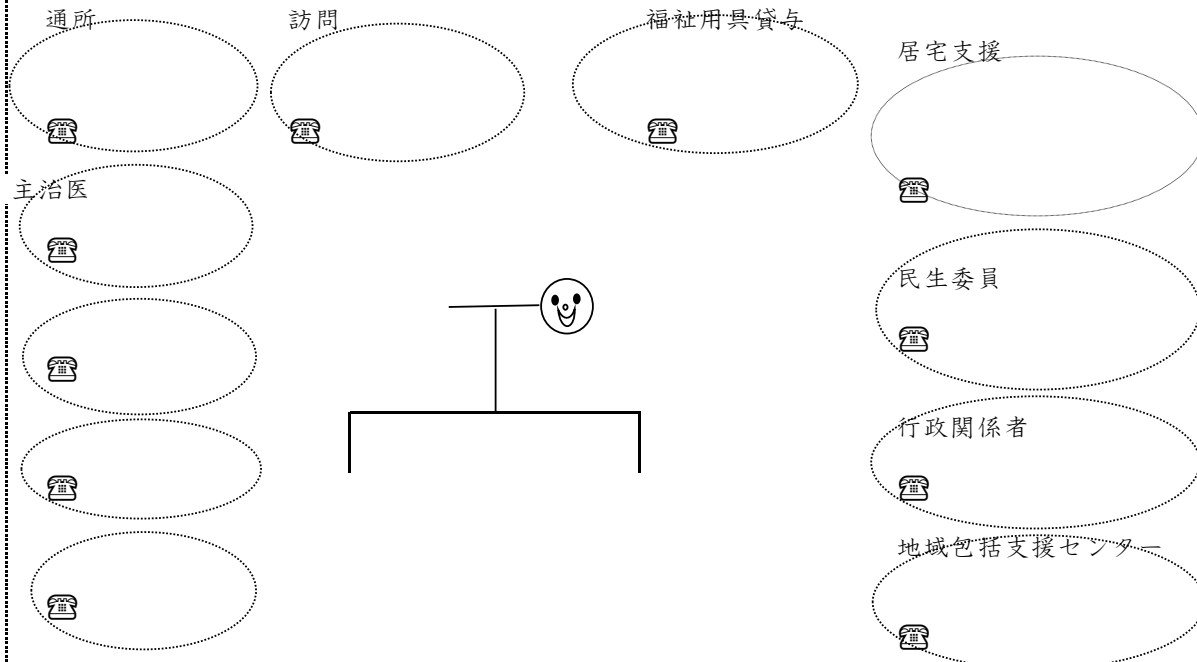
【基本情報】		【その他】 (環境や動線など)		【痛みなどの状況】	
被保険者番号	0001234567	☎	29-2111		
氏名	羽黒 朝子 様	性別	女		
		生年月日	昭和10年10月10日		
住所	〒123-4567				
	鶴岡市馬場町9-25				
認定情報	認定日	介護度	有効期間		
			~		
			~		
緊急連絡先	関係 ()		☎	自宅・職場・携帯	
備考			居宅届出契約日		

痛いところには○
麻痺には斜線///
硬縮には●



【ケアマネジメント連携図】

..... 疎遠な関係 ——— 普通の関係 ——— 強い関係 ☺☺ 対象者 同居者は線で囲む
← 気持ちの向き // 拒否的な関係 □ 男 ○ 女 ⊗ は死亡



トータルマネジメントのためのアセスメントシート2

羽黒 朝子


様

実施年月日:

担当者:

概況			
領域	項目ごとの主訴、全体的状況	アセスメント項目	
A 運動・移動について		運動機能（支えの必要性）	◆立ち上り： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ◆階段の昇り： <input type="checkbox"/> つかまらずに可 <input type="checkbox"/> つかまって可 <input type="checkbox"/> できない
		歩行状況（歩行レベル）	室内：自立・杖・歩行器・車椅子 屋外：自立・杖・歩行器・車椅子・シルバーカー ()分位可
		転倒傾向	転倒：なし・あり つまずき：なし・あり
		移動範囲	<input type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 市内くらい <input type="checkbox"/> 市外まで
		移動手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 車（運転） <input type="checkbox"/> 車（同乗） <input type="checkbox"/> 徒歩
B 日常生活・家庭生活について	◆ 生活時間	買い物	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等
		献立を考える	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族
		調理	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 惣菜購入
	: 起床	食べる楽しみ	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> あまり感じない () 好物:
		洗濯	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
	: 朝食	掃除	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		整理整頓・ごみ捨て	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
	: 昼食	身だしなみへの関心	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い
		電気機器類の操作	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 迷う <input type="checkbox"/> 難しい(何が:)
	: 夕食	火の始末	<input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 火の消し忘れ等の経験がある
		電話の利用	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない(理由:)
	: 入浴	金銭管理(家計の管理)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない(理由:)
	: 就寝	役所や金融機関等の手続き	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 人に尋ねながらしている <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> していない
	悪質商法への注意	<input type="checkbox"/> 注意している <input type="checkbox"/> 注意していない <input type="checkbox"/> 被害経験がある	
	情報への関心	<input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> テレビ・ラジオ <input type="checkbox"/> 人づて <input type="checkbox"/> 近隣の広報 <input type="checkbox"/> 関心がない	
	夜間排尿回数 回		
C 社会参加・コミュニケーション		社会参加	活動性 <input type="checkbox"/> 趣味や楽しみがある() <input type="checkbox"/> 仕事をしている <input type="checkbox"/> 地域活動やボランティア活動に参加している <input type="checkbox"/> 特にない
		外出頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> 殆ど出ない ◆去年と比較して <input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 変わらない
		外出目的	<input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> その他()
		外出先	行きつけの店等：以前： 現在：
		対人関係	家族との交流 状況： 近隣との交流 状況： 友人・知人との交流 状況：
	◆聴力：良・やや不良・不良 補聴器	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自己の意思の表出ができる <input type="checkbox"/> 他者の話の内容が理解できる
	◆視力：良・不良	仕事や特技	若い頃： 現在：

領域	項目ごとの主訴、全体的状況	アセスメント項目	
D 健康管理について	1主治医： 病名： 内服薬：なし・あり （朝・昼・晩） 2主治医： 病名： 内服薬：なし・あり （朝・昼・晩）	受診の状況	<input type="checkbox"/> 定期的に受診している（ 回/週・月） <input type="checkbox"/> 必要時に受診している <input type="checkbox"/> 受診しない
		服薬管理の状況	<input type="checkbox"/> 指示通り飲む <input type="checkbox"/> 他者の指示があれば飲む <input type="checkbox"/> できない
		健診の状況	<input type="checkbox"/> 健康診断を受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
		口腔機能の状況	<input type="checkbox"/> 痛みがある（ <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 粘膜） <input type="checkbox"/> くちの濁き <input type="checkbox"/> 義歯が合わない
		歯の手入れ（義歯含む）	<input type="checkbox"/> 硬い物が食べにくい <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 臭いが気になる
		食事生活・栄養状況	頻度（ 回/日・週・月） 方法：歯磨き ・ うがい ・
		水分摂取の状況	<input type="checkbox"/> 気を付けている（ ） <input type="checkbox"/> 特に気を付けていない
		飲酒状況・喫煙状況	<input type="checkbox"/> 飲酒：頻度（ 回/日・週） 量（ /回） <input type="checkbox"/> 喫煙：量（ 本/日・週）
		適度な運動	<input type="checkbox"/> している（ ） <input type="checkbox"/> していない（理由： ）
		適度な休養・睡眠	◆休養： <input type="checkbox"/> 心がけている <input type="checkbox"/> つい無理をしてしまう ◆睡眠： <input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 眠れない：
		排泄の状況	<input type="checkbox"/> 支障ない <input type="checkbox"/> 尿漏れ・尿失禁がある（気がかりなこと ） <input type="checkbox"/> 紙パンツ・パット利用 なし・あり
		入浴の状況	頻度（ 回/週・月） 方法： <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭など
		生活リズム	<input type="checkbox"/> 保たれている <input type="checkbox"/> あまり保たれていない（ ）
		物忘れの状況	物忘れ： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 本人の認識： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ◆今日の年月日の理解 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
E その他	◆市民税世帯課税 なし・あり	居住環境	室内（ ） 屋外（ ）
		経済状況	収入 国民・厚生・共済・障害・その他 年金（ 円）主な使途： 心配なこと：
		家族の状況	独居・ 人家族
		家族の介護力	<input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない（理由： ）
		虐待の可能性	<input type="checkbox"/> みられない <input type="checkbox"/> 要注意（根拠： ）
		精神的な不安・意欲低下	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> みられる：
		うつ病の状況（ここ2週間の状況）	<input type="checkbox"/> 生活の充実感 <input type="checkbox"/> 楽しんでいたことが楽しめない <input type="checkbox"/> 楽にできていたことが億劫 <input type="checkbox"/> 役に立たない <input type="checkbox"/> わけもなく疲れる ◆うつ治療 有・無
		見守りの状況	<input type="checkbox"/> ある（ <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 民生委員等 <input type="checkbox"/> 近隣住人 <input type="checkbox"/> その他 ） <input type="checkbox"/> ない
		緊急時のSOS発信	<input type="checkbox"/> 自分なりの対応ができる <input type="checkbox"/> 自信がない <input type="checkbox"/> 特に考えていない 緊急性の判断： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できにくい <input type="checkbox"/> 緊急連絡先：
		価値観	大切にしたいこと： 嫌なこと：
本人の主訴や意向（実現したいこと等）			
家族の主訴や意向			
これからの生活についての希望			
現在利用しているサービスなど			
全体的な印象			

居宅介護支援事業所・地域包括支援センター  医療機関

<依頼日> _____

通所サービス／短期集中予防サービス(通所C・訪問C) **利用報告書**

<依頼先医療機関名>

様

<依頼元>

事業所名 _____
担当者 _____
電話 _____ FAX _____

いつもお世話になりありがとうございます。下記の方が、標記サービスの利用を希望されておりますのでご報告いたします。

<連絡欄>

氏 名	生年月日	住 所	利用状況	連絡欄
羽黒 朝子 様	昭和10年10月10日	鶴岡市馬場町9-25	<input type="radio"/> 開始 <input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 再開	

利用者基本情報

《基本情報》

被保険者番号		0001234567		作成担当者		鶴岡 花子	
相談日	令和3年9月2日	木	来所 その他	電話 (訪問)	初回 再来	別 回	(令和3年5月5日)
本人の現況	<input checked="checked" type="radio"/> 在宅 <input type="radio"/> 入院又は入所中						
フリガナ 本人氏名	ハグロアサコ 羽黒 朝子			女	生年月日 昭和10年10月10日	年齢	87歳
住所	〒123-4567 鶴岡市馬場町9-25			Tel	29-2111		
				Fax			
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	<input checked="checked" type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2					
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input checked="checked" type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M					
認定 総合事業 情報	要支援2 認定日・チェックリスト記入 日： 令和3年10月1日 有効期限： 令和3年9月2日 ~ 令和4年8月31日 (前回の介護 度)						
障害等認定	<input checked="checked" type="checkbox"/> 身障 () <input type="checkbox"/> 療育 () <input type="checkbox"/> 精神 () <input type="checkbox"/> 難病 ()						
本人の 住居環境	<input type="radio"/> 自宅 <input checked="checked" type="radio"/> 借家 <input checked="checked" type="radio"/> 一戸建て <input type="radio"/> 集合住宅 自室の有無 <input type="radio"/> 無 <input checked="checked" type="radio"/> 有 1 階 住宅改修の有無 <input checked="checked" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無						
経済状況	世帯課税あり・なし						
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○)			
住所連絡先	続柄			氏名	続柄	記号	介護者
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先	羽黒朝子	本人	◎	備考 同居
				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
				友人・地域との関係
	時間	本人	介護者・家族	
		起床		
		朝食		
	昼食			
	夕食			
	就寝			

《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	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> その他	
			Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> その他	
			Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> その他	
			Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 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

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)

計画作成日 令和3年10月15日

利用者名	羽黒 朝子 様	認定 総合事業 情報	要支援2	認定日 記入日	令和3年10月1日	有効期間	令和3年9月2日 ~ 令和4年8月31日
被保険者番号	0001234567	計画作成事業所	〇〇あんしん支援センター	担当者	藤島 太郎	課題に対する目標と具体策の提案	
アセスメントの領域と現在の状況 (箇条書きでよい。)		本人・家族の意欲・意向		領域にお ける 課題	総合的課題	目標	具体策
運動・移動について		(本人)腰痛があり億劫になる、動きたくない日もあるが、友人宅には遊びに行きたい。(長男)前のように活発になって欲しい。		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	1.腰痛のため調理や買い物をする機会が減り、義歯調整ができないことから、同じ献立が続くなど、栄養バランスの偏りが起きている。また、水分摂取不足や活動量の低下による便秘もあり、食生活の見直しが必要である。	1.肉や魚、野菜などなるべく多くの食材を取り入れ、1日1食、自分で食事を作る。	1.食生活の改善のため食事内容をチェック表にチェックをしてみる。まずは1日1回、足りないものを意識しながら自分で調理する。 2.便秘を改善するための食事・水分補給・運動を行う。
日常生活(家庭生活)について		(本人)腰痛があり、食事の支度や買い物が面倒になる。たまに近隣友人たちが、おかずなどおすそ分けしてくれるので助かる。		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	2.もの忘れや気分の落ち込み、腰痛があることで、動くことが億劫で、運動量が減り、筋力低下を招いている。痛みをコントロールしながら、活動量を上げていくことにより、脳の活性化や体力アップにつながる可能性は高い。	2. 以前のように15分先のSさん家に遊びにいくようになる。	3.かかりつけの歯医者で入れ歯の治療をする。 4.配食サービスを利用する。
社会参加、対人関係コミュニケーションについて		(本人)友人の訪問はありがたいが、つい何かお礼がしたい。最近忘れっぽくて不安。これ以上悪化したくないわ。(長男)できるだけ今まで通りの生活をしてほしい。		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無			1.腰痛緩和の方法を主治医と相談し治療に専念する。 2.専門的な指導のもと、運動を行い、足腰の力をつけるため、通所リハビリに通う。
健康管理について		(本人)便秘もあり、食べたくない日もある。最近何となく何かをしようという気が起きない。		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無			4. ①提案のとおり ②意向あり

【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(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書きください。

	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ	うつ予防	腰痛圧迫骨折により腰痛、両下肢痛顕著なため、平成28年12月手術施行。術後経過良好。リハビリ・湿布などで経過観察中。運動により生活機能の改善が期待できる。
予防給付 地域支援 事業	5 / 5	1 / 2	1 / 3	2 / 2	2 / 3	4 / 5	

羽黒 朝子 様

計画作成日

令和3年10月15日

毎日のこころみ	1日1食、自分で食事を作る。	1年後になっていたい私	近隣友人に草餅を作って、家に届けたい。
---------	----------------	-------------	---------------------

支援計画

目標	目標についての支援ポイント	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	サービス種別・内容	事業所	期間
1. 肉や魚、野菜などなるべく多くの食材を取り入れ、1日1食、自分で食事を作る。	支援者や家族が訪問したときには腰痛の状態や食事の内容の確認を行う。 腰痛が強い場合は、当日の運動量やトレーニング方法を調整する。	(本人) 1.食事チェック内容を意識しながら食事を作り、食べた物を書き出す。 2.腰に負担のない運動を続ける。 3.水分は1日の中で1,500cc(ペットボトル3本)を飲む。 (家族) 1.通院の介助。 2.バランスの取れた食事を作るのに足りない食材を購入。 3.月に1回は孫が遊びに来る。 4.水分摂取を促す。	生活援助(週1回) 配食サービス(週3回) 通所リハビリ 運動機能向上加算 栄養改善加算 口腔機能向上加算	Qヘルパー ステーション A事業所 P通所リハビリ	令和3年10月15日～ 令和4年8月31日 令和3年10月15日～ 令和4年8月31日 令和3年10月15日～ 令和4年8月31日
0 以前のように15分先のSさん家に遊びにいけるようになる。	サービス導入時には水分摂取を促す。	(病院) 1.栄養士による食事指導を受ける。			

【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

総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント

	腰痛のために、動くことが億劫になっていることが原因で、食事内容にも偏りがみられます。筋力をつけるためにも食生活を見直して、運動も取り入れた生活を送って頂くことで徐々に手術前の生活に近づけるよう、支援していきます。
--	--

地域包括支援センター	【計画に関する同意】 私は、上記計画について、同意し介護予防に取り組みます。 令和 年 月 日 氏名
------------	--

※専門用語は使わず、本人・家族が分かる言葉で記載しましょう。

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)

計画作成日

利用者名	様	認定 総合事 業情報	認定日 記入日	有効期間	●認定の有効期間を記載する。 ●事業対象者の場合は、介護保険証の有効期 間と同様に記載					
被保険者番号	計画作成事業所		担当者	課題に						
アセスメントの領域と現在の状況 (箇条書きでよい。)		本人・家族の意欲・意向	領域に おける 課題	総合的課題	目標	具体的策	この意向 本人・家族			
運動・移動について 自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、交通手段を用いることによる移動を行っているか。 【確認する項目例】 ■自宅や屋外の移動状況(杖なし、杖あり、車椅子等)		●利用者、家族の認識とそれについての意向を記載する。例えば、機能低下を自覚しているか、困っているか、それについてどう思っているか等。 ●具体的には「○○できるようになりたい」「手伝ってもらえれば○した」と記載し、その理由についても確認する。 ●利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。	●利用者や家族の生活全体の課題を探すため、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。 ●複数の領域に課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記述する。 ●ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体的策は記載しない。	●利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で客観的に達成状況が確認できるように具体的なものとする。 ●利用者や家族の意向を踏まえ、ケアプラン作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。 ●目標は利用者が一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮する。 ●はじめから難しい目標を設定するのではなく、達成可能な目標からたてていくなどの工夫も必要。	●生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から考えること。 ●具体的なサービスや支援は、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。	①提案のとおり ②意向あり				
日常生活(家庭生活)について 家事や住居・経済の管理、花木の水やりやペットの世話などを行っているか。 【確認する項目例】 ■日常に必要な品物を自分で選んで買うこと ■献立を考え、調理すること ■家事的状況(買い物、調理、家の掃除、洗濯、ゴミ捨て等) ■預貯金の出し入れの状況							●有 ○無	●領域における課題があった場合、有に印をつける。課題がないと判断した場合、無に印をつける。	1. 2.	①提案のとおり ②意向あり
社会参加、対人関係コミュニケーションについて 状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているか。 【確認する項目例】 ■友人を招いたり、友人の家を訪問すること等の状況 ■家族、友人などとの会話や電話等により交流することについての状況 ■仕事や地域、家庭内での役割をもち、行うこと ■ボランティア活動、老人クラブ、町内会行事への参加状況等の内容や程度。							●有 ○無		3.	①提案のとおり ②意向あり
健康管理について 清潔・整容・口腔ケアや、服薬が行えているか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養等の健康管理の観点から必要な場合、アセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分摂取、排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する。 【確認する項目例】 ■定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗うこと ■肌や顔、歯、爪等の手入れの状況 ■健康のために食事に気をつけていること ■健診や定期受診の状況 ■薬を飲み忘れず、管理すること							●有 ○無		4.	①提案のとおり ②意向あり

◆基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書きください。

【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

	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ	うつ予防	●「主治医意見書」や主治医連絡、「生活機能評価」「利用者基本情報」等により得られた情報を参考に記載する。 ●単に主治医意見書の疾患等をそのまま転記するものではない。
予防給付 地域支援 事業	合計3点以上が ハイリスク /5	合計2点以上が ハイリスク /2	合計2点以上が ハイリスク /3	16項目該当が ハイリスク /2	合計1点以上が ハイリスク /4 ³	合計2点以上が ハイリスク /5	

様

計画作成日

●利用者(家族)と介護支援専門員等(援助者)との間で、介護予防サービス支援計画原案について説明・同意(共通認識)がなされた日を記載する。

毎日のこころみ		1年後にになりたい私		支援計画			
目標	目標についての支援ポイント	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	サービス種別・内容	事業所	期間		
1.	<p>毎日のこころみ</p> <ul style="list-style-type: none"> ●目標達成につながるもので、毎日継続して行えるもの。 ●大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や生活機能の向上・生活行為の拡大・環境改善等、様々な設定される場合もありえる。 ●利用者が達成感・自己効力感が得られる内容が望まれる。 	<ul style="list-style-type: none"> ●家族を含む支援者共通の安全管理上のポイント等を記載する。 	<p>1年後にになりたい私</p> <ul style="list-style-type: none"> ●利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●本人が自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などもインフォーマルサービスとして記載する。 ●誰が、何をするのか具体的に記載する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●サービス種別を記載する。 ●支給区分、通所系サービスの加算についても必ず記載する。ただし、事業所の体制に関わる加算については記載する必要はない。 ●ヘルパーは「生活援助のみ」「身体介護含む」も記載する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●該当サービス提供を行う「事業所名」を記載する。 ●介護保険制度以外の公的サービスや地域等が行う部分についても明記する。 	<p>令和〇年〇月〇日 ～ 令和〇年〇月〇日</p>
2.							
3.							
4.							

●「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。プラン有効期間最長12ヶ月設定可能。
●「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。
●回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。サービス担当者会議でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうか合意すること。

【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

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

●利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。

●「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、介護予防ケアプラン作成者、サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意する点、チーム全体で留意する点などを記載する。

地域包括支援センター

●居宅介護支援事業者に委託している場合、地域包括支援センターが利用者に対しての文言を記載する。

【計画に関する同意】
私は、上記計画について、同意し介護予防に取り組みます。
令和 年 月 日 E 氏名

興味・関心チェックシート

氏名: 羽黒 朝子 様 年齢: 87 歳 性別: 女 記入日: R 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			

週間サービス計画表

計画年月 令和3年10月 から

利用者名 羽黒 朝子 様

計画作成者氏名 藤島 太郎 / 藤島 太郎

	時間	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	4:30								
	5:00								
	5:30								
	6:00								
早朝	6:30								起床
	7:00								
	7:30								
午前	8:00								
	8:30								朝食
	9:00								
	9:30								
	10:00								
	10:30								
	11:00								
午後	11:30								
	12:00								
	12:30								昼食(軽食)
	13:00								
	13:30								
	14:00								
	14:30								
	15:00								
	15:30								
	16:00								
夜間	16:30								
	17:00								
	17:30								
	18:00								夕食
	18:30								
	19:00								
	19:30								
	20:00								
深夜	20:30								就寝
	21:00								
	21:30								
	22:00								
	22:30								
	23:00								
	23:30								
0:00									
深夜	0:30								
	1:00								
	1:30								
	2:00								
	2:30								
	3:00								
	3:30								

週単位以外の支援	
----------	--

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)

利用者名 羽黒 朝子

計画作成者氏名: 藤島 太郎

年月日	項目	内容
令和3年6月25日 手段 目的	対応者 利用者の状況 サービスの利用状況 特記事項	
令和3年10月15日 訪問 モニタリング	例) 藤島太郎 自宅へ訪問 本人、長男と面談	
令和3年10月17日 電話 状況報告	例) 藤島太郎 電話 ○病院▲▲看護師へ	
令和3年11月5日 訪問 アセスメント	例) 藤島太郎 自宅へ訪問 本人、長男と面談	

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

※2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

介護予防サービス担当者会議記録

利用者氏名	羽黒 朝子 様			性別	女	開催日時			開催場所		
介護度 (事業対象)	要支援2	認定日	令和3年10月1日	有効期間	令和3年9月2日 ~ 令和4年8月31日						
目標	肉や魚、野菜などなるべく多くの食材を取り入れ、1日1食、自分で食事を作る。					以前のように15分先のSさん家に遊びにいけるようになる。					
出席者	所属 氏名	ご本人	ご家族								
検討事項				出席者の意見				今後の方針			
①											
②											
③											
④											
今後検討を要すること											

保険者号	0 6 2 0 3 4	保険者名	鶴岡市	ケアマネジ メント担当事業所	〇〇あんしん支援センター			作成年月日	令和3年10月		
被保険者 番号	0001234567	フリガナ	ハグロ アサコ	担当者名	藤島 太郎			届出年月日	令和3年10月1日		
要介護状態 区分等	要支援2	被保険者氏名	羽黒 朝子	生年月日	昭和10年10月10日	性別	女	地域包括支援センター名	〇〇地域包括支援センター		
		区分支給限度額変更決定情報			区分支給 限度基準額	10,531	単位/月	限度額 適用期間	令和3年5月1日 から 令和4年6月30日 まで		
		有									

提供時間帯	サービス内容	サービス 事業者 事業所名	単位	月間サービス計画及び実績の記録																															単位数 計	
				日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		合計 回数
				曜日	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日		
:	~			予定																																
:				実績																																
:	~			予定																																
:				実績																																
:	~			予定																																
:				実績																																
:	~			予定																																
:				実績																																
:	~			予定																																
:				実績																																
合計金額				予定																																
				実績																																

○本人の状態・サービス利用時の様子など（実績報告の際記入）

サービス提供事業所記入欄	<input type="checkbox"/> 状態の変化はありません。 <input type="checkbox"/> 以下のとおり情報を提供します。
事業所名	

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

令和4年8月31日

利用者名

羽黒 朝子

様

計画作成者氏名

藤島 太郎 / 藤島 太郎

目標	評価期間	目標達成状況	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
肉や魚、野菜などなるべく多くの食材を取り入れ、1日1食、自分で食事を作る。						
以前のように15分先のSさん家に遊びにいけるようになる。						

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了
--------	--------------	--	---

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

利用者名 羽黒 朝子 様

評価日 ○年○月○日
 計画作成者氏名 藤島 太郎 / 藤島 太郎

目標	評価期間	目標達成状況	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
肉や魚、野菜などなるべく多くの食材を取り入れ、1日1食、自分で食事を作る。	○年○月～○年○月		目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印。			目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について専門的な観点を踏まえて記載。
	評価期間については介護予防ケアプラン作成者がモニタリングやサービス事業所からの報告を基に実施する。	評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載。(達成しても、達成しなくとも必ず記載)		なぜ、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め利用者・家族の認識を確認し、記載。	なぜ、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、介護予防ケアプラン作成者として評価を記載。	
	目標に限らず、利用者の生活全体に対する今後の支援の総合的な支援の方向性について、専門的な観点から方針を記載。			<p>プラン変更→サービスに変更がなくても、基本的には新たな目標が設定される場合。 プラン継続→例えば介護予防ケアプラン期間中に一時的な入院等があり、サービス利用が出来なかったが退院後、本人の状態や意向の変化がなく、改めて同じ介護予防ケアプランの目標、内容を実施する場合や、あと少しで目標が達成しそうな段階で、利用者がそのままの目標を希望した場合等。 プラン終了→サービスが不要になり、次の介護予防ケアプランを作成する必要がない場合。</p>		
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 checked="" type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input checked="" type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input checked="" type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了

基本チェックリスト

被保険者番号	0001234567			記入日	令和 年 月 日	担当者	
フリガナ	ハグロアサコ			住所	鶴岡市馬場町9-25		
氏名	羽黒 朝子						
生年月日	昭和10年10月10日	年齢	87	性別	女	電話	29-2111
連絡先	氏名 (続柄)			電話	連絡可能な時間帯		
相談内容 ・ 既往歴等							
	NO	質問項目			回答		判定
生活	1	バスや電車で1人で外出していますか			0. はい	1. いいえ	()
	2	日用品の買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	
運動機能	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	() /
栄養	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	()/2 2/2
	12	身長	cm	体重	Kg	(BMI =) (注)	
口腔	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか			1. はい	0. いいえ	()/3 2/3以上
	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	
外出	16	週に1回以上は外出していますか			0. はい	1. いいえ	()/2 No.16 該当
	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	
認知	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	()/3 1/3以上
	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	
こころ	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない			1. はい	0. いいえ	()/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	

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

介護保険事業の適切な運営に活用するため、基本チェックリストを地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所へ提供することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 _____

基本チェックリスト

被保険者番号	0001234567	記入日	令和	年	月	日	担当者
フリガナ	ハグロアサコ	住所	鶴岡市馬場町9-25				
氏名	羽里 亜子						
生年月日							女
連絡先	氏	<p style="color: red; font-weight: bold;">*必須:初回申請時*</p> <p>相談内容・既往歴等には 相談経過や内容などを簡潔に記載する。 事業対象者としてサービス利用する場合はその目的も明確にする。本人が記入したとしても、上記について加筆、明記する。</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">担当者欄:地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、市長寿介護課が実施するもの。 記入にあたって対応した方がわかるように、氏名の記入をお願いします。</p>					
相談内容・既往歴等							
	NO	質問項目					
生活	1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ			
	2	日用品の買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			
運動機能	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			
栄養	11	6ヶ月間で2~3Kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ	()/2	20	/
	12	身長 _____ cm 体重 _____ Kg (BMI = _____)	はい	いいえ	2/2		
口腔	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	()/3	10/20以上	
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ			
	15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	2/3以上		
外出	16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	()/2	No.16該当	
	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			
認知	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	()/3	1/3以上	
	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			
こころ	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない					
	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りましたか					
	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ますか					
	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					

項目No12(栄養)身長・体重・BMIも記載する。不明な場合、判定はNo12を除いた数で計上する。

必須:初回申請時

同意欄
包括・居宅・市どこで対応したとしても自書。
自書できない場合は家族が本人の氏名を代筆可。

(注) BMI=体重(Kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当と判定する。

介護保険事業の適切な運営に活用するため、基本チェックリストを地域包括支援センターへ提供することに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

同意書

令和 年 月 日

医療機関名 主治医 様

住 所 鶴岡市

氏 名

生年月日 明大昭 年 月 日

電話番号 ()

私は「介護保険サービス担当者に照会する（依頼）内容」の様式により、私の介護
予防支援計画作成担当である下記の者が、私の医療情報を 医療機関名 主治
医より取得することに同意します。

(同意を受けた方) 担当者 氏名

事業所名

連絡先 ()

<3> 関連様式 鶴岡市介護予防ケアマネジメントVer11

鶴岡市医療・介護連携様式(2011.02)

- 個人情報の保護について
以下の様式には、個人情報が多く含まれています。
第三者への情報流出事故が発生しないよう取り扱いには細心の注意をお願いします。
- 医療機関、連絡先、事業所名等は手入力してください。
- お問い合わせ先
鶴岡市長寿介護課 0235-29-4180(直通)へお願いします。

	入院時情報提供書送付のご案内	入院後7日以内
様式1	入院前状況報告	
様式3	(医療系サービス等)利用確認書	新規/更新/変更/1年毎 (必要時活用)
様式11	サービス担当者会議の日程調整について	
様式12	サービス担当者会議の開催のご案内と照会のお願について	

<記入例>

入院時情報提供書送付のご案内

日付	令和 年 月 日 ()		
送信先	病院名及び FAX 番号 〇〇病院 〇〇-〇〇〇〇		
送信枚数	枚 (本紙含む)	患者名	〇〇 〇〇 様

送信元	居宅介護支援事業所名 〇〇〇〇	所在市町	市町名
担当者	ケアマネ名 〇〇〇〇		
電話	(〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇	FAX	(〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇

連絡事項	
いつもお世話になっております。	
別紙の通り、当該患者の入院に際し情報提供させていただきます。	
ご確認いただきましたら、用紙下部に日付とチェックを入れて	
ご返信くださいますようお願い致します。	
なお、郵送の場合も本用紙を同封いたしますので、	
同じく FAX にてご返信いただきますよう、お願い致します。	
確認日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 入院時情報提供書を受け取りました	

入院時情報提供書送付のご案内

日付	令和 年 月 日 ()		
送信先	病院名及びFAX番号		
送信枚数	枚(本紙含む)	患者名	
送信元		所在市町	
担当者			
電話		FAX	

連絡事項
<p>いつもお世話になっております。</p> <p>別紙の通り、当該患者の入院に際し情報提供させていただきます。</p> <p>ご確認いただきましたら、用紙下部に日付とチェックを入れてご返信くださいますようお願い致します。</p> <p>なお、郵送の場合も本用紙を同封いたしますので、同じくFAXにてご返信いただきますよう、お願い致します。</p>
確認日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院時情報提供書を受け取りました

御中

(添書は省略いたします)

入院前の状況報告書

必要時は転院先等へ
コピーして渡してください。

入院日 _____

記入日 _____


<サービス利用者>

氏名	男 女	居住住所	
生年月日	(歳)	介護度	

<介護保険利用状況>

利用サービス		サービス提供事業所
サービス名	利用頻度	

<ADL>	状態	特記事項	<IADL>	状態	特記事項
・寝返り			・調理		
・起き上がり			・掃除		
・移乗			・買い物		
・歩行			・金銭管理		
・着脱			・服薬状況		
・入浴			<排尿・排便>		
・排泄			失禁の有・無		
<認知>		有 無			
<コミュニケーション能力>		排泄後の後始末 自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助 全介助			
<居室環境>		<口腔衛生>			
<備考>		<褥創・皮膚の問題>			
退院時ご連絡ください。 退院時カンファレンスを希望します。 必要に応じ退院時の情報提供をお願いします。		<食事>			
		<家庭状況>			
<在宅主治医>		居宅介護支援事業所			
		担当ケアマネージャー			
		電話			

居宅介護支援事業所・地域包括支援センター  医療機関

<依頼日> _____

利用確認書

<依頼先医療機関名>

_____ 様

<依頼元>

事業所名

担当者

電話

FAX

いつもお世話になりありがとうございます。

下記の方が、標記サービスの利用を希望されておりますので、利用の適否につきまして確認したくご連絡申し上げます。

なお、ご多忙のところ誠に恐縮に存じますが、ご回答は _____ までをお願いいたします。

<連絡欄>

氏 名	生年月日	住 所	利用状況	連絡欄
様		鶴岡市	<input checked="" type="radio"/> 開始 <input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 再開	

<医師記入欄>

サービス利用の適否	特記事項
適 ・ 否	

<記載日>

担当医師

FAX 送信票

<依頼日> _____

医療機関 又は事業 所名	様
	様
	様
	様
	様

お手数ですが
ご返信ください

(発信)	
事業所名	
担当者氏名	
電話番号	
FAX	

サービス担当者会議の日程調整について

日頃より、〇〇〇〇居宅介護支援センターの事業に対しご支援・ご協力を頂き、厚く御礼申し上げます。

さて、下記利用者様のケアプラン作成・更新月にあたり、「サービス担当者会議」開催を予定しております。より多くの専門家の方々よりご参加いただきたく、下記の日程で調整いたしますので、ご連絡くださいますようお願いいたします。

記

<ご利用者様>

氏 名	様	生年 月日	0 歳
住 所	鶴岡市		

【ケアマネジャー側開催希望日時】

○を付けてください。

- ① 〇〇月〇〇日 (○) の 〇〇時〇〇分～ ()
- ② 〇〇月〇〇日 (○) の 〇〇時〇〇分～ ()
- ③ 〇〇月〇〇日 (○) の 〇〇時〇〇分～ ()
- ④ 上記日程では調整できません。 ()

開催場所	・利用者宅（主治医往診時・その他）・主治医医院内・どこでも・その他（)
------	--------------------------------------

○を付けてください。

お手数ですが、〇〇月〇〇日までご返信ください。

日程調整後、サービス担当者会議の開催について（ご案内）・照会について（お願い）を再度FAXにて連絡いたします。

医療機関・サービス提供事業所 \longleftrightarrow 居宅支援事業所

<依頼日>

サービス担当者会議の開催のご案内と照会のおお願いについて

<医療機関又は事業所名>

<居宅支援事業所>

<担当医師名又は担当者名>

<事業所FAX番号> 0235-00-0000

<担当ケアマネジャー>

日頃よりご支援・ご協力を頂き感謝申し上げます。さて、先に調整させていただきました日程につきまして下記のとおり開催いたしますのでご案内申し上げます。併せて、下記につきましてご照会申し上げたくよろしくお願ひいたします。

記

<ご利用者>

氏名	様	生年月日	(歳)
住所	鶴岡市		

<サービス担当者会議>

開催日時	(木) 午後 : ~ :
開催場所	
参加予定者	

<照会事項> ケアマネジャー ⇒ 担当医師又は担当者

目的	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険新規・更新認定のため <input type="checkbox"/> 病状・状態変化のため
内容	

<回答事項> 担当医師又は担当者 ⇒ ケアマネジャー

当日出席者	職	氏名
-------	---	----

本ケースに対するご意見、当日会議で取り上げてほしい事案、気づきの点がありましたらご記入ください。また、欠席される場合につきましては、状況や課題などお知らせください。

内容	
記入日	
担当医師又は担当者氏名	

恐れ入りますが、 月 日までご返信下さい。

鶴岡市介護予防・生活支援サービス利用（終了）申込書

年 月 日

鶴岡市長様

介護予防・日常生活支援総合事業を利用（終了）したいので下記のとおり申込みます。

記

フリガナ 氏名		生年月日	大 年 月 日 昭
住所	鶴岡市	電話	
緊急時の 連絡先	氏名	利用者との 関係	
	住所	電話	
かかりつけ 医療機関		診療科 医師名	
サービス名 ※終了の場合 は理由	住民主体サービス（訪問型サービスB・通所型サービスB） 短期集中予防サービス（訪問型サービスC・通所型サービスC）		

この事業で得られた個人に関する情報を、ケアマネジメント事業や事業実施の際に活用する観点から関係機関へ提供することを了承します。

以下、長寿介護課記入欄（申込者は記入しないでください）

事業対象者							要支援認定	
生活	運動	栄養	口腔	外出	認知	うつ	要支援1	要支援2
点	点	点	点	点	点	点		

氏名(_____ 様)

地域包括支援センター・居宅介護支援事業所
ケアマネジメント用

短期集中予防サービス(通所型C・訪問型C) 運動器機能向上プログラム利用に係るチェックシート

問A	この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をされましたか？	はい	いいえ
----	----------------------------	----	-----

↓

「はい」の場合、その理由は何ですか？	当てはまる項目に✓	
<input type="radio"/> 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; margin: 5px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">要</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; margin: 5px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">要・否</div>
<input type="radio"/> 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)		
<input type="radio"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため		
<input type="radio"/> 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため		
<input type="radio"/> その他(具体的にご記入ください)		
(_____)		

問B	あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか？	はい	いいえ
----	---------------------------------------	----	-----

↓

「はい」の場合、その理由は何ですか？	当てはまる項目に✓	
<input type="radio"/> 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; margin: 5px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">要</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; margin: 5px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">要・否</div>
<input type="radio"/> 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)		
<input type="radio"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため		
<input type="radio"/> 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため		
<input type="radio"/> その他(具体的にご記入ください)		
(_____)		

【運動機能向上プログラム利用にあたって医師の判断の有無の判断方法】

- ① 包括(居宅)は、短期集中予防サービス運動機能向上プログラムを利用希望者に上記チェックシートの内容を聞き取り情報収集する。
- ② 問Aまたは問Bで「はい」(理由がその他以外)の場合は、医師の判断を求める。
- ③ 問Aまたは問Bで理由が「その他」の場合、再度聞き取りを行った上で、必要に応じて医師の判断を求める。
- ④ 医師の判断のための「利用確認書」は鶴岡市医療・介護連携様式3を使用する。

※地域包括支援センター(居宅介護支援事業所)担当者の判断の結果

医師による適否確認 (必要 ・ 不要)

⇒ 医師の判断が必要な場合は、主治医に「利用確認書」をFAXし、事業利用の適否を確認する
(FAXで回答をもらう)

※包括または居宅名

(_____) 担当: (_____)

軽度者に対する福祉用具貸与届出要否確認書【ア. 車いす・付属品】

「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」の判断のためのチェックシート

〇ケアプラン作成時に、下記★cに該当するときは、このチェックシートをご利用ください。

被保険者 本人氏名		記載者 認 定		記載日		. .	
認定調査項目 1-7歩行		a. できない ⇒ 届出不要 b. できない以外 ⇒ 要届出		要支援1 . 要支援2 . 要介護1			
★c. 「b」であるが、日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者⇒ 届出不要 以下要確認							
車いす貸与について主治 医から情報を得た日		. .		方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 医師から聴取	主治医	
サービス 担当者会議	開催日	. .		福祉用具専門相談員・軽度者の状態像に ついて適切な助言が可能な者の参加		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 照会有り <input type="checkbox"/> 照会無し
車いすの種類 (該当に〇)				自走用車いす . 電動車いす . 介護用車いす			
移動 状況	①歩行が困難な原因 (疾患・機能障害)						
	②屋内・外での歩行困難な状況及 び歩行器や歩行補助杖等を利用 した場合での移動の達成可否状 況		(歩行が困難な状況や歩行器や歩行補助杖等の利用では移動が不足な状況) 歩行可能時間または距離 (. 分 . m) <input type="checkbox"/> 変形・痛みがあり長時間歩行できない <input type="checkbox"/> 医師から歩行を制限されている <input type="checkbox"/> 歩行が不安定なため、外路歩行は危険 <input type="checkbox"/> その他				
	③移動先までの立地状況		<input type="checkbox"/> 日常生活に必要な場所まで遠い <input type="checkbox"/> 坂道が多い <input type="checkbox"/> その他				
有効性	車いす利用の有効性、車いすを使 用して移動することによって日 常生活上できること		(車いすを使用することにより、自分でする日常生活の幅が広がり、自立の意 欲が高まる内容)				
阻 害 性	①車いすの必要な場面が検討されていますか <input type="checkbox"/> (歩行補助杖等が望ましい場合は車いすを使用しない等、車いすの必要性がない場面では車いすを利用しない等)						
	②有効性と比して、車いすを使用することで能力の低下をまねかれないと考えられますか <input type="checkbox"/>						
の計 画と 関 係	計画との整合性がとれ、計画目標達成のために車いす使用が明確に必要なと位置づけが できていますか、計画に車いす貸与が必要な理由が記載されていますか <input type="checkbox"/>						
安 全 性 等	①車いすの種類に応じて安全性が確認されていますか (自走する場合は本人について、介助する場合には主に介護者について検討) 操作能力・機能の理解力 (<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適) 危険回避等の判断能力 (<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適) 移動範囲の安全 (<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適) その他						
	②車いすの適切な選定がされていますか <input type="checkbox"/>						
そ の 他	車いす貸与の必要性に関して、上記に記載しきれなかった情報を記載する						
結 果	上記の検討内容から、車いす貸与が <input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 不適切 と判断される						

総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書

フリガナ											被保険者番号									
被保険者氏名																				
生年月日	明・大・昭	年	月	日						性別	男 ・ 女									
住所	鶴岡市								電話番号											
現在利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービス																			
ケアプランの目標期間	年 月 日 から 年 月 日 まで																			
次回見直し時期	年 月 日																			
区分支給限度額変更の理由 (別紙添付)	1 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ため 2 その他(具体的に記述してください。)																			
添付書類	介護予防サービス・支援計画書、経過記録																			
<p>鶴岡市長 殿</p> <p>上記のとおり、区分支給限度額変更を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 事業所名</p> <p>介護支援専門員等職氏名</p> <p>電話番号</p>																				
										事業所番号										

<4> 介護予防ケアマネジメント Q&A

< 4 > 介護予防ケアマネジメントマニュアル Q&A

1. 居宅介護予防支援

Q 1

月途中で要支援状態区分から要介護状態区分に変更となり、事業所が変更となった場合の取り扱いはどのように行うのか。

(答)

月途中で要支援状態区分から要介護状態区分に変更となり事業所が変更となった場合には、介護支援業務を行う主体が、地域包括支援センターたる介護予防支援事業所から居宅介護支援事業者に移るため、担当する事業所が変更となるが、この場合には、月末に担当した事業所(小規模多機能型居宅介護支援事業所及び介護予防小規模多機能型居宅介護支援事業所を除く。)が給付管理票を作成し、提出することとし、居宅介護支援費を併せて請求するものとする。

また、逆の場合は、月末に担当した地域包括支援センターたる介護予防支援事業者が給付管理票を作成、提出し、介護予防支援費を請求するものとする。

18.3.27 介護制度改革 information vol.80 平成 18 年 4 月改定関係Q&A (vol.2)

(参考)

月の途中で、要支援から要介護に区分変更となったが、当該月に結果的に要介護(居宅サービス)での利用実績がなかった場合は、当該月に利用実績のある地域包括支援センターたる介護予防支援事業者が給付管理票を作成、提出し、介護予防支援費を請求することができる。

そのような事例が発生した場合は、必ず保険者(給付管理担当者)へ連絡する。

Q 2

要介護・要支援認定の新規申請、区分変更申請など、認定申請後に要介護度(要支援度)が確定するまでの間のいわゆる暫定ケアプランについては、どこが作成し、また、その際には、介護給付と予防給付のどちらを位置付ければよいのか。

(答)

いわゆる暫定ケアプランについては、基本的にはこれまでと同様とすることが考えられる。

したがって、要介護認定又は要支援認定を申請した認定前の被保険者は、市町村に届出の上で、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者が暫定ケアプランを作成してもらい、又は自ら作成し、当該暫定ケアプランに基づきサービス利用することが考えられる。その際、居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)は、依頼のあった被保険者が明らかに要支援者(要介護者)であると思われるときには、介護予防支援事業者(居宅介護支援事業者)に作成を依頼するよう当該被保険者に介護予防支援事業者を推薦することが考えられる。

また、仮に居宅介護支援事業者において暫定ケアプランを作成した被保険者が、認定の結果、要支援者となった場合については、当該事業者の作成した暫定ケアプランについては当該被保険者が自ら作成したもののみなし、当該被保険者に対して給付がなされないことがないようにすることが望ましい。なお、いずれの暫定ケアプランにおいても、仮に認定の結果が異なった場合でも利用者に給付がなされるよう介護予防サービス事業者及び居宅サービス事業者の両方の指定を受けている事業者をケアプラン上は位置付けることが考えられる。

18.3.27 介護制度改革 information vol.80 平成 18 年 4 月改定関係Q&A (vol.2)

2. 介護予防ケアマネジメント

Q 1

事業対象者が予防給付サービス利用を希望したため、要介護（要支援）認定等の申請を行い、その結果、要介護が出た場合に給付費はどうなるのか。また、要介護（要支援）の結果、非該当になった場合は如何か。

（答）

原則としては、認定結果が判明してからの利用であると考えられるが、

- ① 認定日まで総合事業サービスとして利用する場合
- ② 認定日まで介護給付の暫定プランで利用する場合

のいずれかになる。また、②の場合で、非該当になった場合は自費のサービス利用と考えられる。

総合事業鶴岡市Q&A No.110

（参考）

福祉用具貸与等予防給付のサービス利用を必要とする場合は、要介護認定等の申請を行うことになる。

要介護認定等申請とあわせて、サービス事業による訪問型のサービスや通所型のサービス等の利用を開始する場合は、現行の予防給付の様式で介護予防ケアマネジメントを実施する。

要介護認定等申請にあわせて基本チェックリストを実施した場合は、基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て、迅速にサービス事業のサービスを利用することができる。その後、「要介護 1 以上」の認定がなされた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、サービス事業によるサービスの利用を継続することができる。

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

29.6.28 「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」の一部改正についてP71 第4 4(1)

Q 2

介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメントにおいて、ケアプラン作成はどうなるか。

（答）

鶴岡市の介護予防ケアマネジメントにおいて、ケアプラン作成の手法としては、下記にある国のガイドラインを参考に、本人自身の「生活の目標（1年後になっていたい私）」に対し、ケアプランの「目標」が設定されることを考慮し、ケアプランの期間を12か月までとすることが望ましい。

（参考）

ケアプラン

- ケアプランの目的は、「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することである。
- 手法としては、3～12か月を目途とする本人自身がこのような自立した生活を送りたいと思う「生活の目標」に対し、3～6か月を目途とする維持・改善すべき課題である「目標」が達成されることを目的に
 - ・「どのように改善を図るのか」（最も効果的な方法の選択）

- ・「どこで、誰がアプローチするとよいのか」(最も効果的手段の選択)
- ・「いつ頃までに」(期限)

を考慮し、計画を作成することが望ましい。

29.6.28 「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」の一部改正についてP90 第5 2(1)

3. 加算

(1) 初回加算

Q 1 介護予防支援の初回加算について

介護予防・日常生活支援総合事業による介護予防ケアマネジメントを受けている者が、介護予防支援に移行した場合は、介護予防支援の初回加算は算定できるのか。

(答)

要支援者又はチェックリスト該当者に対して介護予防ケアプランを作成することは、要支援者に対して介護予防サービス計画を作成することと同等であることから、初回加算を算定できるのは、留意事項通知に示す、新規で介護予防サービス計画を作成する場合である。具体的には、過去2月以上地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防ケアマネジメントが算定されていない場合に、当該利用者に対して介護予防サービス計画を作成した場合には算定が可能である。

27.4.1 介護保険最新情報 vol.454「平成 27 年度介護報酬改定に関する Q&A

(参考)

初回加算の算定は

① 新規に居宅サービス計画を作成する場合

「新規」の考え方:

契約の有無に関わらず、当該利用者について、過去二月以上、当該居宅介護支援事業者において居宅介護支援を提供しておらず、居宅介護支援費が算定されていない場合に、当該利用者に対して居宅サービス計画を作成した場合を指す。なお、介護予防支援における初回加算についても、同様の扱いとする。

② 要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合

③ 要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合

介護報酬通知 平 12 労企 36 号 第3の9 国

現行の指定居宅介護居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて、

- ・新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合(契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む)
- ・要介護者が要支援認定を受け、あるいは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に算定できる
ケアマネジメントA、B、Cに関しても同様である。

29.4.27 介護予防ケアマネジメント(第 1 号介護予防支援事業)の運用について 鶴岡市

Q 2

予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間が満了した翌月から、基本チェックリストによるサービス事業対象者として総合事業のサービスを利用した場合、総合事業開始月に初回加算を算定してよいか。

(答)

初回加算の算定については、先述の通り。

お尋ねの場合においては、要支援者からサービス事業対象者に移行しており、いずれにしても従来の要支援者に相当する者であって、上記の条件には該当しないため、初回加算の算定を行うことはできない。

27.2.4 介護保険最新情報 vol.417 介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案Q&A P22
29.4.27 介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の運用について 鶴岡市

Q 3 委託で介護予防サービス計画作成の場合

利用者が要介護者から要支援者に変更となった事例について、従前、ケアプランを作成していた居宅介護支援事業所が、地域包括支援センターから委託を受けて、新規に介護予防サービス計画を作成する場合、初回加算は算定できるか。

(答)

初回加算については、介護予防サービス計画を新たに作成するに当たり、新たなアセスメント等を要することを評価したものであり、お尋ねの事例については、算定可能である。なお、この考え方については、居宅介護支援費に係る初回加算についても、共通である。

18.3.27 介護制度改革 information vol.80 平成18年4月改定関係 Q&A(vol.2)

Q 4 介護予防支援(初回加算)

介護予防支援業務を委託している居宅介護支援事業所が変更となった場合についても、初回加算を算定することができるのか。また、転居等により介護予防支援事業所が変更となった場合はどうか。

(答)

前者のケースについては、委託された居宅介護支援事業所は変更になっても、当該介護予防支援事業所としては初めて当該利用者を担当するわけではないので、初回加算を算定することができない。

また、後者のように、転居等により介護予防支援事業者が変更となった場合については、介護予防支援事業所としては初めて当該利用者を担当するわけなので、初回加算を算定することが可能である。

18.3.27 介護制度改革 information vol.80 平成18年4月改定関係Q&A(vol.2)

(鶴岡市での介護予防ケアマネジメント委託料の取り扱いについて)

介護予防支援業務、介護予防ケアマネジメント業務を委託している居宅介護支援事業所が変更となった場合、委託料の請求に当たり、居宅介護支援事業所は各地域包括支援センターに対し、初回加算分を算定することが可能である。

Q 5 介護予防支援（初回加算）

初回加算の算定要件である「新規」には、契約は継続しているが給付管理を初めて行う利用者を含むと解してよいか。

（答）

「新規」とは、初めて給付管理を行い、報酬請求を行う月について適用するものである。したがって、従前より、契約関係は存在していた利用者についても、初めて報酬請求に至った月において、初回加算を算定することが可能である。なお、この考え方については、居宅介護支援費に係る初回加算についても、共通である。

18.3.27 介護制度改革 information vol.80 平成 18 年 4 月改定関係Q&A (vol.2)

Q 6 介護予防支援（初回加算）

契約期間が終了したものの、その翌日に、再度、契約がされた場合については、再度の契約時の際に初回加算は算定できるのか。

（答）

初回加算については、実質的に、介護予防支援事業所が、初めて、利用者に対する対応を行う際に、その手間等を評価するという趣旨であるので、契約が実質的に継続するようなケースについては、算定することはできない。

18.3.27 介護制度改革 information vol.80 平成 18 年 4 月改定関係Q&A (vol.2)

(2) 委託連携加算

Q 1 委託連携加算はどのような場合に算定できるか。

（答）

地域包括支援センターが、初めて居宅介護支援事業者に委託し作成された介護予防サービス計画、介護予防マネジメントに対して算定するものである。

よって、新規申請後初めての委託の場合や、要介護者が要支援者となり初めての委託の場合に算定できる。

Q 2 利用者が「要支援→要介護→要支援」となった場合は算定できるか。

（答）

委託連携加算は、利用者 1 人について 1 回のみとされている。当該利用者が最初に要支援者となった際、地域包括支援センターから居宅介護支援事業者へ委託されており、委託連携加算を算定している場合は、算定することができない。

Q3 転居により管轄の地域包括支援センターが変更になった場合、委託連携加算は算定できるか。

(答)

委託連携加算は、利用者1人について1回のみとされている。当該利用者が最初に要支援者となった際、地域包括支援センターから居宅介護支援事業者へ委託されており、委託連携加算を算定している場合は、算定することができない。

Q4 委託している居宅介護支援事業所が変更となった場合の委託連携加算の考え方は。

(答)

委託連携加算は、初めて委託を受けて作成した介護予防サービス計画、介護予防マネジメントに対して算定するものであり、利用者1人について1回のみとされており、居宅介護支援事業所は地域包括支援センターに対し委託連携加算分を算定することはできない。

(参考)

① 概要

地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に外部委託を行ないやすい環境の整備を進める観点での加算であり、地域包括支援センターが個々のケアプランについて、委託時における居宅介護支援事業者との適切な情報連携等を評価するもの。

② 委託連携加算とは

委託にあたり、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者双方における「適切な情報連携、介護予防ケアマネジメントおよび介護予防サービス計画作成の際の助言、協力、検討等」を行なうもの。

なお、連携の方法(電話、文書、訪問、会議など)や提供される情報の媒体は、利用者の状況によって様々なものになると想定される。

いずれの場合であっても、双方において、上記にある委託連携した旨がわかるよう内容を記録することが望ましい。

③ 算定

地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に委託した場合、初めて給付管理を行い報酬請求を行う月について算定する。ただし、利用者1人について、1回のみ算定としており、地域包括支援センターにおいては、これに留意すること。

従前より契約関係が存在していた利用者についても、初めて報酬請求を行う月において算定する。

委託連携加算は、地域包括支援センターに支払われ、それを居宅介護支援事業所に配分する。

■ 參考資料 ■

■参考資料 I ■ 住民主体型サービスB・短期集中予防サービスCについて（令和3年度時点）

	住民主体型サービスB		短期集中予防サービスC	
	訪問型サービスB	通所型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスC
対象者	* 事業対象者(基本チェックリストで生活機能の低下がみられた方) * 要支援1または要支援2		* 事業対象者(基本チェックリストで生活機能の低下がみられた方) * 要支援1または要支援2	
内容	自宅での生活を行う上で掃除や買い物など一部の家事への支援をします。	自立した生活を続けていくために、介護予防の運動や地域の方々とのつながりを持った活動を行います。	訪問で、効果的な日常生活動作や運動指導など、利用者の機能低下の状況に合わせて集中的に支援し、短期間で状態改善を目指します。	事業所に通所して、効果的な日常生活動作や運動指導など、利用者の機能低下の状況に合わせて集中的に支援し、短期間で状態改善を目指します。
サービスを提供する人	新たな担い手 (担い手養成研修修了者)	新たな担い手による団体 (担い手養成研修修了者)	訪問看護・訪問リハビリテーション事業所 (理学療法士・作業療法士・柔道整復師・看護師・保健師等、保健医療の専門職)	リハビリテーション事業所・通所事業所 (理学療法士・作業療法士・看護師・保健師等、保健医療の専門職)
利用回数	* 1回20～60分 週1回程度。認知機能の低下等で支援が必要な場合は週2回程度の利用可。	週3回まで可。	* 1回40分 週3回を上限とし3か月実施。 最大6か月まで利用可。	* 1回2時間程度 週1～3回、概ね3か月を1クールとして必要に応じて2クールまで利用可。
利用者負担	150円/回(別途、訪問にかかる交通費負担が必要な事業所あり)	100円/回(別途、食費等必要な場合あり)	450円/回	490円/回
補助金・委託料 (市⇒事業者)	1,350円/回(補助金)	6,400円/回(補助金)	4,050円/回(委託料)	4,410円/回(委託料)
マネジメント類型	マネジメントC(初回のみ介護予防ケアマネジメント)		マネジメントA(原則的な介護予防ケアマネジメント)	
利用時提出書類 (包括⇒市)	①鶴岡市介護予防・生活支援サービス利用申込書様式第4号(第4条第9条関係) ⇒原則として本人(家族)の自筆 ②介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)		①鶴岡市介護予防・生活支援サービス利用申込書様式第4号(第4条第9条関係) ⇒原則として本人(家族)の自筆 ②介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表) ③短期集中予防サービス「運動機能向上プログラム利用に係るチェックシート」 ⇒「利用確認書」を利用した場合はその写しも添付	
終了時提出書類	①鶴岡市介護予防・生活支援サービス終了申込書様式第4号(第4条第9条関係) ⇒原則として本人(家族)の自筆/(事業所または包括を通して提出)		①鶴岡市介護予防・生活支援サービス終了申込書様式第4号(第4条第9条関係) ⇒原則として本人(家族)の自筆/包括を通して提出	
その他	* サービス実施事業所へ確認の上、利用調整してください。 * 当サービスは鶴岡市と事業所の単年度補助金事業です。国保連請求ではないので、限度額管理には含まれません。	* サービス実施事業所へ確認の上、利用調整してください。 * 当サービスは鶴岡市と事業所の単年度補助金事業です。国保連請求ではないので、限度額管理には含まれません。	* 短期集中予防サービス「運動機能向上プログラム利用に係るチェックシート」で、主治医による利用適否判断が必要かどうかを確認してください。「利用確認書」を利用した場合は、その写しを市へ提出してください。 * サービス実施事業所へ確認の上、利用調整してください。 * 当サービスは鶴岡市と事業所の単年度委託契約事業です。国保連請求ではないので、限度額管理には含まれません。 * 利用があった翌月15日まで、サービス利用票・実績報告書の写しを市へ提出してください。 * 3か月(6か月)で評価(基本チェックリストの実施)し、サービス利用後も継続して介護予防に取り組めるよう、運動の継続や地域の通いの場への参加につなげてください。	

参 考

令和3年度 鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業 「短期集中予防サービス」のご案内

「足腰が弱くなって転びやすくなった…退院したばかりで筋力が落ちた…」など

体力や生活動作に不安のある方、

医療・保健の専門職からの指導を集中的に利用することで、

いきいきと自立した生活を目指しませんか？



利用できる方	①事業対象者(基本チェックリストで該当になった方) ②要支援1・2と認定された方 ①または②のうち、地域包括支援センター(またはケアマネジャー)より、利用がふさわしいと認められた方 (医師から運動を含む日常生活を制限されている方はご利用になれません)
手 続 き	お住まいの地域担当の地域包括支援センターにご相談いただき、心身・生活状況を確認させていただいた上でケアプランに基づいて利用開始となります。
内 容	<u>理学療法士・作業療法士・看護師など医療・保健の専門職</u> から、運動器機能向上のための運動や、自立した生活が送れるように効果的な日常生活動作などの指導が受けられます。 *訪問型サービスC…自宅に訪問してもらいサービスを受けます。 1回40分。週3回を上限とし3か月間実施します。 (最大6か月まで利用可能です) *通所型サービスC…実施事業所に通ってサービスを受けます。 1回2時間程度。週1~3回、概ね3か月を1クールとし、2クールまで利用可能です。
自己負担額	*訪問型サービスC…1回あたり450円 (別途、訪問にかかる交通費の実費負担があります) *通所型サービスC…1回あたり490円

【問合せ先】鶴岡市長寿介護課

電話 0235(29)4180(課直通) 高齢者支援担当

■参考資料 2 ■

軽度者に係る福祉用具貸与の報告手順について

1. 要介護認定時の基本調査結果を確認

- ①原則として軽度者へ貸与ができない福祉用具を貸与しようとする場合、その貸与しようとする福祉用具に対応する基本調査の結果が「できない」か、それ以外のどの結果になっているかをチェック。（「できない」となっていれば貸与可能。）
- ②基本調査の結果が「できない」以外の場合、サービス担当者会議で判断して貸与できる福祉用具であるかどうかをチェック。
- ③サービス担当者会議での判断によることができない場合で貸与が必要な人がいるときは 2 の i) ～ iii) のいずれかの状態にあたるかどうかをチェック。
- ④2 の i) ～ iii) のいずれかの状態にある可能性が高い場合は、長寿介護課へ相談をする。
- ⑤相談の結果、報告書の提出を求められた場合は2以降の手順へ。

2. 主治医の意見の確認

・疾病があればその名称、疾病等に伴う身体状況、以下のいずれかの理由により基本調査でいう「できない」の状態になることがあるかどうかを主治医の先生から書面（参考様式①～⑤あり）で確認する。（書面作成に費用がかかる場合は、被保険者の自己負担となります。）

- i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって「できない」状態になる。（例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象）
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに「できない」状態になる。（例 がん末期の急速な状態悪化）
- iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から「できない」状態と判断できる。（例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）

例) 軽度者へ特殊寝台及び特殊寝台付属品を貸与しようとする場合

「日常的に起きあがりができない」又は「日常的に寝返りができない」ということを主治医から確認する必要あり。

3. サービス担当者会議での検討事項

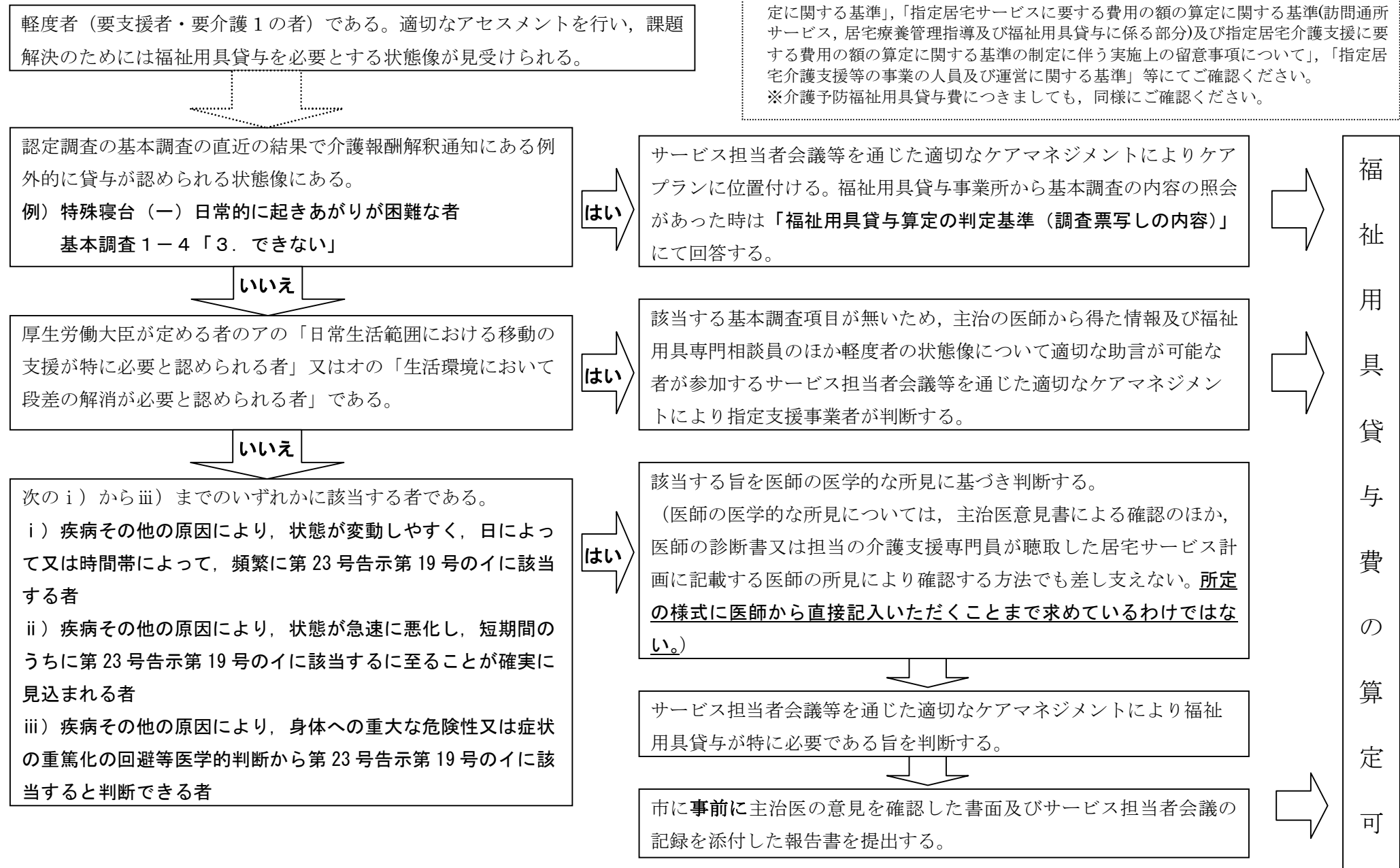
- ①主治医の意見をふまえて、計画において位置付けた目標を達成するために福祉用具貸与の必要性を検討する。
- ②その必要性について検討する時は、主治医の意見をふまえて、疾病等に伴う身体状況、その状況により基本調査でいう「できない」の状況になることがあるということをあらためて会議の場で確認し、そのために福祉用具の貸与が必要であるかどうかを検討する。
- ③代替性の有無を確認する。

4. 報告書の提出

- ①主治医の意見を確認した書面（参考様式①～⑤あり）及びサービス担当者会議の記録（写しで可）を添付書類として、報告書（参考様式あり）を作成する。
- ②報告書の5. 福祉用具貸与が必要な具体的理由には、疾病等に伴う身体状況及び基本調査でいう「できない」状態になる理由を詳細に記載する。
- ③原則として報告書は貸与を開始する前に提出をする必要あり。ただし、貸与を必要と認めた場合には、報告書の提出があった月の初日から介護保険の算定が可能。

※認定の結果がでる前に暫定で利用する場合は、利用前に報告書とサービス担当者会議の記録(写)を長寿介護課へ提出して算定の可否を相談し、主治医の意見を確認した書面は、認定の結果が軽度だった場合に限り、認定後に提出する。 75

軽度者の福祉用具貸与に関わるフローチャート



軽度者に対する福祉用具貸与届出要否確認書

特に軽度者の場合は、福祉用具を安易に利用することで、持てる能力の活用が図れず悪化につながることも想定されることから、適切なアセスメントと行い、課題解決のためには福祉用具貸与を必要とする状態像が見受けられる場合に利用を検討すること。

品目	対象	認定調査項目	選択肢	届出要否	
ア. 車いす・付属品		1-7 歩行	できない	届出不要	
			できない以外	要届出	
		日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者 該当する基本調査項目がないため、主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議等通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅介護支援事業者等が判断する。			届出不要
イ. 特殊寝台・付属品		1-3 寝返り、または、 1-4 起き上がり	1-3、1-4 どちらかができない	届出不要	
			1-3、1-4 どちらもできない以外	要届出	
ウ. 床ずれ防止用具・体位変換器		1-3 寝返り	できない	届出不要	
			できない以外	要届出	
エ. 認知症徘徊感知器	要支援 1・2 要介護 1	2-2 移動 ★ 2-2が全介助以外の場合は、右記3項目の全てが『届出★』となった場合のみ 要届出	全介助	要届出	
			全介助 以外		
			3-1 意思決定	できる	届出★
				できる 以外	届出不要
			3-2 ～ 3-7 のいずれか	できる	届出★
				できる 以外	届出不要
			3-8 ～ 4-15 のいずれか	ない	届出★
ない 以外	届出不要				
主治医意見書で認知症の症状がある旨の記載がある場合				届出不要	
オ. 移動用リフト (つり具部分を除く)		1-8 立ち上がり、または、 2-1 移乗	1-8 できない、または、 2-1 全介助・一部介助	届出不要	
			1-8 できない 以外、または、 2-1 全介助・一部介助 以外	要届出	
		【 段差解消機のみ 】 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 該当する基本調査項目がないため、主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議等通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅介護支援事業者等が判断する。			届出不要
カ. 自動排泄処理装置	要支援 1・2 要介護 1・2・3	2-6 排便 2-1 移乗	2-6、2-1 いずれも全介助	届出不要	
			2-6、2-1 いずれも全介助 以外、 または、どちらかが全介助 以外	要届出	

- * 自立支援、重度化防止の視点で、福祉用具の利用の妥当性や適切性について、サービス担当者会議での協議が必要である。なお、算定の期間は概ね6か月以内とする。
- * 福祉用具貸与事業所から基本調査の内容の照会があった際は、調査票の写しより、調査票の実施日、本人確認、当該軽度者の確認が必要な状態像の部分のみを文書で回答する。
- * 届出が必要な場合等は、市のホームページを参考にしてください。
- * 不明な場合は、市長寿介護課にご相談ください。

鶴岡市長様

居宅介護支援事業所 _____
担当ケアマネージャー 氏名 _____
地域包括支援センター名 _____
担当者（ケアマネ等）氏名 _____

軽度者に係る福祉用具貸与を行うことを下記のとおり報告します。

記

- 1 対象被保険者
氏 名 _____
被保険者番号 _____
要介護度（該当するものに○をつける）
要支援1・要支援2・要介護1
認定有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日
- 2 貸与品目（該当するものいずれか1つに○をつける）
特殊寝台・床ずれ防止用具・体位変換器・移動用リフト
・認知症老人徘徊感知機器・自動排泄処理装置
- 3 福祉用具貸与が必要な該当事由（該当するものいずれか1つに○をつける）
（該当事由）状態が変動しやすい・身体状態の悪化が見込まれる・症状の重篤化等の回避
（疾病があればその名称） _____
- 4 主治医の意見の確認方法（該当するものに○をつける）
主治医意見書・診断書・主治医意見聴取
意見の確認日 令和 年 月 日
※特殊寝台（付属品を含む）と床ずれ防止用具の両方の貸与を希望する場合の医学的所見は、別紙の参考様式①のみとし、床ずれ防止用具のみの場合は参考様式②となります。
- 5 福祉用具貸与が必要な具体的理由（主治医の意見をふまえて詳細に記載して下さい）

主治医の意見を確認した書類及びサービス担当者会議の記録を添付して下さい。

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る医学的所見について

(特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ防止用具)

居宅介護支援事業所（包括支援センター）： _____

担当介護支援専門員： _____

下記の被保険者につきまして、「福祉用具貸与の例外給付対象者」に該当するかどうかの医学的所見をお願いします。

【担当介護支援専門員が記入】

被保険者	(氏名)	(被保険者番号)
	(住所)	
	(要介護度) 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 (該当するものに○を付ける)	

【以下は担当医師が記入】

(1) 以下の事例から被保険者の状態に該当するもの1つをチェックして下さい。

<input type="checkbox"/>	i	状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって頻繁に「起き上がりができない」又は「寝返りができない」ことがある。 (例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
<input type="checkbox"/>	ii	状態が急速に悪化し、短期間のうちに「起き上がりができない」又は「寝返りができない」状態に至ることが確実に見込まれる。 (例：がん末期の急速な状態悪化)
<input type="checkbox"/>	iii	身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から「起き上がりができない」又は「寝返りができない」と判断する。 (例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)
<input type="checkbox"/>	iv	i～iiiの状態ではない。

(2) (1) の i～iii の原因となる疾病等の名称を記載して下さい。(複数回答も可です)

疾病等の名称	_____
--------	-------

(3) (2) の疾病等により 1 の i～iii に該当すると判断した理由として、以下の①と②の確認事項に対する具体的な回答を記載して下さい。

①疾病等によって引き起こされる症状、または引き起こされることが確実に見込まれる症状をチェックして下さい。(複数のチェックも可) <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 筋力の著しい低下 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に： _____)
②その症状によって、起き上がりをする事や寝返りをする事にどのような影響があるのか。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

担当医師 氏名 _____

※氏名については自書をお願いします。

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る医学的所見について

(床ずれ防止用具及び体位変換器)

居宅介護支援事業所（包括支援センター）： _____

担当介護支援専門員： _____

下記の被保険者につきまして、「福祉用具貸与の例外給付対象者」に該当するかどうかの医学的所見をお願いします。

【担当介護支援専門員が記入】

被保険者	(氏名)	(被保険者番号)
	(住所)	
	(要介護度) 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 (該当するものに○を付ける)	

【以下は担当医師が記入】

(1) 以下の事例から該当するもの1つをチェックして下さい

<input type="checkbox"/>	i	状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって頻繁に「寝返りができない」ことがある。 (例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
<input type="checkbox"/>	ii	状態が急速に悪化し、短期間のうちに「寝返りができない」状態に至ることが確実に見込まれる。 (例：がん末期の急速な状態悪化)
<input type="checkbox"/>	iii	身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から「寝返りができない」と判断する。 (例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)
<input type="checkbox"/>	iv	i～iiiの状態ではない。

(2) (1)のi～iiiの原因となる疾病等の名称を記載して下さい。(複数回答も可です)

疾病等の名称	
--------	--

(3) (2)の疾病等により1のi～iiiに該当すると判断した理由として、以下の①と②の確認事項に対する具体的な回答を記載して下さい。

①疾病等によって引き起こされる症状、または引き起こされることが確実に見込まれる症状をチェックして下さい。(複数のチェックも可)
<input type="checkbox"/> 呼吸困難
<input type="checkbox"/> 筋力の著しい低下
<input type="checkbox"/> その他(具体的に： _____)
②その症状によって、寝返りをすることにどのような影響があるのか。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

担当医師 氏名 _____

※氏名については自書でお願いします。

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る医学的所見について

(移動用リフト)

居宅介護支援事業所（包括支援センター）： _____

担当介護支援専門員： _____

下記の被保険者につきまして、「福祉用具貸与の例外給付対象者」に該当するかどうかの医学的所見をお願いします。

【担当介護支援専門員が記入】

被保険者	(氏名)	(被保険者番号)
	(住所)	
	(要介護度) 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 (該当するものに○を付ける)	
貸与品目		

【以下は担当医師が記入】

(1) 以下の事例から該当するもの1つをチェックして下さい

<input type="checkbox"/>	i	状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって頻繁に「立ち上がりができない」又は「移乗が一部介助又は全介助を必要とする」ことがある。 (例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
<input type="checkbox"/>	ii	状態が急速に悪化し、短期間のうちに「立ち上がりができない」又は「移乗が一部介助又は全介助を必要とする」状態に至ることが確実に見込まれる。 (例：がん末期の急速な状態悪化)
<input type="checkbox"/>	iii	身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から「立ち上がりができない」又は「移乗が一部介助又は全介助を必要とする」と判断する。 (例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)
<input type="checkbox"/>	iv	i～iiiの状態ではない。

(2) (1)のi～iiiの原因となる疾病等の名称を記載して下さい。(複数回答も可です)

疾病等の名称	
--------	--

(3) (2)の疾病等により1のi～iiiに該当すると判断した理由として、以下の①と②の確認事項に対する具体的な回答を記載して下さい。

①疾病等によって引き起こされる症状、または引き起こされることが確実に見込まれる症状をチェックして下さい。(複数のチェックも可)
<input type="checkbox"/> 筋力の著しい低下 <input type="checkbox"/> その他(具体的に： _____)
②その症状によって、立ち上がりや移乗をすることにどのような影響があるのか。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

担当医師 氏名 _____

※氏名については自書をお願いします。

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る医学的所見について

(移動用リフト)

居宅介護支援事業所（包括支援センター）： _____

担当介護支援専門員： _____

下記の被保険者につきまして、「福祉用具貸与の例外給付対象者」に該当するかどうかの医学的所見をお願いします。

【担当介護支援専門員が記入】

被保険者	(氏名)	(被保険者番号)
	(住所)	
	(要介護度) 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 (該当するものに○を付ける)	
貸与品目	昇降座椅子	

【以下は担当医師が記入】

(1) 以下の事例から該当するもの1つをチェックして下さい。

<input type="checkbox"/>	i	状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって頻繁に「移乗が一部介助又は全介助を必要とする」ことがある。 (例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
<input type="checkbox"/>	ii	状態が急速に悪化し、短期間のうちに「移乗が一部介助又は全介助を必要とする」状態に至ることが確実に見込まれる。 (例：がん末期の急速な状態悪化)
<input type="checkbox"/>	iii	身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から「移乗が一部介助又は全介助を必要とする」と判断する。 (例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)
<input type="checkbox"/>	iv	i～iiiの状態ではない。

(2) (1)のi～iiiの原因となる疾病等の名称を記載して下さい。(複数回答も可です)

疾病等の名称	
--------	--

(3) (2)の疾病等により1のi～iiiに該当すると判断した理由として、以下の①と②の確認事項に対する具体的な回答を記載して下さい。

①疾病等によって引き起こされる症状、または引き起こされることが確実に見込まれる症状をチェックして下さい。(複数のチェックも可)
<input type="checkbox"/> 筋力の著しい低下 <input type="checkbox"/> その他(具体的に： _____)
②その症状によって、移乗をすることにどのような影響があるのか。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

担当医師 氏名 _____

※氏名については自書をお願いします。

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る医学的所見について

(認知症老人徘徊感知機器)

居宅介護支援事業所（包括支援センター）： _____

担当介護支援専門員： _____

下記の被保険者につきまして、「福祉用具貸与の例外給付対象者」に該当するかどうかの医学的所見をお願いします。

【担当介護支援専門員が記入】

被保険者	(氏名)	(被保険者番号)
	(住所)	
	(要介護度) 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 (該当するものに○を付ける)	

【以下は担当医師が記入】

(1) 以下の事例から該当するもの1つをチェックして下さい。

<input type="checkbox"/>	i	状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって頻繁に「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある」ことがある。 (例：アルツハイマー型認知症による状態変動など)
<input type="checkbox"/>	ii	状態が急速に悪化し、短期間のうちに「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある」状態に至ることが確実に見込まれる。 (例：疾病の急速な状態悪化など)
<input type="checkbox"/>	iii	身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある」と判断する。
<input type="checkbox"/>	iv	i～iiiの状態ではない。

(2) 以下の事例から該当するもの1つをチェックして下さい。

<input type="checkbox"/>	①	移動は全介助を要する。
<input type="checkbox"/>	②	移動は全介助を要しない。

(3) (1)のi～iiiの原因となる疾病等の名称を記載して下さい。(複数回答も可です)

疾病等の名称	
--------	--

(4) (3)の疾病等により(1)のi～iiiに該当すると判断した理由として、以下の①と②の確認事項に対する具体的な回答を記載して下さい。

①疾病等によって引き起こされる症状、または引き起こされることが確実に見込まれる症状をチェックして下さい。(複数のチェックも可)
<input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 意識障害
<input type="checkbox"/> その他(具体的に： _____)
②その症状によって、意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解にどのような影響があるのか。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

担当医師 氏名 _____

※氏名については自書をお願いします。

軽度者に対する福祉用具貸与届出要否確認書【ア. 車いす・付属品】

「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」の判断のためのチェックシート

〇ケアプラン作成時に、下記★cに該当するときは、このチェックシートをご利用ください。

被保険者		記載者		記載日		. .	
本人氏名		認定		要支援1 . 要支援2 . 要介護1			
認定調査項目 1-7歩行 a. できない ⇒ 届出不要 b. できない以外 ⇒ 要届出 ★c. 「b」であるが、日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者⇒ 届出不要 以下要確認							
車いす貸与について主治医から情報を得た日		. .		方法	主治医		<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 医師から聴取
サービス担当者会議	開催日	. .		福祉用具専門相談員・軽度者の状態像について適切な助言が可能なる者の参加		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 照会有り <input type="checkbox"/> 照会無し
車いすの種類 (該当に〇)				自走用車いす . 電動車いす . 介護用車いす			
移動状況	①歩行が困難な原因 (疾患・機能障害)						
	②屋内・外での歩行困難な状況及び歩行器や歩行補助杖等を利用した場合での移動の達成可否状況		(歩行が困難な状況や歩行器や歩行補助杖等の利用では移動が不足な状況) 歩行可能時間または距離 (. 分 . m) <input type="checkbox"/> 変形・痛みがあり長時間歩行できない <input type="checkbox"/> 医師から歩行を制限されている <input type="checkbox"/> 歩行が不安定なため、外路歩行は危険 <input type="checkbox"/> その他				
	③移動先までの立地状況		<input type="checkbox"/> 日常生活に必要な場所まで遠い <input type="checkbox"/> 坂道が多い <input type="checkbox"/> その他				
有効性	車いす利用の有効性、車いすを使用して移動することによって日常生活上できること		(車いすを使用することにより、自分でする日常生活の幅が広がり、自立の意欲が高まる内容)				
阻害性	①車いすの必要な場面が検討されていますか (歩行補助杖等が望ましい場合は車いすを使用しない等、車いすの必要性がない場面では車いすを利用しない等)		<input type="checkbox"/>				
	②有効性と比して、車いすを使用することで能力の低下をまねかないと考えられますか		<input type="checkbox"/>				
の計画と関係	計画との整合性がとれ、計画目標達成のために車いす使用が明確に必要なと位置づけができていますか、計画に車いす貸与が必要な理由が記載されていますか		<input type="checkbox"/>				
安全性等	①車いすの種類に応じて安全性が確認されていますか (自走する場合は本人について、介助する場合には主に介護者について検討) 操作能力・機能の理解力 (<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適) 危険回避等の判断能力 (<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適) 移動範囲の安全 (<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適) その他						
	②車いすの適切な選定がされていますか		<input type="checkbox"/>				
その他	車いす貸与の必要性に関して、上記に記載しきれなかった情報を記載する						
結果	上記の検討内容から、車いす貸与が <input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 不適切 と判断される						

■参考資料3■

総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請について

<参考>

鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する規則(平成29年3月23日)より抜粋
(支給限度額)

第4条 居宅要支援被保険者が総合事業を利用する場合の支給限度額は、要支援状態区分に応じ、法第55条第2項の規定に基づいて介護予防サービス費等区分支給限度基準額として厚生労働大臣が定める額(次項において「介護予防サービス費等区分支給限度基準額」という。)について同条第1項の規定により算定した額とする。

2 事業対象者が総合事業を利用する場合の支給限度額は、要支援1(要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令(平成11年厚生省令第58号)第2条第1項第1号に規定する要支援1をいう。)に係る介護予防サービス費等区分支給限度基準額について法第55条第1項の規定により算定した額とする。ただし、当該事業対象者の自立支援のために市長が特に必要と認めた場合は、要支援2(同令第1項第2号に規定する要支援2をいう。)に係る介護予防サービス費等区分支給限度基準額について法第55条第1項の規定により算定した額とする。

総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書

フリガナ		被保険者番号			
被保険者氏名					
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男	・	女
住 所	鶴岡市	電話番号			
現在利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービス				
ケアプランの目標期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
次回見直し時期	年 月 日				
区分支給限度額変更の理由 (別紙添付)	1 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ため 2 その他(具体的に記述してください)				
添付書類	介護予防サービス・支援計画書、経過記録				
<p>鶴岡市長 殿</p> <p>上記のとおり、区分支給限度額変更を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 事業所名</p> <p>介護支援専門員等職氏名</p> <p>電話番号</p>					
		事業所番号			

■参考資料4■

基本チェックリストについて

記入にあたって

① 担当者欄

基本チェックリストは、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、市長寿介護課の担当者が記入するものです。対応した方がわかるように、必ず、氏名の記入をお願いします。

② 相談内容・既往歴等

- ・初回申請時は記入をお願いします
- ・本人が記入したとしても、
 - ：相談経過や内容などを簡潔に記載してください
 - ：事業対象者としてサービス利用を希望する場合はその目的等も明記してください

③ 同意欄

- ・初回申請時は包括・居宅・市どこで対応したとしても自書をお願いします
自書できない場合は家族の代筆可とします

1.事業対象者に該当する判断基準

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
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
③ 質問項目No.11～12の2項目のすべてに該当
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
⑤ 質問項目No.16に該当
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
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

(注)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の回答部分に「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、 $BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$ が18.5未満の場合をいう。

【豆知識】

「基本チェックリスト」は平成18年度より使用されてきた様式。要支援・要介護状態となるリスクの高い高齢者を拾い上げる精度の高さは、各種研究よりエビデンスあり。

潜在している虚弱高齢者を発見し二次予防事業に繋ぐ目的で利用されてきたが、総合事業開始に伴い、認定を受けなくても必要な介護予防サービスを利用できるように本人の状況を確認するツールとして用いることになった。

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(解説)
1～5の質問項目は、日常生活関連動作についての質問です。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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の質問。 ➤ 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る。<u>(タクシーも含む)</u> ➤ 1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれる。
2	日用品の買い物をしていますか	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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)の質問。 ➤ 頻度は、本人の判断に基づき回答してもらう。 ➤ 電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となる。
3	預貯金の出し入れをしていますか	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 自ら預貯金の出し入れをしているかどうかの質問。 ➤ 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」。 ➤ 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」。
4	友人の家を訪ねていますか	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 友人の家を訪ねているかについての質問。 ➤ 電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含まない。
5	家族や友人の相談にのっていますか	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 家族や友人の相談にのっているかについての質問。 ➤ 面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」。
6～10の質問項目は、運動器の機能についての質問です。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかの質問。 ➤ 時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」。 ➤ 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は「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	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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の質問。 ➤ 時々、つかまっている程度であれば「はい」。 ➤ <u>つかまらずに立ち上がる能力があっても、習慣的につかまる場合は「いいえ」。</u>
8	15分位続けて歩いていますか	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 15分位続けて歩いているかの質問。 ➤ 屋内、屋外等の場所は問わない。 ➤ <u>杖やシルバーカーの使用の有無は問わない。</u>
9	この1年間に転んだことがありますか	<ul style="list-style-type: none"> ➤ この1年間に「転倒」の事実があるかの質問。
10	転倒に対する不安は大きいですか	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 現在、転倒に対する不安が大きいかどうかの質問。 ➤ <u>転倒の事実はや不安の理由は問わず、本人の主観に基づき回答してもらう。</u>
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについての質問です。		
11	6カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 6カ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかの質問。 ➤ 6カ月以上かかって減少している場合は「いいえ」。
12	身長、体重	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 身長、体重は、整数で記載する。 ➤ 体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載でも可。
13～15の質問項目は、口腔機能についての質問です。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 半年前に比べて固いものが食べにくくなったかの質問。 ➤ 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」。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<ul style="list-style-type: none"> ➤ お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかの質問。 ➤ 本人の主観に基づきむせることがあるかを確認する。
15	口の渇きが気になりますか	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 口の中の渇きが気になるかの質問。 ➤ 本人の主観に基づき口の中の渇きが気になるかを確認する。
16・17の質問項目は、閉じこもりについての質問です。		
16	週に1回以上は外出していますか	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 週に1回以上、何かしら(買い物、通院、交流など)の目的をもって外出するかの質問。 ➤ 週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均する。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 昨年の外出回数と比べて、今年(現在)の外出回数が減少しているかの質問。

18～20の質問項目は認知症についての質問です。		
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	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 周りの人から物忘れがあると言われるかの質問。 ➤ 本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」。
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	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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の質問。 ➤ 誰かに電話番号を聞いてかける場合や、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合には「いいえ」。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 今日が何月何日かわからない時があるかの質問。 ➤ 本人の主観に基づき確認する。 ➤ 月と日のどちらかしか分からない場合には「はい」。
21～25の質問項目は、うつについての質問です。 ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき確認する。「一時的なもの」ではなく「ここ2週間継続して感じている」かに留意する。ニュアンスが伝わるように表現の言い換えをしてもよい。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 生活への充実感がなく、理由のない不安や、落ち込み、憂鬱な気持ちが続いている。
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	<ul style="list-style-type: none"> ➤ これまで楽しんできた趣味や活動に興味や楽しみを感じられなくなったり、以前は面白いと感じていたテレビ番組も面白くないなどが続いている。
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	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 特に理由もないのに「何かをしよう」という気持ちが起きなくなっている状態。 ➤ 着替えや、入浴、食事といった日常的なこともやる気が起きず時間がかかるなど。
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 根拠なく自分を責めたり、些細なことを思い出しては悩んだりする状態。
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ほとんど体を動かしていないのにひどく疲れたり、からだが重く感じたりする状態。 ➤ 疲れを感じる明確な理由がある場合は「いいえ」。

■参考資料5■

平成29年9月5日

鶴岡市長寿介護課

事業対象者が要介護認定申請した場合（同時申請含む）の請求方法

1. 認定申請時に総合事業のサービスを「受けない」とした場合

今まで通り、請求月の前月までに認定結果が出ていないと介護給付費の請求が受付されず返戻となる。

（1）結果が要支援の場合

チェックリスト実施時点で「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」（黄紙）を提出済のため、改めて黄紙の提出は不要。認定申請日から要支援者として取り扱う。

（2）結果が要介護の場合 ※別紙「Aさんのケース」

認定申請日以降かつ「居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書」（青紙）の提出があった日以降、介護サービスの請求が可能。申請月＜青紙提出月の（青紙提出月が申請月より遅い）場合、申請月翌月～青紙提出月前月までのサービス提供月分は自己作成扱い。

2. 認定申請時に総合事業のサービスを「受ける」とした場合

（1）結果が要支援の場合 ※別紙「Bさんのケース」

チェックリスト実施時点で「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」（黄紙）を提出済のため、改めての黄紙の提出は不要。認定申請日から要支援者として取り扱う。

※これまで、改めて黄紙を提出した月から要支援として扱うとしてきましたが、認定結果が出たら（審査会日が属する月の翌日以降の請求分から）、認定申請日に遡って要支援者として取り扱います。

（2）結果が要介護の場合

認定申請日以降かつ「居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書」（青紙）の提出があった以降、要介護者として取り扱う。青紙提出月前月までは事業対象者として請求可。

鶴岡市長寿介護課

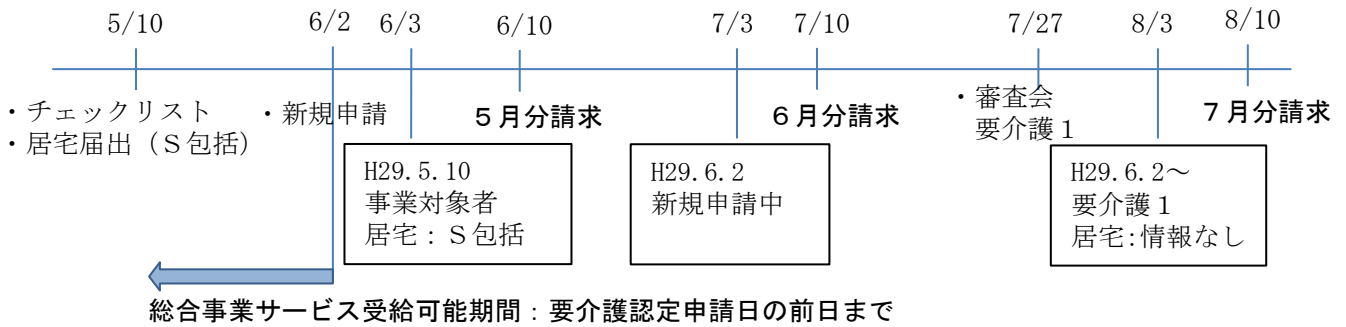
TEL. 25-2111

総務担当 内線194

予防担当 内線530

◇Aさんのケース

- ・H29. 5. 10 事業対象者
- ・H29. 5. 10 居宅届出 (S 包括)
- ・H29. 6. 2 新規申請 総合事業のサービスを受けない
- ・H29. 7. 27 認定審査会で要介護 1



※□は国保連に送付する受給者の台帳の内容送付：毎月 3 日基準日で前月末までの異動情報を記載

※「総合事業サービスを受けない」を選択した場合は、今まで通り、認定申請情報を記載した受給者台帳が作成されるため、認定結果が出るまでは介護給付費の請求が受付されず返戻となる。

＝認定申請日以後かつ居宅届出日以後に介護サービスが利用可能。

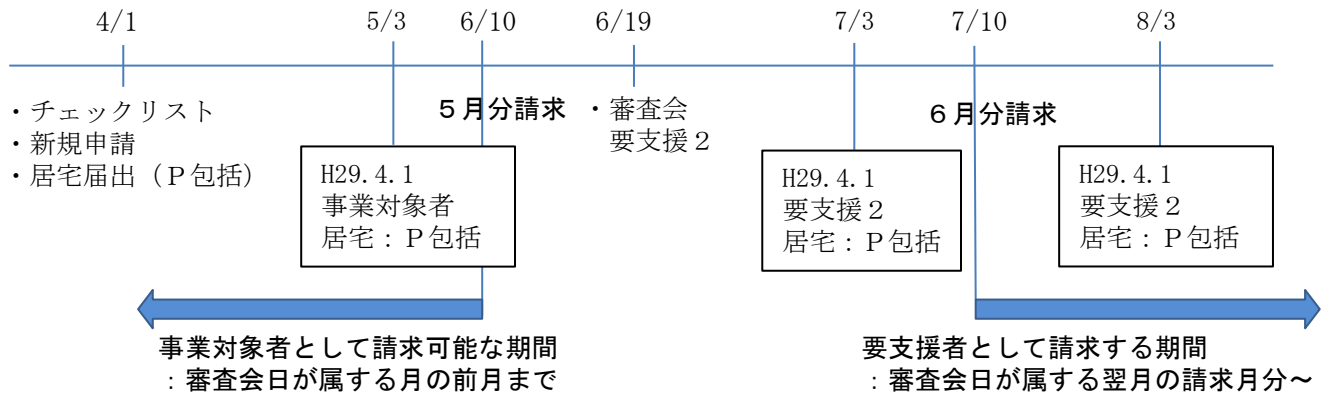
※上記の例では居宅介護支援事業所の届出がないため、6/2 以降の介護サービスを請求することはできない。仮に総合事業のサービスの利用を続けていた場合は、自己作成扱い。

※ただし、新規申請時に誤って「総合事業のサービスを受けない」を選択した場合は、7/3 と 8/3 に送付している要介護 1 の台帳を一旦削除することで 6・7 月分の総合事業費・介護予防ケアマネジメント費の請求を通すことも可能である：手作業による台帳修正。

平成29年 6 月28日老発0628第 9 号で改正後のガイドラインP. 123 表17

◇Bさんのケース

- ・H29.4.1 事業対象者 & 新規申請 総合事業のサービスを受ける
- ・H29.4.1 居宅届出 (P包括)
- ・H29.6.19 認定審査会で要支援2
- ・H29.7.1 居宅届出 (P包括)



※事業対象者で「総合事業サービスを受ける」を選択した場合、結果が**要介護の場合**は、認定結果が出たとしても認定申請日以降の居宅サービス計画の届出がないと、受給者台帳が作成されない＝**認定日以後**かつ居宅届出日以後に介護サービスが利用可能。結果が**要支援の場合**は、居宅サービス計画の届出がなくても、審査会の翌月の処理で受給者台帳が作成されるので、この月から要支援者として給付管理する必要。

※今回のケースは結果が要支援だったため、認定結果が出た時点からすぐに要支援2として扱うことになる(山形県国保連)。従って、7/10(6月分請求時以降)はA6-1113:378単位ではなくて、A6-1123:389単位を選択する。

■参考資料6■

事 務 連 絡

令和3年10月27日

居宅介護支援事業所管理者 各位
地域包括支援センター管理者 各位

鶴岡市健康福祉部 長寿介護課

鶴岡市 第2号被保険者介護認定申請に係る特定疾病（がん）の取り扱いおよび
「がん」に係る迅速な要介護認定の実施等について

時下 ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。日頃より、本市保健福祉行政につきましてはご協力を賜り御礼申し上げます。

さて、標記の件につきまして、代行申請をお願いしております事業者の皆様からは、これまでもご相談やご意見をいただき、本市の対応につきまして、その都度ご説明してまいりましたが、がん等の緩和ケアや在宅医療が進む中で、あらためて「厚労省老健局発出（平成31年2月19日事務連絡）」を共有しますと共に、本市の対応につきまして、以下のとおりお知らせいたします。

記

1. 第2号被保険者の特定疾病名「がん」の記入について

- ① 厚労省発出事務連絡（平成31年2月19日事務連絡）のとおり、特定疾病名の欄に「がん」と記載されていれば申請を受理します。
- ② 特定疾病名「がん」で申請する場合、介護保険サービスを利用し得る状態であると主治医に言われているか、入院中かなど調査に必要な情報を確認させていただきます。

2. 第2号被保険者の特定疾病名「がん」の要介護認定について

- ① 申請受理後、認定調査は可能な限り早く行います。同時に主治医意見書を依頼します。必要に応じて、代行申請事業所等から主治医（病院）へ意見書の記載を急ぐように連絡してください。
- ② 当課に提出された主治医意見書の「診断名」や「特記すべき事項」の記載内容（余命や状態悪化が見込まれるような記載がある）を基に、既に決定済みの審査会日程に追加する形で迅速対応するかどうかを判断します。

3. がん等の方の迅速な要介護認定の実施について（第1号被保険者の対応も含む）
- これまで、いわゆる「がん末期」の迅速対応として、余命6か月等にあたる場合に迅速対応としてきましたが、「末期」や「余命〇か月」という表現、文言を必ずしも求めないこととします。
- ただし、迅速に対応しなければならない方を適切に調査・認定できるように、申請時に状況が分かる情報をお知らせください。
- また、主治医意見書に関しては上記2-②に準じます。

担当

鶴岡市健康福祉部長寿介護課

介護保険担当（認定担当）

TEL 35-1289（ダイヤルイン・内線188）

事 務 連 絡
平成 31 年 2 月 19 日

各都道府県介護保険主管部（局）御中

厚生労働省老健局老人保健課

がん患者に係る要介護認定等の申請に当たっての特定疾病の記載等について

介護保険行政の推進につきましては、平素より御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）等の方は、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合があることから、迅速な要介護認定の実施等について、「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」（平成 22 年 4 月 30 日付事務連絡）によりお願いしているところです。

がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会及びがん対策推進協議会等の議論において、65 歳未満のがん患者が要介護認定の申請をする際には、「末期がん」を特定疾病として記載する必要があり、記入しづらく利用が進まないとの指摘があり、「がん対策推進基本計画」（平成 30 年 3 月閣議決定）においても、「国は、要介護認定における「末期がん」の表記について、保険者が柔軟に対応できるような方策を検討する」と盛り込まれました。

これを踏まえ、第 2 号被保険者が要介護認定又は要支援認定（以下「要介護認定等」という。）の申請をするに当たっての特定疾病の名称の記入に係る取扱い等について、下記のとおりお示しするので、管内の市町村（指定都市及び特別区を含む。）に周知いただくようお願いします。また、上記の指摘を踏まえ、厚生労働省のホームページにおける特定疾病の説明においても、「がん【がん末期】（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったものに限る。）」と記載していましたが、「【がん末期】」の記載を削除したことを申し添えます。

記

1 特定疾病の名称の記入について

特定疾病の名称の記入に当たっては、「がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）」、「末期がん」又は「がん末期」等の記載に限らず、単に「がん」と記載されたもので申請を受理して差し支えありません。

2 特定疾病の確認について

申請書に「がん」とだけ記載した方に特定疾病に該当するかを確認する場合であっても、「末期がん」等の表現ではなく、介護保険サービスを利用し得る状態であることを主治医に確認したかどうかを留めるなど、申請者の心情に配慮した対応をお願いします。なお、特定疾病に該当するかについては、介護認定審査会における審査及び判定に基づき判断するものであり、必ずしも、要介護認定等の申請を受理する時点において、特定疾病に該当するかどうかを申請者に確認する必要はありません。

厚生労働省老健局老人保健課介護認定係
担当者：佐々木・山本
T E L 03-5253-1111（内線 3945）
F A X 03-3595-4010

