
介護予防ケアマネジメントマニュアル

令和6(2024)年4月版 柏崎市介護高齢課

目 次

はじめに	介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)とは	1
1	総合事業利用・相談の流れ	1
	(1) 利用できる方	1
	(2) 相談の流れ	1
2	基本チェックリストの実施	2
	(1) 基本チェックリストとは	2
	(2) 基本チェックリストについての考え方	2
3	介護予防ケアマネジメントとは	2
	(1) 介護予防ケアマネジメントの基本的事項	2
	(2) 介護保険ケアマネジメントの基本的な考え方	3
	(3) 介護予防ケアマネジメントと介護予防支援の違い	4
	(4) 介護予防ケアマネジメントの類型	4
	(5) 介護予防ケアマネジメントの実施担当者、実施体制	5
	(6) 介護予防ケアマネジメント実施の手順と給付管理	5
	(7) 報酬、支払い	10
	(8) その他	11
資料編		12

介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)とは

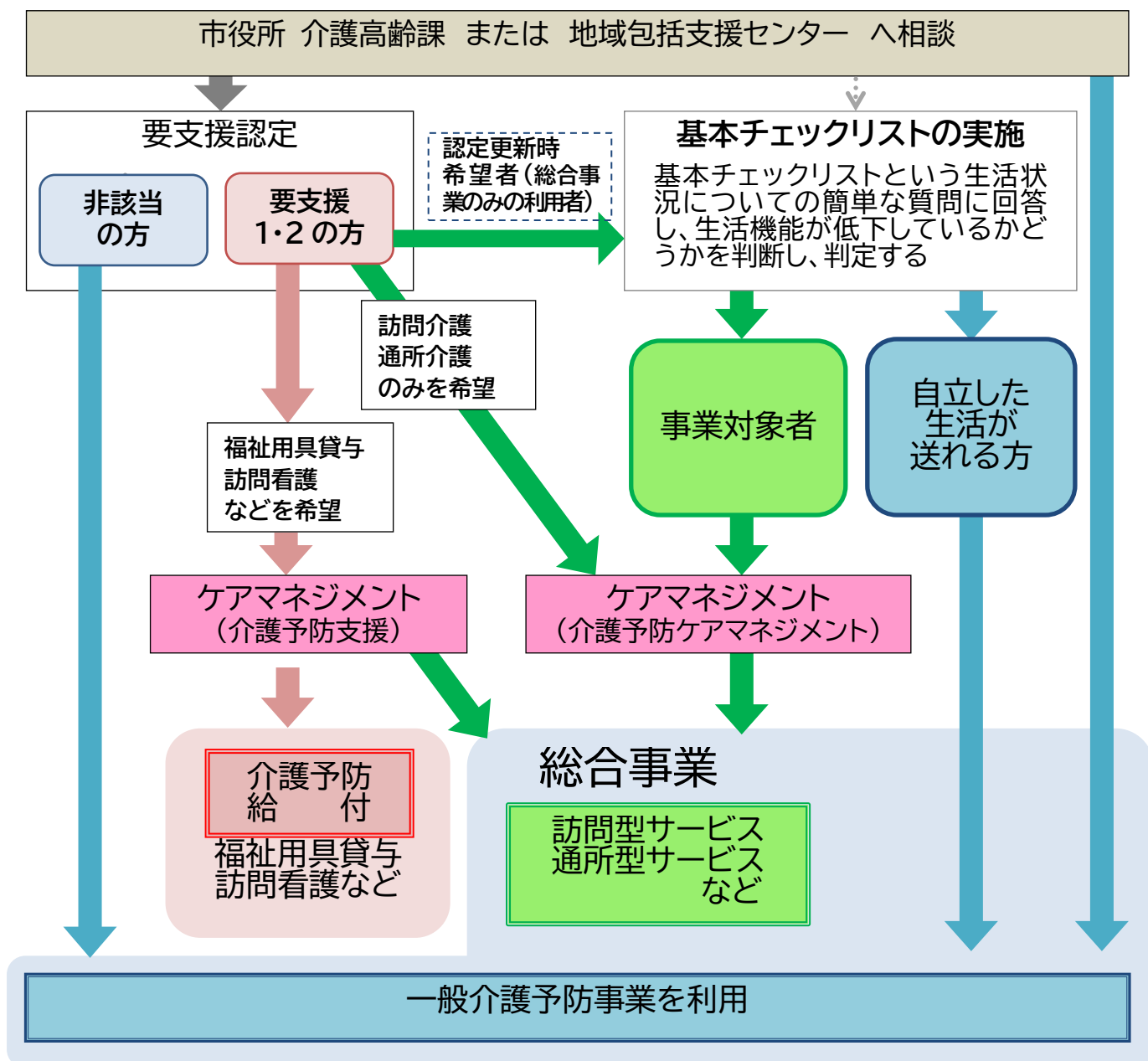
市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、要支援認定者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするもの。
(介護保険法第115条の45第1項に規定)

1 総合事業利用・相談の流れ

(1) 利用できる方

- ①要支援1・2の認定を受けた方
- ②基本チェックリストで事業対象者と判断された方

(2) 相談の流れ



【留意事項】

- ・ 相談者の意向を確認し、総合事業及び要介護・要支援認定等の説明を行う。
- ・ 総合事業の利用希望に対して、要支援認定結果の有無を確認し、認定を受けていない場合は、要介護・要支援認定の申請を行うよう促す。
- ・ 利用しているサービスが、総合事業のみの認定更新者で基本チェックリストの実施を希望される場合は、基本チェックリストを実施し、記入内容が「事業対象者に該当する基準」に該当するかどうかを確認する。
- ・ 状態を確認する中で、明らかに要介護状態の方や予防給付の希望がある場合は、認定申請手続きを勧める。

2 基本チェックリストの実施

(1) 基本チェックリストとは

日常生活に必要な機能が低下していないかを確認するための相談窓口において、必ずしも認定を受けなくても、必要なサービスを利用できるよう本人の状態を確認するツール。
(厚生労働省が作成)

(2) 基本チェックリストについての考え方

- 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うこと。
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う。
- 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う。
- 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う。

※ 各質問項目の趣旨については資料編を参照。

3 介護予防ケアマネジメントとは

(1) 介護予防ケアマネジメントの基本的事項

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、要支援者及び事業対象者に対し、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス(以下、「サービス事業」という)のほか、一般介護予防や市町村独自施策、民間企業等により提供される生活支援サービスも含め、適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう、必要な援助を行うもの。

利用者	利用サービス	ケアマネジメント類型	サービス 類型
要介護 1～5	○施設サービス	施設ケアプラン	介護給付
	○居宅サービス ○地域密着型サービス	居宅介護支援	介護給付
要支援 1・2	○介護予防サービス ・介護予防訪問看護 ・介護予防通所リハビリ ・介護予防居宅療養看護指導 ・福祉用具貸与 ○地域密着型介護予防サービス	介護予防支援	予防給付
	○介護予防サービスと 総合事業との併用		
	○サービス事業 ・訪問型サービス ・通所型サービス ・その他の生活支援サービス	介護予防ケアマネジメント ※一般介護予防事業 との併用も含む	総合事業
基本チェックリスト 該当者(事業対象者)			

(2)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、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になってもそれ以上悪化しないようにする」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものである。

地域において、高齢者が健康を維持しつつ、生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人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行うことが重要となる。

介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、利用者の生活上の困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解したうえで、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成するものとする。

(3) 介護予防ケアマネジメントと介護予防支援の違い

介護予防ケアマネジメント

総合事業サービスのみを利用する要支援者及び事業対象者に、適切にサービスを提供するためのケアマネジメントである。

介護予防支援

予防給付のみ、または予防給付と総合事業サービスを組み合わせて利用する要支援者のケアマネジメントである。

【参考】

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

(4) 介護予防ケアマネジメントの類型

国は3つの類型を示しています。

ケアマネジメントの 類型	利用サービス	介護予防ケアマネジメントの プロセス
ケアマネジメントA ※居宅介護支援事業者に委託可能	総合事業の指定を受けた 事業所のサービス 介護予防訪問介護・通所介護 相当サービス 又は 訪問型・通所型サービスA	①アセスメント(課題分析) ②ケアプラン原案作成 ③サービス担当者会議開催 ④利用者への説明・同意 ⑤ケアプランの確定・交付 ⑥モニタリング・評価 ⑦給付管理
ケアマネジメントB ※居宅介護支援事業者に委託不可	通所型・訪問型サービスC (専門職による短期集中予防サービス)	①アセスメント(課題分析) ②ケアプラン原案作成 ③利用者への説明・同意 ④ケアプランの確定・交付 ⑤評価実施 ※必要に応じてサービス担当者会議、 モニタリング実施
ケアマネジメントC ※居宅介護支援事業者に委託不可	通所型・訪問型サービスB 訪問型サービスD (住民主体のサービス等)	①初回アセスメント(課題分析) ②ケアマネジメント結果案作成 ③利用者への説明・同意 ④利用するサービス提供者等への説明・ 送付

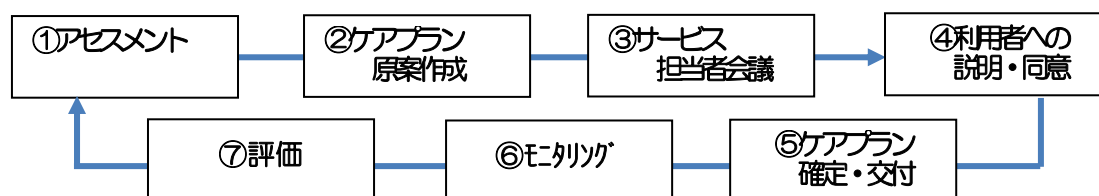
(5) 介護予防ケアマネジメントの実施担当者、実施体制

利用者本人が居住する地域の地域包括支援センターが実施。地域包括支援センターの3職種その他、介護予防支援業務を行っている職員により実施。(市から委託)

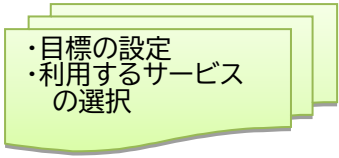
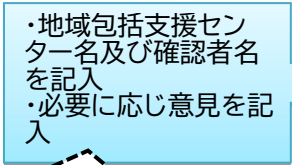
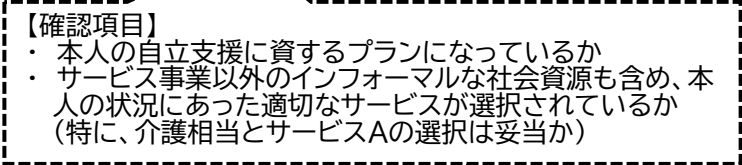
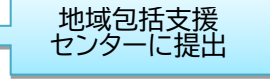
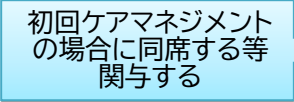
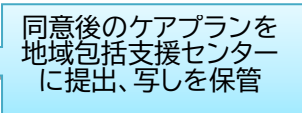
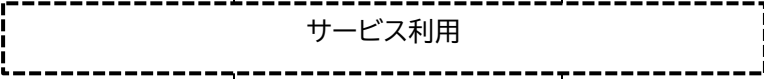
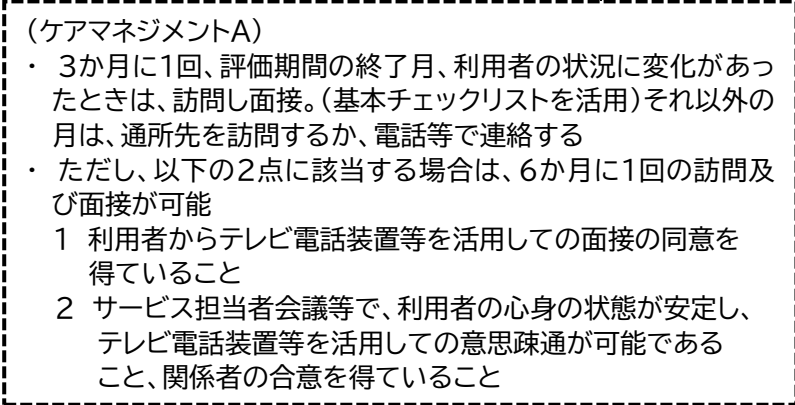
介護予防ケアマネジメントの一部を居宅介護支援事業所に委託することも可能。ただし、介護予防訪問介護・通所介護相当サービス及び訪問型・通所型サービスAの利用者のみとする。

初回のケアマネジメントは、地域包括支援センターが実施し、1クール終了後に委託することが望ましいが、初回から委託する場合は、アセスメントに立ち会う、サービス担当者会議に同席する等、適宜ケアマネジメントに関与することとする。

(6) 介護予防ケアマネジメント実施の手順と給付管理



委託契約～アセスメント				
	地域包括支援センター		居宅介護支援事業所	備考
		委託する場合		
委託契約	○市介護高齢課 ⇒地域包括支援センター	○地域包括支援センター ⇒居宅介護支援事業所		※地域包括支援センターから委託できるのはケアマネジメント A のみ
利用契約	運営規程等重要事項等の同意 介護予防ケアマネジメント依頼届出書を市へ提出			
アセスメント	○アセスメント実施	アセスメントに関与 初回ケアマネジメントは、地域包括支援センターが実施し、1クール終了後に委託することが望ましいが、初回から委託する場合は、アセスメントやサービス担当者会議に立ち会う等関与する	○アセスメント実施	※様式4「興味・関心チェックシート」を活用 ※様式5「利用者基本情報」

ケアプラン原案作成～モニタリング				
	地域包括支援センター		居宅介護支援事業所	備考
		委託する場合		
ケアプラン原案作成	○ケアプラン原案作成 	○ケアプラン原案の確認  	○ケアプラン原案作成 	※参考「介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」 ※様式6「介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)」
サービス担当者会議	○サービス担当者会議開催 ○利用者への説明、同意 ○ケアプラン確定、交付 (利用者、サービス提供事業者へ)	 ○居宅介護支援事業所から提出されたケアプランを保管	○サービス担当者会議開催 ○利用者への説明、同意  ○ケアプラン確定、交付 (利用者、サービス提供事業者へ)	※ケアマネジメントBは省略可、ケアマネジメントCは不要 ※様式7「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」
				
モニタリング	○モニタリング		○モニタリング	※ケアマネジメントBは必要時のみ実施でよいが、状況変化があった際、サービス実施者から情報が入る体制を作る
				

評価～委託料の支払い				
	地域包括支援センター		居宅介護支援事業所	備考
		委託する場合		
評価	○評価 (ケアマネジメントA、B) ・ 設定したケアプランの実施期間の終了時に利用者宅を訪問し、目標の達成状況を評価、新たな目標の設定、サービスの見直しを行う	○評価表の確認し、 写しを保管する 意見を付し、返却	○評価 評価表を地域包括支援センターに提出 ○評価表を保管	※様式 8「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表」
給付管理	○給付管理票の作成 ⇒ 国保連へ提出 ・ サービス利用実績を確認し給付管理票を作成し、翌月 10 日までに国保連へ提出 ・ 予防給付サービスと総合事業のサービス事業併用の場合は、予防給付の区分支給限度額範囲内で一体的に給付管理 ・ 総合事業のサービス事業のみの場合は、指定事業者によるサービスを利用するときのみ給付管理を行う。限度額は、市長が定める(要支援1と同じ)		○給付管理(実績報告) ・ サービス利用実績を確認し、翌月5日までにサービス利用実績を記載したサービス利用表等を作成する 地域包括支援センターに提出	
委託料の支払い	○委託料請求 ⇒ 国保連へ提出 ・ 介護予防ケアマネジメントに対する委託料を、翌月 10 日までに国保連へ請求する 【介護高齢課に提出書類】 ・ 請求者一覧 ・ ケアプラン写し(作成月のみ) ・ サービス利用票(実績記入済のもの) ○委託料審査(請求の翌月) ・ 請求内容の精査を介護高齢課で行う	○委託料の支払い ・ 請求内容を精査後、居宅介護支援事業所に委託料を支払う 委託料支払い ○過誤処理	○委託料請求 ・ 介護予防ケアマネジメントの委託料を、翌月 10 日までに地域包括支援センターに請求 委託料請求	※ケアマネジメントBの提出書類 ・ 請求者一覧表 ・ ケアプラン又は評価表 ※ケアマネジメントCの提出書類 ・ 請求者一覧表 ・ ケアプラン

ケアプランの確認(全数)と給付管理(サービス提供実績)との突合
 本人の自立支援に資するプランになっているか、サービスの選択は妥当かを精査

【留意事項】

① 介護予防訪問(通所)介護相当サービスの対象者について

各サービスの具体的な要件は以下のとおり。ただし、利用者の心身の状況、環境、ニーズ等を勘案して行われるケアマネジメント結果を踏まえた上で、適切なサービス選定を行う。

ア 介護予防訪問介護相当サービス

(ア) 入浴・食事・排泄などに介助を受けるなど身体介護が必要な状態。

(イ) 自立生活支援のための見守りの援助が必要な状態。

※ 身体介護等の定義は、指定訪問介護に準ずること。

イ 介護予防通所介護相当サービス

(ア) 生活機能を向上させるための専門的な機能訓練が必要な状態。

- ・ ケアプランにおいて、生活機能の向上の結果がもたらす ADL、IADL 等の向上(以下「目標」という。)が明確に掲げられていること。

(イ) 認知症の症状があるなど専門知識に基づく関わりが必要な状態。

- ・ 主治医意見書等において、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上で、または、認知症に起因する症状に関して特別な留意が必要である旨の記載があること。

(ウ) 医療ケアが必要な状態、又は、病気や状態の観察が必要な状態。

- ・ 主治医意見書等において医学的な管理の必要性や病気や状態の観察が必要である旨の記載があること。

(エ) 制限のある食事が必要な状態。

- ・ 嚥下障害があり、普通食(軟食を含む)を摂取することが困難である者。または、主治医意見書等において、疾病または病状に合わせた栄養コントロールが必要である旨の記載があること。

(オ) 上記に該当しないが、介護予防通所介護相当サービスの利用が必要な状態。

- ・ ケアプランに、介護予防通所介護相当サービスの利用が適当である明らかな理由について記載があること。

(例：浴槽のまたぎに介助が必要、機器の操作に声かけが必要等)

※明らかな理由に該当しない例

「通い慣れた事業所を変更したくない」、「利用して知り合った人と離れたくない」

「夫婦等で一緒にサービスまたは事業所を利用したい」、

「近くに通所型サービス A を実施している事業所がない」等

② 事業対象者について

ア 支給限度額

- ・ 事業対象者の支給限度額は、予防給付の要支援1と同じ 5,032 単位とする。

<介護予防給付支給限度額変更が必要な場合>

- ・ 利用者の状態が退院直後でケアプランに集中的にサービスを利用することが自立につながるとされる旨の目標が設定され、介護予防給付支給限度額の変更が必要な場合は、「柏崎市介護予防・日常生活支援総合事業対象者にかかる区分支給限度額変更の理由書」と共にケアプランを提出し、市の承認を得る。(承認が得られた場合は、要支援2の支給限度額とする。)
- ・ 有効期間は、概ね 3 か月とし、有効期間を記した被保険証が発行される。

イ 利用者負担について

- ・ 介護予防訪問介護・通所介護相当サービス及び訪問型・通所型サービスAの利用者負担については、介護サービスの利用負担割合とする。

ウ 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

認定結果	給付のみ	給付と総合事業	総合事業のみ
非該当	全額自己負担	全額自己負担	全額自己負担
要支援	介護予防給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は、予防給付より支給 事業分は、事業より給付	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要介護	介護給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は、介護給付より支給 事業分は、介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は、事業より支給	介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は、事業より支給

- ・ 事業対象者が、総合事業の利用を始めた後、心身の状態の悪化等により要介護(支援)認定申請を行い、要介護1以上の認定がされた場合、認定の有効期間開始日は、申請日に遡る。ただし、その申請期間中に総合事業の利用をしていたときは、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、総合事業の利用を継続することができる。
この場合、地域包括支援センター及び地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業者の担当ケアマネジャーが「サービス利用確認書」に介護給付サービス計画作成届け出日を記入し、当該認定を受けた者は、被保険者証とともにサービス提供事業者等に提示する。
なお、要介護認定の暫定プランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行して総合事業を利用することはできない。

参考)事業対象者→認定結果:要介護1(利用サービス:訪問介護、福祉用具貸与)

※ ①か②の選択が可能

	訪問介護(総合事業)	福祉用具	ケアマネジメント
①事業対象者として扱う	総合事業より支給	全額自己負担	総合事業より給付
②要介護者として扱う	全額自己負担	介護給付より支給	介護給付より支給

- ・ 月の途中まで総合事業のサービスを利用していた者が、要介護認定1以上の認定結果の通知に伴い、居宅介護支援に切り替えた場合は、給付のルールに応じて、月末の時点での居宅介護支援を行っている居宅介護支援事業者が給付管理票を作成し提出することし、併せて居宅介護支援事業費を請求することとなる。この場合の支給限度額管理は、地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が連携を取り合って行う。

エ 事業対象者資格の喪失

- ・「状態が改善し、基本チェックリストで非該当となった」、「介護予防サービスを当分利用しない」、「病院に入院した」、「介護認定を受け、要介護状態になった」、「市外に転出した」等の場合は、「介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書」を市へ提出する。

③ 住所地特例者の利用

- ・ 住所地特例者については、施設所在地である市町村で基本チェックリストの実施及び総合事業のサービス利用を行う。

(7) 報酬、支払い

① 単価及び加算

- ・ 総合事業による介護予防ケアマネジメントは、市が地域包括支援センターに委託し、毎月、地域包括支援センターからの請求により、1件につき次に定める単価及び加算を委託料として支払う。
- ・ 初回加算及び委託連携加算については、指定介護予防支援における基準に準じて算定する。

ケアマネジメントの類型	利用サービス	ケアマネジメントの報酬単価			報酬支払方法
		サービス提供開始月	2 か月目～評価月の前月まで	評価月	
ケアマネジメントA	介護予防訪問介護・通所介護相当サービス	基本報酬 4,420 円 初回加算 3,000 円 委託連携加算 3,000 円	基本報酬 4,420 円	基本報酬 4,420 円	国保連に請求
	訪問型・通所型サービスA				
	介護予防訪問介護・通所介護相当サービス＋訪問型・通所型サービスA				
ケアマネジメントC	訪問型・通所型サービスB 訪問型サービスD	基本報酬 1,000 円			国保連に請求

② 初回加算の算定 以下のどちらかの場合算定できる。

- ・ 初めて介護予防ケアマネジメントを実施する場合
(介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2 か月が経過した後に再度介護予防ケアマネジメントを実施する場合も可)
- ・ 要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

※ただし、介護予防支援から介護予防ケアマネジメントに移行した場合は、初回加算は算定できない。

③ 委託連携加算

- ・ 地域包括支援センターが利用者に提供する介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業所に委託する際に、利用者に係る必要な情報を居宅介護支援事業所に提供し、居宅介護支援事業所のケアプラン作成等に協力した場合には、委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として算定できる。

④ 予防給付とサービス事業の併用

- ・ 要支援者で、予防給付とサービス事業を併用する場合にあっては、予防給付によるケアマネジメントに対して介護報酬を地域包括支援センターに支払うため、委託料としては支払わないものとする。

(8)その他

① 様式

- ・ 介護予防ケアマネジメントの様式は、「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の実施及び介護予防手帳の活用について(平成 26 年 6 月 5 日付老振発 0605 第1号)」に示されている様式4から8を用いる。

② 担当件数

- ・ 居宅介護予防支援の受託件数の制限は設けず、居宅介護支援費を算定する際の件数には含めない。

資 料 編

様式等一覧

様式等	名 称	ページ
第1号様式	確認票兼申込書	14
第2号様式	基本チェックリスト	15
参考資料	基本チェックリストの考え方	17
第3号様式	介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書	19
様式4	興味・関心チェックシート	20
様式5	利用者基本情報	21
参考資料	介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例	23
様式6	介護予防サービス・支援計画書	24
様式7	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録	25
様式8	介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表	26
別紙1	柏崎市介護予防・日常生活支援総合事業対象者にかかる区分支給限度額変更理由の届出書	27
別紙2	サービス利用状況確認書	28
別紙3	介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書	29

介護予防・日常生活支援総合事業 確認票兼申込書

(受付日 / /)

受 付 者		介 護 高 齢 課 （ （ ）地 域 包 括 支 援 センター		
チェックリスト実 施 日				
チェックリスト実 施 者	氏 名		窓 口 本 人 確 認	（顔写真付き証明書１点） ・運転免許証・パスポート・身体障 害者手帳 （顔写真付きでない証明書２点） ・健康保険証・年金手帳など

基本チェックリスト

被保険者番号

記入日：

年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			(歳)
住所		電 話	()

No	質 問 項 目	回答：いずれかに○をお付けください	
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乗っていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分くらい続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありますか	1. はい	0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合に該当とする		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) 訳もなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

介護予防・日常生活支援総合事業の利用に当たり、利用者の状況を把握する必要がある場合は、基本チェックリスト、基本情報を本事業の実施に必要な範囲で関係する者へ提示することに同意します。

氏 名 (自 署)

事業対象者に該当する基準

① 表面の質問項目（以下「質問項目」という。）No. 1～20までの20項目のうち10項目以上に該当	日常生活機能の低下
② 質問項目No. 6～10までの5項目のうち3項目以上に該当	運動機能の低下
③ 質問項目No. 11～12の2項目全てに該当	栄養状態の低下
④ 質問項目No. 13～15までの3項目のうち2項目以上に該当	口腔機能の低下
⑤ 質問項目No. 16、17のうちNo. 16に該当	閉じこもり
⑥ 質問項目No. 18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	認知症初期
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	心の悩み

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ① 対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ② 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③ 習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④ 各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で 1 人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1 人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1 人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15 分位続けて歩いていますか	15 分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この 1 年間に転んだことがありますか	この 1 年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6 カ月で2～3 kg 以上の体重減少がありましたか	6 カ月間で2～3 kg 以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6 カ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1 カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。

13～15 の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうか、本人の主観に基づき回答してください。
16・17 の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に 1 回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去 1 カ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20 の質問項目は、認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	本人は物忘れがあると思っていても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25 の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ 2 週間)毎日の生活に充実感がない	ここ 2 週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ 2 週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ 2 週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ 2 週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ 2 週間)わけもなく疲れたような感じがする	

第 3 号様式（第 6 条関係）

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

										区分												
										新規・変更												
被保険者氏名				被 保 険 者 番 号																		
(フリガナ)																						
				個 人 番 号																		
				生 年 月 日																		
				年 月 日																		
介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター																						
地域包括支援センター名				地域包括支援センターの所在地																		
				〒																		
				電話番号				()														
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号						サービス開始（変更）年月日																
						年 月 日																
地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。																						
居宅介護支援事業所名				居宅介護支援事業所の所在地				〒														
				電話番号																		
柏崎市長 様 上記の地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 電話番号																						
確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 地域包括支援センター番号																				
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				

介護予防サービス・支援計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容・介護認定審査会による認定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名

- (注意) 1 この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まらないうちに提出してください。
- 2 この届出書は、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）を変更する場合は、変更の届出をサービス受託する居宅介護支援事業所へ提出してください。
- 3 住居の窓口に提出してください。

興味・関心チェックシート

様式 4

氏名：_____ 年齢：_____歳 性別（ ） 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			

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

利用者基本情報

様式 5

作成担当者：

《基本情報》

相 談 日	年 月 日 ()	来 所・電 話 その他 ()	初 回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名	性別	M・T・S 年 月 日生 () 歳		
住 所	Tel () Fax ()			
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支 1・要支 2・要介 1・要介 2・要介 3・要介 4・要介 5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来 所 者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連 絡 先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活 状況（どんな 暮らしを送 っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 （主治医・意見作成者に☆）			経過	治療中の場合は内 容
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名 _____

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、排せつの自立、TP0 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、TP0 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ます
<u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
<u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
<u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
<u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
<u>知識の応用（判断・決定）</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
<u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ

（介護予防マニュアル改定委員会（2012.3）「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所）

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

様式 6

No. _____

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

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援 1・要支援 2 事業対象者

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

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

目標とする生活

1 日		1 年	
-----	--	-----	--

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 （背景・原因）	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての意向 本人・家族	目 標	支援計画					
							目標についての 支援のポイント	本人等のセルフケアや家 族の支援、インフォーマル サービス（民間サービス）	介護保険サービス 又は地域支援事業 （総合事業のサービス）	サービス 種別	事業所 （利用先）	期間
運動・移動について		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
日常生活(家庭生活)につい て		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
社会参加、対人関係・コミ ュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
健康管理について		☐ 有 ☐ 無					（ ）					

健康状態について
☐主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来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

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

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

地域包括支援センター

【意見】

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

計画作成者氏名

[illegible]

※1 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・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)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。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表

評価日

利用者名

殿

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標体制状況	目標 達成／未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針	地域包括支援センター意見	
		☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了
		☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防・生活支援サービス事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 終了

柏崎市介護予防・日常生活支援総合事業対象者にかかる
区分支給限度額変更理由の届出書

別紙 1

被保険者の住所	柏崎市									
被保険者の氏名					性 別		生年月日	年 月 日		
被 保 険 者 番 号										
退院直後で区分支給限度額の変更を希望する理由	医療機関名					退 院 日		年 月 日		
集中的にサービス利用をすることで自立支援が図れる事柄										
添付書類	☐ ケアプラン									

(注意事項)

- ・利用者の状態が退院直後で、ケアプランに集中的にサービスを利用することが自立支援につながるとされる旨の目標が設定されていること。
- ・該当する場合は、要支援2の介護予防給付の区分支給限度額の範囲内で給付管理を行うことができる。

上記のとおり、区分支給限度額の変更を希望しますので届出ます。

年 月 日 地域包括支援センターまたは
居宅介護支援事業所の名称 :
介護支援専門員の氏名 :

検討結果	☐ 可	区分変更年月日 (退院後3か月)	年 月 日～ 年 月 日
	☐ 不可 ()		

保険者確認印

サービス利用状況確認書

被 保 険 者	番 号	
	住 所	
	氏 名	
	生年月日	

居宅サービス計画 作成届出日	年 月 日
-------------------	-------

確 上 認 記 を 年 行 月 つ 日 た の 者	地域包括支援センターの名称
	居宅介護支援事業者の名称
	ケアマネジャーの氏名

・この確認書は、介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業（介護予防・生活支援サービス事業）の対象者である者が要介護認定申請等を行った結果、要介護1以上に認定された場合に、認定有効期間の開始日が申請日に遡ることで介護予防・生活支援サービス事業によるサービス利用に係る費用が全額自己負担になることを避けるため、介護給付サービスを利用するまでの間、介護予防・生活支援サービス事業の対象者として取り扱うことを確認するものです。

・当該被保険者の担当のケアマネジャーは、表面に必要事項を記載し、被保険者に渡すとともに市に提出してください。また、認定結果通知後、速やかに居宅サービス計画作成依頼届を提出し、介護給付サービスに切り替えてください。

・被保険者は、要介護認定結果通知を受け取った日の属する月の月末までは、この確認書を被保険者証に添付してサービス提供事業所等に提示してください。

介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書

別紙 3

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号							
(フリガナ)									
		生 年 月 日						性 別	
		明・大・昭 年 月 日						男 ・ 女	
介護予防ケアマネジメントを依頼していた地域包括支援センター									
地域包括支援センター名		地域包括支援センターの所在地						〒	
		電話番号 ()							
介護予防ケアマネジメントを受託していた居宅介護支援事業者									
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地						〒	
柏崎市長 様 上記の地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメントの依頼を終了することを届出ます。 令和 年 月 日 被保険者 住所 または 氏 名 代理人 電話番号 ()									
ケアマネジメント終了の理由（※該当する番号に○印を）									
1. 状態が改善し、基本チェックリストで非該当となった。 2. 介護予防サービスを当分利用しない。 3. 病院に入院した。（病院名) 4. 介護認定を受け、要介護状態になった。 5. 市外に転出した。 6. その他 ()									
今後のフォロー（関わり）について（※該当する番号に○印を）									
1. フォロー（関わり）の必要はない。 2. フォロー（関わり）が必要である。 その理由 ()									
保険者確認欄		☐ 届出の重複 ☐ 地域包括支援センター番号							

（注意）・この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼されていた事業所等がケアマネジメント終了時、速やかに柏崎市へ提出してください。

・状態が改善し終了する場合は、基本チェックリストを添付してください。