

福井市介護予防支援・介護予防ケアマネジメントマニュアル

(令和6年4月 改定版)

1 事業内容

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントは、要支援者及び基本チェックリスト(以下、「元気度調査」という。)の記入内容が事業対象の基準に該当したもの(以下、「事業対象者」という。)に対して、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(第1号訪問事業)、通所型サービス(第1号通所事業)のほか一般介護予防事業等も含め、要支援認定者等の状況にあった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事業である。

2 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防支援・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(遅らせる)」「要支援状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」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、従来からの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、適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、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行うことが重要となる。

高齢者自身が地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも、利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」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、介護予防支援・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上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防サービス事業及び介護予防・生活支援サービス事業(以下、「サービス事業」という。)等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなる。

3 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの対象者・実施主体

	対象者	実施主体 [※]
介護予防支援	要支援者	指定介護予防支援事業者 (地域包括支援センター・居宅介護支援事業所)
介護予防 ケアマネジメント	事業対象者及び 要支援者	地域包括支援センター

※ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント共に、地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への一部委託可能

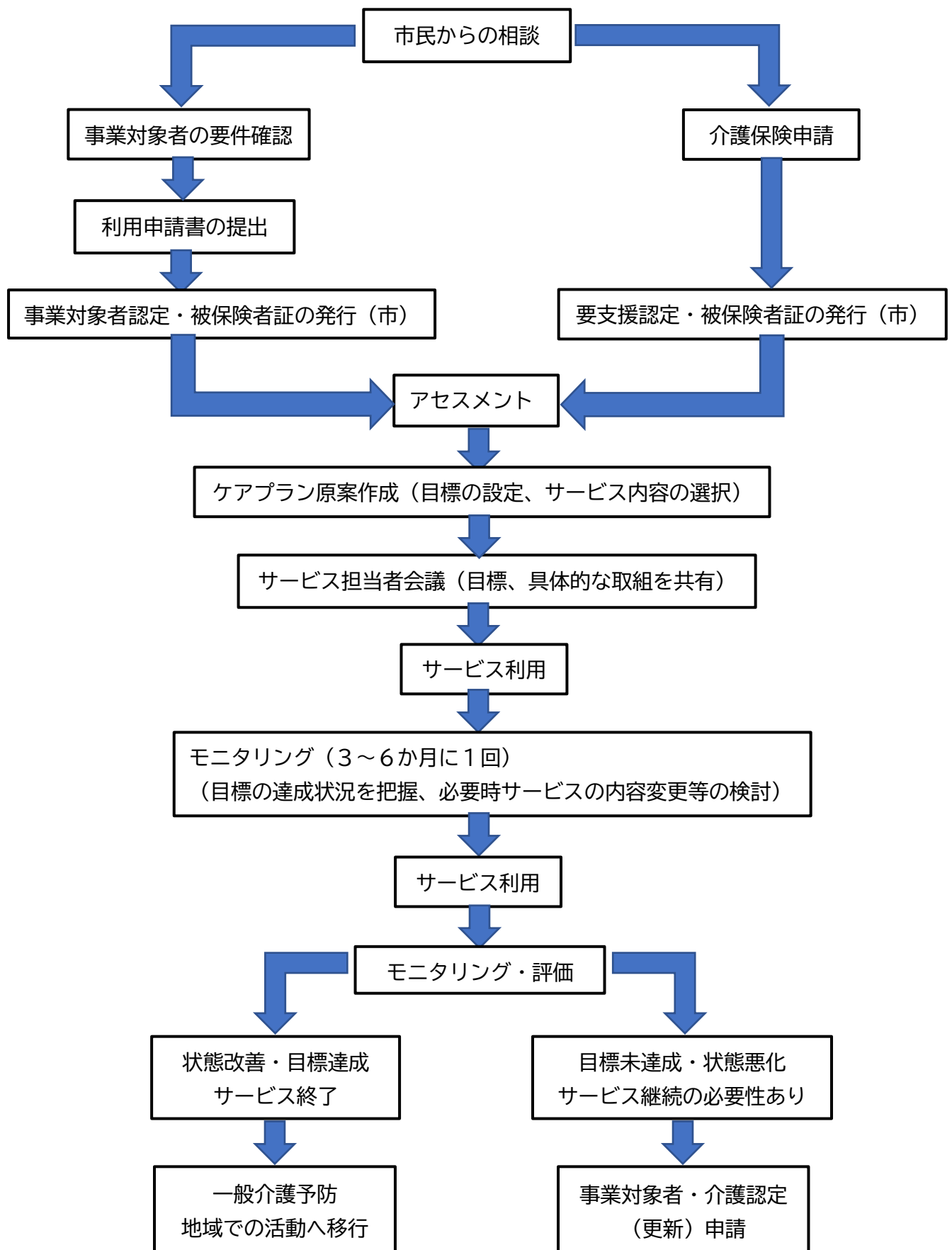
4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおける様式

介護予防ケアマネジメントにおける様式は、様式一覧に示したとおりとする。

5 福井市の介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」)の構成

	サービスの種類	
介護予防・生活支援サービス事業	訪問型サービス	予防給付相当サービス
		基準緩和型サービス(A 型)
		住民主体による支援サービス(B 型)
	通所型サービス	予防給付相当サービス
		基準緩和型サービス(A 型)
		住民主体による支援サービス(B 型)
		短期集中予防サービス
	介護予防ケアマネジメント	ケアマネジメントⅠ(原則的ケアマネジメント)
		ケアマネジメントⅡ(簡略化したケアマネジメント)
		ケアマネジメントⅢ(初回のみケアマネジメント)
一般介護予防	運動・交流	自治会型デイホーム
		よろず茶屋・ささえあいの家
		いきいき百歳体操
		介護予防教室
	口腔	口腔機能向上サービス
	いきがい	介護サポーターポイント制度
	早期発見	認知症検診

【サービス利用の流れ】



6 相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ

ア 市民からの相談

- ◆相談の目的や、希望するサービス等の聞き取りを行う。
 - ・ 予防給付や介護給付を希望している場合は要介護認定申請を案内する。
 - ➡要支援認定の場合、「7 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント」の実施へ
- ◆事業の目的や内容を説明する。
 - ・ 自立支援に向けたサービス事業の利用により、要支援状態からの自立の促進や重度化防止を図る事業であること。
 - ・ 本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら取り組み、目標達成の後は、より自立に向けた次のステップに移っていくこと。

イ 事業対象者の要件確認

- ◆総合事業のサービスを希望する場合、要支援認定を受けていない者は、「サービスごとの対象者の目安」(別表3)を参考に、以下の様式の記入により、事業対象者に該当するか確認する。
 - ・ 介護予防・日常生活支援総合事業における窓口確認票(様式1-2)
 - ・ 基本チェックリスト(元気度調査)(様式2-1)
 - ・ 福井市版アセスメントシート(様式2-2)
- ◆本人の心身状態・生活状況等から、自立した生活を送るためにどのようなサービスを導入すべきか、事業対象者の申請が適切であるかを判断する。

ウ 利用申請書・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書の提出

- ◆介護予防ケアマネジメントを行うことを本人に説明。
- ◆下記の書類を地域包括ケア推進課へ提出。
 - ・ 介護予防・日常生活支援総合事業における申請書(様式1-1)
 - ・ 介護予防・日常生活支援総合事業における窓口確認票(様式1-2)
 - ・ 基本チェックリスト(元気度調査)(様式2-1)
 - ・ 福井市版アセスメントシート(様式2-2)
 - ・ 介護予防ケアマネジメント依頼届出書

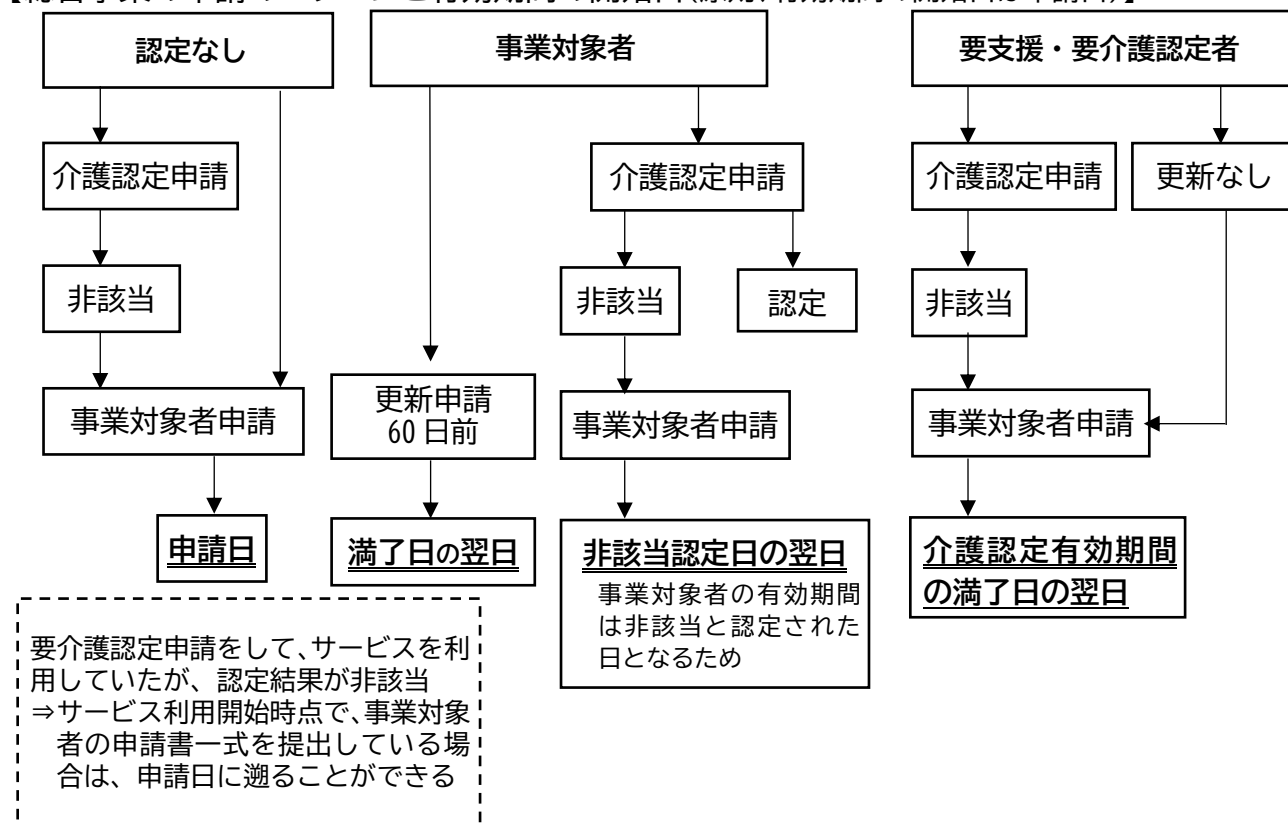
エ 事業対象者認定・被保険者証の発行(地域包括ケア推進)

- ◆申請書の内容を確認し、被保険者証、負担割合証を発行する。
- ◆事業対象者の有効期間は1年間とする。(5ページの図参照)

オ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの実施

- ◆介護予防・生活支援サービス事業の利用開始。

【総合事業の申請のパターンと有効期間の開始日(原則、有効期間の開始日は申請日)】



7 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの実施

(1) 介護予防ケアマネジメントの手順

- ・ 介護予防ケアマネジメントは、以下の3つの類型に分けて行う。
- ・ 類型：要支援者は、利用するサービスにより決定し、事業対象者は状態に応じた選択が可能。
- ・ ケアマネジメントⅢはB型サービス利用時に限る。また、居宅介護支援事業所への委託不可。

ケアマネジメントの類型とプロセス(※ 類型ごとの詳細なプロセス等は、別表Iのとおり)

類型		ケアマネジメントⅠ	ケアマネジメントⅡ	ケアマネジメントⅢ
対象サービス		予防給付相当・C型 上記とA型・B型併用	A型サービス	B型サービス
プロセス	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	○	○	ケアマネジメント結果交付
	モニタリング	○	△	—
	評価	○	○	—
	給付管理	○	○	—

(○:実施 △:必要に応じて実施 —:不要)

(2) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 手順の詳細

ア アセスメント

◆課題分析

- ・ 利用者の自宅に訪問し、本人との面接による聴き取り等を通じて行う。
- ・ 介護予防ケアマネジメントの場合、ケアプラン原案を作成する際には「福井市版アセスメントシート」(様式 2-2)を利用する。
- ・ より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心チェックシート」(様式4)なども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要である。
- ・ プロセスの中で、利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。

イ ケアプラン原案(マネジメント結果)作成

◆目標の設定

- ・ 生活の目標については、「介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例(別表2)」などを参考にしながら、単に心身機能の改善だけを指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。
- ・ また、計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましい。

◆利用するサービス内容の選択

- ・ 利用するサービスを検討する際は、アセスメントで得られた情報を参考に組み立てる。
- ・ 単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人とともに作成する。
- ・ 利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定する。特に事業対象者については、「通所型サービス利用回数の判断の目安」(別表3)を活用し、適切なサービス利用となるよう心がけること。
- ・ 給付管理は、要支援者が総合事業を利用する場合は、給付に残されたサービスを利用しつつ、総合事業のサービスを利用することも想定されることから、予防給付の区分支給限度額の範囲内で、給付と事業を一体的に給付管理する。
- ・ 一方で、総合事業の給付管理については、指定事業者によるサービスを利用する場合にのみ行う。その際は、要支援Ⅰの限度額と同等とする。
- ・ 利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、ケアプラン原案の内容を検討していく中で、利用者の意向も踏まえながら、目標の設定やその達成に向けての取組、利用するサービス、実施期間等を検討し、全体を作成する。また、その経過の中でケアマネジメントⅠ、Ⅱ、Ⅲのケアマネジメントの類型についても検討されていくものである。

◆短期集中予防サービスの利用について

<主治医の意見書>

短期集中予防サービスの利用にあたっては、心臓疾患、骨折等の傷病を有している者については、運動器関連のプログラムの実施により病状悪化のおそれがあることから、プログラム参加の適否について医師の判断を求める必要がある。医師の判断を求める基準、流れ(別表5)を活用し、必要に応じて主治医の判断を求めること。

<サービス終了に向けた支援>

短期集中予防サービス利用開始から3か月を経過した段階で、サービス担当者会議(評価会議)を開催し、今後のサービスの必要性の有無、今後の支援等についてカンファレンスを行い、引き続き社会参加に資する取組が維持されるよう配慮する。また、本サービスの継続が生活行為の改善に効果的と判断された場合には、最大6か月までサービスを継続することができる。

<サービスの再利用>

利用者の怪我や疾病等により状態の変化が生じ、ケアマネジメントの結果、再度、短期集中予防サービスの利用が望ましいと判断した場合には、「短期集中予防サービスの再利用承認申請書兼理由書」(様式9)に「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5)を添えて市に提出し、承認を得た場合に利用が可能となる。

ウ サービス担当者会議

◆ケアプランに設定した生活の目標や目指す姿、具体的な支援の内容等を、本人や家族、事業実施者等の関係者が共有する。

エ 利用者への説明・同意

◆サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、本人及び家族に説明し、同意を得る。

オ ケアプランの確定・交付

◆ケアプランを利用者に交付するとともに、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所よりサービス事業者にも交付する。

カ サービス利用開始

◆サービス事業提供者に対し、ケアプランに基づき、適切にサービスが提供されるように連絡調整等を行う。

キ モニタリング(給付管理)

- ◆ケアマネジメントⅠは、介護予防支援と同様に、少なくとも3カ月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときには、利用者の居宅を訪問して面接する。
- ◆利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努める。
ただし、次のいずれにも該当する場合であって、サービスの提供を開始する月の翌月から起算して少なくとも6カ月に1回利用者の居宅を訪問し、面接するときは、利用者の居宅を訪問しない期間において、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができる。
 - (1)テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。
 - (2)サービス担当者会議において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
 - ・利用者の心身の状況が安定していること。
 - ・利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
 - ・担当職員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。
- ◆サービスの評価期間が終了する月及び利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接する。また、必要に応じて計画の見直しを行う。
- ◆ケアマネジメントⅡの場合は、少なくとも6カ月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。
- ◆ケアマネジメントⅡの該当者については、利用者の状況変化等があった際に、サービス実施者側から地域包括支援センターへ情報が入る体制を日頃から作っておく。
【状況変化を見逃さない仕組みづくりの例】
 - ・サービス提供者と地域包括支援センターの間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みをつくる。
 - ・定期的に活動の場を巡回し、参加状況を確認する。

ク 評価(ケアマネジメントⅢの場合を除く)

- ◆ケアマネジメントⅠ、Ⅱについて、設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共に、利用するサービスの見直しや事業の終了など、今後の方針を決定する。
〔終了〕 サービス利用により、目標達成した場合には、事業終了後も高齢者がセルフケアを継続できるよう、一般介護予防事業や介護予防手帳の紹介等、必要な情報提供や助言を行う。
〔更新〕 目標が未達成や、サービス継続が必要と判断される等の場合には、有効期間の60日前より、事業対象者の更新の手続きを行う。
〔介護認定申請〕 状態の悪化、または介護保険サービスを希望等の場合には、介護認定申請を行う。

(3) 事業対象者の登録解除について

下記に該当する場合は、事業対象者の登録を解除する。

状況	解除日	様式10
有効期間満了に関わらず、基本チェックリストにて非該当	チェック実施した月の末日	要
要介護認定申請の結果、「要支援」「要介護」の認定	認定有効期間開始日	不要
要介護認定申請の結果「非該当(自立)」と判定	認定日	不要

(様式10 事業対象者有効期間終了届)

(4) 留意事項

- ① 介護予防ケアマネジメントについては、並行して要介護認定等の申請をしている場合も想定される。その場合は、元気度調査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、サービス事業を利用し、要介護認定申請の結果、「要介護Ⅰ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。(介護保険課へその旨連絡する)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。
- ② 総合事業の利用については、ケアプランの自己作成に基づく利用は行わない。要支援者で予防給付サービスのケアプランを自己作成している者が、総合事業を利用する場合は、地域包括支援センター等による介護予防ケアマネジメントにつなぐことが必要である。
- ③ 要支援者で総合事業のみ利用していた者が予防給付を利用することになった場合等、介護予防支援と介護予防ケアマネジメントとの切り替えが生じる際には、介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書を介護保険課に提出する。
- ④ 要介護認定等申請を受けて非該当となった者について、元気度調査を活用して、事業対象者の基準に該当した場合は、事業対象者として申請書等の提出及び介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出ることができる。(4ページ「事業対象者の要件確認」の欄を確認)
- ⑤ 利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じる。
- ⑥ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等に加え、利用者本人・家族、サービス事業者、地域で活動する住民主体の支援者も含めて、関わる者全てが総合事業における介護予防の考えを共有する必要がある。
- ⑦ より効果的な介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの実施に向けて「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」第5 自立支援に向けた関係者間での意識の共有(規範的統合の推進)と効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方～一歩進んだケアマネジメントに向けたガイドライン～も参考にしながら、取り組んでいただきたい。

(5) 報酬(単価、加算)、支払

① ケアマネジメントの単価

	ケアマネジメントⅠ	ケアマネジメントⅡ	ケアマネジメントⅢ
単価	1月あたり 442 単位	1月あたり 375 単位	1月あたり 292 単位 (初回月のみ)

※1単位 10.21 円

②加算

	概要
初回加算 (300 単位)	<ul style="list-style-type: none"> 指定介護予防支援事業所において、新規に介護予防サービス計画を作成する利用者に対し、指定介護予防支援を行った場合に算定。 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。 ただし、予防給付サービスを受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、サービス事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定は不可。 (介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む)
委託連携加算 (300 単位)	介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該居宅介護支援事業所に提供し、ケアプラン作成等に協力した場合は、当該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回を限度として所定単位数を算定。

※1単位 10.21円

(参考)よくある質問

	委託連携加算	初回加算
転居により担当の地域包括支援センターが変更 委託の居宅介護支援事業所の変更なし	算定可	算定可
地域包括支援センターの変更なし 委託の居宅介護支援事業所が変更あり	算定可	算定不可

③介護予防ケアマネジメントに関する予防給付と総合事業の関係

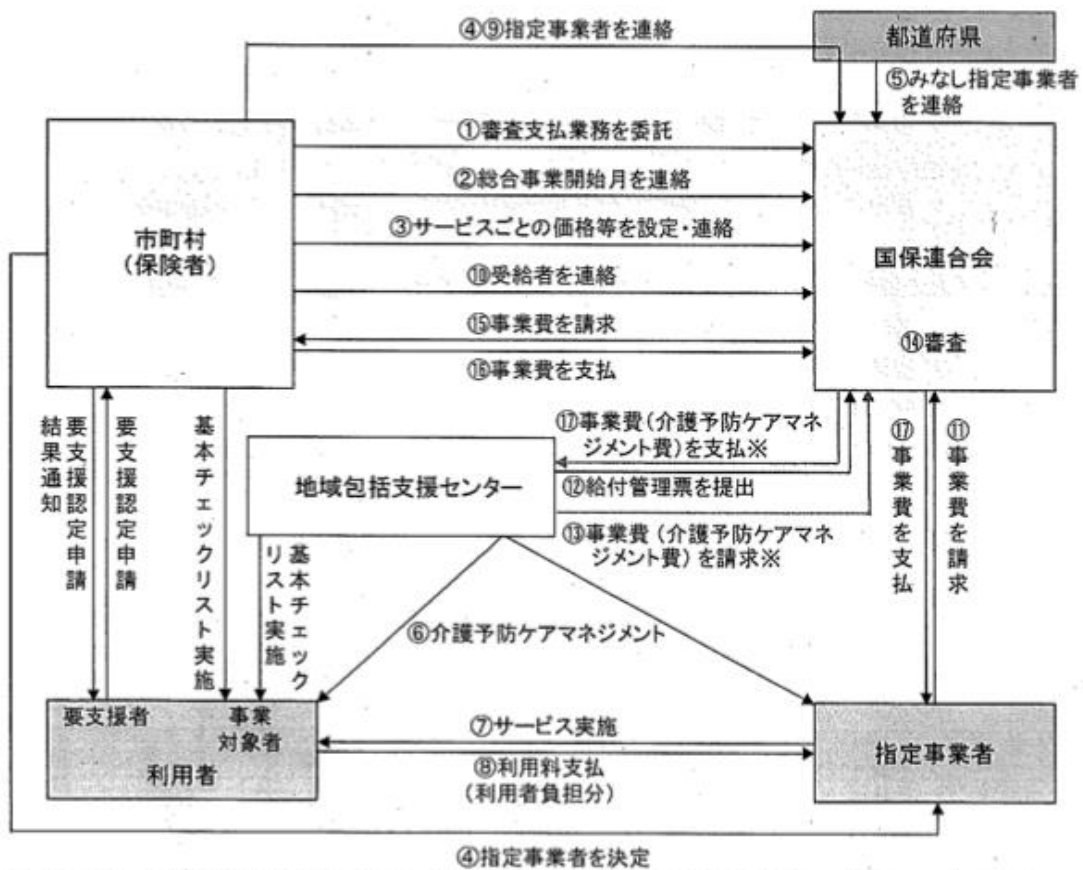
	サービス利用パターン	ケアマネジメント費	費用
事業対象者	事業のみ	介護予防ケアマネジメント(ア)	地域支援事業費より支給
要支援1・2	事業のみ		
	給付 + 事業	介護予防給付費(イ)	給付分は予防給付より支給 事業分は地域支援事業費より支給
	給付のみ		給付分は予防給付より支給
要介護	給付(事業併用不可)	介護給付費	給付分は介護給付より支給
	給付サービス利用開始まで、事業を利用	介護予防ケアマネジメント費	介護給付サービス利用開始までの事業提供分は、地域支援事業費より支給

- (ア) 要支援認定を受けていない事業対象者が、要支援認定は受けたが総合事業によるサービス利用のみの場合にあつては、「介護予防ケアマネジメント」として国保連合会に報酬を請求し、支払いを受ける。

- ・ (イ) 要支援1・2で予防給付サービスの利用があれば、「介護予防支援」として国保連合会に報酬を請求し、支払いを受ける。
- ・ 要介護等認定を受け、認定結果が出る前にサービス事業の利用を開始していた場合、認定結果が要介護1以上であっても、介護給付によるサービス利用開始以前のサービス事業利用分の報酬は、総合事業より支給されるものとする。
- ・ 事業対象者としてサービス事業者からサービスを提供された後、要介護認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間にあっては事業対象者として取り扱う。

④介護予防ケアマネジメント費の請求・支払

介護予防ケアマネジメント費の請求は地域包括支援センターから国保連合会へ行き、委託を受けた居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターへ報告・請求を行う。



※⑬、⑰の事業のみを利用する利用者の介護予防ケアマネジメント費は、要支援者は平成27年4月サービス分より、また事業対象者は平成29年4月サービス分より国保連合会を経由した支払が可能である。
 なお、国保連合会は介護予防ケアマネジメント費と給付管理票との実合審査は行わないことに留意。

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
<p>セルフケア 清潔・整容、排せつの自立、TPO に応じた更衣、服薬管理、健康に留意した食事・運動など</p>	<p>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</p>
<p>家庭生活 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</p>	<p>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</p>
<p>対人関係 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</p>	<p>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</p>
<p>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活） 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</p>	<p>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</p>
<p>コミュニケーション 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</p>	<p>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</p>
<p>運動と移動 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</p>	<p>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</p>
<p>知識の応用（判断・決定） 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定</p>	<p>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</p>
<p>コミュニティライフ・社会生活・市民生活 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</p>	<p>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</p>

(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)

サービスごとの対象者の目安

【予防給付相当サービス】

日常生活になんらかの支障があり、支援が必要な人

予防に取り組むことで、A型へ移行、卒業も目指すことができる

項目	状態像の目安
筋力低下がある	<ul style="list-style-type: none"> ・ 段差昇降には、手すりが必要。 ・ 立ち上がりの動作は、何かにつかまればできる。 ・ 転倒のリスクが高い、または転倒歴あり、筋力とバランス力が低下している。 ・ 家事動作も少なく、主体的に体を動かすことがない。意欲的でなく、日中、座っているまたは横になっている。
家事支援が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 単純な代行ではなく、判断を伴う家事（冷蔵庫の食品管理、塩分量を意識した調理や買い物等） ・ 長時間の立位が困難で、調理や掃除ができない。 ・ 掃除機が持てない。 ・ 麻痺や拘縮等により、動作に見守りや介助が必要
入浴に介助が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 浴槽の跨ぎの動作ができない ・ 背部や足先等の洗身、洗髪に介助が必要 ・ 自宅の浴室がない、または浴室の環境により、入浴ができない
専門職の介入が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・ うつ病や統合失調症の精神疾患や高次脳機能障害、認知機能低下等があり、本人の体調や気持ちに合わせて、慎重に対応する等の配慮が必要 ・ ゴミ屋敷や、介入拒否、社会と断絶している等により、専門的な支援を要する ・ 神経難病で、リハビリ職の介入が必要
疾病の管理が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心疾患や呼吸器疾患、がん等による、日常生活動作時の息切れ等により、日常生活に支障がある ・ 糖尿病や高血圧等の経過観察や生活の声かけが必要 ・ 運動をする際に、高血圧、低血糖等の症状に注意が必要 ・ 体重管理や内服管理、食事管理等、自己管理が不十分
栄養	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事制限はないが、食事に偏りがあり、必要な栄養を摂取できない
閉じこもりで交流がない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他者との交流意欲が低く、日常生活でも意欲低下がある。 ・ 外出しなければ、誰とも話す機会がない。 ・ 長期間の閉じこもり（概ね6か月以上）

【基準緩和型（A型）サービス】

予防相当のサービス対象者以外であり、介護保険事業所によるサービスが必要な人
日常生活に大きな支障はない。改善に向けた意欲がある人

項目	状態像の目安
筋力低下がある	<ul style="list-style-type: none"> ・ 転倒はないが、足が疲れやすく外出の機会が減っている。 ・ 膝痛などのため、歩行距離や歩行時間が短くなった。 ・ このままでは、筋力低下が進行するリスクが高い。 ・ フレイル状態で、日々の生活が悪循環になっている。
家事支援が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 膝痛や腰痛により、お風呂やトイレの掃除が難しい。 ・ 圧迫骨折等で一時的に家事が困難なため、家事代行が必要 ・ 判断能力に問題はないが、腰痛・膝痛により移動や重いものを持つことが困難。 ・ もともと家事の習慣や経験がなく、家事動作の自立に向けた指導が必要
意欲がある	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体機能の改善を図り、自立した生活を送りたいという意欲がある。
閉じこもりで交流がない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 転居等により、友人知人がいないため、交流がない ・ 通院や買い物以外で外出する機会がなく、人と言葉を交わす機会がない

【短期集中予防サービス（C型）】

集中的なりハビリにより、効果が期待できる

項目	状態像の目安
筋力低下	<ul style="list-style-type: none"> ・ ADL や IADL の改善に向けた支援が必要な人 ・ 退院直後等で一時的に身体機能が低下しており、リハ職等専門職による集中的なトレーニングにより改善が見込まれる人 ・ 慢性的な整形外科疾患で、痛みがある人
栄養	<ul style="list-style-type: none"> ・ 体重減少、食事の偏り等、栄養状態が悪い ・ 食事が不規則で量も少なく、栄養が不足している
意欲	<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリをして改善したいと意欲的な人
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日常生活に支障がある生活行為について、専門職による自宅での評価、指導等を含め支援することにより、効果が見込まれる人 ・ 必要なサービスの選定のために評価する ・ デイサービス等の利用に抵抗を感じている高齢者（認知症含む）は短期間で終了するため利用しやすい。

通所型サービス利用回数の判断の目安について

目的：通所型サービスの利用において、事業対象者に、適正なサービス量を提供する。

方法：介護予防ケアマネジメントマニュアルにおける「福井市版アセスメントシート」の項目等を参考に作成した、「通所型サービス利用回数の判断の目安」を活用し、適正なサービス量となるよう介護予防ケアマネジメントを行う。

【通所型サービス利用回数の判断の目安】

項 目	判断の目安
<p>【身体介護の必要性が高い】</p> <p><input type="checkbox"/>「(イスからの)立ち上がり」または「何かにつかまらずに歩く(5m)」または「片足立ち(1秒)」のいずれかにおいて、できない。</p> <p><input type="checkbox"/>入浴において、「一人で浴槽をまたぐ」または、「洗身」において何等かの介助が必要。</p>	<p>➤ 左記の□のいずれかに該当する場合は、週2回利用の対象。</p> <p>➤ 左記の□のいずれにも該当しない場合は、週1回の対象。</p>
<p>【機能訓練の可能性が高い】</p> <p><input type="checkbox"/>「(イスからの)立ち上がり」、「何かにつかまらずに歩く(5m)」、「片足立ち(1秒)」において、2項目以上が、つかまれば可能。</p>	
<p>【閉じこもり予防の必要性が高い】</p> <p><input type="checkbox"/>独居または日中一人で過ごし、通院以外にほとんど外出しない。</p>	
<p>【うつ予防の必要性が高い】</p> <p><input type="checkbox"/>精神的に不安定で、うつ傾向またはその恐れがある。</p>	
<p>【認知症予防の必要性が高い】</p> <p><input type="checkbox"/>「あたまの元気度調査(認知症検診)」の結果が3点以上。</p>	

【留意事項】

- ・「通所型サービス利用回数の判断の目安」を踏まえ、利用者の年齢や疾患、精神的な要因、介護の状況、生活環境等を考慮し、利用回数を総合的に判断する。
- ・サービス量判断の根拠を、ケアプラン及びサービス担当者会議の記録等に明記する。
- ・上記の目安は、事業対象者における通所型サービス利用回数の判断の目安とするが、介護にかかる手間から判定する要支援1または要支援2の状態像とは異なる。

医師の判断を求める基準、流れ

- 1 運動器プログラム参加に係るチェックシートの内容を情報収集する。
- 2 チェックシートにおいて、問 A「はい」（理由が「その他」以外）、問 B「はい」（理由が「その他」以外）問 C-1 が「はい」のいずれかの場合は、医師の判断を求める。
- 3 2に該当せず、問 A「はい」で理由が「その他」、問 B「はい」で理由が「その他」、問 C-2～4 が「はい」もしくは「わからない」の、いずれかの場合は、地域包括支援センター等において、再度聞き取りを行った上で、必要があれば医師の判断を求める。
- 4 問 C-5～6 が「はい」の場合は、事業参加時の体調管理等の参考とする。

運動器プログラム参加に係るチェックシート

A	この3カ月間で1週間以上にわたる入院をしましたか？ （「はい」または「いいえ」に○をつける）	はい	いいえ
---	---	----	-----

「はい」の場合、その理由は何ですか？（あてはまる理由に○をつける）	
<input type="radio"/> 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）	
<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） ()	

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」または「いいえ」に○をつける）	はい	いいえ
---	---	----	-----

「はい」の場合、その理由は何ですか？（あてはまる理由に○をつける）	
<input type="radio"/> 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）	
<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） ()	

C	以下のご質問にお答えください（「はい」、「いいえ」、または「わからない」に○をつける）			
C1	この6カ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか？	はい	いいえ	
C2	重い高血圧（収縮期血圧 180mmHg 以上、拡張期血圧 110mmHg 以上）がありますか？	はい	いいえ	わからない
C3	糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか？	はい	いいえ	わからない
C4	この1年間で心電図に異常があるといわれましたか？	はい	いいえ	わからない
C5	家事や買い物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか？	はい	いいえ	
C6	この1カ月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか？	はい	いいえ	

介護予防ケアマネジメント実施における様式一覧

- 1 「様式 1-1 介護予防・日常生活支援総合事業における申請書」
- 2 「様式 1-2 介護予防・日常生活支援総合事業における窓口確認票」
- 3 「様式 2-1 基本チェックリスト（福井市元気度調査）」
- 4 「様式 2-2 福井市版アセスメントシート」
- 5 「様式 3 利用者基本情報」
- 6 「様式 4 興味・関心チェックシート」
- 7 「様式 5 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）」
- 8 「様式 6-1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）」
- 9 「様式 6-2 サービス担当者会議の要点」（様式 5-1 に記載してあれば不要）
- 10 「様式 7 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」
- 11 「様式 8 週間サービス計画表」（必要に応じて）
- 12 「様式 9 短期集中予防サービスの再利用承認申請書兼理由書」
- 13 「様式 10 事業対象者有効期間終了届」

【参考資料】

- 1 「様式 2-1 基本チェックリストについての考え方」
- 2 「様式 1-2 介護予防・日常生活支援総合事業における窓口確認票の判断について」

介護予防・日常生活支援総合事業における利用申請書

申請日： 年 月 日

ふりがな 対象者氏名	被保険者番号							
住 所	電話番号 (日中連絡がつく番号)							
生 年 月 日	大正・昭和	年	月	日	年齢	歳 [※]		
申請者	事業所名： 担当者名：							
現在の状況								
認定無し	<input type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 要介護認定申請中					
事業対象者	<input type="checkbox"/> 更新		<input type="checkbox"/> 要介護認定申請したが「非該当」					
要支援・要介護	<input type="checkbox"/> 要介護認定の更新をせず申請				<input type="checkbox"/> 要介護認定の更新申請の結果「非該当」			

必要とする支援等	現在の困り事							
	この期間で 維持・改善を 目指す課題	ADL			IADL			
		<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 栄養	<input type="checkbox"/> 掃除	<input type="checkbox"/> 服薬	<input type="checkbox"/> 調理	<input type="checkbox"/> 洗濯	<input type="checkbox"/> 買物
		<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 着脱衣	<input type="checkbox"/> 整理	<input type="checkbox"/> ごみ出し	<input type="checkbox"/> 閉じこもり(外出頻度)		
希望するサービス	<input type="checkbox"/> 予防給付相当(訪問)		<input type="checkbox"/> 予防給付相当(通所)		<input type="checkbox"/> 短期集中型			
	<input type="checkbox"/> A型(訪問)		<input type="checkbox"/> A型(通所)					
更新申請の理由 ※更新の場合のみ	<input type="checkbox"/> 十分な機能改善が見られていないため							
	<input type="checkbox"/> サービスの利用がないと自立した生活が送れず、支援が必要なため							
	<input type="checkbox"/> 閉じこもり傾向があるため							
	<input type="checkbox"/> その他()							
同意欄	<p>1. 介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)の利用に係る計画の作成のために必要があるときは、基本チェックリストの記載内容や介護予防ケアマネジメントの内容等の関係資料を、市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び総合事業実施事業者、介護サービス事業者に提供することに同意します。</p> <p>2. 総合事業の適切な運営のために必要があるときは、この事業に係る個人の情報について統計処理することに同意します。</p>							
	<p>被保険者氏名 _____</p> <p>代筆者氏名 _____ (続柄) _____</p>							

介護予防・日常生活支援総合事業における窓口確認票

・No 1～No 4 のいずれかに該当する場合、「要介護認定申請」の対象。

項目	No	確認内容	チェック
本人の 身の状態	1	移動、外出に介助が必要である。	<input type="checkbox"/>
	2	排泄・着替え・入浴などの身の回りのことに介助が必要である。	<input type="checkbox"/>
	3	認知症状（物忘れ・同じ話を繰り返すなど）により、日常生活に支障がある。	<input type="checkbox"/>
希望する サービス	4	以下のサービスを利用したい。 訪問看護・通所リハビリ（デイケア）・ショートステイ・地域密着型サービス・住宅改修・福祉用具のレンタルまたは購入・施設入所（介護保険施設・特定施設）・紙おむつの支給	<input type="checkbox"/>
	5	上記のいずれにも該当しないが、訪問型サービスあるいは通所型サービスを利用したい。（理由： ）	<input type="checkbox"/>

※No. 5 に該当する場合は、下記の内容について確認。

項目	No	確認内容	チェック
心身の 状態	6	公共交通機関等を利用して、または車を運転して一人で外出できる。	<input type="checkbox"/>
	7	内服管理・金銭管理は自分でできる。	<input type="checkbox"/>
	8	電話の応対や伝言を伝えることができる。	<input type="checkbox"/>
日頃の 活動	9	趣味活動や講座、サークル活動等に、概ね週1回以上参加している。	<input type="checkbox"/>
	10	運動ができる施設などに通っている。	<input type="checkbox"/>
備考欄			

※No. 6 から No. 8 の全てに該当し、かつ No 9 もしくは No 10 に該当する場合は、「一般介護予防事業」の対象。それ以外は、「基本チェックリスト」の実施。

市チェック欄

	基本チェックリスト	アセスメントシート（該当）
運動・移動	<input type="checkbox"/> 運動機能	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 機能訓練
日常生活	<input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 10項目以上	<input type="checkbox"/> 生活援助 ※単体の場合はA型
健康管理	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 必要性あり <input type="checkbox"/> 口腔機能
社会参加	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> こころ、うつ	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ予防
認知症	<input type="checkbox"/> 認知機能	<input type="checkbox"/> 認知症予防

有効期間	開始日	年	月	日
	終了日	年	月	日

確認内容	
------	--

実施日	年 月 日
受付 対応者	包括 ・ 市 ・ 居宅 氏名 ()

基本チェックリスト（福井市元気度調査）

保険者番号：

被保険者氏名：

No.	質問項目	回答（いずれかに ○をお付け下さい）		事業対象者に 該当する基準
1	バスや電車で一人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	□ 10項目以上に 該当
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	〈運動機能〉 □ 3項目以上に 該当
7	椅子に座った状態からなに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	〈栄養状態〉 □ 2項目に該当
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	
12	BMIが18.5未満である（※） 身長 cm 体重 kg（BMI ）	1. はい	0. いいえ	〈口腔機能〉 □ 2項目以上に 該当
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	〈閉じこもり〉 □ No.16に該当
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	〈認知機能〉 □ 1項目以上に 該当
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」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	1. はい	0. いいえ	〈こころ、うつ〉 □ 2項目以上に 該当
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	

※ BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当する

			課題	対象者判定基準	該当
運動・移動について	1	(イスからの)立ち上がり	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	身体介護の必要性が高い	
	2	何かにつかまらずに歩く(5m)	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない		
	3	信号が変わる前に横断歩道を渡りきる	1)できる 2)何とかできる 3)できない	※以下のいずれかに該当する <input type="checkbox"/> 項目1~6のいずれかが「3」である <input type="checkbox"/> 項目6が「2」または「3」である	
	4	片足立ち(1秒)	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない		
	5	一人で洗身	1)できる 2)何とかできる 3)できない	機能訓練の可能性が高い <input type="checkbox"/> 項目1, 2, 3, 4のうち2項目以上が「2」以上である	
	6	一人で浴槽をまたぐ	1)できる 2)何とかできる 3)できない		
	7	外出手段	1)バス バス停まで 分 2)自家用車を運転 3)家族の送迎		
日常生活(家庭生活)	8	食事回数	1)3食/日 2)2食/日 3)1食/日 4)その他(食/日)	生活援助の必要性が高い ※以下のいずれにも該当する	
	9	調理	1)している 2)していない 1)簡単な食事の用意 2)温め 3)冷蔵庫の食品管理 4)食器洗い		
	10	掃除	1)している 2)していない 1)自室のみ 2)トイレ 3)風呂場 4)掃除機 5)モップ	<input type="checkbox"/> 利用者が単身である、または同居の家族等に障がい、疾病その他やむを得ない理由があり、家事の実施が困難である	
	11	洗濯	1)している 2)していない 1)洗濯機の操作 2)洗濯物を干す 3)取り込む 4)たたむ		
	12	ごみ出し	1)している 2)していない 1)分別 2)まとめる 3)ごみSTまで運ぶ 4)ゴミ屋敷、拒否	<input type="checkbox"/> 項目9~13のうち、2項目以上が「課題あり」	
	13	買い物	1)している 2)していない 1)買うものをリストアップ 2)注文配達 3)荷物を持って帰る 4)お買い物バス		
	14	金銭管理	1)している 2)していない 1)全て管理 2)お小遣い程度 3)銀行で出入金		
健康管理について	15	医師からの運動制限	1)ない 2)制限あり	健康管理の必要性が高い <input type="checkbox"/> 項目16, 17, 18のうち1項目以上が「3」である	
	16	その他医師からの注意	1)ない 2)注意はあるがコントロール良好 3)注意があり、守られていない		
	17	この3ヶ月で1週間以上の入院	1)ない 2)あるが再発防止に努めている 3)あり、状態が不安定で管理が必要	(注意)服薬管理ができない要因を把握する(認知症、視力、握力等)	
	18	心疾患、糖尿病、高血圧	1)ない 2)あるが服薬等で自己管理良好 3)あり、自己管理不十分		
	19	服薬管理	1)自己管理(回/日) 2)声かけ 3)時々飲み忘れ 4)拒否		
	20	口腔機能の状況	1)硬いもの食べにくい 2)よくむせる 3)口が渇く 4)義歯が合わない	口腔機能向上の必要性が高い⇒歯科受診を検討する <input type="checkbox"/> 項目20, 21のいずれかに課題あり 食事の度に水分でむせるか、水分摂取しても渇くか (注意)口腔機能のみ該当した場合、日常生活や社会参加などを踏まえて総合的に判断する	
	21	歯の手入(義歯含む)	頻度(回/日・週・月) 方法()		
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	22	1日誰と過ごすことが多いか	1)家族・友人等 2)ほとんど一人で過ごす	閉じこもり予防の必要性が高い ※以下のいずれにも該当する <input type="checkbox"/> 項目22, 23, 24のうち1項目以上が「2」である <input type="checkbox"/> 項目25, 28のいずれかが「2」である	
	23	外出する頻度(通院以外)	1) 回/週 2)ほとんど外出しない		
	24	親戚・友人と会う・連絡との頻度	1) 回/週 2)ほとんどない	うつ予防の必要性が高い <input type="checkbox"/> 項目25~28のうち1項目以上が「2」である ⇒医療機関等への相談を検討する (注意)2にチェックがある場合、日常生活(食事や家事、受診等)に影響がないか確認する	
	25	身の回りの乱れ・汚れへの配慮	1)気にしている 2)気にならなくなった		
	26	情緒が不安定になることの有無	1)ない 2)ある		
	27	一人きりになることへの不安	1)ない 2)ある		
	28	意欲	1)あり 2)ない、誰かの声かけ必要		
物忘れ等に	29	会話がまとまらない	1)いいえ 2)はい	認知症予防の必要性が高い 項目14, 29, 30のうち2項目以上に該当する。	
	30	物忘れが気になる	1)いいえ 2)はい		

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳	
住 所	Tel		()	
	Fax		()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=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

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。※自署または記名押印

年 月 日 氏名

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女）記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
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・相撲等観戦			
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			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

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

No. _____
 利用者名 _____ 殿 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

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

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

目標とする生活

1日	1年
----	----

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

健康状態について
 □主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来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
 （一部委託の場合のみ）

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

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)

利用者氏名 _____

計画作成者氏名 _____

年月日	内容	年月日	内容

- ※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。

サービス担当者会議の要点

利用者名 _____ 様

委託先担当介護支援専門員氏名 _____

サービス計画作成者(地域包括支援センター担当者)氏名 _____

開催日 _____ 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____ 回

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

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

週間サービス計画表

利用者名 _____ 様

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	12:00								
午前	14:00								
	16:00								
午後	18:00								
	20:00								
夜間	22:00								
	0:00:00								
深夜	2:00								

週単位以外のサービス	

短期集中予防サービスの再利用承認申請書兼理由書

福井市長 様

下記理由により、短期集中予防サービスの再利用について承認願います。

申請日 年 月 日
 申請者 福井 包括支援センター
 担当者

被保険者番号	区分	事業対象者 要支援1 ・ 要支援2
(ふりがな) 利用者氏名		
住所		
生年月日	年 月 日 生 (歳)	
基本チェックリスト実施日	年 月 日	
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
利用サービス事業所名		
前回利用期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
本人の状態 (病歴・現在の介護状態等)		
再度利用が必要な理由		
今後の支援方針 (利用予定期間終了までの計画等 について)		
利用予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
利用予定回数	回	
介護予防支援または介護予防ケアマネジメント業務委託事業所 (委託している場合のみ記入)	事業所名 () 担当介護支援専門員 ()	

※ 介護予防サービス・支援計画書(様式5)を添付してください。

事業対象者有効期間終了届

福井市長 宛

年 月 日

下記の事業対象者について、事業対象者の有効期間終了を届け出ます。

届出者	事業者名	福井（ ）包括支援センター		
	担当者名		電話番号	

被保険者番号									
フリガナ									
被保険者氏名									

事業対象者認定日	年 月 日
事業対象者終了日※	年 月 日で事業対象者を終了します。
届出の理由	ア) 元気度調査の結果、非該当になったため (元気度調査実施日 年 月 日) イ) 介護予防・生活支援サービスの利用予定がないため ウ) その他 ()
備考	

上記の届出内容に同意します。※自署または記名押印

被保険者氏名 _____

※ 事業対象者終了日は、元気度調査を実施した月の末日となります。

- ・ 事業対象者が、要介護認定申請をした場合には、提出不要です。
- ・ 届け出の際は、被保険者証と元気度調査票※¹を添付してください。
- ・ 新しい被保険者証は、福井市より本人宛に郵送します。
- ・ 負担割合証は回収不要です。有効期限までは、新しい被保険者証と併せて保管するよう本人に伝えてください。

※1 元気度調査票は、届出の理由ア) の場合のみ添付してください。保険者記入欄
システム入力 (未 ・ 済)
被保険者証の送付 (未 ・ 済) 担当者 _____

(参考資料)

元気度調査（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、元気度調査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上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「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ヵ月以内の値を、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。 <u>(むせる：毎食、水分でむせること 「たまに」は含まない)</u>
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。 <u>(水分摂取しても渇くか)</u>
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると聞われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「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。 <u>携帯電話で自分で調べている場合も含む。</u> <u>(着信は受けるが、自分からはかけないなど、様々な場合があり、詳細を聞き取る。)</u>
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。 <u>日めくり以外のカレンダー等を見れば、日付を思い出す場合は「できる」</u>
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。 <u>(ここ2週間で「急に」という変化がポイント)</u>
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間)以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

(参考)【窓口確認票 確認内容】の判断について

確認事項	考え方
No 1 移動、外出に介助が必要である。	直接的な介助、転倒の危険性等のための見守りなど、何らかの介助がないと、一人では移動、外出ができない。
No 2 排泄・着替え・入浴などの身の回りのことに介助が必要である。	排泄・着替え・入浴などの身の回りの動作について、直接的な介助、声かけ、見守りなど何らかの介助が必要である。
No 3 認知症状（物忘れ・同じ話を繰り返すなど）により、日常生活に支障がある。	認知機能の低下等により日常生活に支障のある症状や行動が見られる。
No 4 下記のサービスを利用したい。 訪問看護・通所リハビリ（デイケア）・ショートステイ・地域密着型サービス・住宅改修・福祉用具のレンタルまたは購入・施設入所（介護保険施設・特定施設）・紙おむつの支給	介護保険による給付サービスあるいは紙おむつの支給を希望している。
No 5 上記のいずれにも該当しないが、訪問型サービスあるいは通所型サービスを利用したい。	No 5 のみ該当する場合は、理由を聞き取る。日常生活における困りごと等があり、介護等の支援が必要である理由がわかる内容を記載する。No 6 から No 10 の確認内容を聞き取る。
No 6 公共交通機関等を利用して、または車を運転して一人で外出できる。	直接的な介助や見守りなどがなくても、一人で移動、外出ができる。
No 7 内服管理・金銭管理は自分でできる。	内服管理や金銭管理について、直接的な介助や声かけ、見守りなどの介助がなくても自分で行える。
No 8 電話の応対や伝言を伝えることができる。	日常生活において、自分で判断して行動ができる。
No 9 趣味活動や講座、サークル活動等に、概ね週 1 回以上参加している。	必ずしも週 1 回以上でなくても、月 3 回程度、定期的に継続して参加できる活動がある場合も含む。
No 10 運動ができる施設などに通っている。	運動ができる施設に通うことが可能で、体力維持が見込める場合も含む。

【留意事項】

- ・被保険者が「要介護認定申請」を希望する場合は申請。
- ・明らかに要介護認定が必要と判断される場合は、窓口確認票は不要。
- ・基本チェックリストは、日常生活において何等かの困りごとがあり、介護等の支援が必要な人に対して、簡便かつ迅速に適切なサービスにつなげるためのものであるため、該当項目や心身の状態に応じて、効果的なサービスや地域活動等を紹介する。
- ・ご本人の年齢や疾患等による心身の状態や、生活環境等を勘案した上で柔軟に判断する。その旨、備考欄に記載すること。