

総合事業窓口対応マニュアル

介護予防ケアマネジメントマニュアル

対馬市

平成 30 年 1 月

目次

総合事業窓口対応マニュアル

1	介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）とは・・・・・・・・・・	3
2	対馬市の総合事業及び対象者・・・・・・・・・・	3
3	受付窓口の心得・・・・・・・・・・	4
4	申請の流れ・・・・・・・・・・	4
	（1）事業対象者決定までの流れ（新規用）	
	（2）事業対象者決定までの流れ（更新用）	
	（3）事業対象者について	
	（4）事業対象者の相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ	
	（5）新規に事業対象者となる場合の相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ	
	（6）要支援 1・2 が事業対象者となる場合の相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ	
5	基本チェックリスト・・・・・・・・・・	9
	（1）基本チェックリスト実施における注意点	
	（2）基本チェックリストの再実施について	
6	介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書について・・・・・・・・	10
	（1）新規の場合の必要な届出書	
	（2）更新・区分変更の場合の必要な届出書	
7	関連様式・・・・・・・・・・	11
	・要介護認定・総合事業 判断フローチャート	
	・受付チェックシート	
	・基本チェックリスト	
	・基本チェックリストの該当項目に沿った判断	
	・基本チェックリストについての考え方	
	・対馬市居宅サービス・介護予防サービス計画作成、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書	

介護予防ケアマネジメントマニュアル

1	介護予防ケアマネジメントとは・・・・・・・・・・	18
2	介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方・・・・・・・・・・	18
3	介護予防ケアマネジメントの概要・・・・・・・・・・	19
4	実施の手順・・・・・・・・・・	20
	（1）概要	
	（2）手順のポイント	
5	アセスメントシートについて・・・・・・・・・・	22
6	介護予防ケアマネジメント・介護支援計画書について・・・・・・・・	23
7	報酬・・・・・・・・・・	25
	（1）報酬単価	
	（2）初回加算	
8	区分支給限度額について・・・・・・・・・・	26

9	介護予防ケアマネジメント費の請求と支払い・・・・・・・・・・	26
	（1）介護予防給付と総合事業を利用した場合	
	（2）サービスコード	
	（3）給付管理	
10	重要事項説明書等の変更について・・・・・・・・・・	29
11	利用者の移行方法と費用・・・・・・・・・・	29
	（1）有効期間満了等による要支援の認定申請等による移行	
	（2）基本チェックリスト実施での移行	
	（3）移行例と費用	
	（4）給付制限について	
12	関連様式・・・・・・・・・・	31
	・対馬市アセスメントシート	
	・対馬市アセスメントシートの考え方	
	・アセスメントシート等からサービス分類を考える早見表（対馬版）	
	・利用者基本情報	
	・介護予防ケアマネジメント・介護予防支援計画表	
	・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録	
	・介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価票	
	・事業対象者の区分支給限度額変更申請書	
	・給付管理情報提供書	
	・介護保険要介護要支援認定取消申請書	
	総合事業用語集・・・・・・・・・・	44

総合事業窓口対応マニュアル

1 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）とは

介護保険法第115条の45第1項に規定されており、
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、多様なサービスを充実させることにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援1・2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目指すものです。

2 対馬市の総合事業及び対象者

対馬市では、以下の事業を実施します。今後は地域の実情に応じて多様なサービスを、一般介護予防事業の充実とあわせて高齢者等地域住民の力を活用し、環境の整備も同時に進めていきます。

介護予防・生活支援サービス事業

【対象者】

①要支援1・2

②事業対象者

基本チェックリストに該当し、介護予防
ケアマネジメント依頼（変更）届出書を
対馬市に提出した人

訪問型 サービス	予防給付型訪問サービス※ 生活支援型訪問サービス 短期集中型訪問サービス
通所型 サービス	予防給付型通所サービス※ 生活支援型通所サービス 短期集中型通所サービス
介護予防 ケアマネ ジメント	ケアマネジメントA※ ケアマネジメントB ケアマネジメントC

※については、現行相当サービスです。

一般介護予防事業

【対象者】

65歳以上のすべての者及びその支援のため
の活動にかかわる者

介護予防把握事業	閉じこもり等の支援を要する者の把握・支援
介護予防普及啓発事業	介護予防教室、講演会等
地域介護予防活動支援事業	介護予防ボランティア養成講座 介護予防自主グループ育成・助成
地域リハビリテーション活動支援事業	住民主体の通いの場や地域ケア会議等へのリハ職等による助言等

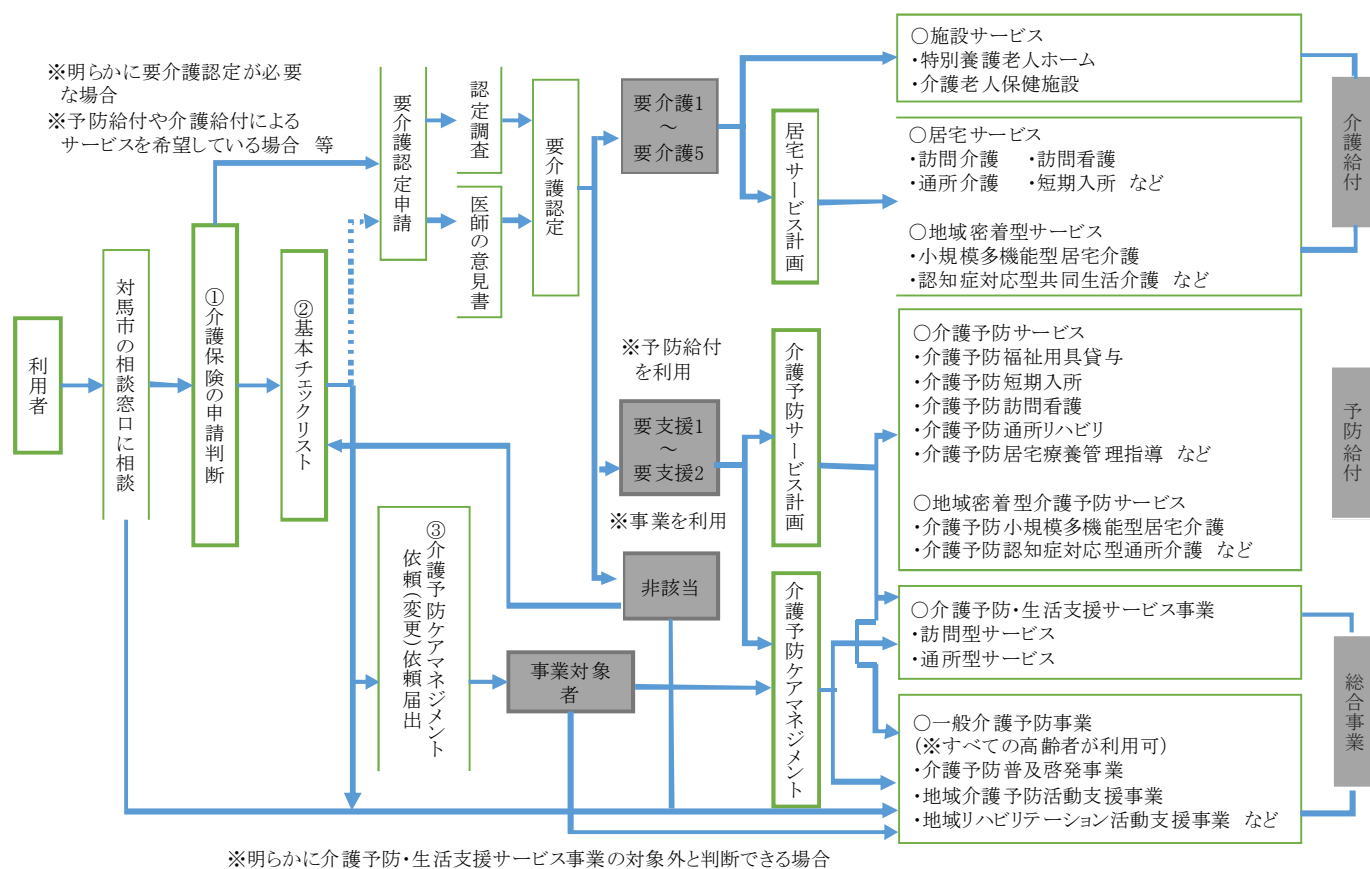
その他にも、生活支援体制整備事業、認知症施策総合推進事業等を実施し、多様な生活支援の充実や地域における支え合いの体制づくりを行っていきます。

3 受付窓口の心得

- ・受付では、対象者のサービス意向と身体状況に合わせて、介護保険申請が必要か、または総合事業の申請（基本チェックリストの実施）が必要かを判断します。
- ・介護保険の利用は、あくまでも**本人の自立のための利用である**ことを理解し、申請の必要性について、ご判断ください。
- ・総合事業利用について、対象者に混乱がないよう丁寧な説明をお願いします。
- ・判断に迷う場合は、最寄りの地域包括支援センターにご相談ください。

4 申請の流れ

(1) 事業対象者決定までの流れ（新規用）



①窓口で相談に来られた際は、なぜ来所されたかの理由についてその主訴を聞き、介護保険の申請が必要かどうかを判断します。

⇒「要介護認定・総合事業 判断フローチャート」「受付チェックシート」を活用（参照ページ：11、12）

②要介護認定の必要性が低いと判断したが、介護予防・生活支援サービス事業の利用が望ましいと思われる場合、地域包括支援センター職員または居宅介護支援事業所のケアマネジャーが基本チェックリストを実施します。

⇒「基本チェックリスト」を記入

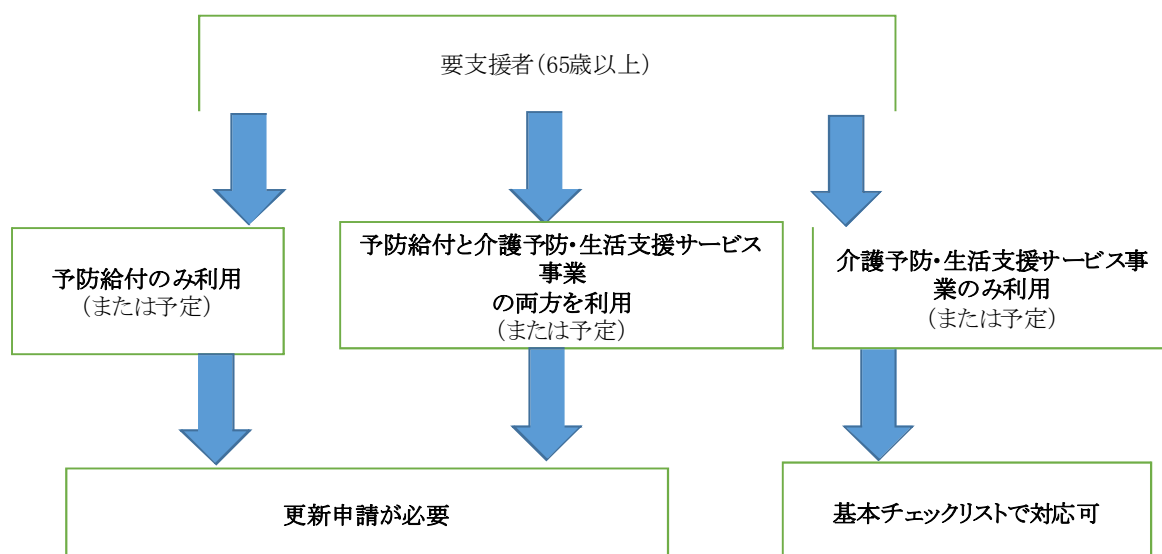
③基本チェックリストで基準に該当した方が介護予防・生活支援サービス事業を利用する場合、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を記入します。

⇒「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」の記入

（２）事業対象者決定までの流れ（更新用）

要支援の認定者については、更新申請の必要性について判断します。

第２号被保険者は介護予防・生活支援サービス事業の利用、予防給付の利用のいずれの場合も、要支援の認定が必要です。基本チェックリストで判断することはできません。



※要介護認定等申請において非該当になった場合で、介護予防・生活支援サービス事業を利用する場合は基本チェックリストの基準に該当し、事業対象者となる必要があります（第２号被保険者を除く）。

基本チェックリストの結果、どの基準にも該当しなかった場合には、介護予防ケアマネジメントは受けずに、一般介護予防事業等の利用を案内することになります。

（３）事業対象者について

事業対象者とは、65歳以上のもので、「基本チェックリスト」に該当し、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を対馬市に提出した者をいいます。

※事業対象者には有効期間がありませんので、更新手続きなどは不要です。

(4) 事業対象者の相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ

(1) 相談

利用者は窓口（対馬市・地域包括支援センター等）に相談します。

他圏域の相談者が窓口で事業対象者として申請に来られた場合は、当該圏域地域包括支援サブセンターに申し送りを行う旨を確認して受付を行います。

(2) 聞き取り

利用者より、相談の目的や必要と考えているサービスを聞き取ります。窓口担当者は、サービス事業、要介護認定等の申請等について説明を行います。

介護保険の申請が必要かどうかは、「要介護認定・総合事業 判断フローチャート」「受付チェックシート」で判断します。

(3) 総合事業の説明

総合事業の目的や内容、メニュー、手続き等のほか、以下についても説明します。

①介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して基本チェックリストを用いて事業対象者とし、迅速なサービスの利用が可能であること

②事業対象者となった後や、介護予防・生活支援サービス事業によるサービスを利用し始めた後も、必要な時は要介護認定等で申請が可能であること

※予防給付（訪問看護や福祉用具貸与等）を希望している場合等は、要介護認定等の申請につながります。

※第2号被保険者は、要介護認定等申請を行います。

(4) 基本チェックリストの実施

実施に際しては、「基本チェックリストの考え方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人等が記入します。

(5) 基本チェックリストの基準に該当しているかの確認

基本チェックリストの実施により、基準に該当しているかどうかを確認します。（参照ページ：14）

(6) 基本チェックリスト・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の提出

地域包括支援センターは、申請書・基本チェックリスト・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を保険課に提出します。保険課は、申請書・基本チェックリスト・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を受理し、被保険者証を発行します。

(7) 介護予防ケアマネジメントの実施

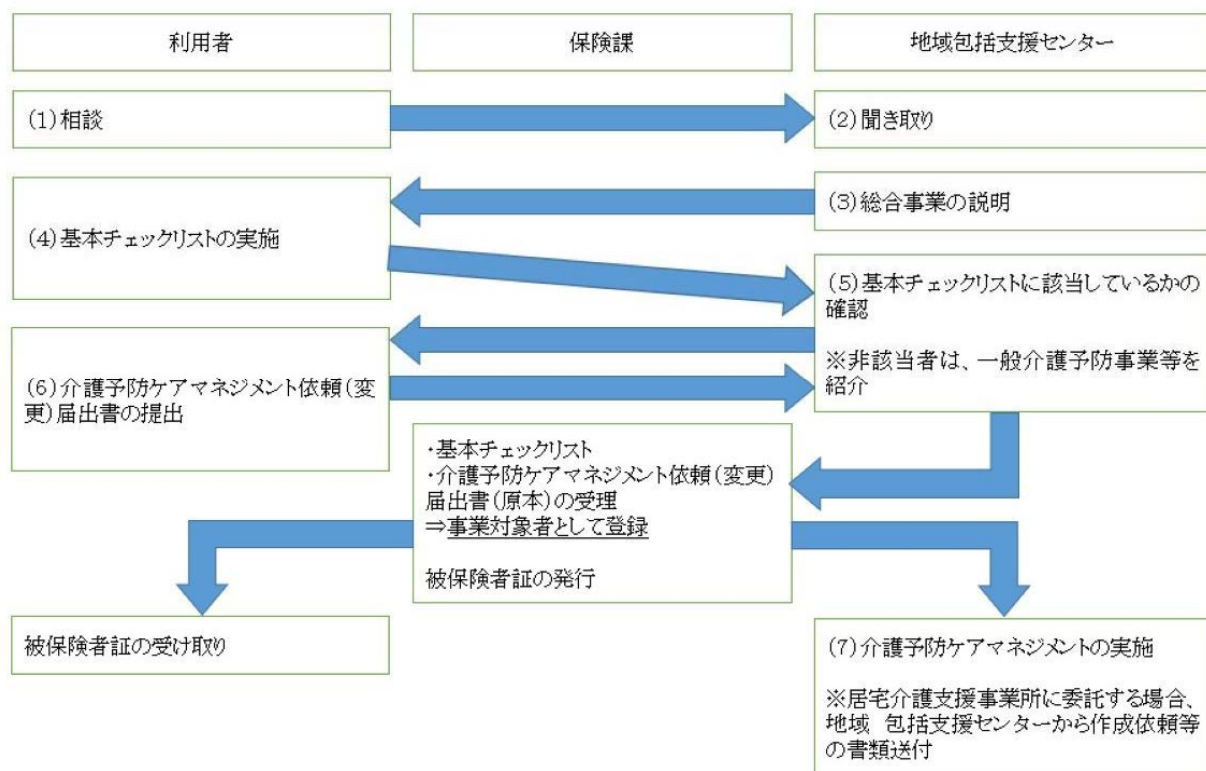
利用者に対して、介護予防・生活支援を目的に、その心身の状況等に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から援助を行います。

(5) 新規に事業対象者となる場合の相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ

新規で事業対象者となる場合は、原則として窓口（対馬市・地域包括支援センター）が利用者の相談を受け付けます。

居宅介護支援事業所が相談を受け付けた場合、必ず地域包括支援センターに連絡し、申請書と基本チェックリスト、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書は、必ず地域包括支援センターに提出してください。

【地域包括支援センターで受け付けた場合】



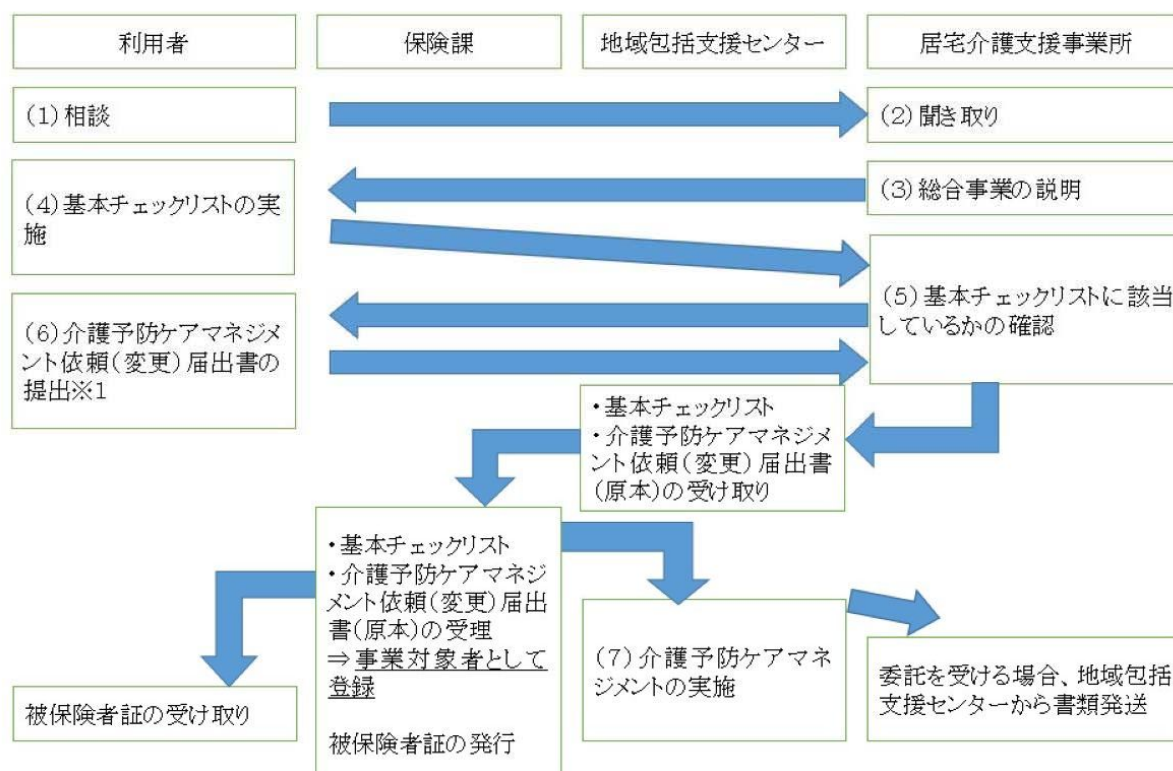
(6) 要支援 1・2 が事業対象者となる場合の相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ

要支援 1・2 が更新せずに、事業対象者となり、窓口（対馬市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所）が利用者の相談を受け付けます。

また、要介護者が更新して要支援 1・2 または事業対象者となり、介護予防・生活支援サービス事業のみ利用する場合も同様の流れとなります。

居宅介護支援事業所が申請書と基本チェックリスト、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を利用者に記入してもらう場合、必ず地域包括支援センターに提出してください。

【居宅介護支援事業所で受け付けた場合】



※1) 要支援者が、予防給付から介護予防・生活支援サービス事業に移行する際、要支援者であることは変わらず、ケアマネジメントを実施する地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）も変わらない場合は提出不要です。

5 基本チェックリスト

(1) 基本チェックリスト実施における注意点

◎本人等が記入する

「基本チェックリストについての考え方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人等に記入してもらってください。本人等の記入が難しい場合は、地域包括支援センター等が聞き取り、記入します。

「できる、できない」ではなく、日常的に「やっている、やっていない」の状態を記入します。

◎家族等の来所による相談の場合

本人の家族が行ったものに基づき、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明等を行い、適切なサービスの利用につなげてください。

◎居宅介護支援事業所等からの代行の場合

代行による基本チェックリストの提出も可としますが、本人が来所できない場合（家族等の来所）と同様の扱いとします。

(2) 基本チェックリストの再実施について

本人の状態変化に応じて、一般介護予防事業へ移行した後や、一定期間介護予防・生活支援サービス事業の利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合は、必要に応じて再度基本チェックリストを行います。

※要介護認定等の申請が必要と判断した場合は、要介護認定等申請を行います。

6 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書について

担当地区の地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントを受けることについて確認し、「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」に記入してもらいます。

※介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の届け出年月日が事業対象者の有効開始日になり、被保険者証に印字されるため、記入されていることを必ず確認してください。

介護予防ケアマネジメントの依頼は、基本的に利用者から対馬市に提出しますが、本人の代理として家族や地域包括支援センター等から提出することもできます。

（１）新規の場合の必要な届出書

区分	必要な届出書
要支援 1・2	介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書 ただし、介護予防・生活支援サービス事業のみ利用することが明らかに 分かっている場合は、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書
事業対象者	介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

（２）更新・区分変更の場合の必要な届出書

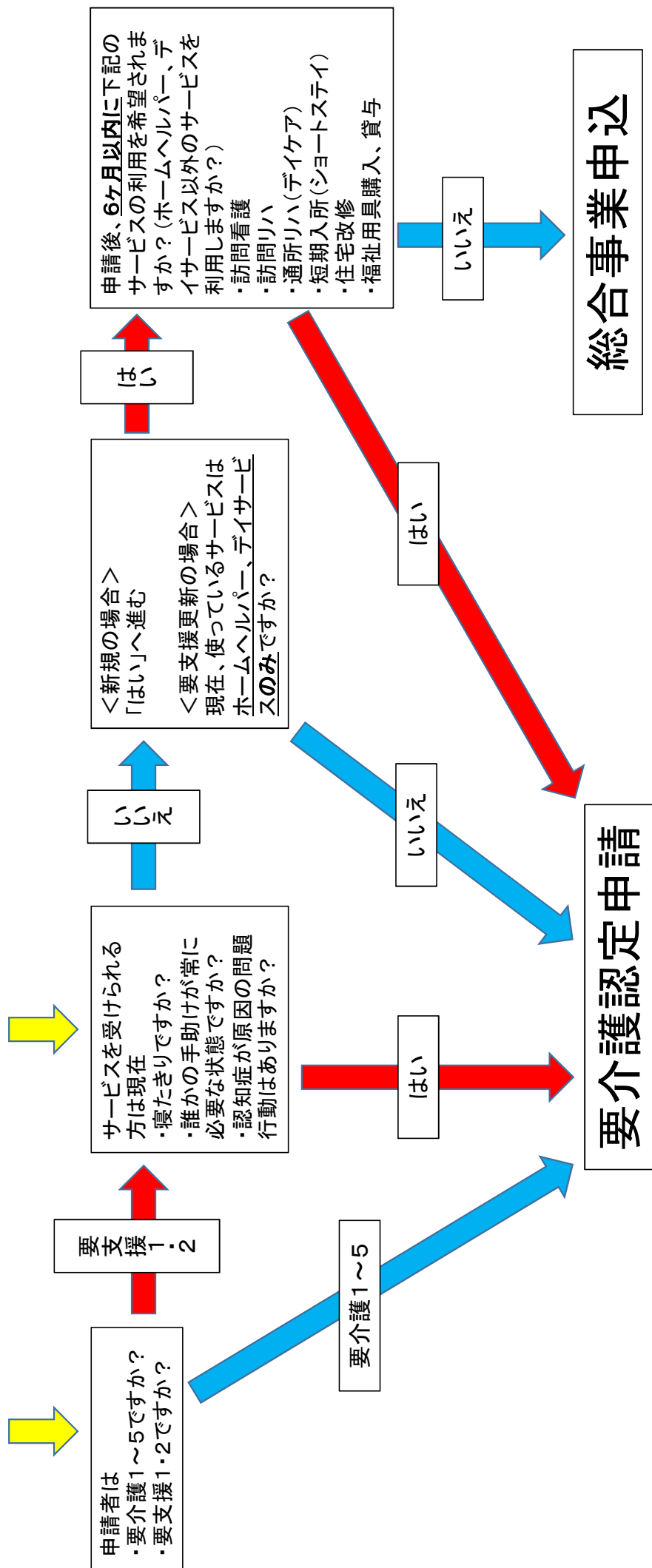
区分変更		必要な届け出
前	後	
要介護者	要支援 1・2	介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書 ただし、介護予防・生活支援サービス事業のみ利用することが明らかに 分かっている場合は、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書
	事業対象者	介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書
要支援 1・2	要支援 1・2	届け出は不要
要支援 1・2	事業対象者	介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

※対馬市では、居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書、介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書については、1つの様式を併用しています。

○要介護認定・総合事業 判断フローチャート

更新・区変申請は
ここからスタート！

新規申請は
ここからスタート！



受付チェックシート

申請者(被保険者)氏名 : _____

現在のサービス利用状況(有)・・・継続予定

☐ 訪問介護(ヘルパー)	月・火・水・木・金・土・日
☐ 通所介護(デイサービス)	月・火・水・木・金・土・日
☐ 短期入所(ショートステイ)	定期利用 : 月 日程度、不定期利用
☐ 福祉用具貸与	特殊寝台(ベッド)・車イス(セニアカー、電動車イス等) その他()
☐ 訪問看護	月・火・水・木・金・土・日
☐ 訪問リハ	月・火・水・木・金・土・日
☐ 通所リハ(デイケア)	月・火・水・木・金・土・日
☐ 認知症対応型通所介護(認知デイ)	月・火・水・木・金・土・日
☐ 住宅改修済み	
☐ 福祉用具購入済み	

現在のサービス利用状況(無)・・・今後のサービス利用予定(追加)

☐ 今後利用予定なし

☐ 訪問介護(ヘルパー)	
☐ 通所介護(デイサービス)	
☐ 短期入所(ショートステイ)	
☐ 福祉用具貸与	特殊寝台(ベッド)・車イス(セニアカー、電動車イス等) その他()
☐ 訪問看護	
☐ 訪問リハ	
☐ 通所リハ(デイケア)	
☐ 認知症対応型通所介護(認知デイ)	
☐ 住宅改修	手すり・段差解消・和式トイレから洋式トイレ その他()
☐ 福祉用具購入	ポータブルトイレ・入浴用設備・補高便座 その他()

申請者(被保険者)の心身の状態・・・チェックがあれば通常申請

☐ 移動・移乗に介助が必要(自分一人ではできない)
☐ 食事・更衣・排泄等に介助が必要(自分一人ではできない)
☐ 火の消し忘れ、物を置いた場所がわからない、ご飯を食べたことを忘れる等ひどい物忘れ ※物を置いた場所を思い出す・年相応の物忘れは含まない
☐ 一人で外出して戻れない、一人で行きたい場所へ行けない
☐ その他()

※上記利用予定サービスの内、訪問介護(ヘルパー)・通所介護(デイサービス)のみの方、及び利用予定なしの方は、総合事業対象者となります。

- ① 一度総合事業対象者の手続きをすれば、今後手続きは不要。
- ② 訪問介護(ヘルパー)・通所介護(デイ)以外のサービスを利用するときは再度申請が必要。

☐ 上記、①・②の説明を受け、総合事業対象者の申請をする。

→ 説明を受けた方

申請者(被保険者)・家族等() : 子・親族()・その他() : 知人()

窓口担当者 : _____

基本チェックリスト

利用者番号： _____

記入日： _____

氏名		様	住所		生年月日	
希望するサービス内容						
No.	質問項目				回答 (いずれかに○をお付け下さい)	
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	日用品の買物をしていますか				0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか				0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか				0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか				0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか				0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか				0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか				0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか				1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか				1. はい	0. いいえ
11	6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
12	身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMI = _____) (注)					
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか				1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか				1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか				1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか				0. はい	1. いいえ
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。

複数項目	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ	該当
20	5	2	3	NO 16	3	5	非該当

基本チェックリストの該当項目に沿った判断

記入日： _____

氏名		様	住所		生年月日	
希望するサービス内容						
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1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	①複数の項目に支障 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			
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ			
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ			
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ			
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ			
11	6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			
12	身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMI = _____) (注)					
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ			
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ			
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	③低栄養状態 2項目に該当		
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			
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	1. はい	0. いいえ	④口腔機能の低下 2項目以上に該当		
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ			
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ			
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	⑤閉じこもり No. 16に該当		
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			
				⑥認知機能の低下 1項目以上に該当		
				⑦うつ病の可能性 2項目以上に該当		

(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。

【共通的事項】

- ① 対象者には、深く考えずに、主観に基づき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。各地域の実情に応じて適宜解釈していただいて結構ですが、各質問項目の表現は変えないでください。

	基本チェックリストの質問項目	基本チェックリストの質問項目の趣旨
1～5 まで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	バスや電車で一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、必要な物品を間違いなく購入しているか）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。電話による交流は含みません。また、家族や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乗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 まで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 まで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 ヶ月で 2～3Kg 以上の体重減少がありましたか	6 ヶ月間で 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 ヶ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 ヶ月以内の値を、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 まで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を、本人の主観に基づき回答してください
16～17 まで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 ヶ月の状態を平均してください。
17	去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 まで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、電話を掛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	今日が何月何日がわからない時がありますか	今日が何月何日が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 まで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	

様式第33号(甲)(第29条関係)

対馬市居宅サービス・介護予防サービス計画作成、介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

										区 分	
										新規・変更	
被保険者氏名					被保険者番号						
(フリガナ)					個人番号						
					生年月日				性別		
					明・大・昭 年 月 日				男 ・ 女		
居宅サービス等計画の作成、介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する事業者											
事業所名						所在地					
			〒			電話番号					
事業所番号											
事業所を変更する場合の事由等(*事業所を変更する場合のみ記入してください。)											
変更年月日 (年 月 日)											
対馬市長 様 上記の事業者に居宅サービス等計画の作成又は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。 また、上記の事業者に本届出に関する権限を委任します。 年 月 日 被保険者 住所 氏名 電話 番 号 印											

- (注) 1 届出者の氏名を本人が自署する場合は、押印を省略することができます。
- 2 この届出書は、要介護(要支援)認定の申請時、若しくは居宅サービス等計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに対馬市へ提出してください。
- 3 事業所を変更するときは、必ず対馬市に届け出てください。届出のない場合は、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

介護予防ケアマネジメントマニュアル

1 介護予防ケアマネジメントとは

介護保険法第 115 条の 45 第 1 項に規定される「第 1 号介護予防支援事業」であり、要支援 1・2 及び事業対象者に対して、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、対象者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す。

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

①高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ

②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

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に支援するものです。

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、

対象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、対象者の自立支援につながるように「心身機能」「活動」「参加」にアプローチしていくことが重要です。

※「何がしたいのか?」「何ができるようになりたいのか?」今後の生活を検討するためのアセスメントが必要です。

3 介護予防ケアマネジメントの概要

介護予防ケアマネジメントは、予防給付の介護予防支援と同様、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ものとしますが、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する委託も可能です。

介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、

居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを行う場合も、地域包括支援センターは地域ケア会議等を活用しつつ、関与するよう努めます。

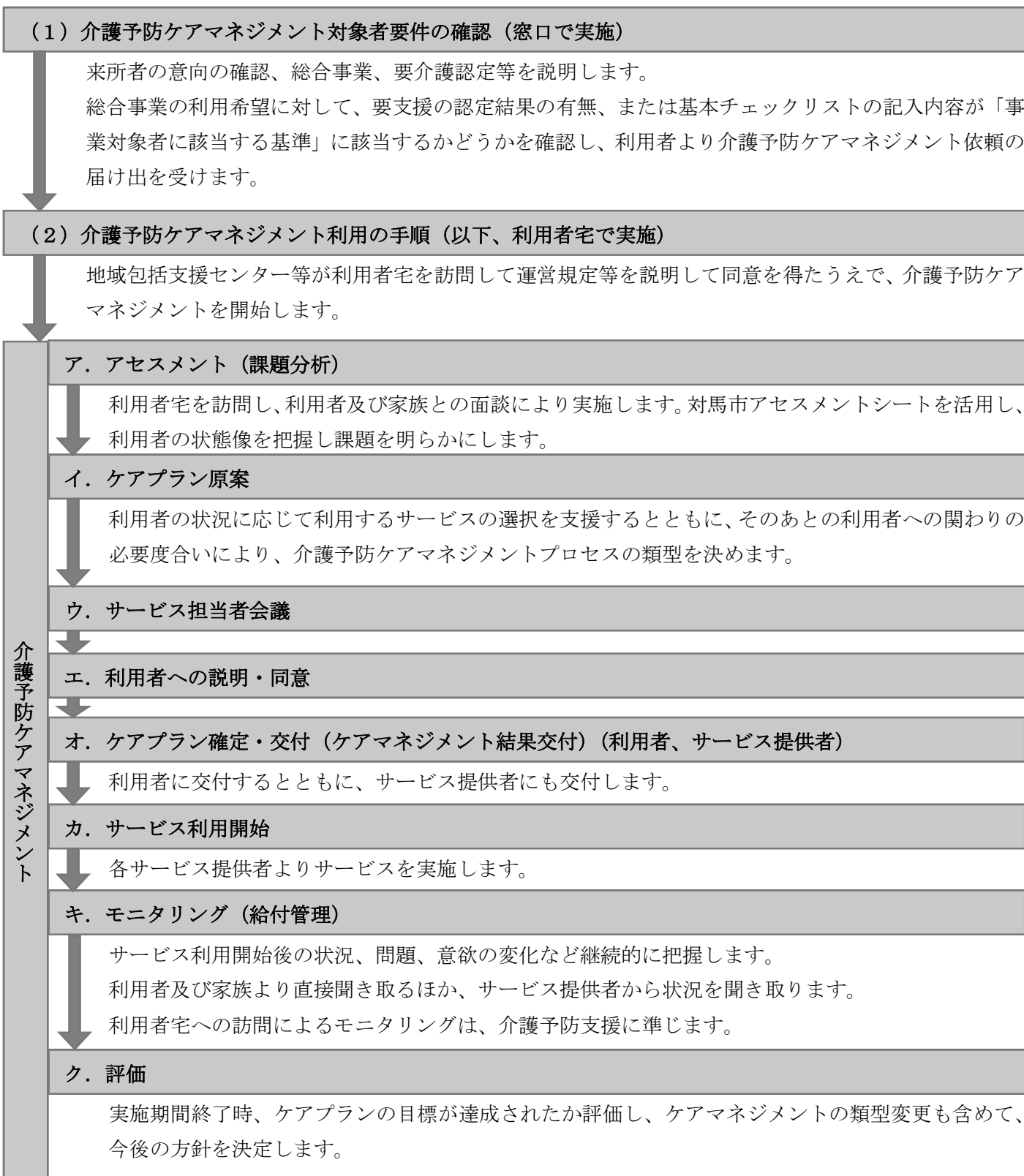
介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、基本チェックリストの結果や対馬市アセスメントシート、利用者の状態、本人の希望するサービス等を踏まえて、以下の3パターンに分けて行います。

		原則的な ケアマネジメント (ケアマネジメント A)	簡略化した ケアマネジメント (ケアマネジメント B)	初回のための ケアマネジメント (ケアマネジメント C)
該当サービス		予防給付型		その他
		短期集中型・生活支援型		
介護 予防 ケア マネ ジ メ ン ト	アセスメント	○	○	○
	原案作成	○	○	○（簡略されたもの）
	サービス担当者会議	○	簡略化	—
	利用者への同意・説明	○	○	○
	ケアプランの確定・交付	○	○	○
	モニタリング	自宅での面接 1回/3ヶ月 電話・事業所訪問 1回/月	面接 1回/3ヶ月 電話 1回/月	—
	評価月	自宅での面接	自宅での面接	—

4 実施の手順

介護予防ケアマネジメントを開始するにあたっては、利用者が要支援 1・2 であることまたは、事業対象者として対馬市に登録されることが必要です。

(1) 概要



(2) 手順のポイント

アセスメント ●生活機能低下の背景・原因及び課題の分析	【ポイント】 ○利用者の自宅に訪問して本人との面接による聞き取り等を通じて行います。 ○より本人にあった目標設定に向けて、「～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す。 ○「対馬市アセスメントシート」を用いて、現在置かれている利用者の状態像を把握し、課題を明らかにします。 ●対馬市アセスメントシート ●利用者基本情報
ケアプラン原案作成 ●目標、具体策、利用サービスなどの決定	【ポイント】 ○自立支援に向けた目標の設定 ・生活の目標については、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します。 ・3～12 か月を目途とする生活の目標に対し、3～6 か月を目途とする維持・改善すべき課題である「目標」が達成できることを目的に、計画を作成します。 ・利用者自身でも評価できる具体的な目標とします。 ○利用するサービス内容の選択 ・<u>サービス事業の利用のみに限定せず、一般介護予防事業や民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の状態や意向に合ったサービスを選択します。</u> ●介護予防ケアマネジメント・介護予防支援計画表
サービス担当者会議 ●家族やサービス提供担当者などと共通認識	【ポイント】 ○本人、事業所から目標達成のための意見を促します。 ○サービス事業の終了、移行を意識し期間の設定等共有します。 ○担当者会議後、日々利用者の状態の変化、新たな課題の発生、目標達成等状況の変化があった場合の連絡体制づくりを行います。 ○モニタリングの方法等、今後の関わり方などを事前に伝えておきます。 ●介護予防ケアマネジメント・介護予防支援計画表 ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録
モニタリングと評価	【ポイント】 ○介護予防支援と同様、3 か月に 1 回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった時には、訪問して面接します。 ○本人の取り組みも含め、サービスが計画的に行われていたか確認します。 ○新たな課題の発生の有無と、再アセスメント、再プランニングの必要性の判断を行います。 ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価票

5 アセスメントシートについて

アセスメントシートは、対象者が「どのような場合に、どのような視点で、どのようなサービスを利用することが適切であるか」について、関係者が共有して理解できるツールとして対馬市独自のものを作成しています。

事業対象者の多くは、ADLは自立していますが、IADLの一部が行いにくくなっている状態であることから、

①プランのアセスメント領域

②認知症状

を中心に聞きとる内容になっています。

(参照ページ：(対馬市アセスメントシートの考え方) 32、33)

(参照ページ：(アセスメントシート等からサービス分類を考える早見表(対馬版)) 34)

【介護予防ケアマネジメントには地域ケア会議の活用が有効！！】

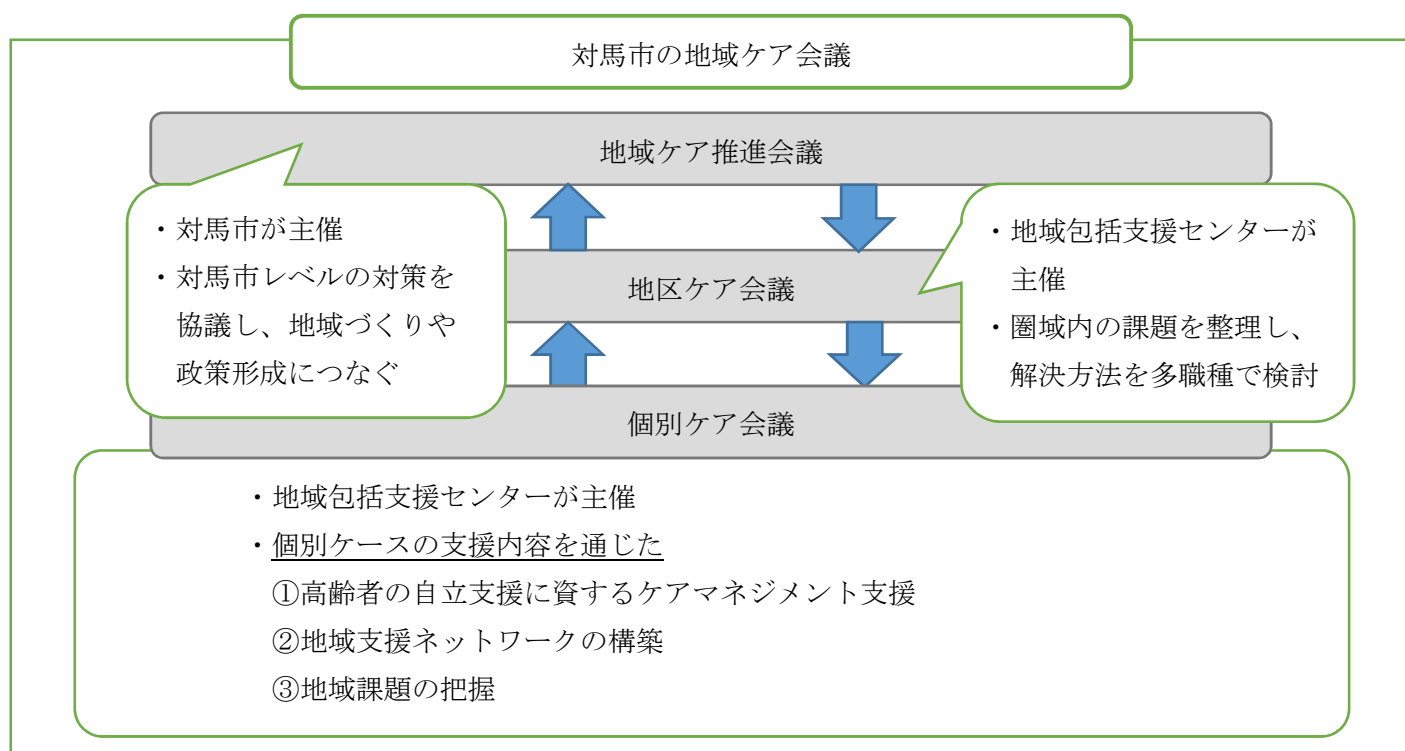
●介護予防ケアマネジメントについて、自立支援に向けた具体的な目標の立て方やそれを実現するための支援のあり方について、**地域内の多職種の中で個別のケースを検討していくことは重要です。**

●本人の自立を支援していくために、リハビリテーション専門職等の参加を得て、地域ケア会議により自立支援に向けたケアのあるべき姿を検討することが重要です。

●地域ケア会議の中で、どのようにして本人の自立を支援していくかを考えることは、単にサービスの組み合わせを考えることではなく、一人一人の多様なニーズに応じた支援をするために**多様な地域資源が必要であることを**知ることです。

地域ケア会議とは…地域包括支援センターが主催し、設備・運営する

「行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議」



6 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援計画表について

対馬市のケアマネジメントプランは、予防給付でのサービス利用が開始された際に現状データを利用しつつ、必要時項目を記載できるよう従来の様式を活用し、チェック方式とすることで複数回同じような記載を減らし見やすいプランとしています。

※自社システムでプランを作成される際は、言葉のセンテンスを利用することも可能です。

更新後にサービス内容に変更がない等の時は、介護予防ケアマネジメントプランであっても、今までと同じように作成されて構いませんが、週 2 回利用の該当項目のみ、領域における課題への記載をお願いします。

訪問介護と通所介護のみをどちらか一方だけ利用の方が、平成 29 年 4 月 1 日以降、それまで利用していなかった訪問サービスと通所サービスを新たに利用されたい場合の取り扱いは、新規と同様に「対馬市アセスメントシート」で実態を把握、「対馬市アセスメントシート早見表」にて利用できるサービスを判断することになります。

対馬市アセスメントシートを活用し、利用できるサービスに該当するものがない場合は、サービス事業を利用できないこともあります。

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援計画表

[illegible]

7 報酬

(1) 報酬単価

	原則的な ケアマネジメント	簡略化した ケアマネジメント	初回のみの ケアマネジメント
該当 サービス	予防給付型		その他
	短期集中型・生活支援型		
月報酬	430 単位	有り（検討中）	430 単位（1 回のみ）
初回加算	300 単位	有り	300 単位
	委託月報酬 387 単位 初回加算 270 単位	*現在、該当するサービスはなし。	委託月報酬 387 単位 初回加算 270 単位

(2) 初回加算

初回加算は、現行の居宅介護支援、介護予防支援における取扱いに準じます。

ア) 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

（介護予防ケアマネジメントの実施が終了して 2 か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）

イ) 要介護者が、要支援の認定を受け、あるいは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

※要支援 1・2 から事業対象者に移行した場合は、初回加算の算定を行うことはできません。

8 区分支給限度額について

事業対象者の支給限度額は、要支援 1 の利用限度額と同じとします。

予防給付型訪問サービス・通所サービス（現行相当サービス）において、利用者の状態等により要支援 2 相当（10,473 単位）のサービス量が必要となる場合は、利用者から対馬市に申請書を提出していただくことになります。（参照ページ：40、41）

なお、区分支給限度額の変更期間は、原則 3 ヶ月とします。

【区分支給限度額の変更ができる場合】

- ・退院直後で、集中的にサービスを利用することが自立支援につながると考えられるような場合
- ・心身状況により、要支援 2 相当と考えられる場合

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

【留意事項】

・対馬市が実施する総合事業のうち、支給限度額の管理の対象となるサービスは、予防給付型訪問サービス・通所サービス、生活支援型訪問サービス・通所サービス（請求先が国保連）のみです。

9 介護予防ケアマネジメント費の請求と支払い

（1）介護予防給付と総合事業を利用した場合

利用者 区分	サービス利用パターン例		プランの種類	ケアマネジメ ントの種類	請求先
要支援 2 要支援 1	予防給付のみ		介護予防支援費		国保連
	予防給付と総合事業の併用				
	総合事業のみ	※1	ケアマネジメント費	A	対馬市
		※2		A	
		※3		C	
	事業 対象者	※1		A	国保連
※2		A		対馬市	
※3		C			

※1 予防給付型訪問サービス・通所サービス、生活支援型訪問サービス・通所サービス

※2 短期集中型訪問サービス・通所サービス

※3 一般介護予防事業等

(2) サービスコード

サービス種別		サービスコード	
訪問型サービス	予防給付型訪問サービス (現行相当サービス)	A1	総合事業みなし指定事業者
		A2	総合事業指定事業者
	生活支援型訪問サービス (サービス A)	A2	
通所型サービス	予防給付型通所サービス (現行相当サービス)	A5	総合事業みなし指定事業者
		A6	総合事業指定事業者
	生活支援型通所サービス (サービス A)	A6	

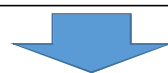
要支援1・2の方で

**要支援1・2の更新を迎えた月から
コードは総合事業のもの**

平成29年3月まで

週に1回ヘルパーを利用。	コードは	61
週に1回デイサービスを利用。	コードは	65
福祉用具貸与(歩行器)を利用。	コードは	67

平成29年8月1日更新ならば



平成29年7月までは

週に1回ヘルパーを利用。	コードは	61
週に1回デイサービスを利用。	コードは	65
福祉用具貸与(歩行器)を利用。	コードは	67

平成29年8月からは

週に1回ヘルパーを利用。	コードは	A1	1111
週に1回デイサービスを利用。	コードは	A5	1111
		(ひなたの里のみ A6 1111)	
福祉用具貸与(歩行器)を利用	コードは	67	

平成30年4月からは
コードが
ヘルパーは A2
デイサービスは A6

変更なし

コード変更となるのはデイとヘルパーのみ

(3) 給付管理

対馬市では、予防給付、総合事業、緩和型のサービス利用者の給付管理について、1つの様式を用いて行います。

介護予防給付・総合事業管理情報提供書

(平成 年 月請求分)

居宅介護支援事業者	事業所名
介護支援専門員	事業所番号
	氏名

該当するものに○

初回加算がある場合のみ「有」と記入 ※「無」の記載は不要

単位数の算定根拠をわかりやすくするため、この欄をご利用下さい。日割り

番号	被保険者番号	氏名	要支援区分	サービス提供年月	サービス種類	初回加算の有無	サービス事業者		サービス		加算の種類		その他の特記事項	日付又は曜日	時間帯
							事業所名	事業所番号	種類名	コード	給付計画単位数	通所型サービス1(日割)			
1	〇〇〇	〇〇〇〇〇	1	平成 29 年 4 月分	☒ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 緩和型		〇〇〇〇園	〇〇〇〇	通所型サービス1(日割)	A5	1,458			水	09:00 ~ 15:00
							〇〇短期入所事業所	〇〇〇〇	短期入所(日割)		24	1,419		送迎なし、併設多床室	~
2	〇〇〇	〇〇〇〇〇	1	平成 29 年 4 月分	☒ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 緩和型									~	
														~	
3	〇〇〇	予防太郎 S5.5	1	平成 29 年 4 月分	☒ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 緩和型		〇〇デイサービスセンター	〇〇〇〇	通所型サービス2	A5	4,284			13:30 ~ 16:30	
														~	
4	〇〇〇	〇〇〇〇〇	1	平成 29 年 4 月分	☒ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 緩和型	有	〇〇訪問介護事業所	〇〇〇〇	訪問型サービス2	A1	2,535		初回加算有り	火・金	11:00 ~ 12:00
							〇〇福祉用具貸与事業所	〇〇〇〇	福祉用具貸与					~	
5	〇〇〇	〇〇〇〇〇	1	平成 29 年 4 月分	☒ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 緩和型		〇〇訪問看護ステーション	〇〇〇〇	訪問看護2(正看)		63			6/20	10:00 ~ 10:55
														~	
6	〇〇〇	〇〇〇〇〇	1	平成 29 年 4 月分	☒ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 緩和型		〇〇福祉用具貸与事業所	〇〇〇〇	福祉用具貸与		67	2,100			~
														~	
7	〇〇〇	〇〇〇〇〇	2	平成 29 年 4 月分	☒ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 緩和型	有	〇〇通所介護事業所	〇〇〇〇	通所介護2		66	3,940		水	10:00 ~ 16:30
														~	
8	〇〇〇	〇〇〇〇〇	2	平成 29 年 4 月分	☒ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 緩和型		〇〇訪問介護事業所	〇〇〇〇	訪問介護					~	
														~	

事業対象者の場合は「事」と記入

予防給付と総合事業併用の場合は両方にチェック

加算の種類欄は、該当する加算欄に○を記入

初回加算がある場合に記入

加算の種類を記入

()+()= 単位

(4828)+(225)+(96)=単位

貸与する福祉用具の種類を記入

10 重要事項説明書等の変更について

利用するサービスや有効期間の考え方が変更されるため、介護予防ケアマネジメントの実施を契機に介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの内容を併記した重要事項説明書等への切り替えが必要となります。

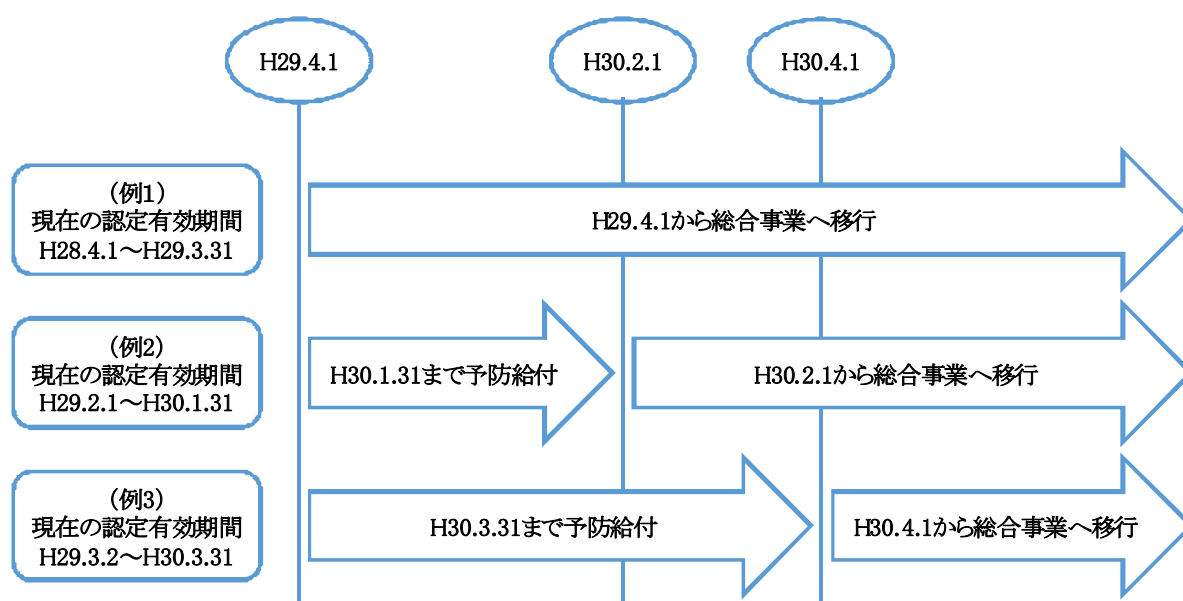
切り替え が必要な 対象者	要支援 1・2（平成 29 年 4 月以降に認定を受けた人）のうち、 予防給付型・生活支援型・短期集中型の訪問サービス・通所サービスのみ利用する人
	事業対象者のうち、 予防給付型・生活支援型・短期集中型の訪問サービス・通所サービスを利用する人

11 利用者の移行方法と費用

（1）有効期間満了等による要支援の認定申請等による移行

要支援 1・2 は、平成 29 年 4 月以降の最初の認定有効期限で総合事業に移行します。

【更新の場合の総合事業への移行について（例）】



【認定期間中の総合事業への移行について】

認定期間中に総合事業へ移行される場合は、介護保険要介護要支援認定取消申請書を保険課へ提出する必要があります。（参照ページ：43）

(2) 基本チェックリスト実施での移行

有効期間が切れる 1 か月程度前に実施してください。

【対馬市提出書類】

①基本チェックリスト ②介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

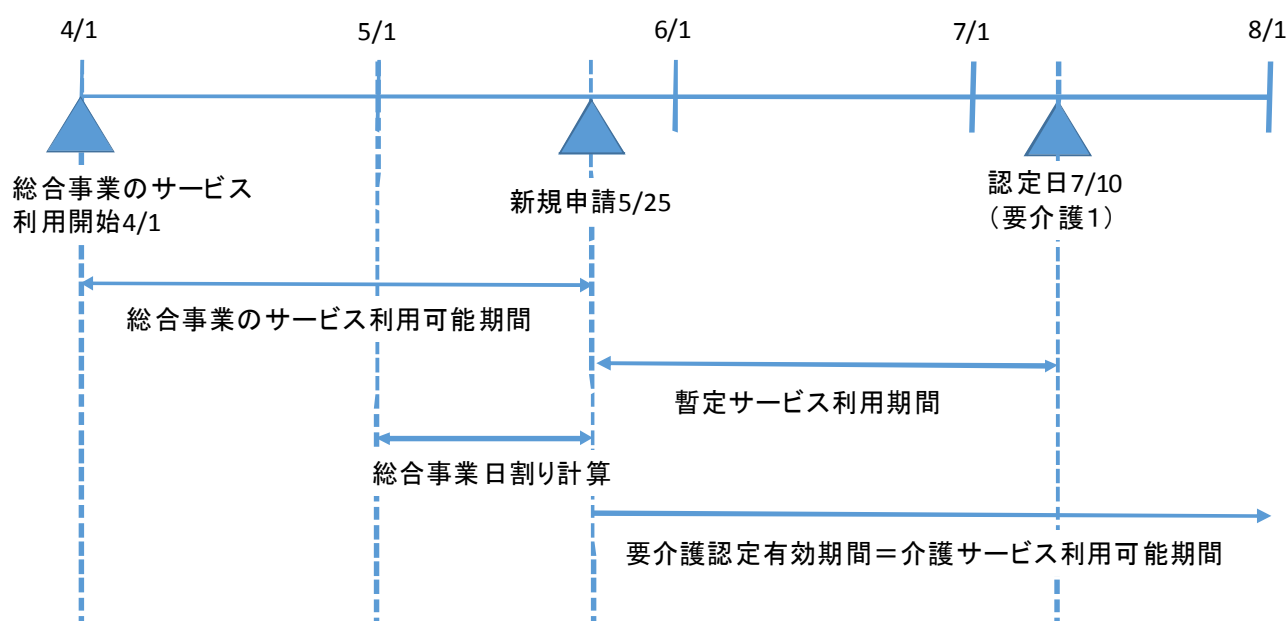
※提出後、対馬市が新たな事業対象者用の被保険者証を発行し、郵送します。

(3) 総合事業サービス利用中に要介護認定申請等による移行

総合事業サービスの利用者が要介護認定申請等を行う場合は、保険課へ居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書と暫定ケアプランの提出、サービス担当者会議の開催が必要となります。

※要支援認定見込みで暫定サービスを利用される場合は、「暫定ケアマネジメントプランまたは暫定サービス利用アセスメント票」と「暫定サービス利用同意書の写し」を提出してください。（参照ページ：35、36、37）

【要介護申請と各サービス利用可能期間の例】



(4) 給付制限について

総合事業のサービスに給付制限の対象外となります。なお、予防給付のサービス利用分については制限がかかります。

対馬市 アセスメントシート (H29.2 月確定)

氏名

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	特記・課題等
	2	何もつかまらずに歩く (5m)	1) できる 2) つかまれば可能 3) できない	
		5M の道幅を 5 秒で渡りきる	1) できる 2) つかまれば可能 3) できない	
	3	片足立ち (1 秒)	1) できる 2) つかまれば可能 3) できない	
	4	外出 日用品を買う店まで	1) 行ける (手段) 2) 誰かに頼む 3) 行けない	
		病院に行くときは	1) 行ける (手段) 2) 付き添いあり 3) 行けない	

日常生活(家庭生活)について	5	食事回数	1) 3 食/日 2) 2 食/日 3) 1 食/日 4) その他 (食/日)	特記・課題等
	6	調理	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	
	7	掃除	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	
	8	洗濯	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	
	9	ごみ出し	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	
	10	買い物	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	
	11	金銭管理	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	

社会参加・対人関係について	12	1 日誰と過ごす事が多いか	1) 家族・友人 2) ほとんど一人で過ごす	特記・課題等
	13	外出する頻度 (通院以外)	1) 回/週 2) ほとんど外出しない	
	14	親戚・友人と会う・連絡を取る頻度	1) 回/週 2) ほとんどない	
	15	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	
	16	情緒が不安になることの有無	1) ない 2) 情緒が不安定になることがある	
	17	一人きりになることへの不安	1) ない 2) 一人になることが不安である	

健康管理について	18	医師からの運動制限	1) ない 2) 運動を制限されている	特記・課題等
		その他医師からの注意	1) ない 2) 注意を受けている	
	19	定期受診	1) ある 2) ない	
	20	現在の健康状態	1) よい 2) まあまあよい 3) 普通 4) あまりよくない 5) よくない	
	21	睡眠の状態	1) 良く眠れる 2) 眠れないことがある (睡眠薬 有・無)	
	22	服薬管理の状況	1) 指示通り飲む 2) 指示があれば飲む 3) できない	
	23	一人で洗身	1) できる 2) 何とかできる 3) できない	
	24	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	
	25	口腔機能の状況	1) 問題なし 2) 硬い物が食べにくい 3) よくむせる 4) 口が渇く 5) 義歯が合わない	
	26	歯の手入れ (義歯を含)	頻度 (回/日・週・月)・方法 ()	

物忘れ等について	27	会話がまとまらない	1) いいえ 2) はい	特記・課題等
	28	物忘れが気になる	1) いいえ 2) はい	
	29	電気機器類の操作ができる	1) できる 2) 迷う 3) 難しい	
	30	火の始末は心配ですか	1) 心配ない 2) 心配している 3) 消し忘れの経験あり	
	31	悪徳商法への注意	1) 注意している 2) 注意していない 3) 被害経験あり	

【運動・移動について】

自ら行きたい場所に移動するための手段をとれるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通手段を用いることにより移動を行えているかどうか。

- ・立ち上がりはイスからの立ち上がりについての状況
- ・歩行は、5m 何かにつかまらずに歩けるかどうか
- ・片足立ちは、認定調査の基準である 1 秒を目安にバランスについての状況
- ・自宅や屋外をスムーズに歩行すること（杖なし、杖あり、車イス）についての状況
- ・交通機関を使って移動することについての状況

【日常生活（家庭生活）について】

家事（調理、掃除、洗濯、ごみ出し、買い物等）や住居・経済の管理などを行っているか。

- ・献立を考え、調理することについての状況
 - ・家事（家の掃除、洗濯、ごみ捨て、植物の水やり等）についての状況
 - ・日常に必要な物品を自分で選んで買うことについての状況
 - ・預貯金の出し入れを行うこと、収支を把握しているかどうかについての状況
- ※心身の状況を原因として、やろうとしても出来ない場合にのみ、「3)一部できる」「4)できない」を選択する。心身の状況からは「一部できる」「できない」とする理由がないのにやっていない場合は、「2)行っていないが能力はある」を選択する。
- ※やろうとしてもできない場合のうち、全くできないまたは大部分できない場合は「4)できない」を選択し、それ以外の場合は「3)一部できる」を選択する。
- ※なお、「3)一部できる」「4)できない」を選択した場合は、その理由を「特記・課題等」欄に記載する。

【社会参加、対人関係・コミュニケーション】

状況に見合った社会的に適切な方法で、人々と交流しているか。また、家庭、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会への参加状況や、家庭内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうか。

- ・家族や友人の事を心配したり、相談にのるなど関係をつくり、保つことについての状況
- ・友人を招いたり、友人の家を訪問することについての状況
- ・家族、友人などと会話や手紙などにより交流することについての状況
- ・情緒が不安定になることの有無についての聞き取り方として、「急に涙もろくなったり、怒りっぽくなったりすることはありますか」など
- ・一人になることへの不安については、うつ支援が必要な状態であるかを見極めるために参考とする（将来への不安については、本人・家族の意向欄を活用する）

【健康管理について】

飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養などの健康管理の観点から定期受診が行われているかどうか、服薬管理や清潔・整容の保持等が必要と思われる場合、この領域でアセスメントする。

- ・ 健康のために運動を行うことについての状況
- ・ 健診を受けることについての状況
- ・ 休養に気をつけることについての状況
- ・ 薬を飲み忘れず、管理することについての状況
- ・ 定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗うことについての状況
- ・ 肌や顔、歯、爪などの手入れについての状況

アセスメントシート等からサービス分類を考える早見表（対馬版）
（被保険者番号）（名前）

	アセスメントシート		判定基準	サービス検討 基準への該当	利用者 像	サービス分類
	質問	回答				
1	イスからの立ち上がり	3) できない	1項目以上該当	【回数】 「できない」に2項目以上 該当で週2回の利用可	身体介 護の必 要性が 高い	E【短運・認】 G【予通】 H【予訪】
2	つかまらずに歩く(5m) 5Mの道幅を5秒で渡りきる (杖・シルバーカー可)	3) できない				
3	片足立ち(1秒)	3) できない				
23	1人で洗身	3) できない				
24	1人で浴槽をまたぐ	3) できない	2項目以上該当	【回数】 「できない」に1項目以上 該当で週2回の利用可	運動機 能訓練 の必要 性が高 い	A【地域】 B【一般】 D【生支通】 E【短運・認】
1	イスからの立ち上がり	2) つかまれば可能 3) できない				
2	つかまらずに歩く(5m) 5Mの道幅を5秒で渡りきる (杖・シルバーカー可)	2) つかまれば可能 3) できない				
3	片足立ち(1秒)	2) つかまれば可能 3) できない				
23	1人で洗身	2) 何とかできる 3) できない	1項目以上該当	【回数】 「できない」に1項目以上 該当で週2回の利用可	家事援 助の必 要性が 高い	C【生支訪】 E【短運・認】 H【予訪】
6	利用者 同居の家族等	単身 「障害・疾病その他のやむ 得ない理由」があって家事 の実施が困難				
7	調理	3) 一部できる 4) できない				
8	掃除	3) 一部できる 4) できない				
9	洗濯	3) 一部できる 4) できない	2項目以上該当	イ 【回数】 「できない」に 2項目以上該当で週 2回以上の利用可		
10	ゴミ出し	3) 一部できる 4) できない				
12	1日誰と過ごすのか	2) ほとんど一人				
13	外出する頻度	2) ほとんど外出しない				
14	親戚・友人と会う、連 絡をとる	2) ほとんどない	1項目以上該当		閉じこ もり予 防の必 要性が 高い	A【地域】 B【一般】 D【生支通】

この早見表は、次の目的で使用します。
①新規の方のサービス分類の判断のため。②各サービスの回数判断のため。(H29年2月確定)

	アセスメントシート		判定基準	サービス検討 基準への該当	利用者 像	サービス分類
	質問	回答				
25	固いものが食べにくい よくむせる 口が渇く 義歯が合わない	6ヶ月間で2〜3Kgの体重減少があった BMI18.5未満である 2) 2食/日 3) 1食/日 食事回数	2項目以上該当 ※ロパスで歯科の紹介 ※健康増進課口腔担当の紹介	アまたはイに該当する場合 ア イ	口腔機能 の低下予 防の必要 性が高い	
5	【チェックリスト】 6ヶ月間で2〜3Kgの体重減少があった BMI18.5未満である 2) 2食/日 3) 1食/日 食事回数	2項目以上該当	ア イ	アまたはイに該当する場合 ア イ	低栄養 改善の必 要性が高 い	
基本 チェック リスト	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない (ここ2週間) これまでに楽しんでやっていたことが楽しめなくなった (ここ2週間) 以前は楽にできていたことがおっくうに感じられる (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	2項目以上該当	ア	アまたはイに該当する場合 ア イ	うつ 予防の必 要性が高 い	A【地域】 B【一般】 F【短う・閉】
16	情緒が不安定になる ことの有無	2) 情緒が不安定になる事がある	1項目以上該当	イ		
17	1人きりになることへの不安	2) 1人きりになることが不安				
21	睡眠の状態	2) 眠れないことがある				
11	金銭管理	3) 一部出来る 4) できない *	2項目以上該当 (※に関しては1項目以上該当)		認知機能維持の必要が高い	A【地域】 B【一般】 E【短運・認】
15	身の回りの整理・片付けの配慮	2) 気にならなくなった				
22	服薬管理	2) 指示がめれば飲める 3) できない *				
27	会話がまとまらない	2) はい				
28	物忘れが気になる	2) はい				
29	電気機器操作	2) 迷う 3) 難しい				
30	火の始末	2) 心配している 3) 押し退けられの経験あり *				
31	悪徳商法への注意	3) 被害経験あり *				

A・・・地域の通いの場（スクエアステップ・体操クラブ・グラウンドゴルフ等）・各種活動（老人クラブ等）【地域】
B・・・一般介護予防事業（スクエアステップ・転倒予防教室等）【一般】
C・・・生活支援型訪問【生支訪】
D・・・生活支援型通所【生支通】
E・・・短期集中型（運動機能向上・認知症予防）【短運・認】
F・・・短期集中型（うつ・閉じこもり）【短う・閉】
G・・・予防給付型通所（従前相当）【予通】
H・・・予防給付型訪問（従前相当）【予訪】

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援計画表

No.1

利用者名

様

認定年月日

～

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：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日

平成

年

月

日

（初回作成日）

担当地域包括支援センター：

目標とする生活

（身近な目標）

1日

（本人の希望的な目標）

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	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	支援計画 介護保険サービス または 地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間
運動・移動について ・屋内 支え有 ☐ 無 ☐ ・屋外 支え有 ☐ 無 ☐ ・杖 支え有 ☐ 無 ☐ ・車椅子 ☐ 押し車 ☐ ・公共交通機関の利用 ☐ ・バス ☐ ・タクシー・家族の車 ☐ ＜自由記載＞	本人 □現状のまま □手伝っても □手伝って、出来るようになりたい。 *意向(本人)	☐ 有 ☐ 無 □身体機能の低下 □気力や意欲がない □痛みや転倒が不安 □体力がない □認識がない ＜自由記載＞	☐ 運動機能維持改善したい □閉じこもり予防改善がしたい □気分の落ちこみ予防改善がしたい □物忘れ予防改善がしたい □身体機能の低下 □気力や意欲がない □家事能力維持改善がしたい □（店・病院）が遠い □独居 ＜自由記載＞	□転倒せずに移動できる □楽しく交流出来るようになる □健康を保ち安心して □物忘れ進行を遅らせる □楽しく家事が出来るようになる □からだを清潔に保てる *（具体策） □本人が行う行為	*本人・家族の意向 (必ず記載)	□転倒に注意 □できる限り本人が行う □体調の急変注意し緊急時の連絡体制を整えておく □その他	□健康・物忘れ状態観察 □他者との交流・レク □機能訓練・介助 □移動員守り介助 □入浴支援 □その他 (家族) □声かけ □準備 □その他	□予防給付型通所サービス □生活支援型通所サービス □短期集中型通所サービス □一般介護予防事業 (スクエア・ステップ・介護予防教室等公的機関主催) □地域の通いの場 (例：老稚園・カラオケクラブ等)			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて ・外出頻度 回/週 回/月 ・家族との交流 ☐ 有 ☐ 無 ・友人との交流 ☐ 有 ☐ 無 ・近隣地域との交流 ☐ 有 ☐ 無 ＜自由記載＞	本人 □現状のまま □手伝っても □手伝って、出来るようになりたい。 *意向(本人)	☐ 有 ☐ 無 □身体機能の低下 □気力や意欲がない □能力障害がある □言語障害がある □交流が苦手 ＜自由記載＞	☐ 空巣改善がしたい □空巣改善がしたい □空巣改善がしたい □その他	□家族の協力で行う行為 声掛けや見守り等 □行政サービスで行う行為 (例) 配食・介護予防教室 □介護保険で行うサービス		□転倒に注意 □できる限り本人が行う □体調の急変注意し緊急時の連絡体制を整えておく □その他	□買い物 □調理 □掃除 □洗濯 □ゴミ出し □布団干し □相談相手 □健康観察 □薬の声かけ □その他	□予防給付型訪問サービス □生活支援型訪問サービス			
健康管理について ・薬の管理 ☐ 可 ☐ 不可 ・受診 ☐ 有 ☐ 無 ・身体清潔 ☐ 可 ☐ 不可 ・バランス良い食事 ☐ 有 ☐ 無 ・睡眠 ☐ 可 ☐ 不可 ・睡眠 ☐ 可 ☐ 不可 ・口腔機能 ☐ 可 ☐ 不良 ＜自由記載＞	本人 □現状のまま □手伝っても □手伝って、出来るようになりたい。 *意向(本人)	☐ 有 ☐ 無 □服薬管理能力低下 □通院手段がない □身体機能の低下 □気力や意欲がない □認識がない ＜自由記載＞									

健康状態について
□主治医意見書、生活機能評価等を読まえた留意点

【本来行うべき支援ができていない場合】
受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
□出来る限り身体機能の維持向上を図り、活動的な生活が送れるようになる。
□人との交流、趣味、楽しみを見つけ、活動的になる。
□（生活のリズム・欠食・便秘等）を改善し健康状態を整える。

計画に関する同意
介護予防サービス支援計画表に同意します。

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

年

月

日

氏名

印

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○印をつけて下さい。	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり	物忘れ	うつ
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。	4/5	1/2	1/3	0/2	1/3	0/5

暫定サービス利用同意書

暫定サービスにおける利用回数及び利用料金の説明を_____様に行いました。

平成 年 月 日

事業所名 _____

担当者名 _____ 印

暫定サービスにおける利用回数及び利用料金に関し、下記のとおり説明を受け
その内容に同意のうえサービス利用を行います。

また、認定決定後の利用料金の変動については、一切申し立てを行いません。

平成 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

①利用回数は、週 回とする。

②利用料金は以下のとおりとし、要介護認定に該当した場合は、該当する要介護度にかかる
個人負担額及び食事代等を負担する。

なお、認定審査会で非該当となった場合の利用料は全額自己負担となることがあります。

認定区分	サービス利用料金 (10 割)	個人負担額 (1 割)	その他
要支援 1 (1 月にかかる金額)			
要支援 2 (1 月にかかる金額)			
要介護 1 (1 回にかかる金額)			
要介護 2 (1 回にかかる金額)			
要介護 3 (1 回にかかる金額)			
要介護 4 (1 回にかかる金額)			
要介護 5 (1 回にかかる金額)			

*その他欄は食事、入浴代等が実績となります。

*この金額には、各種加算額を含みます。

提出日：平成 年 月 日

暫定サービス利用アセスメント票

相 談 日	平成 年 月 日 ()		来所・電話・訪問 その他()			
本人の現況	在宅・入院()					
フリガナ 本人氏名			男・女	M・T・S 年 月 日生()歳		
住 所				Tel	()	
				Fax	()	
本人の 家族関係状況						
緊急連絡先	氏名			関係		電話 番号
	住所					
現在の生活状況 及び心身の状態	一日の生活・過ごし方				住居環境	
	現在の心身の状況(疾患名を含む)				友人・地域との関係	
	障害高齢者の日常生活自立度					
	認知症高齢者の日常生活自立度					
	障害等認定等(手帳取得関係)					
認定申請理由						
暫定サービス利用の 必要性及び 見込まれる効果						
	利用希望事業所					
	利用希望開始日		平成 年 月 日開始(週 回希望)			
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		
本人説明事項	☐ 認定の流れ ☐ サービス内容説明 ☐ 料金説明 ☐ 利用回数等説明					

※対馬市地域包括支援センター確認欄

☐ 電話確認 ☐ 訪問() ☐ その他()	確認 者 印	
--	--------------	--

利用者基本情報

被保険者番号：

作成担当者：

《基本情報》

相談日	平成 年 月 日 ()	来所 ・ 電話 その他 ()	初回 再来 (前)			
把握経路						
本人の現況	在宅 ・ 入院または入所中 ()					
フリガナ 本人氏名		男 ・ 女	昭和 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 認知症高齢者の日常生活自立度					
認定情報	認定期限： 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 前回の介護度 ()					
障害等認定	身障 () ・ 療育 () ・ 精神 () ・ 難病 () ・ その他 ()					
本人の 住居環境	自宅 ・ 借家 ・ 一戸建て ・ 集合住宅 ・ 自室 (有 階 ・ 無) ・ 住宅改修 (有 ・ 無)					
経済状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金 ・ 生活保護 ・ その他 ()					
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						
緊急連絡先				氏名	続柄	住所・連絡先
			日中独居 (有 ・ 無) 要介護者との同居世帯 高齢者のみ(合算140歳以上) 家族関係等の状況 []			

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

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

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関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	治療中 経過観察中 その他	
			TEL	治療中 経過観察中 その他	
			TEL	治療中 経過観察中 その他	
			TEL	治療中 経過観察中 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、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、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、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援計画表

No. 1

利用者名 様 認定年月日 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：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

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

目標とする生活 目標とする生活

1 日		1 年		(本人の希望的な目標)							
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 介護保険サービス または 地域支援事業	サービス 種別	事業所	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、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来自ら行うべき支援ができない場合】
適切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

計画に関する同意
介護予防サービス支援計画表に同意します。

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

年 月 日 氏名 印

基本チェックリストの該当した質問項目数/(質問項目数)(質問項目数をお書き下さい)。
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	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
4/5	1/2	1/3	0/2	1/3	0/5

予防給付または地域支援事業

利用者名

殿

評価日

計画作成者氏名

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
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	

事業対象者の区分支給限度額変更申請書

対馬市長 様

年 月 日

市が実施する介護予防・生活支援サービス事業の利用において、下記のとおり区分支給限度額を変更したいので申請します。

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏 名	㊞		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
住所	対馬市		
被保険者番号			
変更理由	1. 退院直後で集中的にサービス利用をすることが自立支援につながると考えられるため。 2. 心身状況により、要支援 2 相当と考えられるため。		
変更期間	プラン作成日から 月 日間		
担当地域包括支援センター			
担当居宅介護支援事業所			
担当者			
添付資料	1. 利用者基本情報の写し 2. 要支援 2 相当と確認できる資料 3. ケアプラン原案の写し ＊変更理由 1 の場合、1 及び 3 の添付資料が必要 ＊変更理由 2 の場合、2 及び 3 の添付資料が必要		

年 月 日

様

対馬市長 比 田 勝 尚 喜 ⑩

事業対象者の区分支給限度額変更（ 決定 ・ 却下 ） 通知書

平成 年 月 日付で申請のありました事業対象者の区分支給限度額の変更につきまして、下記のとおり利用を（ 決定 ・ 却下 ）しましたので、通知します。

記

1. 決定

氏 名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 （ 歳）
住 所	対馬市
被保険者番号	
変更内容	区分支給限度額を 10,473 単位とする
変更期間	プラン作成日から ヶ月間

2. 却下

（却下理由）

介護予防給付・総合事業管理情報提供書

(平成29年 月請求分)

居宅介護支援事業者	事業所名	
	事業所番号	
介護支援専門員	氏名	番号

番号	被保険者 番号	氏名	要支援等 区分	サービス 提供年月	サービス 種類	初回 加算 の有無	サービス事業者		サービス		給付計画 単位数	加算の種類				その他 特記事項	サービス提供	
							事業所名	事業所番号	種類名	コード		通所 生活	デイサービス	口腔 栄養	事業 所		日又は 曜日	時間帯
1				平成 年 月分	☐ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 緩和型													～
2				平成 年 月分	☐ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 緩和型													～
3				平成 年 月分	☐ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 緩和型													～
4				平成 年 月分	☐ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 緩和型													～
5				平成 年 月分	☐ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 緩和型													～
6				平成 年 月分	☐ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 緩和型													～
7				平成 年 月分	☐ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 緩和型													～
8				平成 年 月分	☐ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 緩和型													～

介護保険要介護要支援認定取消申請書

平成 年 月 日

対馬市長 様

次のとおり要介護・要支援認定の取消を申請します。

被保険者番号													
フリガナ											性別	男 ・ 女	
被保険者氏名											生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日	
住所	〒 ー										電話番号		

取消を求める 認定内容	要介護状態区分： 有効期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日
理由	
誓約	この取消により、取消申請日以降、後日不服を申し立てません。また、著しい状態の変化がない限り、取り消した認定の有効期間満了まで要介護認定申請をいたしません。

申請者		被保険者との関係	
提出代行者名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人保健施設・その他) 印		
申請者住所	〒 ー 電話番号		

- ・ 総合事業
介護予防・日常生活支援事業のこと。
- ・ 総合事業のサービス
介護予防・生活支援サービス事業のこと。
- ・ 介護予防・生活支援サービス事業
総合事業における訪問型サービス・通所型サービス、その他日常生活支援サービスなど、事業対象者もしくは要支援 1・2の方が利用できるサービスの総称。
- ・ 訪問型サービス
旧来の介護予防訪問介護である訪問介護相当サービスや訪問型サービス A、B、C、D の総称。第 1 号訪問事業とも呼ばれる。事業対象者、要支援 1、要支援 2 の認定を受けた方が利用できる。
- ・ 第 1 号訪問事業
訪問型サービスのこと。
- ・ 通所型サービス
旧来の介護予防通所介護である通所介護相当サービスや通所型サービス A、B、C、D の総称。第 1 号通所事業とも呼ばれる。事業対象者、要支援 1、要支援 2 の認定を受けた方が利用できる。
- ・ 第 1 号通所事業
通所型サービスのこと。
- ・ 緩和された基準によるサービス
サービス A のこと。事業所設置の指定基準が緩和されたサービスを指す。
- ・ 日常生活支援サービス
総合事業で追加された新しいサービス種類。第 1 号日常生活支援事業とも呼ばれる。
- ・ 総合事業サービス費
介護予防・生活支援サービス事業を使った際に生じる費用。地域支援事業費に分類される。
- ・ 地域支援事業
市町村は、被保険者が要介護状態・要支援状態になることを予防するとともに要介護状態になった場合でも、可能な限り地域で自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、地域支援事業を行うこととされている。地域支援事業には、介護予防・日常生活支援総合事業、地域包括支援センターの運営、支援を行う包括的支援事業等がある。
- ・ 一般介護予防事業
総合事業における、介護予防・生活支援サービス事業以外の事業。主に介護予防体操教室などを実施する、旧来の一次介護予防事業。
- ・ 事業対象者
基本チェックリストにより、介護予防・生活支援サービス事業対象者となった方。