

松江市

介護予防ケアマネジメントマニュアル



平成 30 年 9 月 **改訂版2**

松江市

介護予防・日常生活支援総合事業の実施にあたって

～自立支援に資する介護予防ケアマネジメントに向けて～

介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業という。）は、要支援者が既存の介護事業所による訪問介護・通所介護だけでなく多様な主体によるサービスの提供により、自立支援や介護予防の取り組みをさらに充実していくよう実施します。介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、こうした自立支援や介護予防について、総合事業の趣旨やケアマネジメントの結果を利用者が十分に理解し、納得して行動できるよう求めていくことが必要です。

利用者の自立支援に向け介護支援専門員に求められることは、①専門的な視点から本人やその家族の意向を的確に把握しサービスを検討、②そのサービス内容、自立支援や介護予防に向けた必要なサービスをケアプランに位置付けていくこと、③どのような効果を期待しているかを利用者の理解・同意を得てサービス提供を行っていくことです。

松江市の総合事業では、事業当初から多様なサービスの実施に向け準備をすすめています。多様な主体による多様なサービスの実施により、利用者の選択が増えることになり、利用者への多様なニーズへの対応が可能となっていくと考えています。

そのためには、多様なニーズに対応した自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの実施と、「介護サービス事業者」「医療機関」「NPO」「地縁組織」「住民」「行政」等の多様な総合事業の関係者間での意識の共有『規範的統合』の推進をすすめていくことが重要です。

介護予防ケアマネジメントの実施による個々の利用者の支援から、規範的統合を推進することは地域包括ケアシステムの構築が進んでいくものと考えています。

総合事業の介護予防ケアマネジメントが、自立支援に資するサービスを行うことができるよう本マニュアルを作成しました。この介護予防ケアマネジメントマニュアルにより、松江市の介護予防ケアマネジメントと総合事業が今後さらに充実していくことを願っています。

松江市介護予防ケアマネジメントマニュアル もくじ

介護予防・日常生活支援総合事業の実施にあたって

《第1章》 総合事業の概要

1. 松江市の介護予防ケアマネジメントの考え方…………… 1
2. 介護予防ケアマネジメントの種類…………… 2
3. 介護保険制度改正の概要・目的…………… 3

《第2章》 総合事業のサービス類型について

1. 介護予防・生活支援サービス事業の概要…………… 7
2. 一般介護予防事業の概要…………… 8

《第3章》 相談・利用の流れ

1. 相談・利用の流れ…………… 9
2. ケアマネジメント関連届出書について…………… 12
3. サービス区分変更連絡票について…………… 12
4. 被保険者証・負担割合証の発行…………… 13
5. 事業対象者の有効期限…………… 13
6. 給付制限…………… 13
7. 住所地特例について…………… 13
8. 生活保護受給者のサービス利用について…………… 13

《第4章》 ケアマネジメントの流れ

1. ケアマネジメントの流れ…………… 14
2. 提出書類とサービス担当者会議・モニタリング実施についての早見表…………… 19
3. 総合事業のサービス併用等について…………… 20
4. 1か月あたりの支給限度額
 - 1) 1か月あたりの支給限度額…………… 21
 - 2) 区分支給限度額変更申請…………… 21
5. ケアマネジメントタイプの選択
 - 1) ケアマネジメントAの実施について…………… 22
 - 2) ケアマネジメントCの実施について…………… 24

《第5章》 介護予防ケアマネジメント関連書式・資料

1. 松江市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認票	26
2. 松江市基本チェックリスト	27
3. 基本チェックリストについての考え方	28
4. 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	30
5. 区分支給限度額変更申請書	31
6. 医師とケアマネジャーとの連絡票	32
7. 歯科医師とケアマネジャーとの連絡票	33
8. 基本情報・情報提供書	34
9. 介護予防サービス・支援計画書	35
10. 利用者基本情報（ケアマネジメントC）	36
11. 介護予防・生活支援サービス計画書（ケアマネジメントC）	37
12. 住民主体の通所サービス（通所型サービスB）計画連絡票	38
13. サービス評価票	39
14. 経過記録	40
15. 興味・関心のチェックシート	41
16. 介護予防手帳	43

《巻末資料》

1. 維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方（例）	44
2. 認定期間の延長について	48
3. 住所地特例対象者における必要な事務手続きの例	49
4. 短期集中の訪問サービス（訪問型サービスC）について	51
5. 短期集中の通所サービス（通所型サービスC）について	52

第1章 総合事業の概要

1. 松江市の介護予防ケアマネジメントの考え方

従来は認定審査という一定の判断のもと、介護サービス利用につながる流れになっていましたが、総合事業では基本チェックリスト 25 項目の質問に回答し該当すれば、ケアマネジメントの対象者となる方法が新たに加わります。介護予防から要支援2相当までの対象者に多様なサービスを活用して、自立支援を目指します。介護予防ケアマネジメントの技術がこれまで以上に求められることとなります。

1) 松江市の介護予防ケアマネジメントの目標

総合事業の介護予防ケアマネジメントは、以下の実施方針で事業を行います。

- (1) 介護保険法第1条の「自立支援」を基本理念に、介護予防ケアマネジメントを行う
- (2) 高齢者自身の気づきにより、生活への意欲を引き出すセルフマネジメントを推進する
- (3) 高齢者の生活ニーズや状態像を的確に把握し、適切なサービス利用につなげる
- (4) 高齢者の心身の状態が改善した後も、地域の居場所につなぐまでを支援していく
- (5) 高齢者が望む生活を実現していくための地域づくりを推進する

2) 介護予防ケアマネジメントの充実に向けた具体的な方策

介護予防ケアマネジメントの充実に向け、以下について経年的に行っていくこととします。

○介護支援専門員の経験の差に関わらず、適切な介護予防ケアマネジメントを行うことができるよう「松江市ケアマネマニュアル」の別冊として、「松江市介護予防ケアマネジメントマニュアル」を作成し、ケアマネジメントのスキルの平準化を進めていきます

本マニュアルは今後、総合事業における多様なサービスの充実とともに、介護予防ケアマネジメントの課題を整理しながら、随時見直しを行っていきます

○介護予防ケアマネジメント研修会を定期的を開催していきます

○介護予防ケアマネジメント事例検討会を通して、介護予防ケアマネジメントの課題を整理する場とします

○ケアプラン点検を通してアセスメント力の向上等介護支援専門員への支援を行っていきます

2. 介護予防ケアマネジメントの類型

1) 介護予防ケアマネジメントの類型

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や松江市基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、以下のような類型を利用者の状況に応じて実施するものです。

松江市においては、当面ケアマネジメントAおよびCを実施します。

(1) ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様に、アセスメント（課題分析）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。

利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも3か月に1回行い、利用者の状況に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておきます。

(2) ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

アセスメント（課題分析）からケアプラン原案までは、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）で実施し、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、評価及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) 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）

ケアマネジメントの結果、本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、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策」「目標を達成するための取り組み」等）を利用者に説明し、利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援等を継続する。その後は、モニタリングは行わない。利用者の状態悪化や、利用者から相談があった場合に、再度ケアマネジメントを実施する。

3. 介護保険制度改正の概要・目的

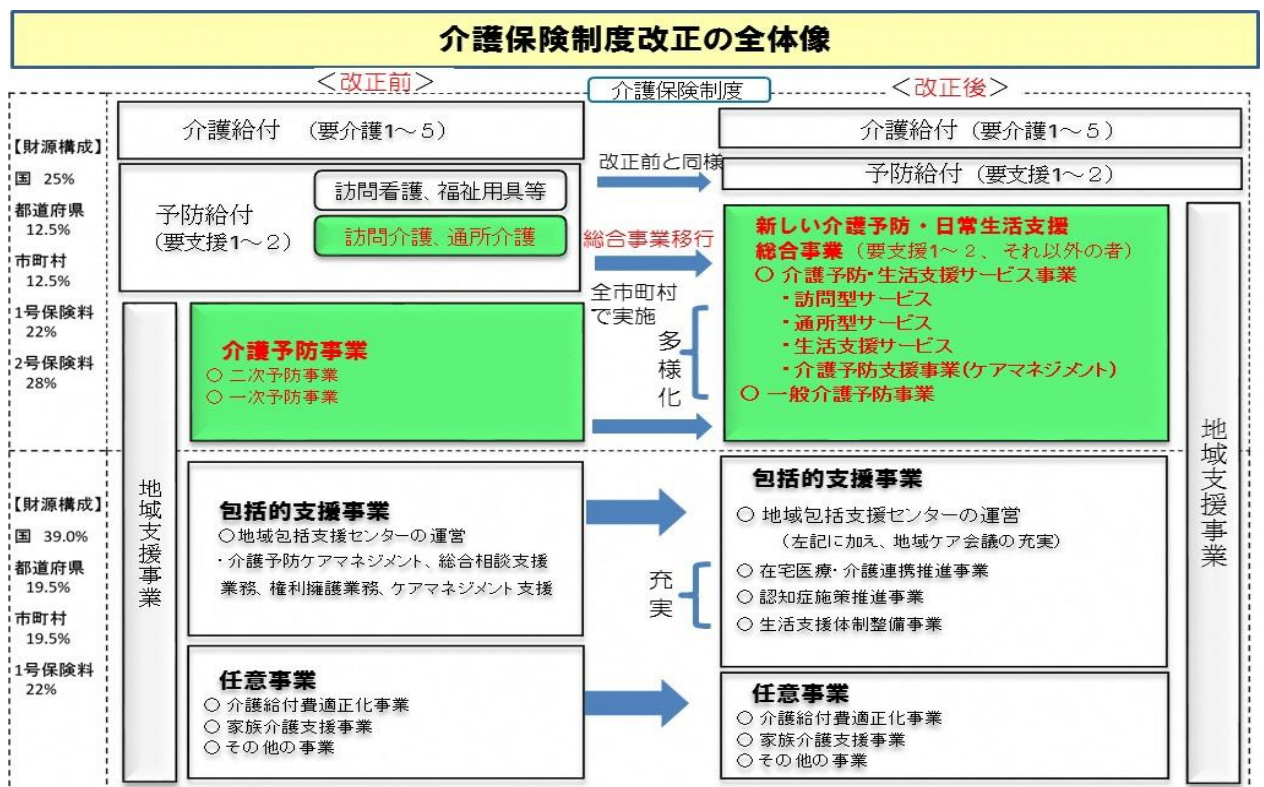
1) 総合事業の趣旨

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるようにするには、地域全体で高齢者を支え、高齢者自身も自らの能力を最大限に生かして、要介護状態にならないことが大切です。そのため、地域の高齢者を支える仕組みづくりとして、平成27年度に介護保険制度が改正され、新しく「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）」が創設されました。

2) 制度開始日

平成29年4月1日

図表1. 制度改正の全体像



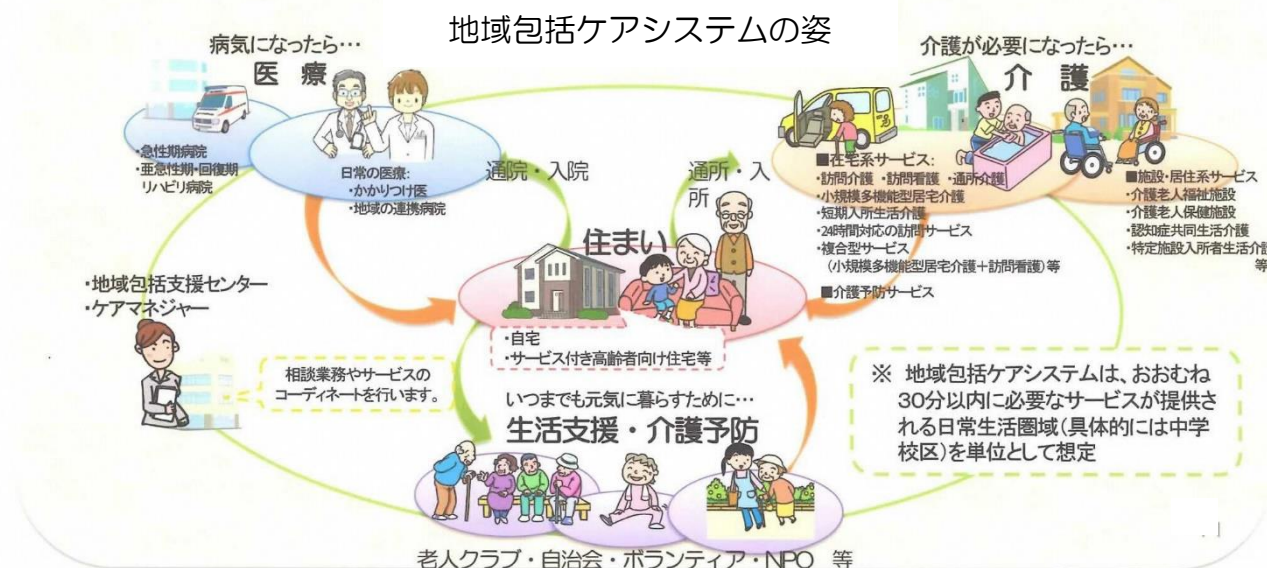
3) 事業実施の考え方

団塊の世代が75歳以上となる2025年まで残り10年を切り、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、介護、医療、予防、生活支援及び住まいが包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築が急務とされています。また、介護保険制度を持続可能なものとして運営しなければならない状況です。

これまで予防給付として提供されていた全国一律の訪問介護及び通所介護と介護予防事業を、総合事業では介護予防の視点でサービスが提供できる仕組みを市町村が主体となり実施していくものです。

地域の実情に応じて、地域や住民・NPO等の多様な主体によるサービスを充実することにより、地域支えあいの体制づくりを推進し、要支援者に対する効果的かつ効率的な支援等を可能にすることを目指します。

図表2. 地域包括ケアシステムの姿



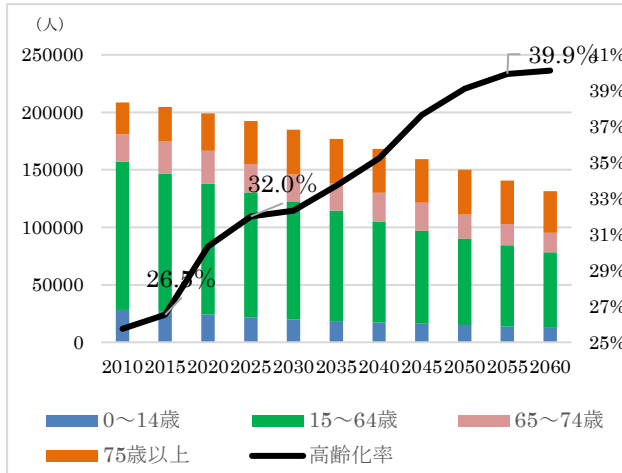
総合事業は、地域包括ケアシステムの中核を担います。

4) 松江市の地域課題

松江市の高齢者人口は、2020年には6万人を超えることが想定されています。その後、2050年頃までこのピークは続き、加えて少子化による人材不足による介護サービスの不足や、今後ますますの増加を見込んでいる認知症患者の増加など、介護の諸課題について取り組みを行っていく必要があります。

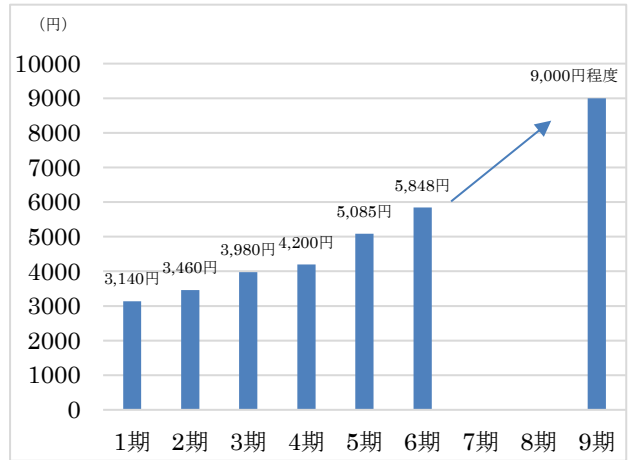
こうした介護の諸課題は、現在抱える課題と今後見込まれる課題を整理し、地域づくりによる介護予防の充実と、介護の担い手の拡大、地域の支援・見守り体制の拡充を総合事業から求めていきます。

図表 3. 松江市の人口と高齢化率の推移



出典：国立社会保障・人口問題研究所 (2013)「日本の地域別将来推計人口」より

図表 4. 介護保険料（基準月額）の推移



出典：松江市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（第6期）

■松江市の高齢者人口の推移・高齢化率の上昇

高齢化率は今後、2025年まで、急速に進展します。また、その後も年少人口・生産年齢人口の減少し続けるため、高齢化は進展し、40%程度まで上昇することが想定されています。

そのため、従来のサービス提供に加えて、高齢者が地域で暮らし続けることができる新たな仕組みづくりが必要です。

■介護保険料の負担増

介護保険料は、3年間に必要な介護サービスの総費用の見込みから介護保険基準額が算出され、第6期（H27～29）の介護保険料基準月額は5,848円となっており、今後の介護給付費の推計による第9期（2025年）介護保険料基準月額は、9,000円程度に上昇すると見込んでいます。

5) 総合事業の事業方針

【総合事業の特徴】

① サービスの多様化

・要支援者に対する予防給付のうち、介護予防訪問介護と介護予防通所介護が、地域支援事業に移行します。また、サービス事業は各市町村が地域の実情に応じて多様なサービスを実施することが可能です。

② サービス利用方法の追加

・要介護（要支援）認定によらず、「基本チェックリスト」の実施によりサービス利用が可能になります。

【事業方針】

総合事業による地域包括ケアの推進および、高齢者を支える体制整備の充実のため実施方針を定めています。

【松江市の総合事業の実施方針】

- ① 地域の支え合いの体制づくりの推進
- ② サービスの提供による自立への意欲の喚起
- ③ 要介護など重度化にならないような事業の充実
- ④ 要支援状態からの自立の促進と重度化予防の推進
- ⑤ 多様なサービスを提供するための基盤整備

松江市の介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

元気高齢者から、介護予防サービス対象者まで一体となった事業

要支援状態からの自立の促進と重度化予防の推進

有資格者による従前のサービス

事業者

- 従前のサービス
 - ・訪問サービス
 - 調理、掃除等やゴミ出し等の生活援助
 - 入浴、食事、排泄等の身体介護
 - ・通所サービス
 - 食事・入浴・排泄などの日常生活の支援
 - 機能訓練やレクリエーション等による生活機能向上の支援

基準を緩和したサービス

事業者

- 緩和した基準によるサービス（介護者の資格要件等を緩和）
 - ・松江市独自の訪問サービス（訪問型サービスA）
 - 身体介護を含まない調理、掃除等やゴミ出し等の生活援助（専門職による支援の必要性の低いもの）
 - ・松江市独自の通所サービス（通所型サービスA）
 - 閉じこもりや認知症予防を目的とした自立支援
 - 短時間（3時間程度）の運動やレクリエーションによる生活機能維持向上支援

サービスの提供による自立への意欲の喚起

介護予防ケアマネジメント

- 介護予防を促進するケアマネジメント
- 総合事業ではセルフケアマネジメント（自己管理）や、介護予防の啓発を促す

高齢者（要支援相当）



地域の支え合い体制づくりの推進

「通いの場」住民同士の助け合い

地域

住民主体の団体への補助

- 元気高齢者のボランティアとしての参画
- 住民主体によるサービス
 - ・住民主体の訪問サービス（訪問型サービスB）
 - 地域住民やボランティアがコミ出し、買い物代行等の簡単な日常生活援助
 - ・住民主体の通所サービス（通所型サービスB）
 - 地域住民やボランティアが主体として行う通いの場
 - レクリエーション等を通じて、介護予防や閉じこもり、生活機能の維持向上に効果のある、地域の『なごやか寄合』など

要介護など重度化にならないような事業の充実

機能回復・専門職の集中支援サービス提供

民間・行政

訪問サービス：市直営
通所サービス：委託

- 短期集中予防サービス（専門職による集中指導）
 - ・短期集中の訪問サービス（訪問型サービスC）
 - 市保健師による短期で行う退院直後等の保健指導等
 - ・短期集中の通所サービス（通所型サービスC）
 - 筋力低下等による機能低下の方を専門職が集中的に指導することにより機能改善を行う『いきいき筋筋教室』

一般介護予防事業


- 一般介護予防事業
- ・介護予防教室
 - 従来の介護予防事業で実施していた元気高齢者対象の『なごやか寄り合い』や、介護のリスクのある方を対象として実施していた『からだ元気塾』を引き続き実施
 - ・ボランティアポイントの活用

第2章 総合事業のサービス類型について
1. 介護予防・生活支援サービス事業の概要

1. 介護予防・生活支援サービス事業の概要


◆訪問型サービス

ヘルパー等が訪問して調理や掃除等を利用者とともにを行い、利用者自身が日常生活を送る上でできることを増やせるよう支援します。

	短期集中の訪問サービス (訪問型サービスC)	住民主体の訪問サービス (訪問型サービスB)	松江市独自の訪問サービス (訪問型サービスA)	従前の訪問サービス(従来の訪問サービス)
内容	◎病後や退院直後などで、保健専門職による訪問指導により生活機能低下の解消、病状の悪化を防ぐことを支援する	◎利用者の介護予防、自立支援に効果が高いと認められるもの ・買物 ・洗濯 ・日常的な掃除 ・布団干し ・簡単な調理の下ごしらえ ・ゴミ出し	◎身体介護を含まない、専門職による支援の必要性の低い掃除・洗濯・食事の準備・調理等の生活援助	◎掃除・洗濯・食事の準備・調理等の生活援助 ◎入浴、排泄、服薬介助等の身体介護
対象者	◎保健師の訪問により、短期間の支援で機能回復や改善、在宅生活への移行支援により安定的な在宅生活を送ることが見込まれる方	◎身体介護はなく、判断力があり、自分からSOSの発信ができ、閉じこもり予防、他者との交流、居場所、生きがいづくり等の支援が必要な方	身体介護(入浴、排泄、服薬介助等)が必要なく、本人や家族が家事を行うことが困難な方	認知機能の低下や精神・知的障がいにより、日常生活に支障があるような症状や行動を伴う方 など
提供する人	松江市の保健師	住民団体、NPO団体、ボランティア団体など	訪問介護事業所のヘルパー または松江市指定の従事者研修の修了者	訪問介護事業所のヘルパー 
1月あたりの自己負担(目安) ※1割負担の場合	負担なし ※訪問期間 3か月以内 (月2回程度) 提供時間60分以内	サービス実施主体が定める。	月に定額の利用料になります。 ★週1回の利用 1,028円 } (事業対象者 ★週2回の利用 2,055円 } 支援1・2の方) ★週2回を超える利用 3,260円 (支援2の方 ※1) ◎上記のほか、加算があります。	月に定額の利用料になります。 ★週1回の利用 1,168円 ★週2回の利用 2,335円 ★週2回を超える利用 3,704円 ◎上記のほか、加算があります。

◆通所型サービス

通所介護事業所等で、生活機能の維持向上のための体操や筋力トレーニング等のサービスが日帰りで受けられます。

	短期集中の通所サービス (通所型サービスC)	住民主体の通所サービス (通所型サービスB)	松江市独自の通所サービス (通所型サービスA)	従前の通所サービス(従来の通所サービス)
内容	◎短期集中して、専門職からの指導を受けて、足腰の筋力の衰えを予防するために、プールでの水中運動やジム等での筋力トレーニングを行う。	◎体操、運動等の活動など、介護予防や閉じこもり予防・生活機能の維持向上に効果のある、自主的な通いの場(おおむね2時間程度)	◎閉じこもりや認知症予防を目的とした自立支援 ◎短時間の運動やレクリエーション等による生活機能維持向上の支援	◎食事・入浴・排泄などの日常生活の支援 ◎機能訓練やレクリエーション等による生活機能向上の支援
対象者	◎運動器の機能が低下または低下のおそれがある方で、集中的に生活機能向上のトレーニングや指導を行うことで、維持・向上の効果が見込まれる方	◎身体介護はなく、判断力があり、自分からSOSの発信ができ、閉じこもり予防、他者との交流、居場所、生きがいづくり等の支援が必要な方	◎入浴・送迎・活動時の見守り、食事の確保が必要な方 ◎閉じこもり予防、認知症予防、うつ予防の必要な方	◎長時間の利用で、食事や入浴等が必要な方 ◎認知機能の低下や精神・知的障がいにより日常生活に支障があるような症状や行動を伴う方 など
提供する人	市内の健康増進施設、介護保険施設等	住民団体、NPO団体、ボランティア団体など	通所介護事業所	
1月あたりの自己負担(目安) ※1割負担の場合	1回毎の利用料になります。 ★200円/回 ※12回(週1回・おおむね3か月間)	サービス実施主体が定める。	月に定額の利用料になります。 ★週1回の利用 1,318円 (事業対象者、支援1・2の方) ★週2回の利用 2,702円 (支援2の方 ※1) ◎上記のほか、加算があります。	月に定額の利用料になります。 ★週1回の利用 1,647円 ★週2回の利用 3,377円 ◎上記のほか、加算があります。

※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資するとケアマネジメントで判断した事業対象者。

2. 一般介護予防事業の概要

介護予防事業の種類

	なごやか寄り合い	からだ元気塾	歯つらつ健口教室	リハビリテーション専門職派遣事業
内 容	地区の集会所等で行っている高齢者の通いの場	各地区で行う、週 1 回開催する運動教室 希望者には、送迎があります	歯科医院で 口腔の機能検査や評価、口 腔機能の維持・向上するための教室	通いの場等にリハビリテーション専門 職を派遣して、指導や助言を行いま す。 ・レクレーション等の指導、助言 ・住宅改修に関する助言
対象者	実施会場の該当の地区または、自治 会等の高齢者	65 歳以上の人で、体力低下などの不安があ る方 集団指導の運動教室に参加が可能の方（個別 の身体介護や援助が必要な方や、要介護 1 以 上の方は不可。）	65 歳以上の人	・65 歳以上の高齢者が集う通いの場 ・通所サービス等を実施している事業 所
提供する人	地域の世話人（自治会役員・民生児 童委員・福祉推進員など）	健康増進・介護サービス事業所など	市内協力歯科医院運動 （H29 年度 58 歯科医療機関）	医療機関・介護事業所等の理学療法士・ 作業療法士・言語聴覚士
自己負担額	実費等	1 回 500 円	1 回 200 円 （全 2 回 400 円）	無料
申し込み先 お問合せ先	地区の公民館・自治会等 （実施会場は、松江市社会福祉協議会ホ ームページ、高齢者お役立ち情報をご覧 ください。）	健康政策課 Tel.55-5568	健康政策課 Tel.55-5568	健康政策課 Tel.55-5568



《総合事業を通じて『地域づくり』に取り組みます》

高齢者は、閉じこもりやうつが原因で介護を要する状態になることが多いと言われます。

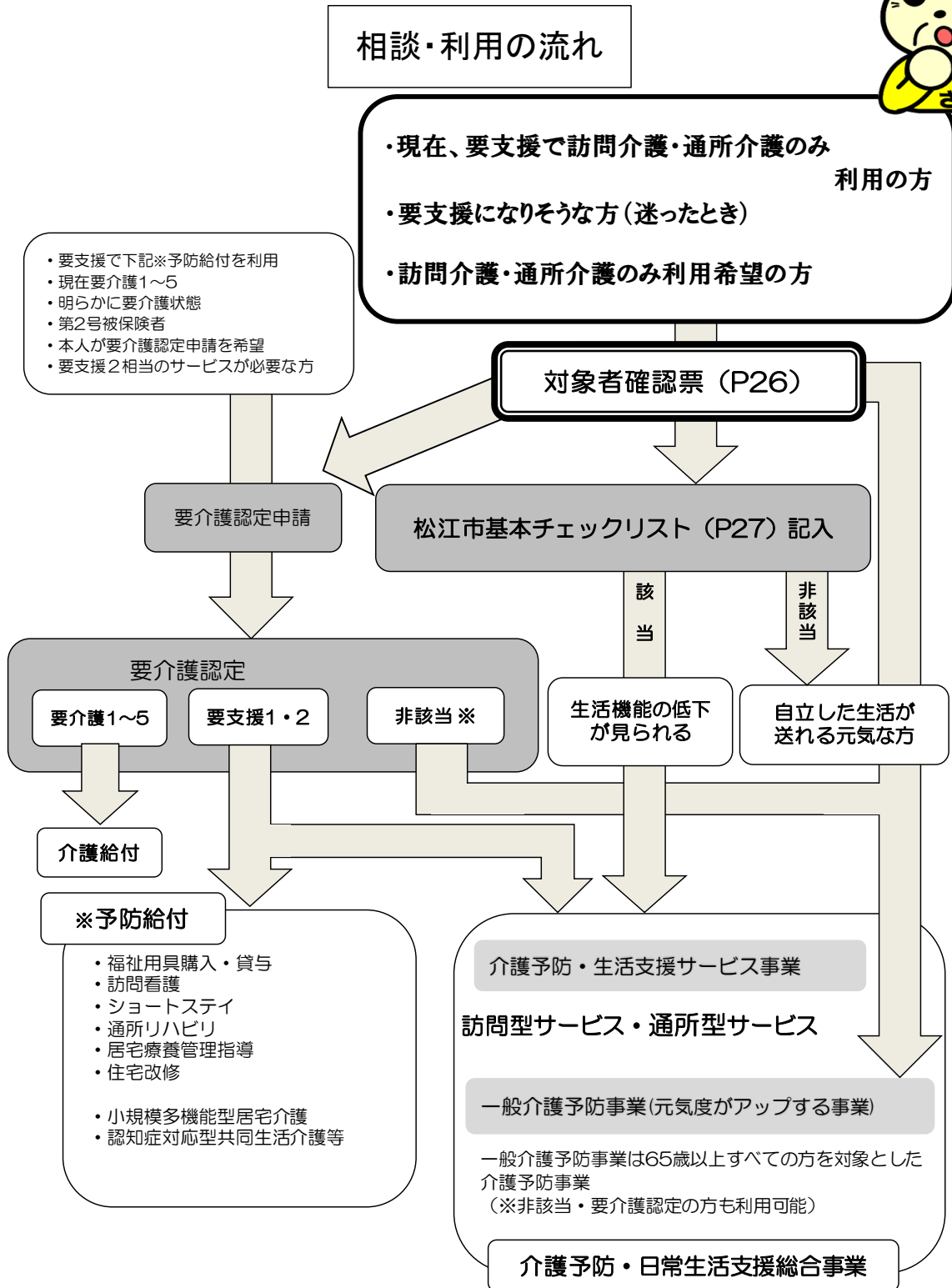
高齢化社会がますます進む中で、これからは、介護専門職によるサービスだけでなく、地域での見守り・サポートという、身近なところの支援の輪が広がっていくことが大切です。

総合事業の実施により、地域全体で支える仕組みづくりを含めて、高齢者が住み慣れた地域で健康で自立できる体制づくりに取り組みます。

まずは、確認票！



《第3章》 相談・利用の流れ



1. 相談・利用の流れ

新規 …新規に相談の方

更新 …認定更新の方

聞き取り

- ◆相談の目的や希望するサービスを聞き取ります。
- ◆**新規** ◆原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行いますが、外出できない場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、地域包括支援センターが本人の状況や相談の目的等を聞き取ります。
- ◆**更新** ◆介護支援専門員が訪問して、本人の状況や現在のサービス内容を聞き取ります。

対象者確認票

- ◆相談者からの聞き取りをもとに、対象者確認票（P26）を使用し、要介護認定・要支援認定の申請か、松江市基本チェックリスト実施対象者かを判断します。対象者確認票の下段【判断基準】を参考にしてください。

説明

- ◆総合事業の説明
総合事業の目的や内容、手続き等について十分説明を行います。

＜説明例＞

※介護支援専門員が行う介護予防ケアマネジメント(ケアプラン等)と自立支援に向けたサービスを利用する事で、自分ができる事を増やすことや、自分でできている期間を延ばすことを目標とします。

介護度が、今より重度化しないようにする事です。

※本人が立てた目標の達成に向けて、サービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後は、総合事業から一般介護予防事業や地域での活動につないでいきます。

※総合事業のみ利用する場合は

- 要介護認定を省略し、松江市基本チェックリストを用いて事業対象者とする事で迅速なサービスの利用が可能です。
- 事業対象者選定後や、サービスの利用開始後も、必要な時は要介護認定等の申請が可能です。

◇事業対象者が認定申請を行う場合は、いままでどおり申請日より暫定プランでサービスの実施を行います。

基本チェックリストの実施

※今回、松江市基本チェックリストの書式が新しくなりました。

- ◆総合事業の事業対象者かどうかを判断する為、松江市基本チェックリストを実施します。
- ◆「基本チェックリストについての考え方」（P28～29）に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら松江市基本チェックリスト（P27）を本人等が記入します。
- ◆家族等の来所による相談の場合
受付者（包括、居宅介護支援事業所）が訪問して本人と面談し、本人等が記入します。

※松江市基本チェックリストの実施日が総合事業対象者決定日となるため記入年月日が記載されていることを確認します。
該当になれば、訪問型サービス、通所型サービスの利用ができます。
非該当の場合は、一般介護予防事業の利用ができます。

包括へ提出

- ◆松江市基本チェックリストを実施した場合は、総合事業の該当・非該当にかかわらず①対象者確認票と、②松江市基本チェックリストを、各地域包括支援センターへ必ず提出して下さい。
- ◆市は、確認票、松江市基本チェックリストを受付後、被保険者証・負担割合証を発行します。
- ◆確認票の実施の結果、要介護・要支援認定が必要と判断した人の確認票の提出は不要です。

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)届出書の提出

- ◆介護支援専門員からの連絡を受け、各地域包括支援センターが利用者宅を訪問し、契約書、届出書の記入を依頼します。

2. ケアマネジメント関連届出書について

新規で要支援認定、事業対象者となった場合、また各認定区分間の変更（要支援⇔事業対象者）があった場合は、それぞれの依頼（変更）届出書（P31）

が必要となりますので、各地域包括支援センターに連絡してください。
また、居宅介護支援事業所に変更があった場合は、依頼（変更）届出書が必要となります。

認定区分	介護予防サービス 計画作成依頼届出書	介護予防 ケアマネジメント依頼届出書
利用する サービス	予防サービスまたは 予防サービス+総合事業	総合事業のみ
要支援	○	○
事業対象者	×	○

3. 被保険者証の発行

◆被保険者証の発行

市は、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)届出書を受付後、「〇〇地域包括支援センター」の印字された被保険者証（下記サンプル参照）を発行します。（後日送付）

介護保険被保険者証		事業対象者		給付制限	
番号	0000000000	認定年月日(注)	平成29年4月1日	開始年月日	
住所	松江市末次町86番地	認定の有効期限		終了年月日	
氏名	マツエハナコ 松江 花子	区分支給限度基準額		開始年月日	
生年月日	昭和5年6月7日	居宅サービス等		終了年月日	
交付年月日	平成29年4月1日	うち種類支給限度基準額	サービスの種類 種類支給限度基準額	原宅介護支援事業所若しくは介護予防支援事業所及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	
保険者番号並びに保険者の名称及び印	3 2 2 0 1 6 松江市	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		〇〇地域包括支援センター 開始年月日 平成29年4月1日 提出年月日	
				種類	入居 年月日
				名称	退居 年月日
				種類	入居 年月日
				名称	退居 年月日

サンプル

(注)：事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日

4. 事業対象者の有効期限

事業対象者の有効期限の設定は、ありません。

評価の際に、基本チェックリストが非該当となれば、介護予防・生活支援サービス事業の対象者からは外れます。その際は、新しい被保険者証が発行されます。

5. 給付制限

総合事業では、当面の間は給付制限を実施しません。

6. 住所地特例について

- 住所地と居所が異なる方・施設入所者で住所地特例の方の対応について総合事業は、各市町村の独自事業の為、各市町村で取り扱いが異なります。個別に各保険者にご相談ください。
- 住所地特例対象者の要介護認定および要支援認定は、保険者市町村が実施します。
- 住所地特例対象者に対する松江市基本チェックリストおよび介護予防ケアマネジメントは、施設所在市町村により実施します。
- ケアマネジメント費は、地域包括支援センターから松江市に請求を行います。
- 住所地特例対象者の手続きの流れについて、《巻末資料》3. 住所地特例対象者における必要な事務手続き例（P50～51）に記載していますので、参考にしてください。

7. 生活保護受給者のサービス利用について

総合事業でも、従来どおり各ケアマネジャーが保険証のコピーと利用票の提出を、月初までに生活福祉課へ提出ください。また、認定区分（事業対象者・要支援・要介護）の変更についても、保険証のコピーの提出でご連絡ください。

《第4章》 ケアマネジメントの流れ

1. ケアマネジメントの流れ

アセスメント（課題分析）

■目的

本人の望む生活（生活の目標）と現状の生活の差について要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題（目標）」を明らかにしていきます。

■手順

松江市基本チェックリストや本人及び家族との面接から情報を把握します。

- ・利用者の置かれている状況
- ・生活上の支障
- ・要望などに関する情報の収集
- ・心身機能の低下の背景、要因を分析
- ・解決すべき生活課題（ニーズ）と可能性を把握

■ポイント

本人の「したい・できるようにになりたい」を大切にします。

- ・「できている・頑張っている」というプラスの部分把握し、プラスの部分については、それが家庭内や地域の集いの場などで発揮できないか検討することが重要です。
- ・目指す生活や目標が表現されにくい場合、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ます。
- ・治療中の病気の有無、病名、処方箋の内容も本人及び家族から聴き取ります。必要に応じて主治医との連携もとりながら、利用するサービスによって留意事項を聴き取ります。

■主治医との連携

- ・適宜、面談や「医師とケアマネジャーの連絡票」等で主治医との連携をはかる。
- ・**松江市基本チェックリストにより事業対象者となった場合**
「主治医意見書」に該当するものがないため以下の項目について確認し、**1つでも該当があれば面談や「医師とケアマネジャーの連絡票」（P32）、「歯科医師とケアマネジャーの連絡票」（P33）等で必ず主治医の意見を確認し、経過記録にも記載します。**
 - ① 過去3か月間で1週間以上の入院がある
 - ② 医師から日常生活の制限等の指示がある
 - ③ 過去6か月間に心臓発作、脳卒中の既往がある

＜総合事業サービスの対象者の判断基準＞

＜サービス＞	＜対象者の状態像＞	＜スタッフの関わり方＞
一般介護 予防事業	身体介護はなく、判断力があり、自分からのSO Sの発信ができ、地域の中での通いの場の交流に対して支援を要さないケース	≪本人依頼時≫ 基本的に本人からの依頼時に係る
住民主体の 訪問サービス 通所サービス	身体介護はなく、判断力があり、自分からSO Sの発信ができ、閉じこもり予防、他者との交流、居場所、生きがいつくり等の支援が必要なケース	
短期集中の 訪問サービス 通所サービス	集中的に生活機能向上のトレーニングや指導を行うことで、改善・維持が見込まれるケース ＜訪問＞ 退院時等で個別に専門的指導が必要な場合 ＜通所＞運動器の機能が低下または低下のおそれがある人で、サービス提供により、維持・向上の効果が見込まれる場合	≪専門職の集中的 関わりが必要≫ 専門的視点から、機能回復プログラム等を集中的に提供
松江市独自の 訪問サービス 通所サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・病状が安定しており、身体介護はないが、体調の変化時等に助言が必要なケース ・住民主体サービスの利用ができない等地域との関係に支援が必要なケース 	≪支援内容が決まっている≫ 支援内容がほぼ決まっており、定期的な関わりが必要。訪問型については、生活援助が部分的である。 （家事全般としての総合的な関わりは適さない。）
従前 訪問サービス 通所サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・既に現行サービスを利用しており、サービス利用の継続が必要なケース ・認知機能の低下や精神・知的障がい等により日常生活に支障がある症状や行動を伴うケース ・退院直後やがん末期等で状態が変化しやすく、専門的なサービスが必要なケース ・入浴、食事、排泄に見守り程度の介助が必要なケース ・不定愁訴や訴えが多くある等専門職の関わりが必要なケース 	≪本人の状態や訴えに合わせた対応が必要≫ 専門職による状態観察が必要。声かけ等関わりには何らかの配慮が必要。

※訪問型サービスについては、家事援助の必要性が高く、次のいずれにも該当。
 ア. 単身・同居家族に家事の実施が困難な状況がある。イ. IADLの項目に何らかの支障がある。

ケアプラン原案の作成

■ケアプランの目的

「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します。

■作成の手順

①目標設定

- ・本人のしたい生活（生活の目標）のイメージを本人・家族と共有する。
- ・生活の目標が達成されるためには「維持・改善すべき課題」（目標）の解決をはかることが大切であることを説明します。
- ・目標が達成された後は、生活機能を維持し、さらに高めていくために次のステップである様々な通いの場や社会参加の場に通うことが大切であることを説明します。
- ・利用者自らが自分のケアプランであることを実感し、利用者が主体的に取り組めるよう支援します。

②アセスメントと医師の意見をもとに適切なサービスを選択

- ・「総合事業サービスの対象者の判断基準」（P 19）を参照してください。

サービス担当者会議

■開催目的

- ・利用者やその家族の社会全体及びその課題を共有します。
- ・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、その役割を理解します。
- ・利用者の課題・生活機能向上の目標・支援方針・支援計画等を協議します。

■開催時期

- ・ケアプラン作成時
- ・更新時、区分変更時
- ・介護予防サービス、支援計画の変更時
- ・臨時の開催
介護予防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
サービスや事業の利用中断がある場合
利用者の状況等に变化があり、介護予防プランの変更が必要な時

■構成メンバー

- ・利用者・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（参加が難しい場合には事前に意見を確認しておく）
- ・その他支援者

ケアプラン確定・交付の流れ

- ・利用者からケアプラン同意（署名）を得て交付します。
- ・サービス事業者にサービス提供開始を伝えます。

ケアプラン実行（サービス提供）のポイント

- ・状況悪化を見過ごさないしくみづくりを作ります。（利用中止、欠席の連絡も含む）

モニタリング

■目的

- ・支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、次の支援計画に結びつけていきます。

■実施時期

- ・サービスの提供の開始月
- ・サービスの提供開始後、適切な時期に行う：ケアマネジメント類型ごとに設定
- ・利用者に著しい変化があった時
- ・サービスの期日終了月

■視点

- ・利用者の生活状況に変化がないか
- ・介護予防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。
- ・個々のサービス提供等の支援内容を実施した結果、適切であるかどうか
- ・利用しているサービスに対して利用者は満足しているか
- ・その他、介護予防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

■給付管理

- ・総合事業でも、予防支援同様に指定事業所によるサービス利用の際は、給付管理票の作成が必要です。

評価

介護予防ケアマネジメントで設定された目標が達成されたか否かを確認するとともに必要に応じて今後のケアプランを見直します。

■行う時期

- ・介護予防支援・ケアマネジメント A：6 か月に 1 回

■評価時は、基本チェックリストを実施し、非該当になれば介護予防・生活支援サービス事業は終了となります。一般介護予防事業や地域での様々な通いの場、社会参加につなげるよう支援します。一般介護予防事業につながった場合は、ケアマネジメントCで1回の請求が可能です。

基本チェックリストは、該当・非該当にかかわらず提出してください。

《留意事項》

① 事業対象者で総合事業のサービスを利用し、途中で介護予防給付を利用する場合は、当該月の月末時点で担当している事業者が、介護予防支援費を請求することができます。

②総合事業の利用においては、ケアプランの自己作成に基づく利用は実施しません。予防給付において自己作成している利用者が、加えてサービス事業を利用する場合は、介護予防ケアマネジメントにつなぐことが必要となります。

③介護予防ケアマネジメントのケアプランは、現在の介護予防支援と同様にケアプラン点検や実地指導の際、内容の確認を行います。

2. 提出書類とサービス担当者会議・ モニタリング実施についての早見表

地域包括支援センターへの書類提出、サービス担当者会議・モニタリングの実施は以下のとおり行ってください。

	予防給付	総合事業	
	介護予防支援	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC
基本情報	新規・ケアプラン更新時	新規・ ケアプラン更新時	サービス開始時
基本チェックリスト	サービス開始時、半年に1回（評価時）		サービス開始時
支援計画書	新規・認定更新・ 変更時 プランの期間は最長1年	新規・ケアプラン更新・ 変更時 プランの期間は最長1年	サービス開始時
サービス担当者会議	新規・ケアプラン更新・ 変更時	新規・ケアプラン更新・ 変更時	なし
経過記録	毎月記録し、半年に1回 包括へまとめて提出		サービス開始時
モニタリング	月に1回の電話等による確認 3か月に1回の訪問		状態が変化した時に本人やサービス機関から 連絡が入る体制をとる
評価表	半年に1回		なし

- 要介護認定を受けられた場合、介護予防及び介護予防・生活支援サービスが必要でなくなった場合には、終了時に①評価表②経過記録を提出してください。
- 事業対象者の方が基本チェックリストを実施し、「非該当」になった場合には①基本チェックリスト②経過記録③評価表を包括支援センターへ提出してください。
- 介護予防支援⇔介護予防ケアマネジメント等、ケアプランの変更があった場合は、①支援計画書②評価表を包括支援センターへ提出してください。

3. 総合事業のサービス併用等について

訪問型サービス、通所型サービスのそれぞれについて、同じサービスの中で複数のサービス併用は原則行いません。サービスの併用については、下記の考え方を参考にしてケアプラン作成をしてください。

① サービス移行期間のサービス利用について

現行基準相当の訪問サービス又は、通所サービスを利用していたが、状態に改善（変化）が見られ、緩和した基準への移行が将来的に可能と見込まれる場合には、その移行期間として、現行基準相当のサービスと緩和した基準のサービス併用を、同一の事業所による一体的な支援が行われる場合に限り行うことも可能です。

【サービス併用時の請求について】

介護予防ケアマネジメントにより自立支援に向けサービスの併用が必要と判断される場合は、区分支給限度額の範囲内で組み合わせることも可能とします。但し、サービスを併用する場合は、1 か月あたりの単価ではなく1 回あたりの単価での請求になります。

② 短期集中予防サービスの利用について

短期集中の予防サービスについては、通所型サービスCは専門職による短期の機能向上訓練等を目的としているため、他の通所型サービスとの併用は不可とします。

短期集中の訪問サービスは、市保健師による閉じこもり等の通所サービス利用が困難な人への生活機能低下の解消等を目的としているため、原則短期集中の訪問サービスは、他のサービス（訪問サービスや通所サービス、予防の訪問看護や訪問リハビリテーション等）との併用は不可とします。ただし、状態の改善（変化）が見られ、他の基準への移行が将来的に可能と見込まれる場合、他のサービス2回までの利用に限り併用を可能とします。

③ 障害者総合支援法のサービスとの優先順位について

従来の介護給付・介護予防給付と同様に、障害者総合支援法のサービスより総合事業のサービス利用の方が優先されます。

④ ケアマネジメントA対象者の住民主体の通所サービス（通所型サービスB）の併用について

「ケアマネジメントA」により通所型サービスを利用する対象者が、住民主体の通所サービス（通所型サービスB）を本人が希望される場合に限り通所（参加）を併用可能とします。（本来はケアマネジメントにより状態像にあったサービス利用が望ましいです。）その際は、「住民主体の通所サービス（通所型サービスB）」実施団体から対象者を通じて「住民主体の通所サービス（通所型サービスB）計画連絡票」（P39）の提出依頼がありますので、必要事項について記載します。

4. 1 か月あたりの支給限度額

1) 1 か月あたりの支給限度額

事業対象者は、1 か月あたりの支給限度額が要支援1相当であることに留意して相談受付を行ってください。

《要支援・事業対象者の1 か月あたりの支給限度額》

認定区分	利用可能サービス	1 か月あたりの支給限度額
要支援認定者	○予防給付のみ ○予防給付＋総合事業サービス ○総合事業サービスのみ	要支援1：5,003 単位 要支援2：10,473 単位 (従来どおり)
事業対象者	総合事業サービスのみ	5,003 単位 但し、利用者の状態によっては、要支援2の限度額までを2か月間利用可能とする。

2) 区分支給限度額変更申請

事業対象者は要支援1相当の支給限度額が適用となりますが、下記の状態に該当する場合は、要支援1相当の支給限度額を超えて要支援2相当までの支給限度額が適用されます。

【対象者】

- ・訪問型サービス ※①～③すべてに該当することが必要です。
 - ① 退院直後等で、集中的に訪問サービスを利用することが本人の自立支援に資するとケアマネジメントにおいて判断した場合
 - ② 単身、同居の家族に家事の実施が困難な状況がある
 - ③ IADL の項目にできないことがある
- ・通所型サービス
退院直後等で、集中的に通所サービスを利用することが本人の自立支援に資するとケアマネジメントにおいて判断した場合

【必要な手続き】

- 介護保険課に下記の書類を提出の上、申請してください。
- ・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 (P 33)
 - ・介護予防・生活支援サービス計画書の写し
 - ・サービス担当者会議の要点をまとめた経過記録等の写し

【提出上の留意点】

利用期間は、最大2か月です。

2か月を超えて、支給限度額を超えるサービスの継続の必要がある場合は、認定手続きを検討してください。

◆申請後、各地域包括支援センターへ連絡してください。

5. ケアマネジメント類型の選択

1) ケアマネジメントAの実施について

① ケアマネジメントAの定義

介護予防支援に準じた形で、原則的に行う介護予防ケアマネジメントで、指定事業所のサービスの利用、または短期集中の通所サービス・訪問サービスの利用の場合に行われるもの。

② 基本的な考え方

ケアマネジメントAにおいては、適切なアセスメントに基づき、高齢者の自立に向けて設定された目標を達成するため、適切なサービスが提供により、生活機能の維持・改善がされることを目指す。

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あてはめるのではなく、高齢者の自立支援や介護予防に資するよう、専門的支援により心身機能の維持・改善を図っていく。

③ ケアマネジメントAを行う対象者の状態像

ア. 認知機能の低下や精神・知的障害により日常生活に支障がある症状や行動を伴う状態

イ. 退院直後やがん末期等で心身の状態が変化しやすく、専門的なサービスが特に必要な状態

ウ. 入浴、食事、排泄に介助が必要な状態

④ 実施方法・手順

ア. アセスメント

イ. 介護予防サービス・支援計画原案作成

ウ. サービス担当者会議

(サービス開始時、プラン変更時、状態に変化があった時)

エ. 介護予防サービス計画の確定・交付

(利用者の同意の上、事業所へ交付)

オ. モニタリング (給付管理)

1か月に1回：電話等 3か月に1回：訪問

カ. 評価 (ケアプラン作成後おおむね6か月)

○総合的に判断し、ケアプランの見直しを行う。

○改善がみられる場合は、基本チェックリストで確認し、非該当であれば終了とする。

⑤ 介護予防ケアマネジメント費

基本報酬 430単位

加算については介護予防支援に準ずる。

⑥ ケアマネジメントAによってつなぐサービスの内容と考え方
 ケアマネジメントAによってつなぐサービスとしては、別表1のとおりとする。

⑦ ケアマネジメントA実施後の取扱い
 終了の場合は、引き続き地域での様々な通いの場や社会参加につなげるように支援していく。

《別表1》

	サービス類型	実施主体
介護予防・生活支援サービス事業	従前の訪問サービス	指定事業所
	従前の通所サービス	
	短期集中の訪問サービス (訪問型サービスC)	(市直営)
	短期集中の通所サービス (通所型サービスC)	いきいき貯金教室
	松江市独自の訪問サービス (訪問型サービスA)	指定事業所
	松江市独自の通所サービス (通所型サービスA)	

2) ケアマネジメントCの実施について

① ケアマネジメントCの定義

緩和した基準による介護予防ケアマネジメントであって、基本的にサービスの利用又は、地域の予防活動その他の活動への参加の開始時にのみ行われるもの。

② 基本的な考え方

ケアマネジメントCは、高齢者自身が地域の介護予防活動や通いの場等に参加し、主体的に介護予防に取り組めることを目指す。

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あ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、家庭や地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう、地域の予防活動や通いの場等に参加し続けられるような環境整備を図っていく。

また特に、ケアマネジメントCにおいては、利用者自身のセルフマネジメントとして、日常生活の活動を高め、家庭で役割を担い、社会へ参加し、生きがいを持つ等の自己実現を図るために、高齢者自身が継続的に取り組めるよう介護予防手帳等を用い、セルフマネジメントを支援する。

③ ケアマネジメントCを行う対象者の状態像

何らかの生活機能低下が見られるが、身体介護はなく比較的安定しており、理解・判断力があり自己の心身の状況に対して自ら必要な支援等を調整できる能力を有する人を想定している。

④ 実施方法・手順

ア. アセスメント

イ. 介護予防生活支援サービス計画書（ケアプランC）案作成

ウ. 利用者の同意の上、住民団体等へ「利用者基本情報（ケアマネジメントC）」（P36）と「介護予防・生活支援サービス計画書（ケアマネジメントC）」（P37）を送付

エ. 「住民主体の通所サービス（通所型サービスB）」若しくは「住民主体の訪問サービス（訪問型サービスB）」のみを利用するためのケアマネジメントCを実施した際は、翌月15日までに市へ「利用者基本情報（ケアマネジメントC）」と「介護予防・生活支援サービス計画書（ケアマネジメントC）」の各々の写しを提出

⑤ 介護予防ケアマネジメント費

基本報酬 430単位

（加算はありません）

⑥ ケアマネジメントCによってつなぐサービス・活動の内容

ケアマネジメントCによってつなぐ住民主体のサービス・地域の予防活動等としては、高齢者自身が主体的かつ継続的に利用又は参加できるものとし、別表2のとおりとする。また、ケアマネジメントによって一般介護予防事業（別表3）につなぐ場合は、ケアマネジメントCによります。ただし、任意です。

⑦ ケアマネジメントC実施後の取扱い

出来るだけ利用者が地域で暮らし続けられるよう、地域での様々な通いの場や社会参加につなげるように支援を行う。利用者の心身の状況に変化があった場合などは、支援の再開について対応できるよう、住民主体の団体と連絡を取り合える体制をとってください。

《別表2》

サービス類型		実施主体
介護予防・生活支援サービス事業	住民主体の訪問サービス (訪問型サービスB)	(住民団体等)
	住民主体の通所サービス (通所型サービスB)	

《別表3》

サービス類型	実施主体
一般介護予防事業	からだ元気塾
	歯つらつ健口教室

※別表3の事業については、ケアマネジメントCは任意

《第5章》 介護予防ケアマネジメント関連書式・資料

1. 松江市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認票

松江市介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票

受付日	平成 年 月 日 ()	受付場所	介護保険課・支所・包括・居宅		
		受付者及び名簿			
本人	被保険者番号	要介護度	要支援(1・2)	要介護	未申請
	フリガナ	有効期限	平成 年 月 日～		
	名前		平成 年 月 日		
	生年月日	M・T・S 年 月 日	年齢	性別	男・女
	住所	電話番号			
代理人	名前	続柄			
	住所	電話番号			

【確認内容】 介護予防・日常生活支援総合事業についての説明 (済・未)

項目	確認事項	チェック欄
利用希望するサービスの内容	1 「訪問介護」の生活支援(掃除や買い物等)サービスを利用したい ※回数・内容等はケアマネジメントで決定されます。介護者がいない(日中)独居や高齢者世帯等が対象です。	<input type="checkbox"/>
	2 「通所介護」を利用して、他者との交流や運動する機会をつくりたい ※回数・内容等はケアマネジメントで決定されます。	<input type="checkbox"/>
	3 一人で自宅で入浴できないので、デイサービスで入浴したい 入浴できない理由()	<input type="checkbox"/>
	4 下記の介護予防サービスを利用したい(希望するサービスに○) 1. 訪問看護 2. ショートステイ 3. デイケア 4. 福祉用具レンタル 5. 訪問入浴 6. 住宅改修 7. 地域密着型サービス 8. 福祉用具購入	<input type="checkbox"/>
	5 入居(GH・サ高住)・入所(特養・老健)したい	<input type="checkbox"/>
	6 利用希望するサービスはないが認定を受けたい ※念のための申請は、必要時に申請するよう促してください。	<input type="checkbox"/>
	7 介護予防としての住民の通いの場や健康教室等を利用したい。	<input type="checkbox"/>
	8 介護予防としての住民の通いの場や健康教室等の支援のための活動に関わりたい。	<input type="checkbox"/>
本人の状態	9 一人でタクシーや公共機関を利用して外出できる	<input type="checkbox"/>
	10 身の回りのこと(排泄・着替え等)や内服管理・金銭管理が自分でできる	<input type="checkbox"/>
	11 かかってきた電話の対応や伝言が正しく行うことができる	<input type="checkbox"/>
	12 歩行や立ち座りに介助が必要で、一人で外出できない	<input type="checkbox"/>
	13 認知症状(物忘れ・同じ話を繰り返す等)がみられ、薬の内服(時間や種類など処方どおり飲む)、電話の利用(電話をかける・用件を伝える)等に介助を受けている	<input type="checkbox"/>
	14 大きな病気やけがで入院又は療養中である。又は主治医・医療機関から勧められた	<input type="checkbox"/>
	15 寝たきり又は、認知症である	<input type="checkbox"/>
	16 64歳以下で特定疾病がある	<input type="checkbox"/>

【判断基準】

「1」～「3」のいずれか、かつ「9」～「11」のいずれかに該当する	⇒ 松江市基本チェックリスト実施対象者です	<input type="checkbox"/>
「4」～「6」・「12」～「16」のいずれかに該当する	⇒ 松江市基本チェックリスト実施対象外です。要介護認定の申請手続きをしてください	<input type="checkbox"/>
「7」・「8」のいずれかに該当する	⇒ 松江市基本チェックリスト実施対象外です。一般介護予防事業及び運営団体を紹介してください。	<input type="checkbox"/>
※すぐにサービスが必要 : () 包括支援センターに連絡 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/>

介護保険課用

2. 松江市基本チェックリスト

松江市基本チェックリスト									
実施日 平成 年 月 日()									
フリガナ 氏名				実施 場所	()地域包括支援センター 自宅・その他()・市窓口			要介護(要支援)認定申請 あり・なし	
住所	松江市			生年月日	T・S 年 月 日(歳)				
希望する サービス	1.訪問サービス 2.通所サービス 3.その他()			性別	記入者	本人・その他()			
				男 女					
No.	質問事項							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)							1.該当	0.非該当
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
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)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									
自分の健康状態をどのように感じますか				1.よい	2.まあよい	3.ふつう	4.あまりよくない	5.よくない	
<p>松江市基本チェックリストの結果は松江市、地域包括支援センター及び居宅介護支援センターへ提供し、今後の総合事業に活用させていただきます。結果を提供することについて同意していただけますか。</p> <p><input type="checkbox"/>同意する <input type="checkbox"/>同意しない。</p> <p>平成 年 月 日 氏名(本人) _____</p>									
実施事業所等 :						実施者名 :			
	生活総合	運動	栄養	口腔機能	外出	もの忘れ	こころの健康	市 確認用	
チェックリスト	No.1～No.20	No.6～No.10	No.11～No.12	No.13～No.15	No.16～No.17	No.18～No.20	No.21～No.25		
判定	／20	／5	／2	／3	／2	／3	／5		
該当基準	10以上	3以上	全該当	2以上	No.16のみ	1以上	2以上		
判定結果	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当		

3. 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、松江市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	バスや電車で一人で外出していますか	家族の付き添いなしで、一人でバスや電車を利用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。なお一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	階段の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	この一年間に転んだことがありますか	この一年間に「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2～3kg以上の体重減少がありましたか	6カ月間で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。体重は一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	お茶や汁物等で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	口の渴きが気になりますか	口の中の渴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	週によって外出の頻度が異なる場合は、過去1か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「いつも同じことを聞く」など物忘れがあるといわれますか	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ている場合や、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。月と日の一方しかわからない場合には「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	

5. 区分支給限度額変更申請書

様式第1号（第4条関係）

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

松江市長

（申請者） 事業所名 _____

担当者名 _____

- 1 被保険者名
- 2 被保険者番号
- 3 住所
- 4 現在利用しているサービス
訪問サービス
訪問型サービスA
通所サービス
通所型サービスA
その他（ _____ ）
- 5 区分支給限度額変更の理由
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（ _____ ）
- 6 ケアプランの目標期間
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 7 次回見直し時期
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【添付書類】 介護予防サービス・支援計画書、サービス担当者会議の要点

6. 医師とケアマネジャーとの連絡票

医師とケアマネジャーとの連絡票

平成 年 月 日

宛先	医療機関名		事業所名	
	医師	先生	発信先 担当介護支援 専門員氏名	
	TEL	() -	TEL	() -
	FAX	() -	FAX	() -

下記の件につきご意見を伺いたいと思います。連絡方法等につきましてFAXにて返信をお願い申し上げます。
なお、情報提供いただくことについては利用者本人及び家族の同意を得ています。

利用者	ふりがな 氏名	介護度	申請中 要介護	要支援1 1	要支援2 2	3	4	5	
	住所	TEL	()	-					
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	()	歳	性別	男・女
サービス 状況	月	火	水	木	金	土	日	その他のサービス	
連絡 内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など								
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入についての意見・相談など								
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（購入）についての医学的意見など								
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議について								
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状態についての相談								
利用者の 照会・相談	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶								
	<input type="checkbox"/> その他								

医師からの回答書（返信）

<input type="checkbox"/> 連絡票の内容を確認しました。	
連絡 方法 等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします。
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします。
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します。
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議に (出席 ・ 欠席) ※欠席の場合はご意見をお願いします。
回答・ 助言等	
	平成 年 月 日 氏名

松江市医師会・八東医師会・松江地域介護支援専門員協会 共同作成(平成23年4月改訂)

7. 歯科医師とケアマネジャーとの連絡票

歯科医師とケアマネジャーの連絡票

平成 年 月 日

宛先	医療機関名		事業所名	
	歯科 医師	先生	担当介護支援 専門員氏名	
	TEL	() -	TEL	() -
	FAX	() -	FAX	() -

下記の件につきご意見を伺いたいと思います。連絡方法等につきましてFAXにて返信をお願い申し上げます。
なお、情報提供いただくことについては利用者本人及び家族の同意を得ています。

利用者	ふりがな 氏名	介護度		申請中	要支援1	要支援2			
	住所	TEL	() -	要介護	1	2	3	4	5
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	()	歳	性別	男・女
サービス 状況	月	火	水	木	金	土	日	その他のサービス	
連絡 内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など								
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状態についての相談								
	<input type="checkbox"/> 訪問診療の依頼								
	<input type="checkbox"/> 飲み込みについて								
	<input type="checkbox"/> 口腔ケアについて								
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議について								
利用者の 照会・相談	<input type="checkbox"/> その他								

歯科医師からの回答書（返信）

	<input type="checkbox"/> 連絡票の内容を確認しました。
連絡 方法 等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします。
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします。
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します。
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議に (出席 ・ 欠席) ※欠席の場合はご意見をお願いします。
回答・ 助言等	
	平成 年 月 日 氏名

ご不明な点は松江市歯科医師会事務局 ☎0852-23-4418（9：00～15：00）までお問い合わせ下さい。

松江市歯科医師会・松江地域介護支援専門員協会 共同作成(平成29年8月作成)

8. 基本情報・情報提供書

※予防支援と同じです

様 介護予防ケアマネジメントA・B

基本情報・情報提供書

記入年月日 平成 年 月 日

事業所名	TEL () -	
担当介護支援専門員	FAX () -	
ふりがな利用者名	性別	生年月日 年 月 日 () 歳
住所	本人連絡先	自宅 () - 携帯 () -
被保険者番号	緊急連絡先 ① () - ② () -	
要介護度	総合・要支・要介 () ・申請中・未申請	障害手帳 無・有 (身障・精神・知的) 級
	認定日 (H . .)	障害名
	認定期間 (H . . ~ H . .)	日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
		認知度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
家族状況等	《家族構成》	世帯状況 名前 続柄 備考
		独居 高齢者世帯 日中独居 その他
	主：主介護者、☆：キーパーソン	
介護力等		近隣の協力等
医療情報	現病名 既往歴 入院歴 感染症等	受診状況 医療機関 (TEL)
経済状況	生活保護 無・有	課税状況 課税・非課税
	年金	介護保険負担割合 2 割
	金銭管理 本人・	
生活に対する意向	(介護予防ケアマネジメントの場合) ・生活の目標を認識し、生活の意欲を高める。 ・「～してみたい」「～できるようになりたい」につなげる。 ・「自分でできるようにしたい」 など	
生活歴		
経過	なぜ相談したのか？等、相談に至る経緯・その人を取り巻く環境・課題など自由に記載する。	

週間スケジュール		問リハ / 週
<input type="checkbox"/> 訪問介護	趣味や楽しみがあり、続けることについての状況。 家庭や仕事・地域での役割をもち行うことについての状況を書き込んでください。	祉用具 / 週
<input type="checkbox"/> 通所介護		
<input type="checkbox"/> その他 ()		
住宅状況	一戸建・集合住宅(持家・賃貸)その他()	一日の過ごし方 活動・趣味
身長	cm	体重 Kg BMI : 2
移動	6ヶ月間の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)	
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)	
立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)	
麻痺・拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (特記)	
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 見えない (特記)	
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 聞こえない (特記)	
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 話せない (特記)	
理解	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 (特記)	
短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 (特記)	
精神周辺症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (特記)	
その他	ろれつが回らない。痛みの有無・動悸・息切れがあるなど書き込んでください。	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)	
服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記) (尿意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし 便意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし)	
睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> いろいろ <input type="checkbox"/> 不眠 (特記)	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)	
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)	
口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記) (義歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
その他	飲みこみにくい。食事がこぼれるなど書き込んでください。	
掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)	
ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)	
洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)	
買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)	
調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)	
その他	書類の整理・記入や家・庭の手入れなど行っていることを書き込んでください。	

※上記の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

9. 介護予防サービス・支援計画書

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）

（介護予防支援・介護予防ケアマネジメントA）

No. _____

利用者名 _____ 様（男・女） 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 認定済み・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	具体的でおおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。1日・1年どちらかの目標設定だけでも可能	1年	生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。
----	---	----	---------------------------------

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 <ul style="list-style-type: none"> ●自ら行きたい場所に移動できているか ●杖や福祉用具、手段 ●自宅や屋外での歩行 ●交通機関を使っている移動状況 	<ul style="list-style-type: none"> ●状態の変動的な事実を4領域に分けて書く ●主観的な判断や思いは書かない ●できるか、できないか ●しているか、していないか ●誰が手伝っているか 	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <ul style="list-style-type: none"> ●各アセスメント領域において、生活上の課題となっていること、背景・原因を分析する。 ●何が原因で、現在の状況になっているのかを記入する。 ●課題がある場合、「<input type="checkbox"/>有」にポイントを付け、分析した内容を記載する。 ●課題がない場合は「<input type="checkbox"/>無」にポイントを付ける。 ●分析する場合は、実際の面談の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに、健康状態・心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。 ●ここでは、各領域ごとに記載する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●各領域における課題を総合して全体像をとらえる。 ●領域における各課題共通の要因背景等を見つけそれらが引き起こす生活課題を記入する。 ●危険性や可能性の予測を記入する。 ●利用者にとって優先順位の高い順で課題を列挙する。 ●複数の領域それぞれ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、目標や具体策を立てたほうが、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。 ●意向や目標・具体策は書かない。 ●課題ごとに、1・2、と番号をふる。 	<ul style="list-style-type: none"> ●「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。 ●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。 ●このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。 ●また、具体策についても、二次予防事業や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。 ●具体的には、「○○が必要。」「○○を行う。」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。 	<ul style="list-style-type: none"> ●左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。 ●具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。 ●その理由や根拠が、次の項目の「目標」欄の根拠となっている。 ●ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。 	<ul style="list-style-type: none"> ●前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。 ●当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意が得られた場合はそのまま転記する。 ●数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすくなる。 <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ひとりまで歩いて行けるようになる。 ●一日に一度は、肉か魚を食べる。 	<p>()</p> <ul style="list-style-type: none"> ●支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。 ●健康状態について記載されている主治医の指示や禁忌などを記載する。（リスクマネジメント） ●担当者の役割分担や配慮すべき事項を記載する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●本人自ら取り組むこと、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を具体的に記載する。 ●誰が何をやるのかを明記する。 ●本来の支援が実施できない場合には、利用者や家族と合意できた「当面の支援」を【】書きで記載する。「当面の支援」がない場合は書く必要はない。 <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●家族と一緒に針刺しの手入れを行う。 ●近所の友人と連れだって、買い物と一緒に外出 	<ul style="list-style-type: none"> ●予防給付、地域支援事業の具体的なサービス内容を記載する。（訪問介護等サービス種類の記載ではない。） ●「掃除」や「買物」、「リハビリ」だけではなく、「どこの掃除をどのようにするか、代行するのか共に行うのか」「どのようなリハビリを行うのか」等記載する。 <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●自分にあった運動の仕方を見つけ、自宅でも少しずつ運動ができるようにする。 ●できる限り、日中は起き上がり居室で座って過ごすなどベッドから離れる。 	<ul style="list-style-type: none"> ●左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。 ●介護予防訪問介護については報酬区分を記載する。 ●運動器の向上プログラムなど加算サービスも必要時記載する。 <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●介護予防訪問介護Ⅱ ●特殊寝台・配食サービス、ふれあい給食会 	<ul style="list-style-type: none"> ●当該サービス提供を行う、事業所名を記載する。 ●家族、地域、介護保険サービス以外のサービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたって実施するかを記載する。 ●「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。 ●「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。 ●回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。 ●サービス担当者会でサービス事業者と調整し、最終的に

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

主治医意見書などから特に注意すべき事柄を書く。副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項などを書く。

【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

- 支援チームが取り組む方向性や本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。
- 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。

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、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。

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	基本チェックリストの結果を参考に転記する。判定基準を参考にしながらアセスメントする。	／3	／5	／5	／5

地域包括支援センター

【意見】

- 居宅介護支援事業所に委託している場合に記入する。
- 意見欄→利用者に対し、「地域包括支援センター職員も応援しているので、介護予防に積極的に取り組んでください」というような文言を記載する。
- 特になければ無理に記入する必要はない。
- 確認欄→必ず記入すること

【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

10. 利用者基本情報（ケアマネジメントC）

様

利用者基本情報

() 地域包括支援センター

記入年月日 平成 年 月 日

担当 :

利用者名		性別		生年月日	M・T・S	年	月	日 ()	歳
住 所				TEL	自宅	()	—		
					携帯	()	—		
認定情報	事業対象者・支援1・支援2				緊急連絡先	()	—		
					(氏名・続柄 :)				

《 生活に関する事 》

趣味 特技 楽しみ	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> 趣味や特技、楽しみ、続けていることについての状況 仕事や地域での役割、行っている状況など入力 </div>
-----------------	--

《 病気に関する事 》

病 名	医 療 機 関	医 師 名	電 話

備 考	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> ・サービス利用にあたっての注意事項 ・生活の目標、意欲を高めることにつながる「〇〇をしたい」 「〇〇に参加してみたい」「〇〇ができるようになりたい」といった意向について入力 </div>
-----	---

1 1. 介護予防・生活支援サービス計画書（ケアマネジメントC）

《介護予防・生活支援サービス計画書》

《新規・変更》

作成年月日 平成 年 月 日 () 地域包括支援センター
 担当者： _____

利用者名	様 男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 () 歳
住所	松江市		認定情報 支援1・支援2・事業対象者

目 標	
本人及びご家族の意向	

困っていること	自分で取り組むこと	サービス内容
		サービス内容：ごみ捨て、買い物通所
記載例： サービス依頼団体 「〇〇自治会 〇〇の会」 実施回数 「週2回」 実施時間 「1回30分」 依頼開始日 〇月〇日～		
サービス依頼団体		実施回数
実施時間		依頼開始日

留意事項	目標についての支援ポイントを記入 住民主体サービス（サービスB）実施団体への連絡事項など
------	---

上記内容について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名（自署） _____

12. 住民主体通所サービス（通所型サービスB）計画連絡票

（様式第 号）

住民主体通所サービス（通所型サービスB）計画連絡票

住民主体通所サービス実施団体 様

以下のとおり、利用者が貴団体の住民主体通所サービス（通所型サービスB）を利用しますのでお知らせします。

依頼日 平成 年 月 日

計画作成事業所		担当者氏名	
---------	--	-------	--

利用者名	様	性別		生年月日	年 月 日（ ） 歳
住 所				認定情報	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2

サービス実施団体	
会場	
利用開始日	



13. サービス評価票

介護予防支援・サービス評価表

評価日

利用者氏名

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	目標を達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標を達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
<p>●「介護予防サービス・支援計画表」に記載している合意を得られた最終の具体的な目標を転記する。</p>	<p>●「介護予防サービス・支援計画表」の「期間」欄からサービス提供開始月の最も早い月からサービス提供終了月の最も遅い月を評価期間として転記する。</p>	<p>●評価期間内に目標がどの程度達成できているか、生活機能がどれだけ向上・維持できたかを具体的に記載する。</p> <p>●評価の際は、サービス事業者が行う事前アセスメント、事後アセスメントの結果等からの情報を集約し、ケアプラン作成者のモニタリングと併せて利用者の生活機能全体に関する評価を行う。</p> <p>[達成した場合] 例) 1人で～まで行くことができた。</p> <p>[達成できなかった場合] 例) ～までには○○のため、いतरなかつたが、××まで行くことができた。</p>	<p>●目標を達成した場合には、○印を付ける。</p> <p>●未達成の場合には、×印を付ける。</p>	<p>●何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性を含め利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。</p> <p>例) もう少しで○○まで歩けると思っていたが、天気の良い日が続き、思ったように外出できなかった。</p>	<p>●何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、ケアプラン作成者としての評価を記載する。</p> <p>●本人・家族の意見、事業所からのモニタリング結果も含め、目標設定の妥当性やサービスの入れ方について評価する。もしくは、新たな課題の発生がなかったかも含めて分析する。</p> <p>例) □□が原因で～をしづらくなったために、目標の☆☆には至らなかったが、××の段階までは到達できた。</p> <p>目標達成のために歩行距離を伸ばそうと頑張っていたが、外出時に転倒したことから、不安が増大し、意欲が低下してしまい、当初の目標に届かなかった。支援経過において、目標のハードルを少し下げなどの工夫を検討する必要があったのではないかと考える。</p>	<p>●ケアプラン作成者としての意見をまとめる。</p> <p>●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する。</p> <p>例) 当初の目標は達成され、歩行能力の改善も見られており、ご本人の生活意欲も向上している。そのため、あきらめかけていたハイキングなどへの再開にも希望を持ち始めている。デイケアでの運動の選択メニューに関しては、もう少し継続し歩行能力の状況を勘案しながら、終了時期の検討を行って行く。</p>
<p>総合的な方針</p> <p>●今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。</p>		<p>地域包括支援センター意見</p> <p>●居宅介護支援事業所に委託した場合に、ケアプラン作成者に対して記載する。介護予防プランに対する対象者の状況や事業所からの報告を受けて、効果が認められた、維持、悪化等の判定をし、その根拠も記載する。ケアプラン作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い地域包括支援センターと委託されたケアプラン作成者の方針の統一をはかる必要がある。</p>		<p> <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> 終了 </p>		

15. 興味・関心チェックシート

【興味・関心チェックシートとは】

- 対象者の「している」「してみたい」「関心がある」生活行為の状況の把握
- 自分の生活行為を思いつかない場合のヒント

【興味・関心チェックシートの手順】

- シートの記入方法
- ①各項目の、現在している生活行為には、その頻度に関係なく「している」欄に○を記入。
- ②「していない」項目については、それを「してみたいか」意向を聞く。してみたいものには「してみたい」の欄に○を記入。
- ③興味の有無を確認。している、してみたい、できる、できないに関係なく、興味がある場合は「興味がある」の欄に○を記入。
- ④いずれにも該当しない場合は、「している」の欄に×を記入。
- ⑤シートには空欄があり、各地域特有の生活行為や趣味活動など、使用する場に応じて追記する。

【注意】このシートの著作権は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており本シートの全部または一部の内容の変更等は著作権上の例外を除いて禁じられています。

興味・関心チェックシート

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

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

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				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)

16. 介護予防手帳

【介護予防手帳の活用】

従来の介護予防事業は、基本チェックリストの一斉送付を行い、チェックリスト該当者を特定高齢者として2次予防事業（運動機能向上プログラム・口腔機能向上プログラム）を実施していました。

今後は、特定高齢者の概念がなくなり、介護予防事業と介護サービスの包括的な事業実施により介護予防事業を行っていきます。

介護予防手帳などによる周知活動により、広く介護予防について啓発を実施し、社会参加による介護予防をすすめていきます。

介護予防手帳は、健康づくりの啓発や、セルフケアマネジメントの推進を図るツールとして、自発的な健康づくり・介護予防の取り組みを支援します。

【健康手帳】



【健康手帳の内容】

健康の記録
血圧・体重の記録
健康づくりと介護予防
認知症に早く気付くためのチェックリスト
介護予防事業について
地域包括支援センター・サービス担当者の連絡先
介護や介護サービスの記録

【配布について】

健康手帳は、健康政策課・地域包括支援センター等にありますので、利用者の方の健康づくりにご活用ください。

《巻末資料》

1. 維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方（例）

出典：介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインより

維持改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	事例
1 健康管理の支援が必要な者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高血圧や糖尿病、がんなど服薬管理を含め、疾患管理が必要な者 ・ 飲水・食事摂取量の低下、睡眠量の低下、便秘などから認知機能の低下や体調不良を呈し、その管理の支援が必要な者 ・ 健康状態の悪化もしくは管理がうまくできていない者かつ本人・家族が管理することが難しいまたは第三者による管理が必要な者 	<p>①悪化要因が疾病によるものである場合は受診をすすめる。</p> <p>②リハビリテーション専門職等(管理栄養士や保健師等)との同行訪問で、健康のアセスメントや在宅での具体的取り組み方法の指導を受け、自分で管理できるようになる。</p> <p>③健康管理に対する知識・意識を高め、行動変容に結びつく通所での健康教育の場への参加を促す。</p> <p>(1) まず、食事や水分摂取量、服薬管理など生活を整える支援を行う。</p> <p>(2) 次に、自分で管理できるよう健康教育を実施する。</p> <p>(3) 栄養改善、口腔機能・運動機能向上プログラムを実施する。</p> <p>④本人に健康管理に対する健康教育を実施したが理解や意識が低く、かつ家族の支援が得られない者に対しては健康管理のための支援を検討する。</p> <p>⑤目標達成後は、地域の住民主体の体操教室などに参加し、自分の健康を維持できるよう、ステップアップの場である通いの場へ参加できるようにする。</p>	<p>80歳男性のAさん 要支援1→1</p> <p>元々、社交的な方だったAさん。一人暮らしになり娘夫婦との同居をきっかけに閉じこもりがちになった。注意散漫で転倒しやすく、物忘れが進んできた。保健師による訪問で、糖尿病があり、医師から食事制限の指導があるにも関わらず、毎日ドーナツなどのおやつや甘いコーヒーを飲んでいて、食事と運動の指導を行い、通所介護で食事と水分のコントロール、運動プログラムに参加を促した。また、近所の男性ボランティアに相談し、ウォーキングに誘ってもらった。結果、注意力が高まり、物忘れもなくなり、通所介護を終了し、地域のウォーキング会に参加するようになった。</p> <p>81歳男性のBさん 要支援2→更新せず</p> <p>旅行を楽しみとしていたBさん。歩くといふことで臥床がちに。保健師による訪問で、本人が疲労をつよく訴えたこと、糖尿病の管理うまくいっていないことから受診を勧める。結果、甲状腺機能低下があり服薬治療が開始される。通所介護で生活リズムを整えるとともに運動プログラムに参加した。通所の帰り、徒歩で帰ることが可能となる。通所介護を終了し、地域の通いの場である体操教室に参加をすることとなった。</p>

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	事例
2 体力の改善に向けた支援が必要な者	<ul style="list-style-type: none"> • 健康状態が悪化した結果、体力が低下し、体力の向上支援が必要な者 • 退院後間もない者 • 体力が低下し、ADLやIADLが疲れてうまくできない者 • 閉じこもりがちで体力の低下の恐れがある者 	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、体力が低下した理由をアセスメントし、動作の仕方や環境調整、効果的な運動プログラムの指導を行う。</p> <p>②体力改善に向け、通所で集中的に運動プログラムを実践。</p> <p>(1) まずは、送迎による外出支援</p> <p>(2) 通所で運動プログラムの提供による体力向上支援</p> <p>(3) 徐々に歩いて行ける範囲への通いの場へ移行できるよう、屋外歩行の練習など外出練習をする。もし、歩いていける範囲に通いの場がない場合は、公共交通機関の利用練習も併せて実施し、買い物や趣味活動などの日常生活に結びつくよう支援する。</p> <p>③目標達成後は、運動の習慣化をするために地域の住民が運営している体操教室などに参加をすすめ、仲間と共に体力の維持を実践できるようにする。</p>	<p><u>90歳Cさん男性 要支援2→2</u></p> <p>シルバーカーを利用して、散歩や集会場の高齢者の集いに参加することを楽しみにしていたCさん。夏の脱水をきっかけに体力が低下し、寝たり起きたりの生活となる。送迎を利用し通所介護の運動プログラムに参加する。徐々に体力がつき、近所程度は散歩できるようになったことから、歩いていける通いの場に参加することとした。結果、地域の住民が集まるサロンに参加するようになった。</p> <p><u>75歳Dさん女性 要支援2→更新せず</u></p> <p>元々デパートへ行くことが楽しみだったDさん。大腿骨頸部骨折による退院後、歩行や体力に自信がないということで、外出は通院のみであった。リハビリテーション専門職等の訪問で、アセスメントを行い、玄関の段差に手すりの設置や歩行車を導入。近くの通いの場に、ボランティアの送迎で、運動プログラムに参加する。結果、歩くことに自信がつき、地域住民が実施する通いの場の体操教室に参加し、最近ではバスを利用しデパートにも行けるようになった。</p>

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	事例
<p>3 ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・不自由になっているADL/IADLに対し、生活行為の仕方の練習や道具の工夫など環境を調整するなどの支援が必要な者 ・認知機能の低下、痛みや筋力などの低下から、生活行為に支障があり、道具や環境の工夫、動作の仕方などの指導が必要な者 	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、ADL/IADLのアセスメントと、在宅で動作の仕方や道具の工夫などの環境調整を行い、自分でできるようにする。</p> <p>②併せて、通所に参加し、</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) ADL/IADLの基本的動作の集中的な練習を実施する (2) ADL/IADLの生活行為そのものを反復的に実施する。 (3) 通所で練習しているADL/IADLの生活行為は、通所の場面だけではなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。 <p>③目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>	<p>80歳男性のEさん 要支援1→更新せず</p> <p>趣味のグランドゴルフや町内会の会長をするなど活動的な生活を送っていたEさん。脳梗塞後、住宅改修の相談で介護保険を申請。独居で、ゴミの運搬や浴槽の出入りができず、困っていた。リハビリテーション専門職等の訪問により、環境調整や動作の仕方を指導した結果、入浴はできるようになる。併せて運搬動作の練習のため、通所介護を利用。運搬が容易になったことで買い物にも行けるようになり、通所介護を終了し、元々していたグランドゴルフの会に参加するようになった。</p> <p>84歳女性のFさん 要支援2→2</p> <p>軽トラックを運転して、買い物に行くなど家の家事のほとんどを担っていたFさん。腰痛後、家事のすべてを娘がするようになった。リハビリテーション専門職等の訪問により、歩行車の導入と洗濯や物干しの仕方、箒ばきやモップによる掃除の仕方、自宅からバス停までの歩行の仕方を指導する。併せて、通所介護でも動作の練習や運動プログラムに参加した。徐々に外出に対する自信が付き、近所のお店まで買い物に行けるようになる。結果、通所を終了し、地域の通いの場で体操に参加し、友達もでき通いの場が楽しみになっている。家では掃除、洗濯、買い物を担当するようになった。</p>

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	事例
<p>4 閉じこもりに対する支援が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 病院から退院してまもない者 • 孤独感や生活の意欲が低下している者 • うつや認知機能などが低下している者 • 日中、家庭での役割や趣味活動など何もすることがない者 • 社会的活動に参加したいと思っているが体力などに自信がなく閉じこもっている者 • 家族が閉じこもりがちな状態に対し、心配している者 	<p>①リハビリテーション専門職等の訪問で、閉じこもりになった理由をアセスメントし、生活の中で楽しみにしていた、大切にしていた生活行為を聞き出し、家庭でできる家事などの役割の回復を促す。</p> <p>②うつや認知機能に低下がみられる場合は、受診を勧める。</p> <p>③訪問で、役割や余暇活動の機会を提供し、本人のしたい生活行為ができるよう支援する。併せて、体力の向上の必要性を説明し、理解を得つつ、通所への参加を促す。</p> <p>④通所参加後は、</p> <p>(1)まず、送迎による外出支援を行いつつ、</p> <p>(2)人的な交流</p> <p>(3)運動プログラムの実施など本人のしたい活動の拡大を図る。</p> <p>⑤目標達成後は、身近な通いの場に歩いて参加し、人的交流や運動プログラム、仲間と様々な余暇活動の参加の機会を提供する。</p>	<p>82歳Gさん 要支援2→1</p> <p>囲碁教室に通うことを楽しみにしていたGさん。腰痛で立ち座りや家事の一部が困難になったことをきっかけに、閉じこもりがちになった。訪問で本人のしてみたいことを確認し、歩く自信をつけることを目的に通所介護を利用する。歩行に自信がつき、通所介護を終了し、歩いていける範囲にある通いの場に参加することとした。結果、公民館の囲碁教室に通うようになっている。</p> <p>80歳Hさん女性 要支援2→2</p> <p>友達とスポーツジムの水中ウォーキングに参加することを楽しみとしていたHさん。膝の痛みもあり、物忘れが出始めたころから、閉じこもりがちになった。体操が好きとのことで介護予防通所介護の運動プログラムに参加する。併せてボランティアの訪問も行い、一緒に毎日1時間の散歩をする。結果、相変わらず財布がないと言っているものの穏やかになり、本人の希望により通所介護から元々参加していた地域の友達がいるスポーツジムに参加するようになる。</p>

2. 認定期間の延長について

制度改正に伴い、認定期間を変更しています。

【適用開始日】

平成30年4月1日の申請者から適用

【有効期間】

平成30年4月1日以降の認定審査による有効期間の設定については、下記の有効期間の範囲で行います。

《総合事業開始後の有効期間》

申請区分等	原則の 認定有効期間	認定有効期間の範囲	
新規申請	6か月	3か月～12か月	
区分変更申請	6か月	3か月～12か月	
更新申請	要支援1～2	12か月	3か月～36か月
	要介護1（認知機能）	12か月	3か月～36か月
	要介護1（状態不安定）	12か月※	3か月～12か月※
	要介護2～5	12か月	3か月～36か月

※状態不安定による要介護1の場合、6か月以下の期間に設定することとされています。

3. 住所地特例対象者における必要な事務手続きの例

1) 要支援認定を受けて総合事業を利用する場合

① 他市被保険者（Aさん）

他市被保険者（Aさん）は保険者市町村（他市）に対して要介護（支援）認定の申請を行う。

② 保険者市町村（他市）

保険者市町村（他市）は、認定の結果、被保険者証を発行する。

③ 他市被保険者（Aさん）

他市被保険者（Aさん）は施設所在市町村（松江市）の地域包括支援センターと介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント契約を結ぶ。

④ 他市被保険者（Aさん）

他市被保険者（Aさん）は、「介護予防サービス計画作成届出書」または、「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」に被保険者証を添付して施設所在市町村（松江市）に対して届け出ることとなり、介護予防支援または介護予防ケアマネジメントを通じた事業の利用が可能となる。

⑤ 施設所在市町村（松江市）

施設所在市町村（松江市）は「介護予防サービス計画作成届出書」又は「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」保険者市町村（他市）に送付（原本又は写しを送付）する。

⑥ 保険者市町村（他市）

保険者市町村（他市）は⑤の「介護予防サービス計画作成届出書」又は「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」（原本または写し）をもとに、新しい被保険者証を他市被保険者（Aさん）へ送付する。

⑦ 保険者市町村（他市）

保険者市町村（他市）は、該当の住所地特例対象者について、住所地特例項目を設定し地域包括支援センターの情報を設定した受給者異動連絡票を所在する都道府県国保連に送付する。

2) 基本チェックリストにより総合事業を利用する場合

① 他市被保険者（Aさん）

他市被保険者（Aさん）は保険者市町村（他市）に対して総合事業のサービス利用を相談。

② 施設所在市町村（松江市）

施設所在市町村（松江市）の地域包括支援センターは、基本チェックリストで事業対象者に該当かどうかを確認（確認の結果、事業対象者に該当の場合、以下の流れに進める。

③ 他市被保険者（Aさん）

他市被保険者（Aさん）は施設所在市町村（松江市）の地域包括支援センターと介護予防ケアマネジメント契約を結ぶ。「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」に基本チェックリストと被保険者証を添付して施設所在市町村（松江市）に届出を行う。介護予防ケアマネジメントによる事業利用が可能となる。

④ 施設所在市町村（松江市）

施設所在市町村（松江市）は「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」及び基本チェックリスト、被保険者証を保険者市町村（他市）に送付（原本または写しを送付）する。

⑤ 保険者市町村（他市）

保険者市町村（他市）は④の「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」（原本または写し）をもとに、新しい被保険者証を他市被保険者（Aさん）へ送付する。

⑥ 保険者市町村（他市）

保険者市町村（他市）は、所在する都道府県の国保連に、事業対象者であること、住所地特例項目を設定し地域包括支援センターの情報を設定した受給者異動連絡票を所在する都道府県国保連に送付する。

4. 短期集中訪問サービス（訪問型サービスC）について

【対象者】

対象者は、松江市の保健師による短期間の支援で、生活機能回復や改善・在宅生活への移行支援により、自立した生活を送ることが見込まれる方

【支援内容】

退院直後や病後などで一時的に閉じこもり等により、通所型サービスが適さない人に保健専門職の訪問指導により生活機能低下の解消、病状の悪化を防ぐこと等を目的とする。

（具体的な支援内容の例）

- ・退院直後など心身の状態変化があった後の、生活行為の見立てと生活指導
- ・ケアマネジメントにより通所型サービスの利用が適当と判断されたが、本人の意向などによりサービスにつながらない人に、サービス事業や、住民主体の通所サービス（通所型サービスB）やなごやか寄り合い事業などの介護予防事業、地域の民生児童委員等とのつなぎによる介護予防・社会参加への支援
- ・糖尿病や高血圧などの、食事・運動等の療養指導。必要時、医療機関との連携による支援。
- ・家族調整の支援 等

【訪問期間・提供時間】

- ・訪問期間は3か月以内
- ・月2回程度
- ・提供時間60分以内

【ケアマネジメント】

ケアマネジメントA

（サービス担当者会議を含む従来型のケアマネジメント）

【短期集中訪問サービス（訪問型サービスC）の流れ】

- （1）介護支援専門員は、利用者の意向を踏まえた介護予防ケアマネジメントを行い、短期集中訪問サービスを利用する対象者を把握する。
- （2）介護支援専門員は、健康政策課担当者に連絡する。
- （3）健康政策課担当者は健康推進課事業担当へ連絡し、地区担当保健師（健康推進課・各支所保健師）への伝達を行う。
- （4）地区担当保健師は、介護支援専門員と連絡調整を行いサービス担当者会議に出席し、訪問個別支援の方針を検討する。対象者の心身の状況を把握し、具体的にどのようなサービスを実施すべきか等の事前アセスメントを行う。

- (5) 地区担当保健師は、事前アセスメントを踏まえた個別支援計画（目標設定）を作成し、利用者の同意を得て、計画書を本人・介護支援専門員に1部ずつ渡す。
- (6) 地区担当保健師は、個別支援計画に基づくサービスを実施し、経過記録を記載する。サービスの中断および中止、報告が必要となった際は、随時介護支援専門員に状況の報告をする。
- (7) 健康推進課事業担当は健康政策課へ、毎月短期集中の訪問サービス（訪問型サービスC）の実施状況について各地区担当保健師の実施状況を取りまとめたのち報告を行う。
- (8) 地区担当保健師は、サービス終了後評価票にサービスの実施評価を記載する。
- (9) 介護支援専門員は、短期集中訪問サービスの評価から、今後の支援方針の検討を行う。改善すれば、一般介護予防事業、住民主体の通所サービスに移行の検討を行う。サービスの継続が必要な場合は、緩和型や住民主体サービスへの移行を中心に検討する。

5. 短期集中通所サービス（通所型サービスC）について

【支援内容】

下肢筋力の低下、腰痛等を含めた日常生活上の支障等を自覚し、日常生活を維持・改善するためにプログラムの必要性を理解した上で、運動器の機能や生活機能向上に向けた短期的な介入によって、対象者自身による改善方法の習得とその方法を生活に定着させることを目標とする。

(1) 実施前のアセスメント

参加者の健康状態・生活習慣・体力測定などの個別の状態を把握する。

<実施前アセスメント>

■アセスメント・評価票 ■やる気スコア （■松江市基本チェックリスト）

(2) プログラム実施

個別支援計画に基づき、ストレッチ・ボール体操・筋力トレーニング・水中運動・レクリエーション等、各施設等の特徴を生かした運動器の機能及び生活機能の向上に資するものを提供する。また、自宅でも実施ができるような運動メニューを指導する。

(3) 実施後のアセスメント及び評価

目標の達成状況、体力要素の改善状況、主観的健康観等を総合的に評価する。

<実施後アセスメント帳票>

■アセスメント・評価票 ■やる気スコア ■基本チェックリスト

(4) 送迎（任意）：送迎費はなし。可能な事業所は実施する。

【提供時間】

- 通所期間は12回（概ね3か月）
- 週1回程度
- 提供時間60分

【ケアマネジメント】

ケアマネジメントA（サービス担当者会議を含む従来型のケアマネジメント）

【短期集中通所サービス（通所型サービスC）の流れ】

- （1）介護支援専門員は、利用者の意向を踏まえた介護予防ケアマネジメントを行い、短期集中通所サービスを利用する対象者を把握する。
- （2）介護支援専門員は、短期集中通所サービス提供事業所担当者と連絡調整を行い、サービス担当者会議を開催し、個別の支援方針を検討する。その際、松江市基本チェックリストの結果（写し）を短期集中通所サービス提供事業所担当者に渡す。
- （3）短期集中通所サービス事業所担当者は、対象者の心身の状況を把握するとともに、具体的にどのようなサービスを実施すべきか等の事前アセスメントを行う。
- （4）通所サービス提供事業所担当者は、事前アセスメントを踏まえ、「アセスメント・評価票」に実施計画及び目標を記載し、利用者の同意を得て、本人・介護支援専門員に1部ずつ渡す。
- （5）短期集中通所サービス提供事業所担当者は、実施計画に基づくサービスを実施し、「実績報告書」に経過を記載することで、経過を管理する。サービスの中断及び中止、報告が必要となった場合、随時、介護支援専門員に状況を報告する。
- （6）短期集中通所サービス提供事業所は、実施翌月に市介護保険課へ短期集中通所サービスの「実績報告書」にて実績報告を行い、委託費を請求する。
- （7）介護支援専門員へも毎月の「実績報告書」にて実施状況及び経過を報告する。
- （8）短期集中通所サービス提供事業所は、アセスメント帳票（アセスメント・評価票、やる気スコア、松江市基本チェックリスト）にて実施評価を行い、サービス終了後、「アセスメント・評価票」に記載し、利用者の同意を得て、本人・介護支援専門員に1部ずつ渡す。
- （9）介護支援専門員は、短期集中通所サービスの評価から今後の支援方針を検討する。改善すれば、一般介護予防事業、住民主体の通所サービスに移行の検討を行う。サービスの継続が必要な場合は、緩和型や住民主体サービスへの移行を中心に検討する。