

2017 年 2 月 20 日

鯖江市

介護予防ケアマネジメントマニュアル 平成 29 年度版



鯖江市健康福祉部長寿福祉課

目次

第一章 総合事業窓口対応

1. 「介護予防・日常生活支援総合事業」とは	1
2. 相談受付時の心得	1
3. 事業対象者決定の流れおよび決定後の流れ	1
4. 健康チェックリストについて	4

第二章 介護予防ケアマネジメント

1. 事業内容	8
2. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	8
3. 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方	9
4. 実施主体	9
5. 実施の手順	
(1) 概要	10
(2) 手順のポイント	11
6. 留意事項	13
7. 報酬（単価・加算）支払	
(1) 単価及び加算	13
8. 請求までの流れ	14
9. 利用者の移行方法と費用	
(1) 移行についての考え方	19
(2) 更新手続き	19
(3) 移行例と費用	20

第三章 関連様式

様式1 健康チェックリスト様式及び事業対象者に該当する基準	25
様式2 健康チェックリストについての考え方	27
様式3 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	29
様式4 興味・関心チェックシート	30
様式5 課題整理総括表	31
様式6 利用者基本情報	32
様式7 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）	34
様式8 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）	35
様式9 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表	36
様式10-1 要介護認定、介護予防日常生活支援総合事業 事前聞き取りシート	37
様式10-2 要支援者、事業対象者に対する要介護認定申請事前確認シート	39
様式11 鯖江市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書	40
様式12 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント委託業務結果提出票	41
様式13 介護予防支援業務等実施状況報告書	42
様式14 請求書（介護予防支援業務）	43
様式15 介護予防ケアマネジメント業務等実施状況報告書	44
様式16 請求書（介護予防ケアマネジメント）	45

第一章 総合事業窓口対応

1. 「介護予防・日常生活支援総合事業」とは

(介護保険法第115条の45第1項に規定)

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

介護や生活支援を必要とする高齢者や、単身生活者や高齢者のみの世帯が増える中、生活の継続に必要な買い物や掃除の支援、高齢者が生きがいを持って参加できる活動が、これまで以上に必要になると見込まれます。

このため、従来のホームヘルプやデイサービスだけではなく、住民が実施する取組も含めた、多様な担い手による高齢者の支援体制を、地域の中に作っていくことが必要になっています。

自分らしく地域で暮らし続けるためには、一人ひとりができる限り介護予防に努めるとともに、地域や家庭の中で何らかの役割を担いながら生活することが大切です。また、役割を担うことは介護予防にもつながります。地域の誰もが参加できる、身近な場所での「体操教室」や「サロン」など、住民の自主的な介護予防活動の立ち上げや、運営について幅広く応援します。

こうした住民の皆さんの参加による、幅広い支え合いの地域づくりを推進するため、鯖江市では、平成 29 年 4 月 1 日から、「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）」を実施します。

2. 相談受付時の心得

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が必要か（「健康チェックリスト」の実施）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、地域包括支援センターにご相談ください。
- 第2号被保険者は、総合事業の利用、予防給付の利用のいずれの場合も要支援認定が必要です。チェックリストで判断することはできません。

3. 事業対象者決定の流れおよび決定後の流れ

(1) 相談受付

- ① 「要介護認定、介護予防・日常生活支援総合事業 事前聞き取りシート」を活用し、明らかに要介護認定申請が必要か、それとも一般介護予防事業等での対応が必要か、或いは、サービス事業の対象者かの判断をします。
- ② 「要介護認定、介護予防・日常生活支援総合事業 事前聞き取りシート」の結果により、要介護認定が必要と判断された場合には、要介護認定の申請を案内します。
- ③ 「要介護認定、介護予防・日常生活支援総合事業 事前聞き取りシート」の結果により、要介護認定の必要性が低いと判断したものの、何らかのサービス利用が望ましいのではないかとと思われる場合や、サービスの希望内容が総合事業の範囲のみ(訪

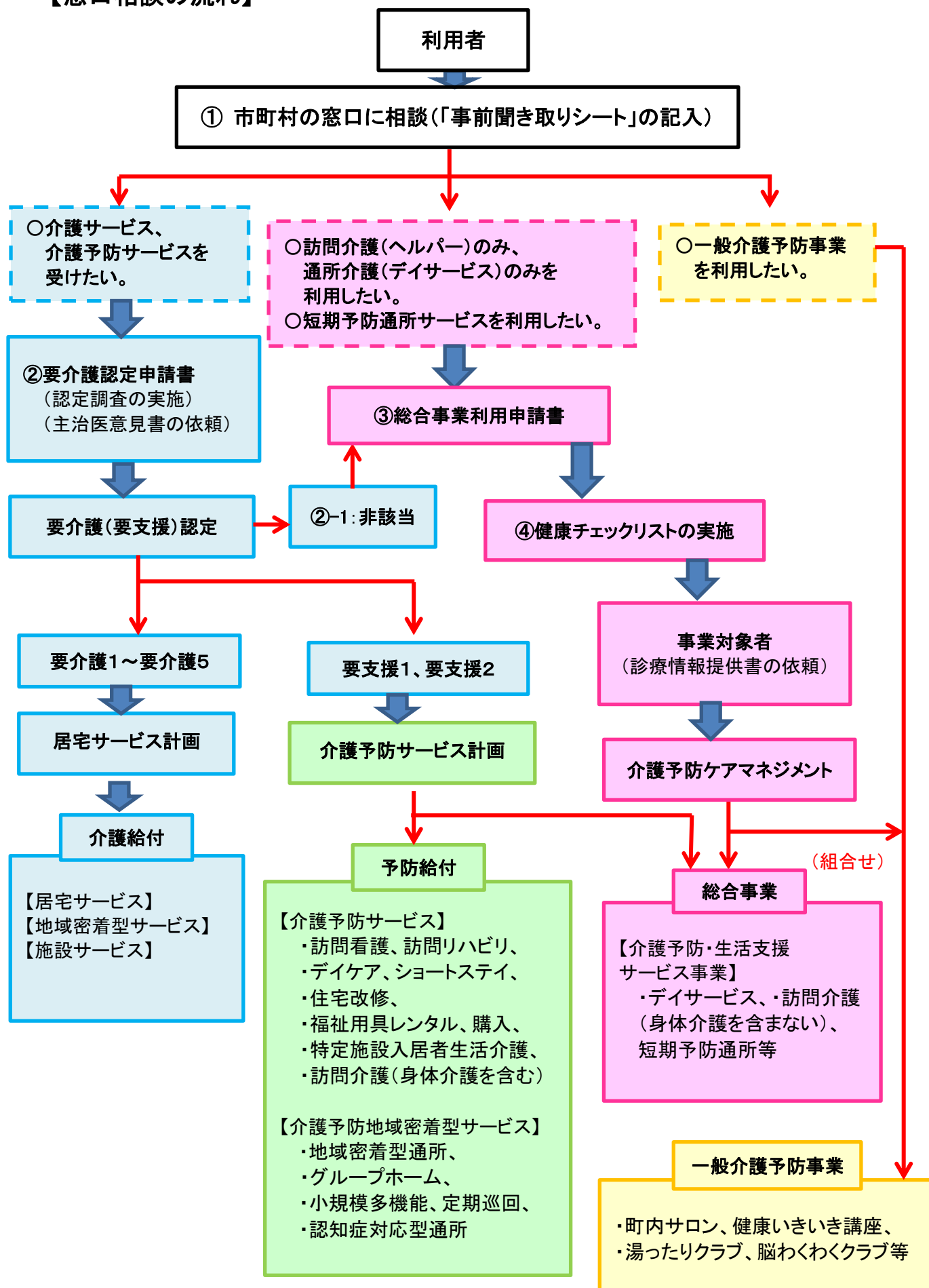
問家事、ミニデイ、短期集中予防通所）の場合には、介護予防・日常生活支援総合事業の申請を御案内し、「介護予防・日常生活支援総合事業対象者認定申請書」の記入の依頼とともに、「健康チェックリスト」を聞き取ります。また、合わせて「介護保険被保険者証」を回収します。

- ④ 本人が来所できない（入院中・相談窓口が遠い、外出に支障があるなどの）場合は、改めて、本人の居場所へ訪問し、本人の状況や相談の目的を聞き取ります。
 - ⑤ 居宅介護支援事業所等からの代行による「健康チェックリスト」の提出も可としますが、本人が来所できない場合と同様の扱いとします。（ケアマネジャーによる聞き取り記入）
 - ⑥ サービス事業（事業目的・内容・手続き）、要介護認定申請、一般介護予防事業の説明には、各パンフレット・リーフレット等活用してください。
- (2) 「健康チェックリスト」を実施した後に、やはり、「住宅改修」が必要、「福祉用具のレンタル」が必要といった要望が出た場合については、改めて「要介護認定申請」の案内を行います。
- (3) 事業対象者の決定後の流れ
- ① 地域包括支援センターは、「健康チェックリスト」が該当基準と「要介護認定、介護予防・日常生活支援総合事業 事前聞き取りシート」を確認し、「事業対象者」に決定します。
 - ② 市は、「介護保険被保険者証」、「負担割合証」、「総合事業対象者決定通知書」、「診療情報提供書セット（返信用封筒、説明書）」を本人宅に郵送します。診療情報提供書は、本人が直接、主治医に受診の際依頼し、主治医が市へ返信します。
 - ③ 地域包括支援センター（もしくは居宅介護支援事業所）は、本人に「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」の提出を求めます。
- (4) 窓口に来られた本人が、明らかに心身機能が元気で、「介護予防・生活支援サービス事業」の対象外と判断できる場合は、「一般介護予防事業」や「その他地域の通いの場」、「各種教室等」を案内します。
- (5) 健康チェックリストの回答で、事業対象者の基準に該当しない場合については、一般介護予防事業等への参加や事業の担い手になっていただく介護予防サポーター活動を勧める場合もあります。

受付に必要な書類

- 要介護認定・介護予防日常生活支援総合事業 事前聞き取りシート
- 健康チェックリスト
- 介護予防・日常生活支援総合事業申請書
- (パンフレット) 「みんな笑顔で介護保険」
- (パンフレット) 「いつまでも自分らしく暮らすために
新しく介護予防・日常生活支援総合事業がはじまりました！」等

【窓口相談の流れ】



4. 健康チェックリストについて

健康チェックリスト				様式1
郵便番号		記入日	平成	年 月 日
住所		電話番号		
フリガナ		生年月日		
本人氏名		個人コード		
(聞き取りしてください)				
No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付けください)		チェック数
1	バスや電車で1人で外出していますか(自家用車を含む)	0.はい	1.いいえ	/5
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	/5 (☆3/5)
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	/2 (☆2/2)
12	身長()cm, 体重()kg ⇒ BMI=() BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ	/3 (☆2/3)
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	(☆No.16)
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	/3 (☆1/3)
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	No.1～20 計 /20 (☆10/20)
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	No.21～25 /5 (☆2/5)
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	
26	ときどき道に迷うことがある	1.はい	0.いいえ	
27	好きだったことや趣味などへの興味や関心がなくなった	1.はい	0.いいえ	
28	物の置き忘れがしばしばあって困る	1.はい	0.いいえ	
29	最近の出来事を思い出せないことがよくある	1.はい	0.いいえ	
30	以前より怒りっぽくなったなど性格がかわったと感じる(または、そう言われる)	1.はい	0.いいえ	
☆ブロックのうち1ブロックでも該当 = 事業対象者				

●事業対象者に該当する基準

下記の①～⑦のいずれかに該当した場合は、事業対象者となります。

①	様式 1 の質問項目No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当
②	様式 1 の質問項目No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当
③	様式 1 の質問項目No.11～12 の 2 項目のすべてに該当
④	様式 1 の質問項目No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当
⑤	様式 1 の質問項目No.16 に該当
⑥	様式 1 の質問項目No.18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当
⑦	様式 1 の質問項目No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当

(注) この表における該当 (No.12 を除く。) とは、様式 1 の回答部分に「1.はい」または「1.いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No.12 に限る。) とは、BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が 18.5 未満の場合をいう。

●「もの忘れ検診」について

下記の認知機能判定にかかる質問項目について、次の A、B のどちらかに該当した場合は、追加検査として、指定医療機関で簡易認知機能検査 (MMSE 検査) をお勧めする通知が市から送られます。

但し、すでに医療機関で診断・治療を受けている場合は、追加検査の必要はありません。

	No.	認知機能判定にかかる質問項目	回答		追加検査が必要な判定基準
A	1	バスや電車で 1 人で外出していますか(自家用車を含む)	0.はい	1.いいえ	3 点以上
	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	
	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	
	27	好きだったことや趣味などへの興味や関心がなくなった	1.はい	0.いいえ	
	30	以前より怒りっぽくなったなど性格が変わったと感じる (または、そう言われる)	1.はい	0.いいえ	
B	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	1 点以上
	26	ときどき道に迷うことがある	1.はい	0.いいえ	
	28	物の置き忘れがしばしばあって困る	1.はい	0.いいえ	
	29	最近の出来事を思い出せないことがよくある	1.はい	0.いいえ	

認知機能の低下や認知症の症状があっても受診につながらない場合、この健康チェックリストの結果を活用した相談を利用することができます。

●健康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、健康チェックリストを評価する者が行ってください。
- ② 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③ 習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④ 各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち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。

	質問項目	質問項目の趣旨
13～15 の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、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	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 の質問項目は認知機能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言われますか	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。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25 の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ 2 週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ 2 週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ 2 週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ 2 週間) 以前は楽に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	
26～30 の質問項目は、認知機能について尋ねています。		
26	ときどき道に迷うことがある	できるだけ早い段階で認知症を発見し、適切な治療を受けることができるよう、福井県が「もの忘れ検診」として、独自に追加した項目です。 認知機能障害や記憶障害、感情・性格の変化などの認知症の初期症状に対応しています。
27	好きだったことや趣味などへの興味や関心がなくなった	
28	物の置き忘れがしばしばあって困る	
29	最近の出来事を思い出せないことがよくある	本人の主観に基づき回答してください。本人が該当しないと思っても、周りの人から指摘されることがある場合には、「はい」とします。
30	以前より怒りっぽくなったなど性格が変わったと感じる (または、そう言われる)	

第二章 介護予防ケアマネジメント

1. 事業内容

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）（以下、「介護予防ケアマネジメント」という）は、要支援認定者及び健康チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（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）その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）のほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、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「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・要介護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す。

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、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・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ります。

【ポイント】

●目標指向型のケアマネジメントを意識して

- ・生活機能の低下が生じている原因や背景を分析
- ・個々人の興味や関心のあることを中心に目標設定
- ・目標達成のための具体的な支援内容を盛り込む
- ・心身機能の向上のみならず、地域における活動や参加が果たせるような居場所、活躍の場の創出

⇒より具体的な個々の目標設定及び支援方針が導き出せることが重要

●利用者のための目標設定がポイント

- ・利用者が主体的になれるよう支援することが重要
- ・活動や参加を意識して、できる限り「〇〇できるようになりたい」「〇〇に挑戦する」など、目標の設定をイメージできるよう支援する。

住み慣れたこの鯖江で、いつまでもイキイキと生活できるように支援
＝ 地域包括ケアの実践

3. 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

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、健康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、以下の類型を想定しています。

表1 具体的な介護予防ケアマネジメントの類型の考え方

類型	①ケアマネジメントA (原則的な介護予防ケアマネジメント)	②ケアマネジメントB (簡略化した介護予防ケアマネジメント)	③ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメント)
内容	・サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・短期集中予防サービスCを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合	・指定事業所以外の基準を緩和したサービスAを利用する場合	・サービスB（住民主体等補助や助成のサービス）やその他の生活支援サービス ・ <u>一般介護予防事業単独利用は、該当せず</u>
実施主体	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所（委託）	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所（委託）	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所（委託）
対象事業	・現行相当サービス（訪問型・通所型） ・短期集中予防サービスC（訪問型・通所型、H29年度は通所型のみ）	・指定事業所以外の事業所が実施する訪問型・通所型サービス（基準緩和A）	・週1回程度の通いの場（H29年度以降順次設置予定）
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 【利用者・サービス提供者】 →サービス利用開始 →モニタリング【給付管理】	アセスメント →ケアプラン原案作成（→サービス担当者会議） →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者】 →サービス利用開始 （→モニタリング（適宜））	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者と一緒にも目標を設定 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

- *（ ）内は、必要に応じて実施。
- ・サービスを組み合わせて利用する場合は、介護予防ケアマネジメント類型は、A＞B＞Cの順に優先的に一つを適用します。
 - ・平成29年度は、ケアマネジメントB、ケアマネジメントCに該当する事業がないため、ケアマネジメントAのみの適用になります。

4. 実施主体（実施担当者）

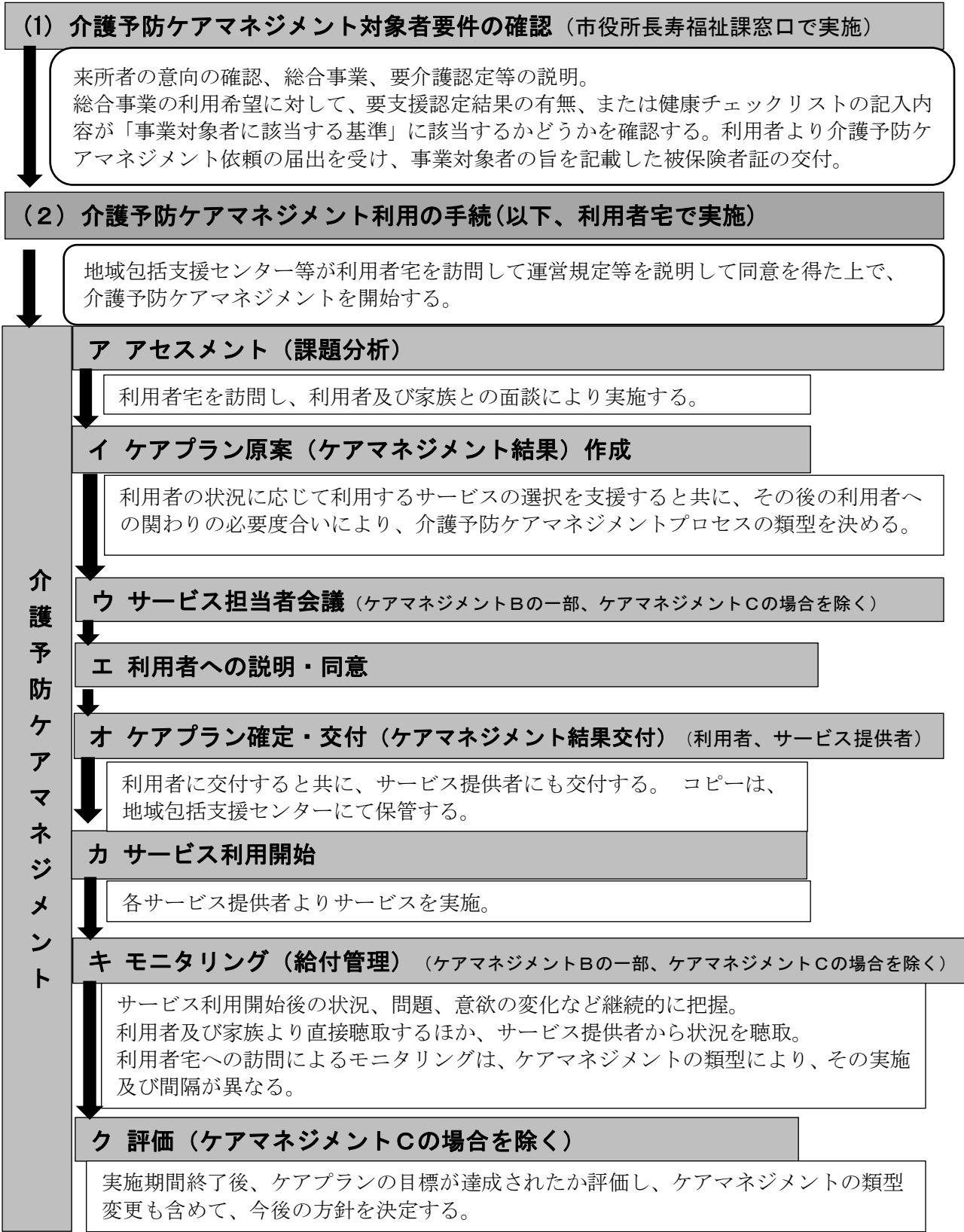
鯖江市地域包括支援センターにおいて実施します。なお、従来の介護予防支援と同様に業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託することとします。

※地域包括支援センターとの委託契約の締結が必要となります。

5. 実施の手順

介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援認定者であること又は、事業対象者として鯖江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う。 ○利用者の健康状態、生活機能とともに背景因子となる利用者の成育歴や趣味・嗜好等や家族状況等の情報を総合的に収集しながら課題を探る。 ○本人が望む生活に対して現状が「なぜうまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題」を明らかにする。 ○これらのプロセスを利用者本人および家族と共有しながら進めることで、本人の自覚と意欲を引出し、積極的な取り組みにつなげる。 ○事業対象者の医療情報については、本人・家族の聞き取りの他に主治医からの診療情報提供書を参考にすること。 【帳票および参考資料】 ●健康チェックリスト ●興味・関心チェックシート、課題整理総括表 ●利用者基本情報 ●事前聞き取りシート、診療情報提供書（事業対象者）、主治医意見書（要支援認定者）・・・市より提供可
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】 ○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する。 ・計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成が可能と思われる、利用者自身でも評価できる具体的な目標とする。 ○利用するサービス内容の選択 ・単にサービス事業の利用のみに限定せず、本人や家族の取り組み、地域住民の支援や一般介護予防事業、住民主体の活動、民間サービス等多様なサービスを積極的に盛り込み、自立支援に向けたケアプラン原案を本人ともに作成する。 ・各サービス事業や各事業所の特徴を捉え、本人の状態や意向に合ったサービスを選択する。 【帳票および参考資料】 ●介護予防サービス・支援計画書 ●鯖江市の総合事業一覧 ●サービス事業所一覧 ●鯖江市における社会資源一覧
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す。 ○サービス事業の終了、移行を意識し期間の設定等共有する。 ○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 ○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く。 【帳票および参考資料】 ●介護予防サービス・支援計画書 ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（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）

モニタリング (給付管理)	【ポイント】 ○ 3ヶ月に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、訪問して面接する（ケアマネジメントA）。 ○ それ以外の月については、可能な限り、利用者の通所先を訪問したり電話等により、利用者の状況を把握する。 ○ 本人の取組みも含め、サービスが計画的に行われていたか確認する。 ○ 受けているサービス内容についての満足度を確認する。 ○ 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する。 【帳票および参考資料】 ● 介護予防サービス・支援計画書 ● 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当学会議の要点を含む）
評価	【ポイント】 ○ 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、利用者と共有しながら、新たな目標の設定や利用サービスの見直し等今後の方針を決定する。 【帳票および参考資料】 ● 介護予防サービス・支援計画書 ● 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表

事業対象者の有効期間はありません。
事業対象者の支給限度額は、原則、要支援1相当の5，003単位。

表2. ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施（○：実施、△：必要に応じて実施、－：不要）

	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
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	－
サービス担当学会議	○	△	－
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	(○)(ケアマネジメント結果)
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○	△	－

ケアプランチェック提出資料

提出時期	提出資料
初回時	利用者基本情報 健康チェックリスト 介護予防サービス・支援計画書
毎月給付管理時	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント委託業務結果提出票
評価時	介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表
更新時（プランの見直し）	健康チェックリスト 介護予防サービス・支援計画書

6. 留意事項

- (1) 介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センター（地域包括支援サブセンターを含む）に加え、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、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＝**自立支援**を共有する必要があります。介護予防ケアマネジメントにおける、サービス担当者的会議においても、自立支援をベースに話し合うように努めてください。
- (2) 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、多職種連携による支援を積極的に進めてください。特に、疾病管理不良、認知症疑い、虐待疑い等深刻な問題のある場合は、主治医や地域包括支援センターに相談し、早期のチーム支援体制を築く必要があります。特に、認知症においては、従来の「もの忘れ検診」と合わせて、平成30年度より「認知症初期集中支援チーム」を設置し、早期対応体制を強化する予定ですのでより一層の連携支援が重要となります。
- (3) 介護予防ケアマネジメントにおいては、地域ケア会議や多職種連携研修会にも積極的に参加し、顔の見える関係づくりを実施するとともに各職種や関係機関の役割を理解することで効果的なマネジメントが可能となります。また、地域に不足する「望ましい、あるとよいサービス」の積極的な提言をすることで、今後の社会資源やサービスの充実につなげることも可能です。
市としては、今後も介護予防ケアマネジメントに資する社会資源等の情報提供に努めます。

7. 報酬（単価・加算）支払

- (1) 単価及び加算（平成29年4月1日）

○初回加算

類型	利用サービス	利用者	報酬
ケアマネジメントA	・現行相当サービス（訪問型・通所型） ・短期集中予防サービスC（訪問型・通所型C型サービス）	要支援認定者 事業対象者	430単位 ＋初回加算300単位
ケアマネジメントB	・指定事業所以外の事業所が実施する訪問型・通所型サービス（基準緩和A）	要支援認定者 事業対象者	209単位 ＋初回加算300単位
ケアマネジメントC	・週1回程度の通いの場 （平成29年度以降順次設置予定）	要支援認定者 事業対象者	440単位

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できます。

ア) 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

（契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二月以上経過した後、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む）

イ) 要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジ

メントを実施する場合

ただし、予防給付を受けていた者が、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、初回加算の算定を行うことはできません。

○介護予防小規模多機能型居宅介護連携加算

介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に出向き、利用者のサービス事業等の利用状況の情報提供を行うことにより、当該利用者の介護予防小規模多機能型居宅介護における指定介護予防サービス等の利用に係る計画の作成に協力を行った場合に算定を行うものです。ただし、6月以内に当該加算を算定した利用者については算定できません。また、当該加算は、利用者が介護予防小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合にのみ算定することができます。

8. 請求までの流れ（詳細は、介護予防ケアマネジメント委託業務の流れのとおり）

※請求事務の注意事項

介護予防ケアマネジメント費は、市から費用が支払われます。委託を受けた居宅介護支援事業所は、今までと同じ方法で地域包括支援センターへ報告・請求を実施します。なお、請求については、介護予防支援費と介護予防ケアマネジメントを分けて請求を行ってください。

項目	内容
申請	要支援認定（更新）申請、総合事業申請（健康チェックリスト）
契約等	重要事項説明、契約書の作成
提出	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⇒台帳登録・被保険者証の発行
プラン作成	介護予防ケアマネジメント実施（アセスメント、ケアプラン作成、サービス担当者会議等）
利用	ケアプラン交付・サービス利用
請求	・実施状況報告、サービス提供実績、請求書の提出（地域包括支援センターへ） ※地域包括支援センター ○介護予防支援費を国保連に請求、国保連より支払 ○介護予防ケアマネジメント費を市に請求、市より支払

給付管理時、提出書類一覧（毎月5日までに提出）

実施状況報告書	・介護予防支援業務 ・介護予防ケアマネジメント業務
サービス提供実績	サービス提供票・別表
請求書	・介護予防支援費 ・介護予防ケアマネジメント費
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント委託業務結果提出票	

介護予防ケアマネジメント委託業務の流れ

(鯖江市)

業務の流れ	地域包括支援センター（以下「センター」と略す）	指定居宅介護支援事業者（以下「居宅」と略す）	サービス提供事業者
①介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認	【長寿福祉課窓口】 ○事前聞き取りシートを利用し来所者の意向確認、総合事業、要介護認定等の説明。 ○総合事業利用希望者に対し、要支援認定結果の有無、健康チェックリストの記入内容が「事業対象者」かどうかの確認 【代行申請の場合】 ○要支援認定結果の有無、健康チェックリストの記入内容が「事業対象者」かどうかの確認 ○介護保険被保険者証（事業対象者と明記）の交付	【代行申請の場合】 ○事前聞き取りシートを利用し、来所者の意向確認、総合事業、要介護認定等の説明。 ○総合事業利用希望者に対し、介護保険被保険者証により要支援認定結果の有無を確認。 健康チェックリストを読み上げてききとりする。 ○事前聞き取りシート、介護保険被保険者証、健康チェックリストを長寿福祉課に提出する。	
②利用申込の受付	○被保険者証を確認する。 ○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届出書を鯖江市へ届け出る。	○総合事業申請書、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに関する個人情報使用同意書、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに関する重要事項説明書、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届出書を地域包括支援センターへ提出 ○要支援認定者で、更新者の場合は、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに関する契約書にて利用申込者と契約締結する。	
③アセスメント		○必要時、事前ききとりシート（写）、健康チェックリスト（写）および診療情報提供書（写）を市から取り入れる。 ○利用者基本情報を作成する。 ○健康チェックリストを作成する。 ○アセスメントを実施する。 ○ある程度の予防プラン原案について方向性を確認する。	
④ケアプラン表原案の作成		○利用者と調整し合意した結果に基づき、介護予防支援・サービス計画書（以下、「ケアプラン表」という。）原案を作成する。	

業務の流れ	地域包括支援センター（以下「センター」と略す）	指定居宅介護支援事業者（以下「居宅」と略す）	サービス提供事業者
⑤ サービス担当者会議の開催	○サービス担当者会議に適時参加する。	○サービス担当者会議の開催等により、専門的意見を聴取する。（目標を共有し、役割分担をする。） ○ケアプラン表について、利用者やサービス事業者との共通理解を図りサービス利用頻度や内容等を決定する。 ○ケアプラン表に必要な修正を加え計画を最終的に決定し、ケアプラン原案をセンターへ提出する。 ＜介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録に記入＞	○サービス担当者会議に出席する。 ○ケアプラン表について共通理解の上、サービス利用頻度や内容等を決定する。
⑥ ケアプラン表の説明・同意		○ケアプラン表の内容を利用者及び家族に説明、同意を得る。 ○利用者の署名・押印が必要	
⑦ ケアプラン表の提出	○ケアプラン表が適切に作成されているか、内容が妥当かどうかについて確認する。 ○ケアプラン表の確認欄にセンター確認印を押印して居宅へ渡す。 ○ケアプラン表(写)を保管する。 ケアプラン表(写) 利用者の署名・押印入り	○ケアプラン表の複写を必要分行う。 ○利用者及びサービス担当者等にケアプラン表(写)を渡す。 ○ケアプラン表(原本)を保管する。 ケアプラン表(原本) 利用者の署名・押印入り	○ケアプラン表(写)を保管する。 ケアプラン表(写) 利用者の署名・押印入
⑧ サービス利用票・サービス利用票別表の作成と提出		○サービス利用票・サービス利用票別表を作成する。 ○サービス利用票・サービス利用票別表について利用者に確認し、確認印を受ける。利用者に写しを渡す。 サービス利用票・サービス利用票	
⑨ サービス提供票をサービス提供者へ送付		○サービス提供票をサービス提供者へ送付する。	サービス提供票

業務の流れ	地域包括支援センター（以下「センター」と略す）	指定居宅介護支援事業者（以下「居宅」と略す）	サービス提供事業者
⑩ 総合事業サービスの利用		○サービス利用開始後、早急に利用者及びサービス提供事業者へサービス利用状況を確認・調整する。 ＜介護予防支援経過記録に記入＞ 個別サービス支援計画書(写) 選択サービス有りの場合は他に 選択サービス支援計画書も含めて	○事前アセスメント ケアプラン表やサービス担当者会議の結果を踏まえ、サービス提供実施前にアセスメントを行い、「個別サービス計画」を立てる。 ○サービスの実施 個別サービス支援計画書を作成し、利用者に説明し同意得てからサービス提供を行う。写しを利用者及び居宅に渡す。必要に応じて、個別サービス計画を見直し変更が生じた場合は居宅へ連絡する。 個別サービス支援計画書 選択サービス有りの場合は他に 選択サービス支援計画書も含めて ○モニタリング・報告 サービス実施後、その実施状況をモニタリングし、記録するとともにその結果を実績報告時に居宅に報告する。
⑪ 給付管理・サービス実績報告書の提出	サービス利用票・サービス利用票別表(実績入り) ○毎月10日までに給付管理票、介護給付費明細書を作成し国保連へ提出する。	サービス利用票・サービス利用票別表(実績入り) ○サービス利用票・サービス利用票別表(実績入り)を作成し、実績報告書とともに翌月5日までにセンターへ提出する。	サービス実績報告書 ○サービス実績報告書を作成し、居宅へ渡す。 ○介護サービス提供表第8表を使用してもよい。
⑫ 委託料請求	委託料請求書、業務等実施状況報告書 ○委託料請求書と業務等実施状況報告書により、委託料の支払いを行う。	委託料請求書 業務等実施状況報告書 ○委託料請求書と業務等実施状況報告書の(原本)をセンターに渡し(写)を保管する。	

業務の流れ	地域包括支援センター（以下「センター」と略す）	指定居宅介護支援事業者（以下「居宅」と略す）	サービス提供事業者
⑬ モニタリング		○訪問・電話・サービス事業所での面接等によりモニタリングを実施し、支援経過記録に記録する。少なくとも、サービス提供開始月の翌月から起算して3月に1回、及びサービスの評価月は、利用者の居宅を訪問し面接を行う。 状況の変化があった場合についても、必ず利用者宅を訪問して面接を行う。 訪問しない月は電話やサービス事業所での面接を実施する。	
⑭ 評価と介護予防支援経過記録の提出	介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表（原本） ○介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表の内容について確認し、写を保管し原本を居宅へ渡す。	個別サービス支援計画評価表 選択サービス有りの場合は、他に選択サービス支援計画評価を含めて事業者独自様式 評価月の15日まで ○サービス提供事業者からの個別サービス支援計画評価表をもとに評価期間にもとずき（3～6か月に1回）、計画の達成状況について評価を行い、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表に記入してセンターへ渡す。 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表（写） ○介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表（写）を保管する。	○個別サービス支援計画評価表の報告する。 個別サービス支援計画評価表 選択サービス有りの場合は他に選択サービス支援計画評価を含めて事業者独自様式
⑮ 評価後のプランの作成		○評価結果に基づきケアプランを見直す。 （評価時に、評価期間が終わっていないサービスについてもいったん評価を行い、ケアプランを見直す。） 以降は、手順⑥以降を繰り返す。	
⑯ 利用者、サービス提供事業者との日常の連絡・調整		○随時対応し、ケアプランの変更がある場合など、必要に応じてセンターに報告する。 変更申請等を行う場合は必ずセンターへ連絡する。	

* 介護予防ケアマネジメント委託業務を行うためには、新たに、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントにかかる業務委託契約を地域包括支援センターと締結する必要があります。

* 従来の介護予防サービス計画作成等委託業務（要支援）についても、同様の流れに変更します。

9. 利用者の移行方法と費用

(1) 移行についての考え方

総合事業への移行においては、その円滑な移行を図るため総合事業開始時点以降も既に要支援認定を受けている人は、その認定更新まで予防給付を受けることができます。つまり、要支援者の認定の有効期間は最長で1年であることから、総合事業開始から1年（平成30年4月）ですべての要支援者が総合事業に移行することになります。

予防給付から総合事業への切り替え時期



- ・新規・更新・区分変更：認定有効期間の開始年月日が平成29年4月1日以降の要支援者
- ・平成29年4月1日以降、基本チェックリストにより事業対象者となった者
- ・平成29年4月1日以降は要支援者の認定有効期間は最長2年になる。

- 鯖江市では、平成29年3月以降、認定更新を迎える人から、新しい総合事業へ切り替えします。
- 平成29年4月以降、新規申請や更新申請・変更申請により、新しく要支援に認定された人は、新しい総合事業を利用することになります。

(2) 更新手続き

- 介護予防訪問介護、介護予防通所介護、その他の介護予防給付サービス（介護予防通所リハビリテーション、福祉用具貸与等。以下「その他のサービス」という。）を利用している要支援者については、引き続き要支援認定を受ける必要があるため、介護保険更新申請を行います。
- 介護予防訪問介護および介護予防通所介護のみを利用している要支援者については、介護保険更新申請の必要はありませんが、その代わりに、健康チェックリストを実施し、総合事業対象者と認定を受けることになります。「事業対象者」と認定された場合は、「事業対象者」と表記された保険証を後日郵送します。
- 介護予防訪問介護および介護予防通所介護のみを利用している要支援者について、

介護保険更新申請を実施する場合は、「要支援者、事業対象者に対する要介護認定申請事前確認シート（様式 10-2）」を提出し、更新申請の根拠を地域包括支援センターが確認します。

総合事業における申請書類（代行申請も同様）

書類	詳細
総合事業申請書	総合事業サービスの利用申請
事前聞き取りシート	総合事業利用が妥当かどうかの参考資料とする
健康チェックリスト	本人からの聞き取り 正しく理解し聞き取ることが重要
介護保険被保険者証	添付し申請 「事業対象者」と認定された場合は、「事業対象者」と表記

（３）移行例と費用

① 要支援認定者の総合事業サービスへの移行

Aさん85歳（女）	介護度：要支援2 利用サービス：訪問介護 1 回/W、通所介護1回/W
------------------	--

1）認定有効期限が、平成29年2月末の場合

H29. 2月に更新申請

H29. 3月に認定更新 ⇒ 予防給付

H30. 3月に認定更新 ⇒ 総合事業

2）認定有効期限が、平成29年3月末の場合

ア）利用サービス：訪問介護、通所介護の場合

有効期限が切れる前に（3月中）、総合事業申請（介護保険更新申請は不要）

認定結果：「事業対象者」 有効期間：平成29年4月1日～（なし）

総合事業への移行	費用
訪問介護：平成29年4月1日	総合事業
通所介護：平成29年4月1日	総合事業
ケアマネジメント：平成29年4月1日	総合事業

イ）利用サービス：訪問介護、通所介護、訪問看護（予防給付）の場合

有効期限が切れる前に（3月中）、介護保険更新申請

○認定結果：要支援2 有効期間：平成29年4月1日～平成30年3月31日

利用サービス	費用
訪問介護	総合事業
通所介護	総合事業
訪問看護	予防給付
ケアマネジメント	予防給付

○認定結果：要支援2 有効期間：平成29年4月1日～平成30年3月31日
 平成29年5月より、福祉用具貸与サービス（予防給付）追加

利用サービス	費用（H29. 4月）	費用（H29. 5月）
訪問介護	総合事業	総合事業
通所介護	総合事業	総合事業
福祉用具貸与		予防給付
ケアマネジメント	総合事業	予防給付

○認定日が4月中旬になり、かつ結果が要介護 1 以上となった場合

利用サービス	考え方	費用
訪問介護 通所介護	①総合事業の訪問介護・通所介護が利用できるのは、要支援認定者・事業対象者のみ。要介護者は利用できない ②認定結果が出る前にサービス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、認定結果の出た日以前のサービス事業利用分のサービスは、総合事業より支給。	認定結果が出る前 ：総合事業より支給 認定結果後 ：介護給付より支給
ケアマネジメント	①給付のルールに準じて、月末の時点で居宅介護支援を行っている居宅介護支援事業者が請求する。 ②支給限度額管理は、地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が連携を取り合って行う。	介護給付より支給

② 「事業対象者」の予防給付サービスへの移行

Bさん76歳（男）事業対象者（平成29年4月認定） 利用サービス：訪問介護：2回/W、福祉用具貸与（5月1日から利用開始）
--

福祉用具貸与希望のため、平成29年5月1日介護保険申請

考え方	利用サービス	費用（5月1日から5月31日）
事業対象者が要介護1以上の認定となったことにより全額自己負担となることを避けるため、介護給付の利用を開始するまでの間はサービス事業によるサービス利用を継続することが可能。 ①要介護者として取り扱うのであれば、総合事業の訪問型サービスは利用できない ②事業対象者のまま、取り扱うことが可能 ※①か②の選択が可能	訪問介護	①全額自己負担 ②総合事業より支給
	福祉用具	①介護給付より支給 ②全額自己負担
	ケアマネジメント	①介護給付より支給 ②総合事業より支給

○認定結果：要支援1 有効期間：平成29年5月1日～平成30年4月30日

利用サービス	費用（H29. 4月）	費用（H29. 5月）
訪問介護	総合事業	総合事業
福祉用具貸与		予防給付
ケアマネジメント	総合事業	予防給付

○認定結果：要介護1 認定日：平成29年6月1日

有効期間：平成29年5月1日～平成30年4月30日

利用サービス	費用（H29. 4月）	費用（H29. 5月）
訪問介護	総合事業	総合事業
福祉用具貸与		予防給付
ケアマネジメント	総合事業	予防給付

※6月1日以降は、介護給付より支給

③ 要介護認定者の総合事業サービスへの移行

Cさん67歳（女）介護度：要介護1
有効期間：平成29年6月1日から平成30年5月31日
利用サービス：通所介護 2回／W

○認定結果：要支援2 、有効期間：平成28年6月1日～平成30年5月31日

総合事業への移行	費用
通所介護：平成29年6月1日	総合事業
ケアマネジメント：平成29年6月1日	総合事業

○認定日が6月下旬になった場合（要支援2）認定日までは暫定プランとして、通所介護を利用

利用サービス	考え方	費用
通所介護	表3から結果要支援認定で暫定プランで介護1の通所として対応したため、給付のみと判断し、予防給付より支給。	認定日まで：予防給付 認定日以降：総合事業
ケアマネジメント	給付のルールに準じて、月末の時点で居宅介護支援を行っている居宅介護支援事業者が請求します。	6月1日から：予防給付より支給

表3 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

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

予防給付と総合事業の請求の関係

利用サービス	費用請求区分	請求事業
予防給付のみ	予防給付サービス費	予防給付事業で請求
	ケアマネジメント費	
予防給付と総合事業の併用	予防給付サービス費	予防給付事業で請求
	総合事業サービス費	総合事業で請求
	ケアマネジメント費	予防給付事業で請求
総合事業のみ	総合事業サービス費	総合事業で請求
	ケアマネジメント費	

第三章 関連様式

様式1 健康チェックリスト様式及び事業対象者に該当する基準

様式2 健康チェックリストについての考え方

様式3 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

様式4 興味・関心チェックシート

様式5 課題整理総括表

様式6 利用者基本情報

様式7 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8 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）

様式9 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表

様式10-1 要介護認定、介護予防日常生活支援総合事業 事前聞き取りシート

様式10-2 要支援者、事業対象者に対する要介護認定申請事前確認シート

様式11 鯖江市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

様式12 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント委託業務結果提出票

様式13 介護予防支援業務等実施状況報告書

様式14 請求書（介護予防支援業務）

様式15 介護予防ケアマネジメント業務等実施状況報告書

様式16 請求書（介護予防ケアマネジメント）

健康チェックリスト				様式1
郵便番号		記入日	平成	年 月 日
住 所		電話番号		
フリガナ		生年月日		
本人氏名		個人コード		
(聞き取りしてください)				
No.	質問項目	回 答 (いずれかに○を お付けください)		チェック数
1	バスや電車で1人で外出していますか(自家用車を含む)	0.はい	1.いいえ	/5
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	/5 (☆3/5)
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	/2 (☆2/2)
12	身長()cm、体重()kg ⇒ BMI=() BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ	/3 (☆2/3)
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	(☆No.16)
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云われますか	1.はい	0.いいえ	/3 (☆1/3)
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	No.1～20 計 /20 (☆10/20)
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	No.21～25 /5 (☆2/5)
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	
26	ときどき道に迷うことがある	1.はい	0.いいえ	
27	好きだったことや趣味などへの興味や関心がなくなった	1.はい	0.いいえ	
28	物の置き忘れがしばしばあって困る	1.はい	0.いいえ	
29	最近の出来事を思い出せないことがよくある	1.はい	0.いいえ	
30	以前より怒りっぽくなったなど性格が変わったと感じる(または、そう言われる)	1.はい	0.いいえ	
☆ブロックのうち1ブロックでも該当 = 事業対象者				

●事業対象者に該当する基準

下記の①～⑦のいずれかに該当した場合は、事業対象者となります。

①	様式1の質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
②	様式1の質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
③	様式1の質問項目No.11～12の2項目のすべてに該当
④	様式1の質問項目No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤	様式1の質問項目No.16に該当
⑥	様式1の質問項目No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
⑦	様式1の質問項目No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当

(注)・この表における該当 (No.12を除く。)とは、様式1の回答部分に「1.はい」または「1.いいえ」に該当することをいう。
・この表における該当 (No.12に限る。)とは、BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合をいう。

●「もの忘れ検診」について

下記の認知機能判定にかかる質問項目について、次のA、Bのどちらかに該当した場合は、追加検査として、指定医療機関で簡易認知機能検査 (MMSE検査) をお勧めする通知が市から送られます。

但し、すでに医療機関で診断・治療を受けている場合は、追加検査の必要はありません。

	No.	認知機能判定にかかる質問項目	回答		追加検査が必要な判定基準
A	1	バスや電車で1人で外出していますか(自家用車を含む)	0.はい	1.いいえ	3点以上
	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	
	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	
	27	好きだったことや趣味などへの興味や関心がなくなった	1.はい	0.いいえ	
B	30	以前より怒りっぽくなったなど性格が変わったと感じる(または、そう言われる)	1.はい	0.いいえ	1点以上
	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	
	26	ときどき道に迷うことがある	1.はい	0.いいえ	
	28	物の置き忘れがしばしばあって困る	1.はい	0.いいえ	
	29	最近の出来事を思い出せないことがよくある	1.はい	0.いいえ	

認知機能の低下や認知症の症状があっても受診につながらない場合、この健康チェックリストの結果を活用した相談を利用することができます。

健康チェックリストについての考え方

【共通事項】
⑤ 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、健康チェックリストを評価する者が行ってください。
⑥ 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。
⑦ 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。
⑧ 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。

	質問項目	質問項目の趣旨
13～15 の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、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	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 の質問項目は認知機能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言われますか	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。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25 の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ 2 週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ 2 週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ 2 週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ 2 週間) 以前は楽に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	
26～30 の質問項目は、認知機能について尋ねています。		
26	ときどき道に迷うことがある	できるだけ早い段階で認知症を発見し、適切な治療を受けることができるよう、福井県が「もの忘れ検診」として、独自に追加した項目です。 認知機能障害や記憶障害、感情・性格の変化などの認知症の初期症状に対応しています。
27	好きだったことや趣味などへの興味や関心がなくなった	
28	物の置き忘れがしばしばあって困る	
29	最近の出来事を思い出せないことがよくある	本人の主観に基づき回答してください。本人が該当しないと思っても、周りの人から指摘されることがある場合には、「はい」とします。
30	以前より怒りっぽくなったなど性格が変わったと感じる (または、そう言われる)	

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（案）

										区 分				
										新規 ・ 変更				
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号									
フリガナ														
					生 年 月 日					性 別				
					明・大・昭					男 ・ 女				
					年 月 日									
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター														
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名						介護予防支援事業書の所在地 地域包括支援センターの所在地			〒916-8666					
鯖江市地域包括支援センター						鯖江市西山町13-1			電話番号(0778)53-2265					
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。														
居宅介護支援事業所名				居宅介護支援事業所の所在地				〒						
								電話番号 ()						
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センターを変更する場合の理由等														
※変更する場合のみ記入してください。														
変更年月日 (平成 年 月 日付)														
鯖江市長 様 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス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します。 平成 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 印 電話番号 ()														
確認欄		☐ 被保険者証資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号												
		1 8 0 0 7 0 0 0 1 3												

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス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等が決まり次第速やかに鯖江市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず鯖江市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

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）

課題整理総括表

利用者名 股

作成日 / /

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)	①		②		③	
	④		⑤		⑥	
状況の事実 ※1	現在 ※2		要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容等)	
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
食事	食事内容	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
	排泄・排便	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
排泄	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
	口腔衛生	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
口腔	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
掃除		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
洗濯		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
整理・物品の管理		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
金銭管理		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
買物		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
認知		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
社会との関わり		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
居住環境		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

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・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支 1・要支 2・要介 1・要介 2・要介 3・要介 4・要介 5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 健康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 健康チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来 所 者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連 絡 先		続 柄		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

《介護予防に関する事項》

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

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

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

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、健康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。

平成 年 月 日 氏名 印

介護予防サ―ビス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

初田、昭介、早織	昭定院、早織中	昭定院、早織中	昭定院、早織中
----------	---------	---------	---------

【本末行うべき支援が実施できない場合】
 必要な支援の実施に向けた方針

[illegible]

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 署名 印

[illegible]

※1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の観察(生活の発変を含む)、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。

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

要介護認定、介護予防・日常生活支援総合事業 事前聞き取りシート

受付日【平成 年 月 日】 受付者名／提出代行者名【 】

●対象者

【フリガナ】	【前回の要介護認定の結果】（○をつける）
【氏名】	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
	認定期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日

●既往歴（発症年月を記載すること）、家族構成

脳血管疾患（麻痺：有／無 麻痺の部位： ）	家族構成 □：男 ○：女
高血圧（ ） 肝臓疾患（ ）	
高脂血症（ ） 心疾患（ ）	
高脂血症（ ） 肺疾患（ ）	□—○
腎疾患・透析（ ） 糖尿病（ ）	
整形（部位： ）	
癌（部位： 本人への告知：有／無）	
認知症（専門医の受診：有／無）	
耳鼻疾患（ ） 眼科疾患（ ）	
精神疾患（ ） その他（ ）	

●現在の状況と情報提供書の依頼先

☐ 通院中 病院名【 】 主治医【 】 直近の受診（予定）日【 】	☐ 入院中 病院名【 病院 棟 階】 主治医【 】 入院日【 】 退院予定日【 】
---	--

●相談内容（□に、チェックをつけること）

☐ 介護保険のサービスを受けたい。（予防含む）
・住宅改修、福祉用具、訪問看護等、訪問リハビリ等、通所リハビリ、
・特定施設入居生活介護、ショートステイ等
・小規模多機能、定期巡回、認知症対応型通所、グループホーム等
・老人福祉施設、老人保健施設、介護療養型医療施設

☐ おむつ券の申請をしたい。

☐ 訪問介護（ヘルパー）のみを利用したい。
☐ 通所介護（デイサービス）のみを利用したい。
☐ 短期集中通所サービスを利用したい。

☐ 一般介護予防事業を利用したい。
（ふれあいサロン、脳わくわくクラブ、
介護予防いきいき講座、湯ったりクラブ等）

【本人来所の場合】
☐ 本人へ聞き取りによる
チェックリスト実施（受付者）
申請書、保険証回収

【本人以外の来所の場合】
☐ 自宅訪問によるチェックリスト
実施（地域包括支援センター訪問）

☐ 要介護認定申請へ
（別紙申請書）

☐ 地域包括支援センターへ相談

●その他留意事項の記載、聞き取り結果

【その他留意事項の記載】	【聞き取り結果】（□にチェックをつける）
	☐ 要介護認定申請へ
	☐ 総合事業申請へ（事業対象者の入力→保険証の出力）
	☐ 地域包括支援センターへ相談（ ）

相 談 内 容	
担当者	

受付者名／提出代行者名【 】

要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
 認定期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日

- ☐ 要介護認定申請へ
- ☐ 総合事業申請へ（事業対象者の入力→保険証の出力）
- ☐ 地域包括支援センターへ相談（ ）

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

鯖江市長 様

申請者住所氏名印

(押印省略可)

鯖江市介護予防・日常生活支援総合事業対象者認定申請書

鯖江市介護予防・日常生活支援総合事業対象者認定を次のとおり申請します。
なお、申請にあたり、下記のことについて誓約します。

記

住 所	〒 鯖江市		
フリガナ氏 名		男・女	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）		
電話番号			
連絡先（上記以外）	住 所 氏 名 電話番号 (続柄：)		

- 1 私は、介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に定める遵守事項を理解し、これに従い、自らの意思で事業を利用することとします。
- 2 私は、この事業で得られた個人に関する情報について、統計処理することを了承します。
- 3 私は、この事業で得られた個人に関する情報について、ケアマネジメント事業や事業実施の際の活用する観点から、関係機関へ提供することを了承します。
- 4 通所型予防サービス事業の実施施設における利用に関する規定を遵守します。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント委託業務結果提出票

(契約書第3条関係)

1 委託件数 介護予防支援 件、 介護予防ケアマネジメント (総合事業) 件

2 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント委託明細

	介護予防支援 提供月	被保険者 番 号	被保険者 氏 名	提 出 書 類	担当介護支援専門 員氏名/番号	プラン初 回に○印	サービスの変更の 有無	備考 (状況等)
1	平成 年 月			・利用者基本情報 ・健康チェックリスト ・課題整理総括表 ・介護予防サービス支援計画表 ・評価表 ・サービス利用票 (実績記入) ・サービス利用票別表 (実績記入)		予 防		
						総 合		
2	平成 年 月			・利用者基本情報 ・健康チェックリスト ・課題整理総括表 ・介護予防サービス支援計画表 ・評価表 ・サービス利用票 (実績記入) ・サービス利用票別表 (実績記入)		予 防		
						総 合		
3	平成 年 月			・利用者基本情報 ・健康チェックリスト ・課題整理総括表 ・介護予防サービス支援計画表 ・評価表 ・サービス利用票 (実績記入) ・サービス利用票別表 (実績記入)		予 防		
						総 合		
4	平成 年 月			・利用者基本情報 ・健康チェックリスト ・課題整理総括表 ・介護予防サービス支援計画表 ・評価表 ・サービス利用票 (実績記入) ・サービス利用票別表 (実績記入)		予 防		
						総 合		
5	平成 年 月			・利用者基本情報 ・健康チェックリスト ・課題整理総括表 ・介護予防サービス支援計画表 ・評価表 ・サービス利用票 (実績記入) ・サービス利用票別表 (実績記入)		予 防		
						総 合		
6	平成 年 月			・利用者基本情報 ・健康チェックリスト ・課題整理総括表 ・介護予防サービス支援計画表 ・評価表 ・サービス利用票 (実績記入) ・サービス利用票別表 (実績記入)		予 防		
						総 合		

上記のとおり、関係書類を添えて介護予防支援・介護予防ケアマネジメント
委託業務結果を報告します。

鯖江市長 殿

平成 年 月 日

受託事業所
住所・名称

(契約書第 6 条関係)

介護予防支援業務等実施状況報告書（平成 年 月提出分）

実施事業所名称	
---------	--

- 1（1）介護予防支援委託件数
- 新規

継続

合計
- 件

件

件
- （2）介護予防小規模多機能型
居宅介護事業所連携加算
- 件

2（1）介護予防支援業務における給付管理票内訳

対 象 月	新規・継続区分	件 数	氏 名
月分	新 規	件	
	継 続	件	
月分	新 規	件	
	継 続	件	
月分	新 規	件	
	継 続	件	

（2）介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算内訳

対 象 月	小規模多機能型 居宅介護事業所名	件 数	氏 名
月分		件	
月分		件	

上記のとおり報告します。

平成 年 月 日

鯖 江 市 長 殿

住 所
事 業 所 名
(事業者名)
代 表 者 氏 名

印

請求書No,	
--------	--

長寿福祉課

請 求 書

検収日 平成 年 月 日
検収者職・氏名

請 求 額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

検 収 印

内 訳

月	日	摘 要（品名）	数 量	単 価	金 額									
		介護予防支援業務委託料												
		月分（ 継続 ）		4,300										
		月分（ 初回 ）		4,300										
		月分（ 初回加算 ）		3,000										
		小規模多機能型居宅介護支援												
		事業所連携加算 月分		3,000										

本書のとおり請求します。

鯖 江 市 長 殿

平成 年 月 日

住 所（所在地）
事業所名
代表者職・氏名

請 求 印

鯖江市役所

(契約書第 6 条関係)

介護予防ケアマネジメント業務(総合事業)等実施状況報告書（平成 年 月提出分）

実施事業所名称	
---------	--

- 1

(1) 介護予防ケアマネジメント委託件数

新規

継続

合計

件
件
件
- (2) 介護予防小規模多機能型
居宅介護事業所連携加算

件

- 2

(1) 介護予防ケアマネジメント業務における給付管理票内訳

対 象 月	新規・継続区分	件 数	氏 名
月分	新 規	件	
	継 続	件	
月分	新 規	件	
	継 続	件	
月分	新 規	件	
	継 続	件	

- (2) 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算内訳

対 象 月	小規模多機能型 居宅介護事業所名	件 数	氏 名
月分		件	
月分		件	

上記のとおり報告します。

平成 年 月 日

鯖 江 市 長 殿

住 所
事 業 所 名
(事業者名)
代 表 者 氏 名

印

請求書N o ,	
----------	--

長寿福祉課

請 求 書

検収日 平成 年 月 日
検収者職・氏名

請 求 額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

検 収 印

内 訳

月	日	摘 要 (品名)	数 量	単 価	金 額									
		介護予防ケアマネジメント 業務 (総合事業) 委託料 月分(継続)		4,300										
		月分(初回)		4,300										
		月分(初回加算)		3,000										
		小規模多機能型居宅介護支援 事業所連携加算 月分		3,000										

本書のとおり請求します。

鯖 江 市 長 殿

平成 年 月 日

住 所 (所在地)
事業所名
代表者職・氏名

請 求 印

鯖 江 市 役 所