

飯能市介護予防・生活支援サービス事業

介護予防ケアマネジメントマニュアル

(平成 27 年 12 月改定)

1 介護予防ケアマネジメントの概要

1. 介護予防ケアマネジメントの目的

介護予防ケアマネジメントは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった特定の機能改善だけを目指すものではありません。生活上の様々な課題を抱える高齢者に対して適切な支援を行うことにより、要支援、要介護状態の予防やその重症化の予防、改善を図り、介護保険法第 1 条に規定する自立支援という理念を実現する手段のことを言います。

2. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

- (1) 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるように要介護状態になることをできる限り予防することが重要です。このためには「本人ができることはできる限り本人が行うように支援する」ことを念頭に置きつつ、いかに行動変容へ誘導するかという支援が重要です。
- (2) 利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるようにします。それを踏まえて具体的な日常生活における行為について目標を明確にしたうえで、セルフケア、インフォーマルサービス、地域の公的サービスおよび介護保険サービスを適切に利用する計画を作成し、達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う、という一連の流れが必要になります。

3. 介護予防ケアマネジメントの対象者

介護予防ケアマネジメントの対象者は、事業対象者及び要支援者のうち予防給付を受けず、総合事業におけるサービス利用を受ける方とします。

4. 介護予防ケアマネジメントの実施主体

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが行います。また、その業務の一部を居宅介護支援事業所に委託することができます。

5. 介護予防ケアマネジメントにおける様式

介護予防ケアマネジメントにおける様式は、受付シート、基本チェックリスト（裏面：状況調査連絡シート）の他に以下の様式を用います。

- ・利用者基本情報（様式1）
- ・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2）
- ・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3）
- ・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4）
- ・興味・関心チェックシート（様式5）
- ・サービス利用票、別表

2 介護予防ケアマネジメントの手順

1. 介護予防ケアマネジメントの種類

- (1) 介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態や、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、以下の 3 つのパターンに分けて行います。

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、アセスメント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。

モニタリングについては 3 か月ごとに 1 回以上行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとります。

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作成までは、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)と同様ですが、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、6 か月に 1 回以上の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。

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)

- ① ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、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。
- ② 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」「その課題への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載…様式 2 参照)を利用者に説明し、理解してもらった上で、住民主体の支援等につなげるものとし、その後は、モニタリング等を行いません。
また、その方の状態等に応じた適切なサービス提供につながるよう、ケアマネジメントの結果については、サービス提供者に対して、利用者の同意を得て、ケアマネジメント結果を送付するか、利用者本人に持参してもらうようにします。
- ③ ケアマネジメントの結果、一般介護予防事業や民間事業のみの利用となり、その後のモニタリング等を行わない場合についても、アセスメント等のプロセスに対して、ケアマネジメント開始月分のみ、サービス事業によるケアマネジメント費が支払われます。

※ケアマネジメントCにおける留意事項

- ① 初回のみ介護予防ケアマネジメントを実施することとした場合は、その後は名簿等の簡易な利用者管理を行うことも可能とします。
- ② 初回のみ介護予防ケアマネジメントや簡略化した介護予防ケアマネジメントによりモニタリングを省略する場合は、利用者の状況に変化があった際に、適宜、サロン等のサービス提供者等から地域包括支援センターに連絡する体制を作るようにします。

【状況悪化を見過ごさない仕組みづくりの例】

- ・ サービス提供者と地域包括支援センターの間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みをつくる。
- ・ 定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認する。
- ・ 活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。
- ・ 出席簿を作成の上、毎月報告を求める 等。

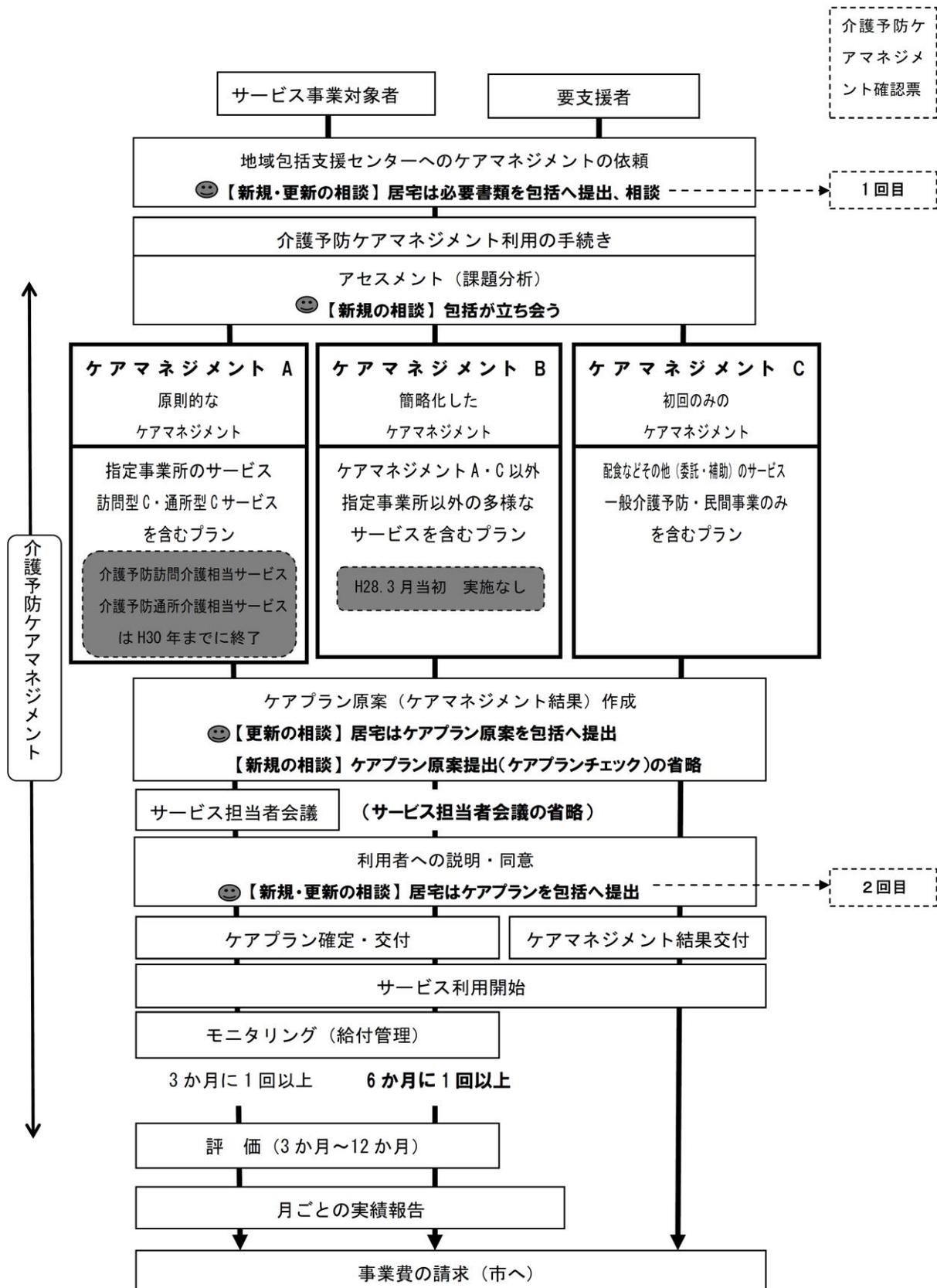
(2) 市（地域包括支援センター）の判断により、介護予防ケアマネジメントのプロセスは、その途中においても、利用者本人の状況等に応じて、変更することができます。

(3) ケアプラン、ケアマネジメント結果等を交付された後、利用者は、サービスの利用を開始します。

(4) 介護予防ケアマネジメントにおける留意事項

介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、自立支援や介護予防のため、総合事業の趣旨やケアマネジメントの結果適当と判断したサービスの内容について、利用者が十分に理解し、納得する必要があります。そのため、地域包括支援センターは、利用者本人やその家族の意向を的確に把握しつつ、専門的な視点からサービスを検討し、そのサービス内容、自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置付けていること、それによりどのような効果を期待しているか等を利用者に丁寧に説明し、その理解・同意を得て、サービスを提供します。

2. 介護予防ケアマネジメント実施の手順



(1) 地域包括支援センターへのケアマネジメントの依頼

相談窓口が市介護福祉課の場合

【新規の相談】

利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出を受けた場合は、居住圏域の地域包括支援センターへ必要な情報〔受付シート、基本チェックシート（裏面：状況調査連絡シート）、介護予防ケアマネジメント依頼の届出書〕の**写し**を送付し、対応を依頼します（原本は市で保管します）。

- ①市職員は、上記書類を専用封筒へ入れ、市介護福祉課にある地域包括支援センター連絡棚に入れます。
- ②市職員は、**迅速**に地域包括支援センターへ連絡を入れます。
- ③地域包括支援センター職員は、連絡棚の専用封筒から書類だけ受取ります。また、市介護福祉課から連絡を受けたら、可能な限りその日のうちに、介護予防ケアマネジメント依頼を確かに受付けた事を利用者へ連絡します。
- ④市職員は、介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターが行うことや、アセスメントの際に地域包括支援センター職員が訪問させていただくことを説明します。

相談窓口が地域包括支援センターの場合

【新規の相談】【更新の相談】

利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出を受けた場合は、市へ必要な書類〔受付シート、基本チェックリスト（裏面：状況調査連絡シート）、介護保険被保険者証、介護予防ケアマネジメント依頼届出書〕を提出し、すみやかに介護予防ケアマネジメントを開始します。

利用者へは、介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターが行うことや、アセスメントの際に地域包括支援センター職員が訪問させていただくことを説明します。

相談窓口が居宅介護支援事業所の場合

【新規の相談】

利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出を受けた場合は、居住圏域の地域包括支援センターへ必要な書類〔受付シート、基本チェックリスト（裏面：状況調査連絡シート）、介護保険被保険者証、介護予防ケアマネジメント依頼届出書〕を提出し、相談をしてからその後の対応を行うようにします。提出書類の確認には、**介護予防・生活支援サービス事業における介護予防ケアマネジメント確認票（様式6）**を活用します。

利用者へは、お預かりした必要な書類を地域包括支援センターに提出すること（代行）を伝え、介護予防ケアマネジメントを行うにあたり、自宅を訪問させていただくことを説明します。**居宅介護支援事業所が受けた新規相談については、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うことを原則**とします。

地域包括支援センターの立ち会いにより、必要な指導を受けることができるため、今まで実施してきた地域包括支援センターによる新規相談のケアプランチェックは行いません。

また、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの日程等が合わず、やむを得ず立ち合いが実施できない場合には、ケアプラン策定期間内に、日にちをずらして立ち合いを行うか、自宅に限らず他の場所で面接を行うなどして、地域包括支援センターは居宅介護支援事業所に委託している利用者についても状況を把握するよう努めます。

【更新の相談】

利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出を受けた場合は、居住圏域の地域包括支援センターへ必要な書類を提出し相談することは新規の相談と同様です。しかし、訪問の際の地域包括支援センター職員の立ち合いは行いません。

(2) 介護予防ケアマネジメントの手続き

地域包括支援センターが利用者宅を訪問して運営規定等を説明して同意を得た上で、介護予防ケアマネジメントを開始します。

【必要な書類】

- ・重要事項説明書（2通）、個人情報取扱書
- ・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約書（2通）

居宅支援事業所職員の訪問に地域包括支援センター職員が立ち会う場合

居宅支援事業者職員が、利用者宅へ訪問調整の連絡、または、訪問時に運営規定等の説明を行います。

介護予防ケアマネジメント（新規相談）の違いによるケアプランチェックの有無

	居宅介護支援事業所が受けた 新規相談のケアプランチェック	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)
総合事業における 介護予防ケアマネジメント 【新規相談】	初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが <u>立ち会うことが原則。</u> ケアプランチェックは実施しない。	地域包括支援センター欄 【意見】 省略可能 【確認印】必要
予防給付による 介護予防ケアマネジメント 【新規相談】	今までどおり実施する	今までどおり

3 介護予防ケアマネジメントの実施

以下、1～2 は利用者宅で実施します。

1. アセスメント（課題分析）

- ①利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施します。
- ②1クール終了後のケアプランの継続、変更の時点以降は、居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを行い、適宜、地域包括支援センターが関与するようにします。
- ③より本人にあった目標設定に向けて**興味・関心チェックシート（様式5）**なども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要です。

2. ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

- ①利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援すると共に、その後の利用者への関わりの必要度合いにより、介護予防ケアマネジメントプロセスの類型を決めます。

【新規の相談】

居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターの立ち会いにより、必要な指導を受けることができるため、地域包括支援センターへのケアプラン原案（ケアマネジメント結果）の提出は省略することができ、新規相談のケアプランチェックも行いません。

【更新の相談】

居宅介護支援事業所は、今までどおりケアプラン原案（ケアマネジメント結果）を地域包括支援センターへ提出し、確認印をもらいます。

3. サービス担当者会議

ケアマネジメントA、Bにおいて実施しますが、ケアマネジメントBにおいてはサービス担当者会議の省略も可能です。

4. 利用者への説明・同意

- ①サービス担当者会議を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し同意を得ます。
- ②居宅介護支援事業所が地域包括支援センターへケアプランを提出する際は、**介護予防・生活支援サービス事業における介護予防ケアマネジメント確認票（様式6）**

を活用します。

【新規の相談】

居宅介護支援事業所は、利用者の印鑑があるケアプランを地域包括支援センターへ提出し、地域包括支援センターの確認印をもらいます。その場でコピーをし、居宅介護支援事業所が原本を、地域包括支援センターがコピーを所持します。

【更新の相談】

居宅介護支援事業所は、利用者の印鑑と地域包括支援センターの確認印のあるケアプランのコピーを地域包括支援センターへ提出します。居宅介護支援事業者が原本を所持します。

5. ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）

- ①ケアプランを利用者に交付すると共に、サービス提供者にも交付します。
- ②ケアマネジメントCについては、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」「その課題への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載…様式2参照）を利用者に説明します。

ケアマネジメントの結果については、サービス提供者に対して、利用者の同意を得て、ケアマネジメント結果を送付するか、利用者本人に持参してもらうようにします。

6. サービス利用開始

各サービス提供者よりサービス実施します。

7. モニタリング（給付管理）

サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握。

利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取。

利用者宅への訪問によるモニタリングは、ケアマネジメントの種類により、その実施及び間隔が異なります。

8. 評価

実施期間終了時、ケアプランの目標が達成されたか評価し、ケアマネジメントの種類変更も含めて、今後の方針を決定します。

4 予防給付とサービス事業を併用する場合

- (1) 予防給付とサービス事業によるサービスをともに利用する場合にあっては、**予防給付によるケアマネジメントにより介護報酬が地域包括支援センターに対して支払われるものとし、給付管理については、予防給付とサービス事業の給付管理の必要なものについては、併せて限度額管理を行います。**
- (2) 小規模多機能型居宅介護や特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護を利用し、地域包括支援センターがケアマネジメントを実施しない場合には、**予防給付においてケアマネジメントを行っていることから、前述と同様、サービス事業によるケアマネジメント費を支給しないものとします。**

5 要介護認定等申請している場合における介護予防ケアマネジメント

- (1) 福祉用具貸与等予防給付のサービス利用を必要とする場合は、**要介護認定等の申請を行うものとします。**
- (2) 要介護認定等申請とあわせて基本チェックリストを実施した場合は、基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、**介護予防ケアマネジメントを経て、迅速にサービス事業のサービスを利用することができるものとし、その後、「要介護1以上」の認定がなされた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、サービス事業によるサービスの利用を継続することができるものとします。なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行してサービス事業を利用することはできません。**

6 報酬(単価、加算)、請求・支払

(1) 介護予防ケアマネジメント費については、表2、表3を参照のこと。

表2 ケアマネジメントの単価等

	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
単価等(支払頻度)	1月あたり 430 単位 4,390 円	H28.3月当初 未定	1月あたり 430 単位 4,390 円

※1 単位 10.21 円

表3 サービス事業のみ利用の場合のケアマネジメント費の例

(サービス提供開始の翌月から3か月を1クールとしたときの考え方)

ケアマネジメント プロセス	ケアプラン	利用する サービス		サービス提供 開始月	2月目 (翌月)	3月目 (翌々月)	4月目 (3か月後)
ケアマネジメント A 原則的な ケアマネジメント	作成あり	指定事業者 のサービス	サービス 担当者会議	○	×	×	○
			モニタリング等	— (※1)	○ (※1)	○ (※1)	○ (面接による)(※1)
			報酬	基本報酬+初回加算 (※2)	基本報酬	基本報酬	基本報酬
		訪問型C・ 通所型C のサービス	サービス 担当者会議	○	×	×	○
			モニタリング等	—	○	○	○
			報酬	基本報酬+初回加算	基本報酬	基本報酬	基本報酬
ケアマネジメント B 簡略化した ケアマネジメント	その他 (委託・補助) のサービス	サービス 担当者会議	△ (必要時実施)	×	×	×	
		モニタリング等	—	×	×	△ (必要時実施)	
		報酬	(基本報酬-X-Y) +初回加算(※3)	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y	
ケアマネジメント C 初回のみ のケアマネジメント	作成なし	その他 (委託・補助) のサービス	サービス 担当者会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報酬	(基本報酬+初回加算) を踏まえた単価(※4)	×	×	×
	ケアマネ ジメント 結果の 通知	一般介護予防・ 民間事業のみ	サービス 担当者会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報酬	(基本報酬+初回加算) を踏まえた単価(※4)	×	×	×

(※1) 指定事業者のサービスを利用する場合には、給付管理票の作成が必要。

(※2) 基本報酬: 予防給付の単価を踏まえた単価を設定

(※3) X: サービス担当者会議実施分相当の単価 Y: モニタリング実施分相当単価

(※4) 2月目以降は、ケアマネジメント費支払いが発生しないことを考えて、原則的なケアマネジメントの報酬単価を踏まえた単価

(2) 加算

1. 初回加算

単価等： 300 単位、3,063 円 ※1 単位 10.21 円

初回加算の算定については、基本的には指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じ、下記の①②の場合に算定できます。

①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3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)

②要介護者が要支援者を受け、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

※総合事業移行前に予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間が満了した翌月から、基本チェックシートによるサービス事業対象者として総合事業のサービスを利用した場合、総合事業開始月に初回加算の算定を行うことはできません。

2. 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算

単価等： 300 単位、3,063 円 ※1 単位 10.21 円

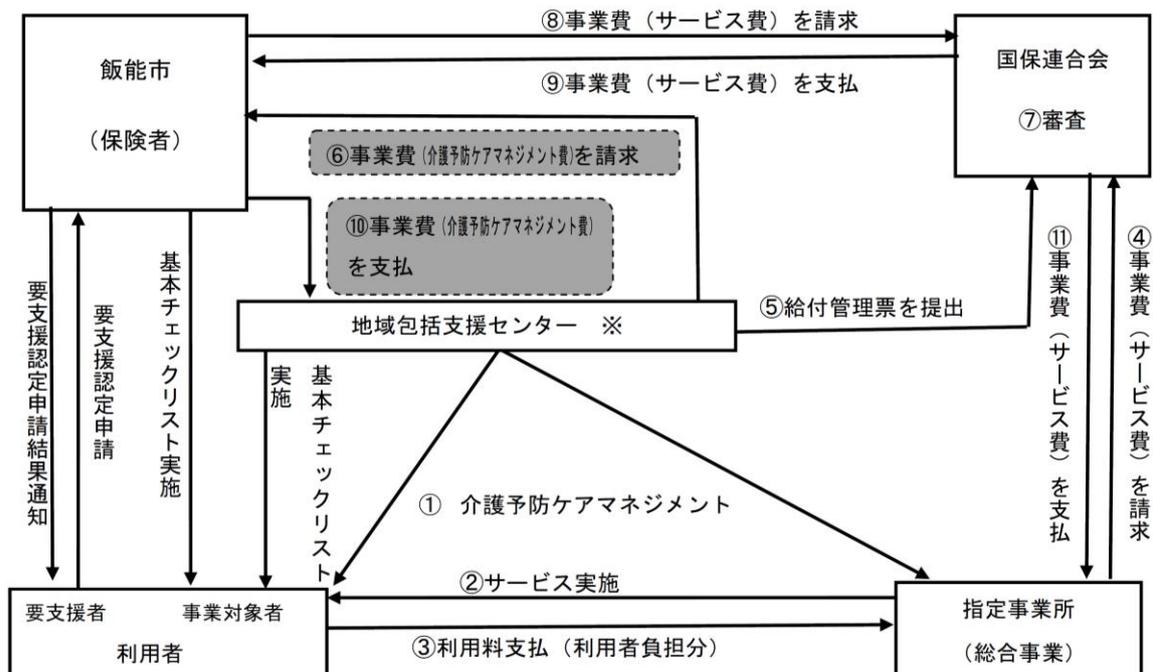
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に出向き、利用者のサービス事業等の利用状況の情報提供を行うことにより、当該利用者の介護予防小規模多機能型居宅介護における指定介護予防サービス等の利用に係る計画の作成に協力を行った場合に算定を行うものです。ただし、6月以内に当該加算を算定した利用者については算定できません。また、当該加算は、利用者が介護予防小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合にのみ算定します。

(3) 請求・支払

事業費（介護予防ケアマネジメント費）の請求、支払については、図1を参照のこと。

なお、その請求については、委託を受けた事業所が現行どおり地域包括支援センターへ行きます。また、地域包括支援センターは市へ請求を行います。

図1 利用者が介護予防（訪問・通所）介護相当サービスのみを利用する場合



※地域包括支援センター業務の一部を居宅介護支援事業所に委託することができます。

区分		事務処理内容	
サービス提供付前月		①介護予防ケアマネジメント	地域包括支援センターは、利用者・事業所と調整して、介護予防ケアマネジメントを行う。
サービス提供月		②サービス実施	事業者が利用者へサービスを実施
		③利用料支払（利用者負担分）	利用者は事業所へ利用料を支払う（利用者負担分）
サービス提供月翌月	10日まで	④事業費（サービス費）を請求	事業者は国保連合会へ請求明細書を提出し、事業費（サービス費）を請求する。
		⑤給付管理票を提出	地域包括支援センターは国保連合会へ給付管理票を提出する。
	}	⑥事業費（介護予防ケアマネジメント費）を請求	地域包括支援センターは、市へ事業費（介護予防ケアマネジメント費）を請求する。
⑦審査		国保連合会は審査を行う。	
サービス提供月翌々月	20日まで	⑧事業費（サービス費）を請求	国保連合会は市へ事業費（サービス費）及び審査支払手数料を請求する。
	20日まで	⑨事業費（サービス費）を支払	市は国保連合会へ事業費（サービス費）及び審査支払手数料を支払う。
	月末まで	⑩事業費（介護予防ケアマネジメント費）を支払	市は地域包括支援センターへ事業費（介護予防ケアマネジメント費）を支払う。
	月末まで	⑪事業費（サービス費）を支払	国保連合会は事業所へ事業費（サービス費）を支払う。

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 ()	
	Fax ()			
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連 絡 先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

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

No. _____ 利用者名 _____ 概 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

計画作成者氏名 _____ 計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日） _____ 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） _____ 担当地域包括支援センター： _____
 目標とする生活 _____

1日		1年										
アセスメント領域と現在の状況 (運動・移動について)	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	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）	介護施設サービス 又は地域支援事業等 (総合事業のサービス)	サービス 種別	事業所 (利用先)	期間
()		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
()		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
()		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
()		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					

健康状態について
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点 _____
【本来行うべき支援が実施できない場合】
 必要な支援の要請に回けた方針 _____

総合的方針：生活不活発性の改善予防のポイント _____

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 印

地域包括 支援セン ター	【意見】				
運動 不足	達成 改善	口腔内 ケア	閉じこも り予防	物忘れ 予防	うつ 予防
/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 5

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

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

利用者名		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	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了
--------	--------------	---	--

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			
居酒屋へ行く				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」
一般社会法人 日本作業療法士協会(2014.3)

**介護予防・生活支援サービス事業における
介護予防ケアマネジメント確認票**

地域包括支援センターによる確認終了時に2部作成し、1部を居宅介護支援事業所介護支援専門員に渡します。

介護支援専門員氏名	様	事業所名	
確認担当者			
日 時	平成 年 月 日 ()		
利用者氏名	様	地 区	
サービス事業 利用 開始 月	平成 年 月	サービス事業 利用 満了 月	平成 年 月

1 回目 居宅は必要書類を包括へ提出、相談				2 回目 居宅はケアプランを包括へ提出			
受理	書 類		次回提出	受理	書 類		次回提出
<input type="checkbox"/>	受付シート	新更		<input type="checkbox"/>	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約書(2通)	新	
<input type="checkbox"/>	基本チェックリスト (裏面:状況調査連絡シート)※	新更		<input type="checkbox"/>	重要事項説明書(2通)	新	
<input type="checkbox"/>	介護保険被保険者証(原本)	新更		<input type="checkbox"/>	個人情報取扱書	新	
<input type="checkbox"/>	介護保険負担割合証(写し)	新更		<input type="checkbox"/>	利用者基本情報	新	
<input type="checkbox"/>	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	新		<input type="checkbox"/>	興味・関心チェックシート	新	
<input type="checkbox"/>	その他 ()			<input type="checkbox"/>	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)	新更	
<p>※更新の場合は、基本チェックリスト裏面の状況調査シートの記入は不要です。</p> <p>・要介護から要支援認定に移行した方で、サービス事業のみ利用する場合(初めて総合事業対象となる)場合は「新規」の扱いとなりますが、受付シート、基本チェックリストの提出は不要です。</p>				<input type="checkbox"/>	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)	新更	
				<input type="checkbox"/>	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	新更	
				<input type="checkbox"/>	サービス利用票・別表	新更	
				<input type="checkbox"/>	介護保険被保険者証(写し)	新更	
				<input type="checkbox"/>	(要支援認定者のみ) 認定調査票・主治医意見書(写し)		
<input type="checkbox"/>	その他 ()			<input type="checkbox"/>	その他 ()		

新…新規 更…更新

飯能市地域包括支援センター

町