

このマニュアルにおける用語の定義

	厚労省ガイドラインにて使用されている言葉	吹田市での用語	意味
1	介護予防・日常生活支援総合事業 新しい総合事業	介護予防・日常生活支援総合事業	
2	介護給付	保険(介護)給付	
3	介護予防給付 介護予防訪問介護 介護予防通所介護 介護予防訪問介護等	保険(予防)給付	
4	介護予防・生活支援サービス事業	吹田市高齢者安心・自信サポート事業	
5	介護予防ケアマネジメント 第1号介護予防支援事業	介護予防ケアマネジメント (内容によって使い分けるときは15、16、17を参照)	
6	訪問型サービス(第1号訪問事業) 現行の訪問介護相当	訪問型サポートサービス	吹田市高齢者安心・自信サポート事業での訪問介護
7	訪問型サービス(第1号訪問事業) 多様なサービス 訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	訪問型短期集中サポートサービス	吹田市高齢者安心・自信サポート事業でのOT訪問
8	通所型サービス(第1号通所事業) 現行の通所介護相当	通所型サポートサービス	吹田市高齢者安心・自信サポート事業での通所介護
9	通所型サービス(第1号通所事業) 基準緩和型通所サービスA	通所型入浴サポートサービス	吹田市高齢者安心・自信サポート事業での基準緩和型の入浴特化通所介護
10	その他の生活支援サービス 第1号生活支援事業	※10	
11	一般介護予防事業	吹田市民はつらつ元気大作戦	
12	要支援者	要支援者	要支援の認定を受けている方
13	基本チェックリスト該当者 介護予防・生活支援サービス事業対象者	基本チェックリスト該当者	
14	第1号被保険者のすべての者	65歳以上のすべての高齢者	
15	基本チェックリスト	基本チェックリスト	
16	ケアマネジメントA A,B,Cの総称は	ケアマネジメントA A,B,Cの総称は	
17	ケアマネジメントB 介護予防 ケアマネジメント	ケアマネジメントB 介護予防 ケアマネジメント	※17
18	ケアマネジメントC	ケアマネジメントC	
19	介護予防支援	介護予防支援	要支援の認定を受けて、保険(予防)給付を利用している方のケアプラン
20	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(ケアプラン)	
21	要介護等認定	要介護等認定	要支援・要介護認定申請を示す
22		利用者	基本チェックリスト該当者と要支援者を合わせて示す
23	地域包括支援センター	センター	

※10 ※17 令和3年4月現在、本市においては該当サービスなし

1 介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)について

(1) 総合事業の背景

平成27年(2015年)4月介護保険法が改正となり、介護保険法の理念に基づいた「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」を平成29年(2017年)4月までにすべての市町村で実施することが定められました。

介護保険法の理念

(目的)

第一条

介護等が必要となっても、尊厳をもって、有する能力に応じ自立した生活を営めるようサービスを給付する。

(国民の努力及び義務)

第四条

要介護状態を予防するための健康保持増進、要介護状態となった場合の能力維持向上に努めるものとする。

(2) 吹田市の総合事業の基本方針

要支援状態の人が要介護状態になることを防ぎながら、住み慣れた地域の中で生きがいを持って暮らしていける、持続可能な仕組みをめざすものです。

(3) 自立支援型ケアマネジメントの浸透と定着

本市では、総合事業の開始と同時に、お世話型のケアプランではなく、本人の望む生活への自立の力を引き出すケアプランを作成する過程である「自立支援型ケアマネジメント」の浸透、定着を進めています。

総合事業の利用を希望されるのは、基本チェックリストの該当者もしくは要支援1及び2の認定を受けた心身の状況が比較のお元気な高齢者の方であるため、センター職員やケアマネジャー、サービス事業者が、高齢者本人の状態と一緒に確認し合うことで、本人のニーズや特性、残存能力に気づき、強みを見つけ、望む生活や暮らしぶりへの意欲を引き出します。本人の暮らしぶりや趣味、特技等の情報も、今後、どのような生活を送りたいかを具体化(目標設定)するのに役立ちます。さらに身体状況だけではなく、口腔機能や栄養状態についてアセスメントし、その改善を工夫することで、全身の機能向上の効果を高め、自立への近道を示します。このように、多方面からのアセスメント内容を、専門的な見解と併せて十分に取り入れることが、「自立支援型ケアマネジメント」の重要な視点です。

(4) 総合事業の概要

ア 従前の介護予防事業は、65歳以上のすべての高齢者を対象とする一般介護予防事業に再編しました。

イ 従前の要支援者の予防訪問介護、予防通所介護サービスは、保険(予防)給付から介護予防・生活支援サービス事業(吹田市高齢者安心・自信サポート事業(以下、「サポート事業」という。))へ移行しました。

ウ 従前の要支援者の予防訪問介護・予防通所介護以外のサービス(予防訪問看護、予防福祉用具等)は、介護予防給付のサービス提供を継続します。

エ サポート事業と介護予防給付のサービス(要支援者のみが利用可)を組み合わせて利用することができます。

＊ 現在、本市では市の補助によるサポート事業を実施していないため、要介護認定を受けている場合は、サポート事業の利用対象とはなりません。

オ サポート事業のみ利用する場合で、心身の状況が基本チェックリスト実施の対象となる場合は、要介護認定等を省略して迅速なサービス利用が可能となります。

＊ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護等認定申請を行います。

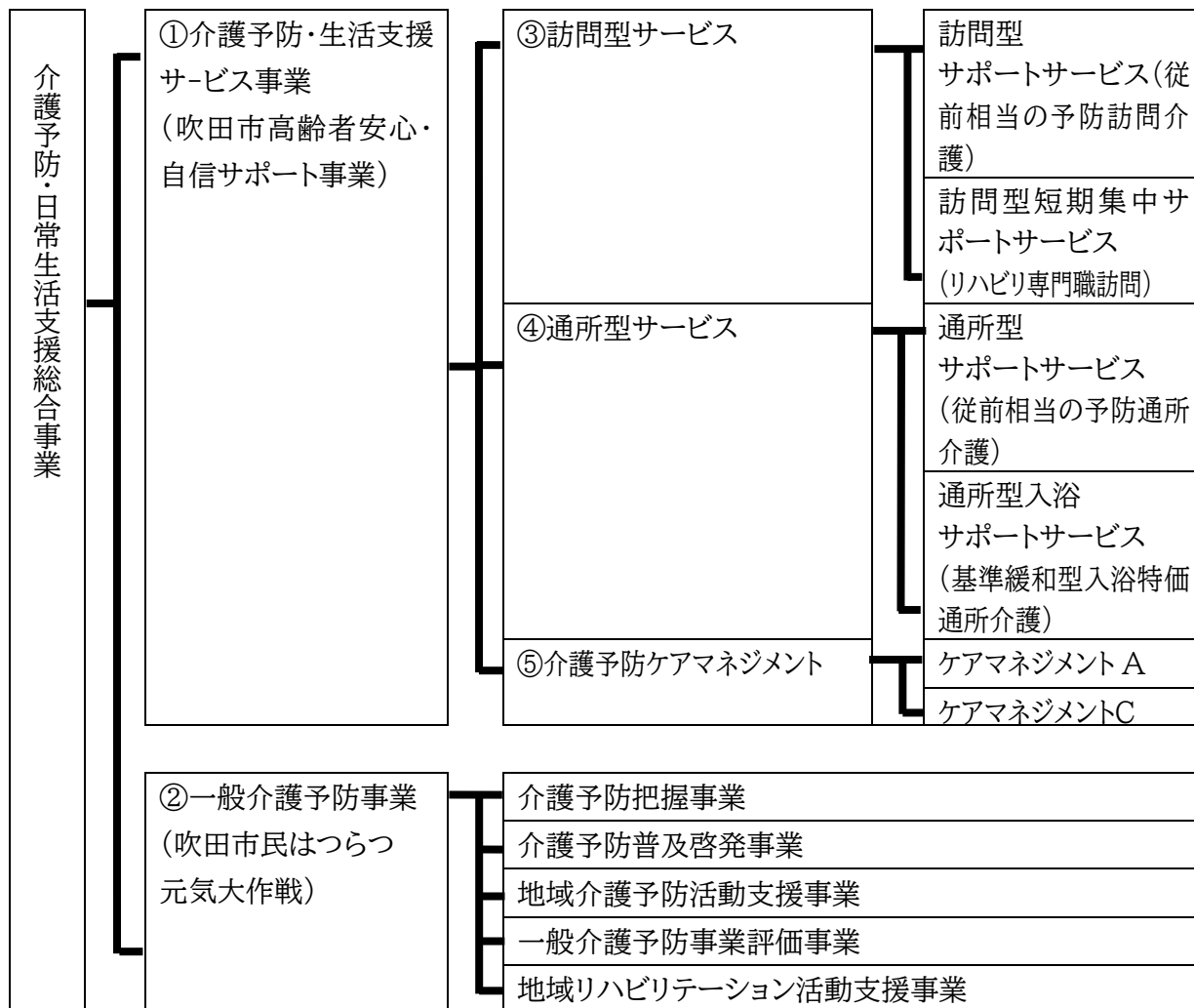
(5) サポート事業における吹田市独自のサービス内容と導入時期

本市のサポート事業においても、従来の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護のサービス内容に加えて、独自のサービスを追加しています。今後も高齢者の多様なニーズに合わせて、構築を進めていく予定です。

時期	吹田市独自のサービス内容
平成 29 年 4 月 【サポート事業開始】	【新たな報酬単位の設定】 通所型サポートサービスにおいて、要支援2の認定者の週 1 回利用の報酬単位を設定 【訪問型短期集中サポートサービスを開始】 日常生活における生活行為が困難な方が、専門職が考えたプログラムを集中的に取り組むことで自立支援を図るサービス。
平成 30 年 10 月	【通所型入浴サポートサービスを開始】 運営等の基準を緩和して、入浴の実施に特化したサービス(1回算定報酬)
令和 2 年 12 月	【ケアプラン作成の委託を拡充】 訪問型短期集中サポートサービス利用のためのケアプラン作成について、居宅への委託を開始
令和 3 年 4 月	【1 回算定報酬の適用を開始】 訪問型及び通所型サービスにおいて、決められた回数や曜日を毎週利用しないと当初からケアプランに位置付けている場合には、月額報酬ではなく、1回算定報酬を適用
令和 3 年 12 月	【ケアプラン作成の委託を拡充】 ケアマネジメント C について、居宅への委託を開始

2 吹田市の総合事業について

(1) 令和3年度現在の吹田市の総合事業の事業構成と内容



① 介護予防・生活支援サービス事業(吹田市高齢者安心・自信サポート事業)

平成30年3月末まで要支援者が利用していたホームヘルプサービス(予防訪問介護)、デイサービス(予防通所介護)が、介護保険制度の改正によって介護保険の給付から、市独自の事業として実施する「介護予防・生活支援サービス事業」へ移行しました。

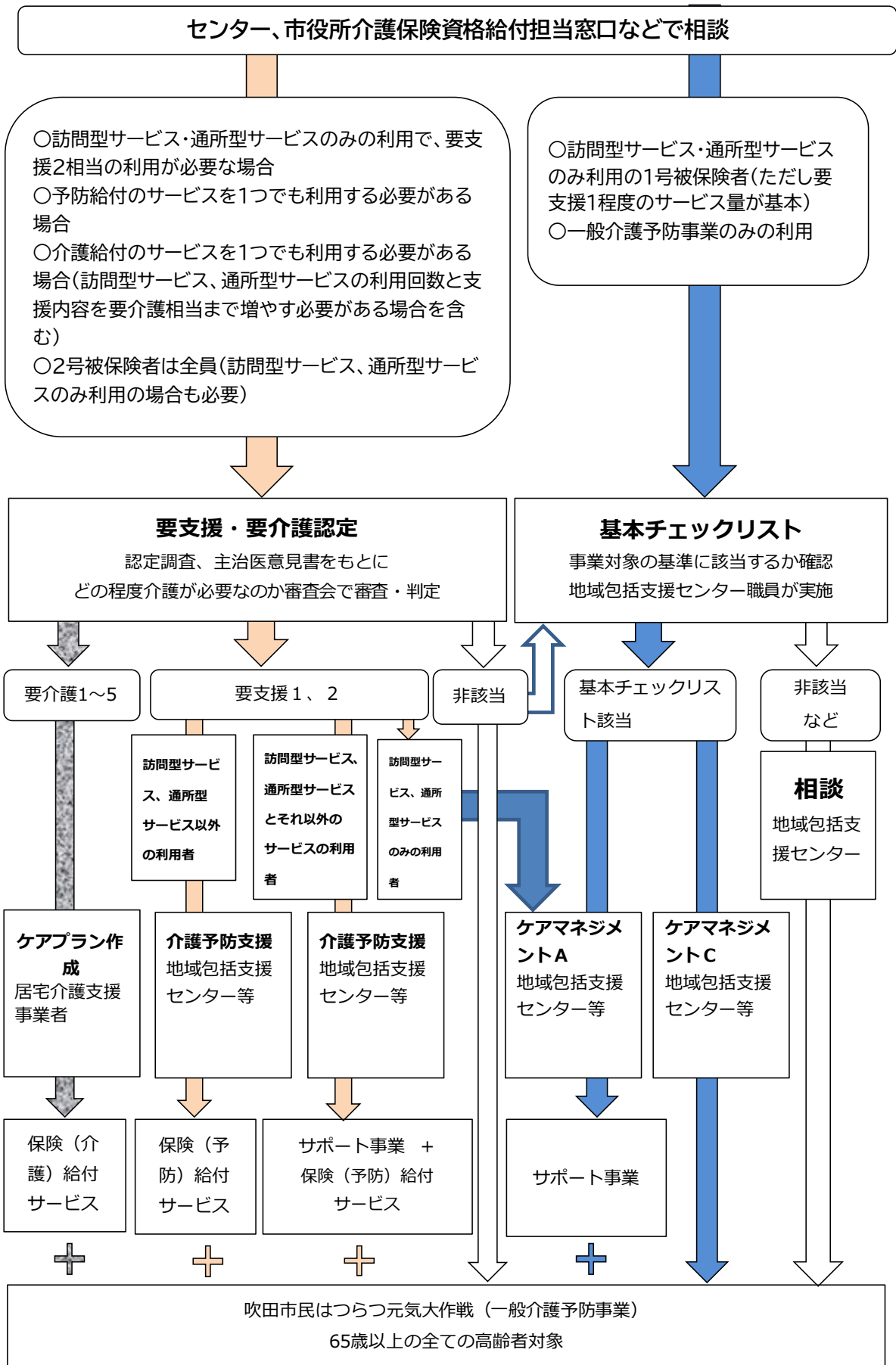
市独自のサービス体系として、リハビリ専門職が検討を加えたプログラムを集中的に取り組むことで自立支援を図る訪問型短期集中サポートサービスや基準緩和型である通所型入浴サポートサービスがあります。

② 一般介護予防事業(吹田市民はつらつ元気大作戦)

センターが予防について相談を受け、適切な教室・講座や住民主体活動などへの利用を支援します。65歳以上のすべての方を対象とした介護予防などの教室や講演会の実施、地域で継続した取り組みができるよう、住民主体の通いの場の立ち上げ、継続への支援など健康づくりと介護予防を一体的に提供しています。

	種類	内容	提供方法	報酬	利用者負担
③ 訪問型サービス	訪問型サポートサービス	従前の介護予防訪問介護と同等のサービス	市指定の事業者	【月額報酬】 ・週1回程度:1,176単位 ・週2回程度:2,349単位 ・週2回を超える程度(要支援2のみ)3,727単位 【1回算定報酬】 ・週1回程度:268単位 ・週2回程度:272単位 ・週2回を超える程度(要支援2のみ)287単位	従前のサービスと同等
	訪問型短期集中サポートサービス	市独自サービスで、専門職が訪問し、機能の回復、向上に重点を置き、生活上の不安、不便を軽減するための指導、助言を行う(通所型サポートと併用)	市雇用のリハビリ専門職		なし
④ 通所型サービス	通所型サポートサービス	従前の介護予防通所介護と同等のサービス	市指定の事業者	【月額報酬】 ・週1回程度:1,672単位 ・週2回程度:3,428単位 【1回算定報酬】 ・週1回程度:384単位 ・週2回程度:395単位	従前のサービスと同等
	通所型入浴サポートサービス	市独自サービスで、入浴動作に不安があるものに対して、介護保険施設等で入浴の見守りを受けるサービス	市指定の事業者	【月額報酬】 ・週1回程度:1,446単位 ・週2回程度:2,965単位 【1回算定報酬】 ・週1回程度:332単位 ・週2回程度:342単位	従前のサービス基準を緩和
⑤ 介護予防ケアマネジメント	ケアマネジメントA(サポートケアマネジメント)	介護予防支援と同様のケアマネジメント ※保険(予防)給付のサービス利用がある場合は、ケアプランも保険(予防)給付(介護予防支援)	居住地域担当のセンター(一部ケースを居宅介護支援事業所に委託) 令和3年12月からケアマネジメントCも委託可	・継続ケース:438単位 ・初回加算:300単位 ・委託連携加算:300単位	なし
	ケアマネジメントC(はつらつケアマネジメント)	初回のみケアプラン作成のケアマネジメント		・請求は初回の:438単位 ・初回加算:300単位 ・委託連携加算:300単位	

(2) 総合事業のサービス提供の流れ



(3)総合事業のサービスの組み合わせ

(状態に応じて必要なサービスを、必要な期間、提供するために、全件、アセスメント結果に応じ、いずれかのサービスを選択します。)

●:必ず利用する

○:必要に応じて適宜利用する

▲:予防給付(介護予防支援)またはサポート事業(介護予防ケアマネジメント)のいずれか。網掛け部分が、居宅介護支援事業所に委託が可能なもの。

対象者 (想定例)	ケアプラン 期間	保険(予防)給付		吹田市高齢者安心・自信サポート事業						一般介護、予防事業、教室などによる
		ケアプラン作成	各種サービス	ケアプラン作成		訪問型サービス		通所型サービス		
				ケアマネジメントA	ケアマネジメントC	訪問型サポートサービス	訪問型短期集中サポートサービス	通所型サポートサービス	通所型入浴サポートサービス	
① 訪問型及び通所型サービスを利用	最長1年	▲ (一部委託)	○	▲ (一部委託)	/	○	○	○	○	○
② 退院後など、特に身体機能が低下し、生活に不安・不便のある時	原則3か月 最長6か月	▲	○	▲ (一部委託)	/	○	●	●	○	○
③ 自宅での入浴に不安がある場合	最長1年	▲ (一部委託)	○	▲ (一部委託)	/	○	○	○	●	○
④ 訪問型及び通所型サービスを利用しない場合や、利用を終えた場合	(請求は初回月のみ)	/	/	▲ (一部委託)	/	/	/	/	/	○
※保険(予防)給付のみ利用のケース		● (一部委託)	●	/	/	/	/	/	/	○

ケアマネジメントCの一部委託は令和3年12月から開始

☆サポート事業で利用が可能な訪問型サービス、通所型サービスは、吹田市の事業所指定を受けている事業所のみとなります。

吹田市内のサービス事業所を利用	他市のサービス事業所を利用
吹田市の事業所指定が必要	

☆市外在住者、住所地特例者は「3 市外在住者、住所地特例者などの取扱い」を参照。

(4) 1号及び2号被保険者別の利用可能サービス

<1号被保険者の場合>

要支援1、2の認定を受けているか、基本チェックリスト該当によりサポート事業を利用できます。

(基本チェックリスト該当者の場合、サービス量は要支援1と同程度とし、保険(予防)給付は使えません。)

		支給限度額 保険(予防)給付 + サポート事業	保険(予防・ 介護)給付 各種 サービス	吹田市高齢者安心・自信サポート事業				業一 に般 介 護 予 防 、 事 業 に よ る 講 座 、 事 業 室 等	
				訪問型サービス		通所型サービス			
				訪問型サポ ート サービス	訪問型短期集 中 サ ポ ー ト サ ー ビ ス	通所型サポ ー ト サ ー ビ ス	通所型入浴サ ポ ー ト サ ー ビ ス		
サ ポ ー ト 事 業 対 象 者	基本チェック リスト 該 当 者	5,032単位	/	・週1回程度 ・週2回程度	・月1回程度	・週1回程度	・週1回程度	○	
	要支援1	5,032単位	保険(予防) 給付 (変更なし)						○
	要支援2	10,531単位	保険(予防) 給付 (変更なし)	・週1回程度 ・週2回程度 ・週2回程度 以上			・週1回程度 ・週2回程度	・週1回程度 ・週2回程度	○
そ の 他	要介護1~5	変更なし	保険(介護) 給付 (変更なし)	/	/	/	/	○	
	非該当	/	/	/	/	/	/	○	

<2号被保険者の場合>

サポート事業の利用にも必ず認定が必要!

		支給限度額 保険(予防)給付 + サポート事業	保険(予防・ 介護)給付 各種 サービス	高齢者安心・自信サポート事業				業一 に般 介 護 予 防 、 事 業 室 等
				訪問型サービス		通所型サービス		
				訪問型サポ ー ト サ ー ビ ス	訪問型短期集 中 サ ポ ー ト サ ー ビ ス	通所型サポ ー ト サ ー ビ ス	通所型入浴サ ポ ー ト サ ー ビ ス	
サ ポ ー ト 事 業 対 象 者	要支援1	5,032単位	保険(予防) 給付 (変更なし)	・週1回程度 ・週2回程度	・月1回程度	・週1回程度	・週1回程度	/
	要支援2	10,531単位	保険(予防) 給付 (変更なし)	・週1回程度 ・週2回程度 ・週2回程度 以上			・週1回程度 ・週2回程度	・週1回程度 ・週2回程度
そ の 他	要介護1~5	変更なし	保険(介護) 給付 (変更なし)	/	/	/	/	/
	非該当	/	/	/	/	/	/	/

(5)高額介護予防サービス費、高額医療合算介護予防サービス費について

保険(予防)給付の利用料と同様、高額介護予防サービス費、高額医療合算介護予防サービス費の対象となります。

(6)医療費控除について

保険(予防)給付の利用料と同様、生活援助中心のサービスを除き、医療費控除の対象となる居宅サービスと併せて利用する場合のみ、医療費控除の対象となります。医療費控除の対象となる居宅サービスや施設サービス等については高齢福祉室介護保険グループ(電話06-6384-1341)、医療費控除の明細書等については、市民税課(電話06-6384-1248)にお問い合わせください。

3 市外在住者、住所地特例者などの取扱い

(1)住民登録のない市町村に居住している被保険者で、住所地特例ではないケース

		パターン1		パターン2	
		吹田市に住民登録がある吹田の被保険者がA市に居住		A市に住民登録があるA市の被保険者が吹田市に居住	
		吹田市	A市	A市	吹田市
住民登録		○		○	
保険者		○		○	
居住地			○		○
担当するセンター		住民登録地を担当する吹田市のセンター		住民登録地を担当するA市のセンター	
計画作成・ケアマネジメント依頼提出先		吹田市		A市	
ケアプラン原案作成		吹田市のセンターから委託可 ↓ (※1)A市の居宅介護支援事業所		A市のセンターから委託可 ↓ (※2)吹田市の居宅介護支援事業所	
予防給付			A市、近辺の指定サービス事業所		吹田市、近辺の指定サービス事業所
総合事業	介護予防生活支援サービス	吹田市の事業所指定が必要 ↓ A市、近辺の事業所		A市の事業所指定が必要 ↓ 吹田市、近辺の事業所	
	サービス サポートサービス ス・通所型 サポートサービス		A市のサービスは受けられない		吹田市のサービスは受けられない
	訪問型サポートサービス 訪問型短期集中サポートサービス 訪問型短期集中サポートサービス ス・通所型入浴サポートサービス				
一般介護予防			A市に確認が必要		利用のつど確認

※1 ケアプラン原案の委託料は吹田市の決めた金額となる。

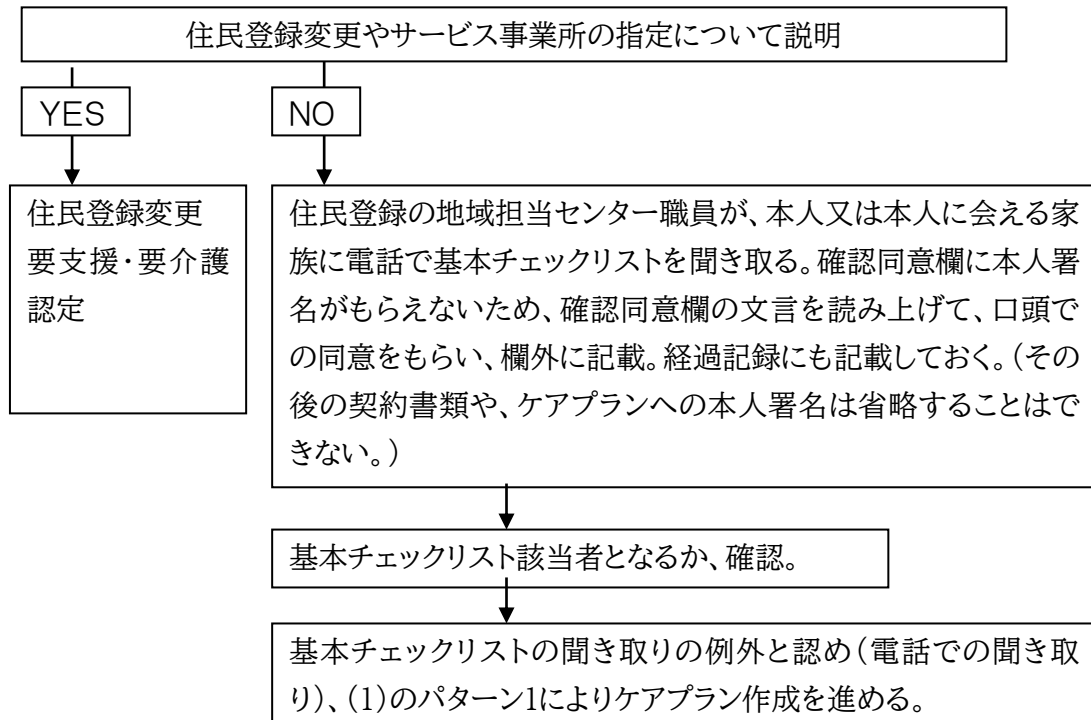
※2 ケアプラン原案の委託料はA市の決めた金額となる。

・府外の市町村が保険者で、居宅介護支援事業所へ委託する場合、国保連経由の居宅介護支援事業所へのケアプラン原案委託料の支払いができないため、ケアプラン料は給付管理を行ったセンターへ支払われ、センターから府外の居宅介護支援事業所へ直接払いとなります。

パターン1について解説・・・(吹田市以外で吹田市のチェックリストが必要な場合)

住民票が吹田市のままで、他市に居住する、住所地特例ではないケースには…

- ・ 特に事情がない限り、住民票は実際の住所に合わせていただくように説明します。
- ・ 要支援、要介護認定を受けていただくことをお勧めします。(認定調査については、吹田市が他市へ調査委託が可能。)
- ・ 要支援となった場合でもサポート事業に該当するサービスは、吹田市の指定がある事業所でないと利用できないので、事業所選択が限られる可能性があることを説明します。



(2)住所地利例者

		パターン1		パターン2	
		A市内施設に入所・入居し、A市に住民登録を移した吹田市の被保険者		吹田市内施設に入所・入居し、吹田市に住民登録を移したA市の被保険者	
		吹田市	A市	A市	吹田市
住民登録		/	○	/	○
保険者		○	/	○	/
居住地		/	○	/	○
担当するセンター		/	居住地を担当するA市のセンター	/	居住地を担当する吹田市のセンター
計画作成・ケアマネジメント依頼提出先		/	A市に提出 (A市から吹田市に送られる)	A市(保険者)	/
ケアプラン原案作成		/	(※1)A市のセンターが担当 (委託の可能性あり)	/	(※2)吹田市のセンターが担当 (委託の可能性あり)
予防給付		/	A市、近辺の指定サービス事業所	/	吹田市、近辺の指定サービス事業所
総合事業	介護予防生活支援サービス	訪問型サポートサービス 通所型サポートサービス	A市の指定事業所	/	吹田市の指定事業所
		訪問型短期集中サポートサービス・ 通所型入浴サポートサービス	A市の事業を利用可	/	吹田市の事業を利用可
	一般介護予防	/	/	/	/

※1 ケアプラン原案の委託料はA市の決めた金額となる。

※2 ケアプラン原案の委託料は吹田市の決めた金額となる。

(3) 転出入による基本チェックリストの結果と認定結果の引き継ぎ

	転 入	転 出	市 内 転 居
基本チェックリスト 該当	引き継がない 新規申請と同様、窓口等で聞き取り、制度の説明等を行った上で、適切な手続を案内。	引き継がない 総合事業対象者の手続きを希望する場合は、転入先の市町村が定めたルールによる手続が必要。	引き継ぐ 新しく担当となるセンターが新規にケアプランを作成。
要支援 1、2	引き継ぐ (転入後6か月)	引き継ぐ (転出先で6か月)	引き継ぐ

4 介護予防ケアマネジメント

(1) ケアプラン作成と委託について

介護予防ケアマネジメント A、C は、従来の介護予防支援と同様、本人が住民登録している地域を担当するセンターが作成し、業務の一部を委託することができます。ケアマネジメント A を終了し吹田市民はつらつ元気大作戦等のみへ移行する場合にも、委託のケアマネジャーが担当を変更することなく、ケアマネジメント C の活用に引き継ぐことができます。

(2) 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの区別

要支援の認定を受けている利用者の場合、利用するサービスによって、介護予防支援か介護予防ケアマネジメントか、その月のケアプランの請求費目が異なるので注意が必要です。

介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの区別

要介護状態区分	利用サービス	請求費目
要支援認定者	保険(予防)給付 + サポート事業	介護予防支援費
	保険(予防)給付	介護予防支援費
	サポート事業	介護予防ケアマネジメント費
	吹田市民はつらつ 元気大作戦等のみ	
基本チェックリスト該当者	サポート事業	介護予防ケアマネジメント費
	吹田市民はつらつ 元気大作戦等のみ	

(3) ケアプラン原案作成時のアセスメントと自立支援型ケアマネジメント

ケアプラン原案作成時に単にアセスメントの項目を聞き取るだけでは、本人の状態像等を理解したことにはなりません。

本人の状態を本人と一緒に繰り返し確認し合うことで、本人のニーズや特性、残存能力に気づき、本人の強みを把握し、望む生活や暮らしぶりへの意欲を引き出すことができます。

アセスメントの際に使用するツール

ア アセスメントシート(データ掲載場所については本マニュアル P39 参照)

このシートを活用することで、利用者はどのような生活を望んでいるのかを考え、具体的に「(できれば)してみたい・参加してみたい」ADL、IADL、趣味活動、社会活動などの内容を聞き取ることができます。基本チェックリストとアセスメントシートの質問項目には関連性があるため、基本チェックリストの該当項目を参考にすることで、アセスメントを進める

際、したい生活、うまくできていない理由、現在できていることなど具体的に聞き取ることができます。アセスメントとは、利用者はどのような生活を望んでいるのかをとらえ、現状の生活から「なぜうまくできないのか」を検討し、その人の強みをより高め、より自立し、充実した生活を送るための本人のケアプラン原案作成のもととなるものです。

年 月 日

氏名 _____

吹田市高齢者安心・自信サポート事業 アセスメントシート

領域	項目	番号	確認内容	評価尺度		回 答				
						1回目	2回目	3回目	4回目	
運 動	運 動	1	自宅内を食器や洗濯物などの物を持って歩けますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		2	外出時、かばんや荷物などの物を持って歩けますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		3	ズボン・スカートを立ったまま、支えなしで着脱できますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
生 活	洗濯・清掃等	4	布団の出し入れ、ベッドの整え、シーツ交換、布団干しをしていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		5	洗濯をしたり、干し物を取り込み、元の位置にしていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		6	家の中や家のまわりの片付けや掃除などをしていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		7	ごみの分別やごみ出しをしていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
	更衣	8	季節・場所に応じた服装ができますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		9	寝間着や肌着の着替えができますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
	入浴・整容	10	一人で体を洗うことができますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		11	洗顔、ひげそり（男性）等を行い、髪を整えていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		12	爪の手入れができますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
栄養・食生活	13	食事の用意をしていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ					
	14	毎日、定期的に食事をしていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ					
	15	主食・主菜（肉、魚、卵、乳製品、大豆製品）・副菜（野菜、海藻など）をバランスよく食べていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ					
健 康	認知	16	火の始末や戸締りはできますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		17	前の晩に食べたものを思い出せますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
	排泄	18	尿もれ、便秘、下痢など、排泄に関するトラブルはないですか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		口腔	19	歯や入れ歯を磨いたり、口腔の手入れをしていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ			
	20		自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みめられますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
	健康管理	21	定期的な診察、あるいは1年に1度健診を受けていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		22	薬はきちんと飲んでいますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		23	食事内容に指導を受け、その注意を守っていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		24	散歩や体操を週1回以上していますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
	うっ	25	十分な睡眠は取れていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
社 会	閉じこもり	26	趣味や楽しみ、好きでしていることはありますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		27	日中寝ないで起きて過ごしていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		28	家庭で決まった仕事や役割はありますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		29	親族、友人、隣近所との付き合いや談笑する機会がありますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		30	催し物や地域の活動などに参加していますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				

※すべての行為ができていれば「はい」、ひとつでも欠けていれば「少し・時々」、すべてができていなければ「いいえ」

アセスメントの際の留意点

運動：移動、家事等の動作の状態を把握します。

生活：家事（調理・掃除・洗濯・ゴミ出し等）や身の回りのことを行っているか把握します。

健康：食事、排泄、運動、休養の観点から定期受診が行われているかどうか等を把握します。

社会：社会参加（仕事・ボランティア・老人会の参加等）ができていないか、家族や近隣の人との関係が保たれているかどうか、家庭内の役割の分担を把握します。

領域	項目	番号	確認内容	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ
運動	運動	1	自宅内を食器や洗濯物などの物を持って歩けますか	両手で持って歩ける	片手に少量を持って、複数回に分けている	全て家族などが支援している
		2	外出時、かばんや荷物などの物を持って歩けますか	歩ける	歩行器等を利用すれば歩ける	物を持っては歩けない
		3	ズボン・スカートを立ったまま、支えなしで着脱できますか	できる	何かにつかまればできる	座らないとできない
生活	洗濯・掃除等	4	布団の出し入れ、ベッドの整え、シーツ交換、布団干しをしていますか	全てしている	4つの行為のうち、いずれかができない	4つの行為のうち、いずれもできない
		5	洗濯をしたり、干し物を取り込み、元の位置にしまっていますか	一連の行為を自分でやっている	一連の行為のうち、いずれかに支援を受けている	全て家族などが支援している
		6	家の中や家のまわりの片付けや掃除などを行っていますか	一連の行為を自分でやっている	一連の行為のうち、いずれかに支援を受けている	全て家族などが支援している
		7	ごみの分別やごみ出しをしていますか	一連の行為を自分でやっている	分別やまとめることはできるが自分で出せないなど一部支援を受けている	全て家族などが支援している
	更衣	8	季節・場所に応じた服装ができますか	できる	声かけなどがあればできる。	全て家族などが介助している
		9	寝間着や肌着の着替えができますか	できる	整えるなど一部介助があればできる。	全て家族などが介助している
	入浴・整容	10	一人で体を洗うことができますか	できる	手の届かない部分など一部介助があればできる	全て家族などが介助している
		11	洗顔、ひげそり（男性）等を行い、髪を整えていますか	できる	一部介助があればできる	全て家族などが介助している
		12	爪の手入れができますか	できる	一部介助があればできる	全て家族などが介助している
	栄養・食生活	13	食事の用意をしていますか	全てできる	炊飯やレンジの操作などが一部できる	全て家族などが支援している
		14	毎日、定期的に食事をしていますか	している	時間や回数がまちまち	おなかがすいたら食べるなど不規則
		15	主食・主菜（肉、魚、卵、乳製品、大豆製品）・副菜（野菜、海藻など）をバランスよく食べていますか	考えて食べている	一部偏りがある	同じものばかり食べるなど極端な偏りがある
認知	16	火の始末や戸締りはできますか	できる	直近1年で鍋を焦がす・戸締りを忘れるなどの失敗が数回ある	直近1年で火の始末・戸締りの失敗が度々ある。また家族などの管理下にある	
	17	前の晩に食べたものを思い出せますか	思い出せる	思い出せるが不明瞭なことがある	全く思い出せない	
	18	尿もれ、便秘、下痢など、排泄に関する心配がありますか	全くない	間に合わないことがあり心配	常時心配	
健康	口腔	19	歯や入れ歯を磨いたり、口腔の手入れをしていますか	している	声かけや準備してもらえばできる	全て介助または全く行っていない
		20	自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか	かみしめられる	かみしめに不具合があり、かみしめられないことがある	常時かみしめられない
	健康管理	21	定期的な診察、あるいは1年に1度健診を受けていますか	受けている	気になった時だけ受診したり健診を受ける	全く受けていない
		22	薬はきちんと飲んでいますか	忘れず飲んでいる	時々忘れてしまい飲んでいないことがある	全く管理ができない
		23	食事内容に指導を受け、その注意を守っていますか	バランスや量など決められたことに注意して食べている*制限ない人は「はい」	注意は気にしているが、時々好きなものを食べてしまう	注意は気にしないで好きなものを食べる
うつ	24	散歩や体操を週1回以上していますか	週1回以上している	月に1回程度している	全くしていない	
	25	十分な睡眠は取れていますか	7時間以上とれており、熟眠感が得られている	7時間未満、もしくは熟眠感が得られていない(入眠困難、中途覚醒など)	7時間未満かつ熟眠感が得られていない	
社会	同じこもり	26	趣味や楽しみ、好きでしていることはありますか	週に1回程度ある	年に何回かある	楽しみが全くない
		27	日中寝ないで起きて過ごしていますか	日中はほとんど寝ることはない	週に1回程度は日中に寝ることがある	ほぼ毎日日中に寝て、夜に眠れず起きている
		28	家庭で決まった仕事や役割はありますか	毎日決まった仕事や役割がある	週に1回程度ある	全くない
		29	親族、友人、隣近所との付き合いや談笑する機会がありますか	毎日ある	週に1回程度ある	全くない
		30	催し物や地域の活動などに参加していますか	よく参加している	時々参加している	全く参加していない

※すべての行為ができていれば「はい」、ひとつでも欠けていれば「少し・時々」、すべてができていなければ「いいえ」

イ はつらつ元気手帳(介護予防手帳)

本人のセルフマネジメントを目的として本市が作成し、センターや市の介護予防事業で配付しています(※)。

生活目標や介護予防活動を本人自身が記録し、家族や支援者等と共有することができます。必要に応じて活用してください。

※ 3年間使用可能です。これまでにもらったことのない方や、3年間使用し、手帳の記入欄がなくなった方にセンターで配付します。センター職員が、はつらつ元気手帳の使い方を説明します。できるだけ利用されるご本人がセンターで受け取ってください。



(4) 自立支援型ケアマネジメント会議

「自立支援型ケアマネジメント」の実践を推進するため、平成29年度から研修会や「吹田市自立支援型ケアマネジメント会議」を開催しています。「吹田市自立支援型ケアマネジメント会議」は、高齢者本人が望む住み慣れた地域での自立生活を目指すために運動器、口腔、栄養等に関する多職種からの助言を得ながら高齢者の生活行為の課題の分析等を通じて、心身の状態を改善に導くために行う個別事例検討会議です。令和3年度以降も引き続き、研修会や「吹田市自立支援型ケアマネジメント会議」への居宅介護支援所の事例提出やサービス事業所の参加をすすめ、規範的統合(みんなで同じ方向を目指す)のために、「自立支援型ケアマネジメント」の定着、浸透に取り組んでいきます。

(毎回、会議の参加者が自立支援に関する認識を共有するために使用している資料の抜粋)

会議の目的

- (1) 介護保険法の理念を実現
- (2) 介護予防、重度化防止、
QOLの向上
- QOLとは...Quality of life = 生活の質
- (3) 持続可能な介護保険制度
- 必要な時に必要なサービスを受けられるように
- (4) 多職種の視点によるケアの幅の拡大

6

介護予防・重度化予防に向けて

高齢者ができる限り寝たきりなどの要介護状態にならないよう、要介護状態がさらに悪化することがないようにすることがねらい

- 身体機能が向上、QOL(生活の質)が向上 (W改善モデル)
- 身体機能を向上させ、維持につとめる (向上・維持モデル)
- 身体機能・病態を把握し、重度化防止 (永続的支援モデル)



自立支援型ケアマネジメントのポイント

(1) 生活課題の点検・整理

生活の中で、何ができて(強み)、何ができないか

(2) 具体的な生活行為の聞き取り

(〇〇ができるようになりたい!)を目標に設定すること、本人の思いを大切にすること

(3) 本人の強みを最大限に活かすこと



8

5 相談受付・基本チェックリスト実施

利用する 帳票	利用者基本情報(データ掲載場所場所については本マニュアル P38 参照)
	吹田市基本チェックリスト(サポート事業利用相談用)(本マニュアル P23, P24 参照)
	総合事業(サポート事業・吹田市民はつらつ元気大作戦) 対象者確認票

(1) 相談受付

聞き取り	本人、家族等の来所相談・電話相談	本人及び家族から相談の目的、心身の状態、希望する支援やサポート事業のサービスの内容等について聞き取りを行います。
------	------------------	--

説明	手続き等の流れの説明	サポート事業、一般介護予防事業、要介護等認定の申請について説明を行います。
	サポート事業の趣旨説明	① 適切な介護予防ケアマネジメントに基づきサポート事業を利用することで、自立促進や重症化予防の推進を図るものであること。 ② 本人が目標を立て、その達成に向けて3か月に1回アセスメント（「アセスメントシート」を用いる）を行い、取り組み達成後は、より自立に向けた次のステップに移っていくこと。
	サポート事業利用時の留意点の説明	① サポート事業のみを利用する場合は、基本チェックリストで事業対象者となれば、迅速なサービス利用が可能であること。 ② 事業対象者となった後も、必要な時は要介護等認定の申請が可能であること。

☆基本チェックリストか要介護等認定申請か等判断に迷う場合等、「総合事業(サポート事業・吹田市民はつらつ元気大作戦) 対象者確認票」を利用します。

総合事業（サポート事業・吹田市民はつらつ元気大作戦） 対象者確認票

受付日	年 月 日	()	受付者名
被保険者番号	0. 0. 0.		
氏名			
生年月日	M T S	年 月 日	()才
介護度	新規	要支援1	要支援2 要介護
有効期間終了日	平成	年 月 日	終了 *認定のある人のみ記入

【確認内容】サポート事業・吹田市民はつらつ元気大作戦についての説明（済・未）

項目	確認事項	チェック
利用希望のサービス内容	1. 介護予防サービス希望。 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・購入 5.訪問入浴。 6.住宅改修 7.地域密着型サービス。	<input type="checkbox"/>
	2. 入居（GH・サ高住）・入所（特養・老健）	<input type="checkbox"/>
	3. 認定を受けたい。	<input type="checkbox"/>
	4. 「訪問介護」利用希望	<input type="checkbox"/>
	5. 「通所介護」利用希望	<input type="checkbox"/>
	6. 自宅で一人で入浴できず「通所介護」で入浴希望	<input type="checkbox"/>
	7. 介護予防に取り組みたい。	<input type="checkbox"/>
本人の状態	8. 歩行等に介助が必要なため一人で外出できない。	<input type="checkbox"/>
	9. 認知症状（物忘れ等）がみられ、薬の管理（時間どおりに飲む等）、電話の利用（電話をかける・要件を伝える）等に介助あり。	<input type="checkbox"/>
	10. 大きな病気やけがで入院中または療養中。	<input type="checkbox"/>
	11. 寝たきりまたは認知症。	<input type="checkbox"/>
	12. 一人でタクシーや公共機関を利用し外出できる。	<input type="checkbox"/>
	13. 身の回りのこと（排泄・着替え等）や薬の管理・金銭管理が自分でできる。	<input type="checkbox"/>
	14. かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことができる。	<input type="checkbox"/>
「1～3」のいずれか、かつ「8～11」のいずれかに該当。	⇒基本チェックリスト実施対象外、要介護等認定の申請手続きを。	<input type="checkbox"/>
「4～7」・「12～14」のいずれかに該当	⇒基本チェックリスト実施対象者。	<input type="checkbox"/>

※基本チェックリスト(サポート事業利用相談用)の実施日が事業対象者に該当する基準日になるため、記入日が記載されていることを確認します。		
実施方法	来所相談、または訪問等で本人と面談できる場合	「基本チェックリストについての考え方」(本マニュアルP28, P29 参照)に基づき、センター職員が質問項目の趣旨を説明しながら、聞き取りを行い記入します。確認同意欄に本人の署名をもらいます。
	本人が来所等できず、電話や家族等の来所による相談の場合	(入院中、外出に支障がある等) 家族等から、相談の目的や本人の状況を聞き取ります。後日センターの職員が訪問し、聞き取った基本チェックリストの再確認を行い、確認同意欄に本人の署名をもらいます。 センターが本人の状況を確認する際、本人に対して事業の説明等を行い、適切なサポート事業の利用につなげます。
	居宅介護支援事業所等から代理提出	本人が来所できない場合と同様の扱いとします。

(4) センター担当地域外の方への対応について

原則、基本チェックリスト(サポート事業利用相談用)は担当地域のセンターが行います。

ア 担当地域外の利用者の相談にも各センター窓口で受け、制度やその他必要事項を説明したうえで、必要に応じ利用者基本情報、総合事業(サポート事業・吹田市民はつらつ元気大作戦) 対象者確認票等にて担当地域へ引き継ぎます。

イ 説明をしても納得いかず、混乱を招くようであればその場で基本チェックリスト(サポート事業利用相談用)を実施します。

(5) 基本チェックリストについてセンターが実施する事務処理

ア 該当し、ケアプラン作成、サービス利用をする場合

(ア) 基本チェックリスト該当者の基準により判断⇒判断結果をセンター内の複数の職員で確認⇒担当のセンター内でセンター長の決裁を受け、確定⇒センターで原本を保管(センターは原本を他の帳票とともに所定のファイルに綴る。)

(イ) 居宅介護支援事業所にケアプランを委託する場合は、契約書等必要帳票とともに、基本チェックリスト(サポート事業利用相談用)のコピーを担当ケアマネジャーに渡します。(計画策定のためのチェックリストとして使用することもできます。)

イ 該当したが、相談のみでケアプラン作成・サービス利用に至らなかった場合、センターは原本を利用者基本情報に添付し所定のファイルに綴ります。

(ア) イの場合で再度相談があり、新たにサービス利用を希望した場合

a 原則として再度基本チェックリスト(サポート事業利用相談用)を実施します。

b 前回実施日から30日以上経過しておらず状態に変化がない場合に限り、

再度の実施は不要とします。

ウ 非該当であった場合、センターは原本を利用者基本情報に添付し所定のファイルに綴ります。

(ア) ウの場合で再度相談があり、新たにサービス利用を希望した場合再度基本チェックリスト(サポート事業利用相談用)を実施します。

訪問等による基本チェックリスト(サポート事業利用相談用)実施により、その場に確認できる職員がいない場合は、該当することが間違いないと確認できれば、アセスメントなどの手続きを進めてください。

認定もなく、基本チェックリスト(サポート事業利用相談用)も非該当となった人は、サポート事業の利用はできないため、利用できない旨の説明が必要となります。本人の状況により、吹田市民はつつ元気大作戦を紹介するなど適切に対応します。

(6) 2種類の基本チェックリストについて

ア 吹田市基本チェックリスト(サポート事業利用相談用)

窓口等での相談の際、基本チェックリストに該当するかどうかを確認する基本チェックリストであるため、(サポート事業利用相談用)とし、サービス利用の一番最初に利用する帳票。本人署名とセンター長の決裁が必要です。

イ 吹田市基本チェックリスト(介護予防サービス・支援計画書作成用)

上記の基本チェックリスト(サポート事業利用相談用)と内容は同じもので、基本チェックリスト該当者の確認ではなく、サポート事業のケアプラン更新時と終了時、ケアマネジメント A からケアマネジメント C への移行時に使います。この吹田市基本チェックリスト(介護予防サービス・支援計画書作成用)はケアプラン担当が使用するもので、センター職員だけでなく、ケアプラン作成を委託している居宅介護支援事業所のケアマネジャーも使用します。

ア 基本チェックリスト(サポート事業利用相談用)(データの掲載場所については本マニュアル P38 に記載)

吹田市 基本チェックリスト (サポート事業利用相談用)

実施日	年 月 日 ()	実施場所	来所 ・ 訪問 その他 ()
被保険者番号	0 0 0	生年月日	
フリカナ		明 大 昭	
氏 名		年 月 日 () 才	
住 所	〒 吹田市		

NO.	質問項目	回答 (いずれかに○印)		1. の 個数
		0. はい	1. いいえ	
暮らし	1 バスや電車で1人で外出していますか 自分で車を運転し外出している場合も含まれます	0. はい	1. いいえ	A 1~20の うち 10個 □
	2 日用品の買い物をしていますか 買い物に出かけて、必要なものが買えていますか	0. はい	1. いいえ	
	3 預貯金の出し入れをしていますか 窓口の手続きも含め、自分の判断で金銭管理をしていますか	0. はい	1. いいえ	
	4 友人の家を訪ねていますか 電話やメールによる交流や、家族や親戚の家への訪問は含みません	0. はい	1. いいえ	
	5 家族や友人の相談にのっていますか 電話やメールによる相談は含まれます	0. はい	1. いいえ	
運動	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか 時々使う程度であれば「はい」、能力があっても習慣的に使用している場合は「いいえ」とします	0. はい	1. いいえ	B 6~10の うち 3個 □
	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 時々使う程度であれば「はい」とします	0. はい	1. いいえ	
	8 15分間位続けて歩いていますか 屋内、屋外等の場所は問いません	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 転倒したかどうかをお考えください	1. はい	0. いいえ	
	10 転倒に対する不安は大きいですか ご自分の感じ方でお答えください	1. はい	0. いいえ	
栄養	11 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか 6か月以上かかって減少した場合は「いいえ」とします	1. はい	0. いいえ	C 11、12 全て □
	12 身長 (cm) 体重 (kg) (BMI =) BMI = (体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)) が 18.5 未満の場合に該当とします	1. はい	0. いいえ	
歯や口	13 半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか 半年以上前から続いていて、変化がない場合は「いいえ」とします	1. はい	0. いいえ	D 13~15 のうち 2個 □
	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	

No	質問項目	回答 (いずれかに○印)		1. の 個数
外出	16 週に1回以上は外出していますか 過去1か月の状態を平均してください	0. はい	1. いいえ	E 16に 該当 <input type="checkbox"/>
	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	
もの 忘れ	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 ご自分で物忘れを感じていても、周りの人に言われない場合は「いいえ」とします	1. はい	0. いいえ	F 18~20 のうち 1個 <input type="checkbox"/>
	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 誰かに調べてもらう、相手にかけてもらい会話するだけの場合は「いいえ」とします	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 月と日の一方しかわからない場合には「はい」とします	1. はい	0. いいえ	
ここ ころ	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	G 21~25 のうち 2個 <input type="checkbox"/>
	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	
医療 情報	26 この3か月間で1週間以上にわたる入院をされましたか	1. はい	0. いいえ	/
	27 かかりつけ医等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか	1. はい	0. いいえ	
	28 この6か月以内に心臓発作または脳卒中をおこしましたか	1. はい	0. いいえ	
	29 重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)がありますか	1. はい	0. いいえ	
	30 糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能低下、あるいは低血糖などがあると指摘されていますか	1. はい	0. いいえ	
	31 この1年間で心電図に運動を制限するような異常があるとされましたか	1. はい	0. いいえ	
現在の健康状態		よい ・ まあよい ・ ふつう ・ あまりよくない ・ よくない		

備考欄

<p>確認同意欄</p> <p>私は、この基本チェックリストが私からの聞き取りに基づき作成されたものであることを確認しました。 また、地域包括支援センターおよび事業者等の関係機関へ情報提供することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>
--

地域包括支援センター 確認欄	判定結果		該当項目							記載者	確認者	センター員
	該当	非該当	A	B	C	D	E	F	G			

イ 吹田市基本チェックリスト(介護予防サービス・支援計画書作成用)(データの掲載場所については本マニュアルP41に記載)

吹田市 基本チェックリスト (介護予防サービス・支援計画書作成用)

実施日	年 月 日 ()	実施場所	来所 ・ 訪問 その他 ()
被保険者番号	0 0 0	生年月日	
フリカ`ナ		明 大 昭	
氏 名		年 月 日 () 才	
住 所	〒 吹田市		

NO.	質問項目	回答 (いずれかに○印)		1. の 個数
		0. はい	1. いいえ	
暮らし	1 バスや電車で1人で外出していますか 自分で車を運転し外出している場合も含まれます	0. はい	1. いいえ	A 1~20の うち 10個 <input type="checkbox"/>
	2 日用品の買い物をしていますか 買い物に出かけて、必要なものが買えていますか	0. はい	1. いいえ	
	3 預貯金の出し入れをしていますか 窓口の手続きも含め、自分の判断で金銭管理をしていますか	0. はい	1. いいえ	
	4 友人の家を訪ねていますか 電話やメールによる交流や、家族や親戚の家への訪問は含みません	0. はい	1. いいえ	
	5 家族や友人の相談にのっていますか 電話やメールによる相談は含まれます	0. はい	1. いいえ	
運動	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか 時々使う程度であれば「はい」、能力があっても習慣的に使用している場合は「いいえ」とします	0. はい	1. いいえ	B 6~10の うち 3個 <input type="checkbox"/>
	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 時々使う程度であれば「はい」とします	0. はい	1. いいえ	
	8 15分間位続けて歩いていますか 屋内、屋外等の場所は問いません	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 転倒したかどうかをお考えください	1. はい	0. いいえ	
	10 転倒に対する不安は大きいですか ご自分の感じ方でお答えください	1. はい	0. いいえ	
栄養	11 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか 6か月以上かかって減少した場合は「いいえ」とします	1. はい	0. いいえ	C 11、12 全て <input type="checkbox"/>
	12 身長 () cm 体重 () kg (BMI =) BMI = (体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)) が18.5未満の場合に該当とします	1. はい	0. いいえ	
歯や口	13 半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか 半年以上前から続いていて、変化がない場合は「いいえ」とします	1. はい	0. いいえ	D 13~15 のうち 2個 <input type="checkbox"/>
	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 口の濡きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	

No	質問項目	回答 (いずれかに○印)		1. の 個数
外出	16 週に1回以上は外出していますか 過去1か月の状態を平均してください	0. はい	1. いいえ	E 16に 該当 <input type="checkbox"/>
	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	
もの 忘れ	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 ご自分で物忘れを感じていても、周りの人に言われない場合は「いいえ」とします	1. はい	0. いいえ	F 18~20 のうち 1個 <input type="checkbox"/>
	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 誰かに調べてもらう、相手にかけてもらい会話するだけの場合は「いいえ」とします	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 月と日の一方しかわからない場合には「はい」とします	1. はい	0. いいえ	
こ こ ろ	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	G 21~25 のうち 2個 <input type="checkbox"/>
	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	
医 療 情 報	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 この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか	1. はい	0. いいえ	
	27 かかりつけ医等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか	1. はい	0. いいえ	
	28 この6か月以内に心臓発作または脳卒中をおこしましたか	1. はい	0. いいえ	
	29 重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)がありますか	1. はい	0. いいえ	
	30 糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能低下、あるいは低血糖などがあると指摘されていますか	1. はい	0. いいえ	
31 この1年間で心電図に運動を制限するような異常があるとされましたか	1. はい	0. いいえ		
現在の健康状態		よい ・ まあよい ・ ふつう ・ あまりよくない ・ よくない		
備考欄				

※No. 26~31の医療情報についての聞き取りは、終了時には必要ありません。

基本チェックリスト該当者の基準

A No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	複数項目に支障
B No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	運動機能の低下
C No.11～12 の 2 項目のすべてに該当	低栄養状態
D No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	口腔機能の低下
E No.16～17 の 2 項目のうち、No.16 に該当	閉じこもり
F No.18～20 までの 3 項目のうち 1 項目以上に該当	認知機能の低下
G No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当	うつ病の可能性

(注)この表における該当とは、回答が「1.」に該当することをいう。

【No.26～31 までの 6 項目について】

事業対象者は、要介護等認定のプロセスを踏まないことから、介護保険認定者のように主治医意見書による医療情報が得られないため No.26～31 の医療項目を設けている。(事業対象者の基準項目外)

1項目以上に該当し、初めて通所型サポートサービス利用を希望される場合は必須、また、その他、医師の判断が必要な場合には、本人・家族等から丁寧に身体状況を聞き取るとともに、「診療情報提供書」を用い主治医の意見を確認する。

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もらってください。	
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か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6か月間で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か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か月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。

13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の湯きが気になりますか	口の中の湯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	

(7) サポート事業に係る「診療情報提供書」について

目的	基本チェックリスト該当者が、通所型サポートサービス等の利用の際に、必要な医療情報を確認するために主治医に作成を依頼し、その情報をふまえてケアプランを作成します。
----	--

対象者	<p>基本チェックリストに該当し、「吹田市高齢者安心・自信サポート事業」を利用することになった65歳以上の被保険者のうち、</p> <p>(1)通所型サポートサービスを利用する場合で、下記の質問項目に1つ以上該当する時(必須)。</p> <p>①この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか</p> <p>②かかりつけ医等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか</p> <p>③この6か月以内に心臓発作または脳卒中をおこしましたか</p> <p>④重い高血圧(収縮期血圧 180mmHg 以上、拡張期血圧 110mmHg 以上)がありますか</p> <p>⑤糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能低下、あるいは低血糖などがあると指摘されていますか</p> <p>⑥この1年間で心電図に運動を制限するような異常があるといわれましたか</p> <p>(2)その他、医師の判断が必要な場合。</p>
-----	--

(質問項目は、厚生労働省の事務連絡(平成23年3月11日)「プログラム参加について医師の判断を求める場合の基準について」を参考に作成)

依頼方法	<p>本人、家族、または、地域包括支援センター、担当ケアマネジャーから、主治医に作成を依頼します。</p> <p>作成は、診療情報提供料(Ⅰ)の算定対象となります。</p>
使用様式	「吹田市高齢者安心・自信サポート事業(介護予防・生活支援サービス事業)に係る診療情報提供書(本マニュアル P31参照)(データの掲載場所については本マニュアル P40 に記載)

☆診療情報提供書作成については、診療情報提供料の算定対象となるため、本人負担が発生します。

☆診療情報提供料(1)は、医療機関間の有機的連携強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたもので、両者の患者の診療に関する情報を相互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ろうとするものです。

また、保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は指定居宅介護支援事業者若しくは地域包括支援センターなどに対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者一人につき月1回限り算定できるものとなっています。

診療報酬改定に応じて、点数の変更がある可能性があります。

居宅介護支援事業所にケアプランを委託した場合の診療情報提供書については、介護予防ケアマネジメントに必要な提出書類とともに委託元のセンターにコピーを提出。原本は居宅介護支援事業所が保管してください。

**吹田市高齢者安心・自信サポート事業(介護予防・生活支援サービス事業)に係る
診療情報提供書**

年 月 日

吹田市地域包括支援センター
(居宅介護支援事業所) 御中

紹介元医療機関
所在地
名称
電話番号

医師氏名

フリガナ		性別	(男 ・ 女)
患者氏名			
患者住所		電話	
生年月日	(明 ・ 大 ・ 昭)	年 月 日 (歳)	
情報提供の目的	吹田市高齢者安心・自信サポート事業利用のため		
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの		
		発症日:	年 月 日
		発症日:	年 月 日
その他の傷病名			
傷病の経過及び治療状況		処方内容(別紙コピーも可)	
サービス利用に際しての留意点等(薬物アレルギー、食物アレルギーを含む)			

※診療情報提供料(I)が算定できます。
(レセプトコメントで情報提供先は「地域包括支援センター」としてください)

問合せ先

地域包括支援センター(居宅介護支援事業所)名:
電話:
FAX:

平成29年4月から、要支援1, 2認定者が利用していた訪問介護・通所介護が、介護保険の給付対象から外れ、吹田市の独自事業としての吹田市高齢者安心・自信サポート事業により市民にサービス提供しています。それにとまって、通所型サポートサービス(デイサービス)等の利用にあたり吹田市地域包括支援センターへの診療情報提供が必要となりましたので、よろしく願いいたします。

吹田市高齢福祉室

6 本人宅訪問・アセスメント実施・依頼届出書の提出

<p>利用する帳票 (データの掲載場所については本マニュアルP39に記載)</p>	<p>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書 アセスメントシート(本マニュアル P15参照)(データの掲載場所については本マニュアルP39に記載)</p> <p>介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する契約書 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する重要事項説明書 指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施方法等について</p> <p>個人情報使用同意書 介護保険被保険者証 居宅(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</p>
---	--

(1)本人宅訪問・アセスメント実施

<p>目的</p>	<p>①自宅内での本人の表情、話し方、服装、清潔感、におい、介護者、住環境、家族の介護力などを把握します。</p> <p>②本人の望む生活(=「したい」)(生活の目標)と現状の生活(=「うまくできていない」)のギャップについて、「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(目標)」を明らかにします</p> <p>※生活機能のどこに問題があり、困った状況になったのかを本人・家族と認識を共有し、必要な助言を行うことで、サービス利用時や日常生活においても本人・家族の取組を積極的に促します。また将来の生活機能の低下の予防についても助言します。</p> <p>※生活機能の課題分析方法については、センター及び居宅介護支援事業者向けに定期的に研修会を開催しています。</p>
-----------	---

<p>本人宅訪問</p>	<p>介護予防ケアマネジメントを行うための訪問日時を調整し訪問します。</p>
<p>アセスメント</p>	<p>「アセスメントシート」に基づき聞き取りをします。</p>
<p>アセスメント訪問時持参する書類等 (データの掲載場所については本マニュアル P38から</p>	<p>【居宅(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】 【アセスメントシート】 【介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する契約書】 【介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する重要事項説明書】</p>

P42)	【指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施方法について】 【個人情報使用同意書】
アセスメント訪問時預かる書類等	【介護保険被保険者証】
アセスメントの実施時期	ケアマネジメント A については、初回訪問時とその後、3か月に1回(モニタリング訪問時)と、ケアプランに位置づけた期間終了に伴う評価時に実施します。 ケアマネジメント C については、初回訪問時とその後3か月後の2回のみ実施します。(給付管理については、初回の1回のみです。)

(2)「居宅(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(更新)届出書」の提出

届出	センターから「居宅(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」を介護保険資格給付担当に提出します。
介護保険被保険者証の発行	介護保険資格給付担当は事業対象者である旨記載した介護保険被保険者証を本人に郵送します。

- ・ 吹田市は基本チェックリスト該当者の有効期間を設定しません。
- ・ 新規届出の場合の被保険者証、負担割合証は、原則翌日発行、郵送となります。
- ・ 認定有効期間の終了時の更新時に基本チェックリストを選択した場合の被保険者証は、原則有効期間終了日の翌日発行、郵送となります。なお、「届出書」は基本チェックリスト実施後から有効期間終了日まで提出することは可能です。
- ・ 「介護保険負担割合証」の発行がある場合は、被保険者証に同封します。