

阪南市における介護予防ケアマネジメントについて

尾崎・東鳥取地域包括支援センター
西鳥取・下荘地域包括支援センター



この資料は、現時点での案であり、今後変更になることがありますので、ご注意ください。

内 容

●総合事業移行へ伴う要介護認定申請について

- ・新規ケースの取り扱い
- ・更新ケース【通所型サービス(デイサービス)・訪問型サービス(ヘルパー)のみを利用されている方】
- ・更新ケース【介護予防サービスを利用されている方】
- ・要介護、要支援認定申請の場合【要介護度の見直し】
- ・介護予防ケアマネジメント依頼届出書について

●介護予防ケアマネジメントケアプランについて

●給付管理について

●サービス利用先行について(暫定)

●基本チェックリスト様式(考え方)

●興味関心チェックシート

●対応方法例



●総合事業移行に伴う要介護認定申請について●

※新規ケース※【通所型サービス(デイサービス)・訪問型サービス(ヘルパー)のみを利用される方】

①要介護・要支援認定申請を行います。

介護認定結果が

- ・要介護認定の場合⇒従来通り介護給付
- ・要支援認定の場合⇒通所型サービス(デイサービス)・訪問型サービス(ヘルパー)の利用⇒介護予防ケアマネジメントへ
- ・要支援認定の場合⇒通所型サービス(デイサービス)・訪問型サービス(ヘルパー)の利用以外もしくは併用利用⇒予防給付へ
- ・非該当の場合 ⇒非該当となった場合は、地域包括支援センターによる基本チェックリストおよび介護予防ケアマネジメントの実施により、必要な支援について検討します。

②介護予防ケアマネジメントの作成

- ・包括支援センター職員が基本チェックリストを訪問して作成します。
- ⇒包括職員が行うこと(介護予防ケアマネジメント契約書類(契約書・重要事項説明書・個人情報同意書)・介護保険証・介護予防ケアマネジメント依頼届出書・基本チェックリスト)
- ・委託先のケアマネジャーさんが包括へ提出して頂く書類は以下です。
- ⇒興味関心チェックシート・基本情報・ケアプラン・サービス担当者会議を盛り込んだ経過記録・利用表・別表コピー(印)を各担当包括へ提出して下さい。

※新規ケース※

【通所型サービス(デイサービス)・訪問型サービス(ヘルパー)と予防給付を併用利用される方】

①要介護・要支援認定更新申請を行います。

介護認定結果が

- ・要介護認定の場合⇒従来通り介護給付
- ・要支援認定の場合⇒通所型サービス(デイサービス)・訪問型サービス(ヘルパー)の利用⇒介護予防ケアマネジメントへ
- ・要支援認定の場合⇒通所型サービス(デイサービス)・訪問型サービス(ヘルパー)の利用以外もしくは併用利用⇒予防給付
- ・非該当の場合 ⇒非該当となった場合は、地域包括支援センターによる基本チェックリストおよび介護予防ケアマネジメントの実施により、必要な支援について検討します。

②予防給付ケアプランの作成

- ・包括支援センター職員が基本チェックリストを訪問して作成します。
- ⇒包括職員が行うこと(介護予防ケアマネジメント契約書類(契約書・重要事項説明書・個人情報同意書)・介護保険証・介護サービス計画依頼届出書・基本チェックリスト)
- ・委託先のケアマネジャーさんが包括へ提出して頂く書類は以下です。
- ⇒興味関心チェックシート・基本情報・ケアプラン・サービス担当者会議を盛り込んだ経過記録・利用表・別表コピー(印)を各担当包括へ提出して下さい。

※更新ケース※

【通所型サービス(デイサービス)・訪問型サービス(ヘルパー)のみを利用されている方】

①ケアマネジメントに基づいて予防給付の利用が低いか検討し更新手続きはせず、基本チェックリストを実施して支援を希望されるか(更新しない)、予防給付の利用可能性が高い、もしくは認定を持っておきたい方に関しては介護認定更新手続きを行って下さい。

②介護予防ケアマネジメントケアプランの作成

・担当するケアマネジャー(委託含む)が基本チェックリストを訪問して行います。提出して頂く書類は以下です。

⇒介護予防ケアマネジメント契約書類(契約書・重要事項説明書・個人情報同意書)・介護予防ケアマネジメント依頼届出書(介護認定更新しない方のみ)・基本チェックリスト・興味関心チェックシート・ケアプラン・サービス担当者会議を盛り込んだ経過記録・評価表・利用表、別表コピー(印)を各担当包括へ提出して下さい。認定更新する方は、介護予防ケアマネジメント依頼届出書は要りません。

※更新ケース※【予防給付のみを利用されている方】

☆通所リハビリや訪問看護など利用されており通所型サービス(デイサービス)・訪問型サービス(ヘルパー)を利用されていない方

①要介護・要支援認定更新申請を行います。

介護認定結果が

- ・要介護認定の場合⇒従来通り介護給付
- ・要支援認定の場合⇒通所型サービス(デイサービス)・訪問型サービス(ヘルパー)の利用⇒介護予防ケアマネジメントへ
- ・要支援認定の場合⇒通所型サービス(デイサービス)・訪問型サービス(ヘルパー)の利用以外もしくは併用利用⇒予防給付へ
- ・非該当の場合 ⇒非該当となった場合は、地域包括支援センターによる基本チェックリストおよび介護予防ケアマネジメントの実施により、必要な支援について検討します。

②予防給付ケアプランの作成

・担当するケアマネジャー(委託含む)が基本チェックリストを訪問して行います。提出して頂く書類は以下です。

⇒介護予防ケアマネジメント契約書類(契約書・重要事項説明書・個人情報同意書)・介護保険証・基本チェックリスト・興味関心チェックシート・ケアプラン・サービス担当者会議を盛り込んだ経過記録・評価表、利用表、別表コピー(印)を各担当包括へ提出して下さい。

※更新ケース※

【通所型サービス(デイサービス)・訪問型サービス(ヘルパー)と予防給付を併用利用されている方】

①要介護・要支援認定更新申請を行います。

介護認定結果が

- ・要介護認定の場合⇒従来通り介護給付
- ・要支援認定の場合⇒通所型サービス(デイサービス)・訪問型サービス(ヘルパー)の利用⇒介護予防ケアマネジメントへ
- ・要支援認定の場合⇒通所型サービス(デイサービス)・訪問型サービス(ヘルパー)の利用以外もしくは併用利用⇒予防給付へ
- ・非該当の場合 ⇒非該当となった場合は、地域包括支援センターによる基本チェックリストおよび介護予防ケアマネジメントの実施により、必要な支援について検討します。

②予防給付ケアプランの作成

- ・担当するケアマネジャー(委託含む)が基本チェックリストを訪問して行います。提出して頂く書類は以下です。
- ⇒介護予防ケアマネジメント契約書類(契約書・重要事項説明書・個人情報同意書)・介護保険証・基本チェックシート・興味関心チェックシート・ケアプラン・サービス担当者会議を盛り込んだ経過記録・評価表・利用表、別表コピー(印)を各担当包括へ提出して下さい。更新による介護予防ケアマネジメントの併用利用に関して、介護予防ケアマネジメント依頼届出書は要りません。

※要介護・要支援認定申請の場合※【要介護度の見直し】

①要介護・要支援認定申請を行います。

介護認定結果が

- ・要介護認定の場合⇒従来通り介護給付
- ・要支援認定の場合⇒通所型サービス(デイサービス)・訪問型サービス(ヘルパー)の利用⇒介護予防ケアマネジメントへ
- ・要支援認定の場合⇒通所型サービス(デイサービス)・訪問型サービス(ヘルパー)の利用以外もしくは併用利用⇒予防給付
- ・非該当の場合 ⇒非該当となった場合は、地域包括支援センターによる基本チェックリストおよび介護予防ケアマネジメントの実施により、必要な支援について検討します。

②暫定でのケアプランを提出します。

・予防給付の可能性

⇒基本チェックシート・興味関心チェックシート・暫定ケアプラン・サービス担当者会議を盛り込んだ経過記録・評価表・利用表、別表コピー(印)・暫定での届出書(予防給付)を各担当包括へ提出して下さい。

(軽度者の福祉用具申請があれば一緒に提出して下さい)

・介護給付の可能性

⇒暫定ケアプラン・サービス担当者会議を盛り込んだ経過記録・利用表・別表コピー(印)・暫定での届出書(介護給付)を保険者窓口へ提出して下さい。(軽度者の福祉用具申請があれば一緒に提出して下さい)

※介護予防ケアマネジメント依頼届出書について※

①新規での提出

- ・新規で介護予防ケアマネジメントの支援を利用される時。
- ・予防給付を利用されており更新時期に介護認定の更新をせず、介護予防ケアマネジメントのサービスのみ(通所型、訪問型)を利用される時。

②終了での提出

- ・予防給付の利用もしくは併用利用となった時(従来からの予防給付の届出書が必要)
- ・介護予防ケアマネジメントのサービス利用のみでサービスを終了した時や他界された時。

③その他注意点

- ・新規で介護予防ケアマネジメントと予防給付を併用利用される方は従来の介護サービス届出書を提出して下さい。
- ・介護度の見直し時には介護認定が決定次第、終了届出書を提出して下さい。

●介護予防ケアマネジメントケアプランについて●

- ・興味関心チェックシートを使い作成するケアプランのフォーマットに関しては予防給付ケアプランにて作成します。
- ・ケアマネジメントの流れ(アセスメント～担当者会議)は介護給付・予防給付と同じです。
- ・期間に関してはケアマネジメントに基づき期間を決定して下さい。ただし、包括でケアプランを管理するので1年に1度は評価と再ケアマネジメントをお願いします。(最長1年)
- ・基本的にモニタリングは3カ月に1度です。
- ・利用表、別表、提供表の流れも介護給付・予防給付と同じです。
- ・サービスの変更や予防給付との併用利用時には終了評価と新たなケアプランの作成をお願いします。

●給付管理について●

- ・平成29年4月1日～平成30年3月31日までの期間は移行期間とします。
 - ・更新時期を境に新たな介護予防ケアマネジメントのサービスコード(通所型サービス、訪問型サービス)に変更して下さい。
(例:4月30日切れ5月1日～新しい介護認定期間の場合、5月分の給付管理は新しいサービスコードでの請求。)
 - ・毎月5日(日曜、祝日の場合は翌日)までに各包括へ提出して下さい。
- ⇒介護予防ケアマネジメント用給付管理一覧表・介護予防ケアマネジメント給付管理票・給付管理票を取り込んでいるUSB
- ・新規で介護予防ケアマネジメントの届出書を包括支援センターへ持ってこられた日付を介護保険証に記載します。

●サービス利用先行(暫定支援)●

- ・介護予防ケアマネジメントでの支援を行っており急ぎょ、住宅改修や福祉用具の購入が必要となった時
- ⇒介護認定申請を行い、暫定での予防給付(介護給付)支援を開始します。住宅改修や福祉用具の購入に関しては介護認定申請後に暫定での申請を行います。
- ・予防給付サービス(通所リハビリ、訪問看護、福祉用具貸与など通所介護、訪問介護以外のサービス)利用
- ⇒申請と同時に暫定ケアプランでの支援開始が可能です。その際には予防給付届出書、予防給付での暫定ケアプランを提出して下さい。(介護認定の見込みがある場合は介護保険課へ介護給付暫定を提出して下さい。)

基本チェックリスト

被保険者番号（ ） 記入日（平成 年 月 日）

No.	質問項目	回答(いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6カ月間で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 c m 体重 kg (BMI=) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

【本人同意欄】

このチェックリストの記入内容等について、介護予防ケアマネジメント等を行うために、阪南市及び担当の地域包括支援センターに提供することに同意します。

被保険者氏名 _____

項目	合計	該当・非該当
①質問項目No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	／20	該当・非該当
②質問項目No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	／5	該当・非該当
③質問項目No.11～12 の 2 項目のすべてに該当	／2	該当・非該当
④質問項目No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	／3	該当・非該当
⑤質問項目No.16 に該当	／1	該当・非該当
⑥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	／3	該当・非該当
⑦質問項目No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当	／5	該当・非該当

(注) この表における該当 (No. 12 を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1. はい」又は「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。

事業対象者： 該当 ・ 非該当

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、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カ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聞かれますか	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	

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			

生活行為向上マネジメント

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

●興味・関心チェックシートの概要●

「興味・関心チェックシート」は対象者のニーズを把握するためのシートです。このシートは、老人福祉センターを利用している高齢者に対し、ニーズ調査を行って集計したものがベースとなっています。その後、作業療法士協会で試行を重ね、さらに外部の専門家の意見を参考にして作られました。元々のベースが高齢者だったこともあり、余暇活動のみに焦点を当てているのではなく、セルフケアなどの生活面にも焦点を当てていることが特徴です。

年齢の若い精神障害者にも「興味・関心チェックシート」を行ったことがあります。項目が幅広く網羅されていることから、十分に対象者のニーズを把握することができました。ただし、単に○や×の印を付けてもらうのではなく、可能であれば「いつ・どこで・誰と・どんな場面で」など深く掘り下げて確認することで、本当の意味で対象者のニーズを把握することができます。

●興味・関心チェックシートの記入●

- ①. 現在している生活行為は、頻度に関係なく、「している」の列に○を記入する。
- ②. していない場合はしてみたいかという意向を確認し、してみたいものには「してみたい」の列に○を記入する。
- ③. 興味の有無を確認し、できる・できないに関わらず「興味がある」に○を記入する。
- ④. いずれも該当しない場合は「している」の列に×を記入する。

※ 可能であれば×印の理由を聞くことで、その対象者の経験や思いなどを改めて確認できる。



介護予防ケアマネジメントの流れについて【更新】(通所型・訪問型)



ご利用者さま

〇〇さん、介護認定の更新時期になりました。〇〇さんはケアプランに基づいて△△デイサービスを週1回ご利用されていますね。

そうですね。利用していると膝や肩の動きも良いし自宅で調理や掃除も出来るようになっていけるから役に立っています。これからも続けて利用して家のことが出来る身体を維持していきたいね。



担当ケアマネ



ご利用者さま

では、いつもだったら介護認定更新の手続きを行います。当面の生活とモニタリングから判断して△△デイサービスの利用継続していくので予防ケアマネジメントの利用となります。

予防ケアマネジメント？

はい。介護認定の更新をせずに今から行う基本チェックシートを記入し、包括支援センターへ届けてまいります。それで引き続き、△△デイサービスの利用が出来ますよ!!



担当ケアマネ



ご利用者さま

その手続きで済むんですね。

あとは従来通り、担当させて頂き、△△デイサービスの〇〇さんに来てもらい担当者会議を行ってケアプランに基づいたサービス支援を行っていきますね。デイサービスやヘルパーさん以外の支援が必要な状態になった時には介護認定の申請を行っていきましょう。

そうですね。そうします。必要に応じて相談して介護認定を受けるようにします。

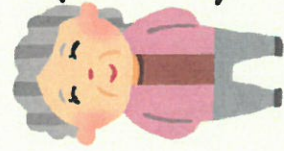


担当ケアマネ

介護認定更新60日前になりましたら、ご利用者さまとのモニタリングの際にご検討頂き、介護予防ケアマネジメントを検討して下さい。介護予防ケアマネジメントへ移行した人は基本チェックリストを実施した日が認定日になります。



介護予防ケアマネジメントの流れについて【新規】



ご利用者さま

最近、足腰が弱ってきて階段の上り下りや玄関先の行き来がしんどくなってきて。家の中で過ごすことが増えてきたの…

そうなんです。身体を動かすことで体力作りや足腰の活動を増やして階段の上り下りや玄関の行き来を楽にして外に出るような生活を目標にしませんか？

ほんとだね。だけどそうやって手続きをしていったら良いのかわからなくて…



担当ケアマネ



ご利用者さま

従来通り介護認定申請を行います。デイサービスとヘルパーさんの利用見込みのケアプランでしたら介護予防ケアマネジメントで支援をさせて頂きます。

予防ケアマネジメント？

はい。介護認定を行ったのち包括職員が訪問し基本チェックシートを記入します。それでデイサービスやヘルパーの利用が出来ますよ!!ご不安であれば介護認定も更新できます。



担当ケアマネ



ご利用者さま

その手続きで済むんですね。

あとは担当させて頂き、△△デイサービスのロロさんに来てもらい担当者会議を行ってケアプランに基づいたサービス支援を行っていきますね。デイサービスやヘルパーさん以外の支援が必要な状態になった時には介護認定の申請を行っていきましょう。

そうですね。そうします。必要に応じて相談して介護認定を受けるようにします。



担当ケアマネ

ご利用者さまのニーズに合わせてご検討頂き、要介護要支援介護認定を申請してください。

阪 南 市 包 括 書 類 提 出 用 チ ェ ッ ク リ ス ト

利用者氏名:	事業所名:	CM氏名:
※給付種類	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント <input type="checkbox"/> 併用利用(介護予防+予防給付) <input type="checkbox"/> 予防給付	
<input type="checkbox"/> 事業所変更	旧事業所()⇒新事業所()	
<input type="checkbox"/> 契約書類 (予防給付)	<input type="checkbox"/> 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 契約書 <input type="checkbox"/> 個人情報使用同意書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書(併用利用・予防給付のみ)	
<input type="checkbox"/> 新規 ()月~	<input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト(介護予防ケアマネジメント無し) <input type="checkbox"/> 興味関心チェックシート <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> サービス担当者会議を盛り込んだ経過記録 <input type="checkbox"/> 利用票・別表コピー(印) 【必要時 <input type="checkbox"/> 理由書()貸与】	
<input type="checkbox"/> 更新 ()月~	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント契約書・重要事項説明書・個人情報同意書(H29年移行のため) <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 興味関心チェックシート <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> サービス担当者会議を盛り込んだ経過記録 <input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> 利用票・別表コピー(印) 【必要時 <input type="checkbox"/> 理由書()貸与】	
<input type="checkbox"/> プラン変更 ()月~	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 興味関心チェックシート <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> サービス担当者会議を盛り込んだ経過記録 <input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> 利用票・別表コピー(印) 【必要時 <input type="checkbox"/> 理由書()貸与】 【変更・追加サービス： 】	
<input type="checkbox"/> 終了評価	<input type="checkbox"/> モニタリングを含む経過記録 <input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> 終了届出書(介護予防ケアマネジメント時)	
備考	<input type="checkbox"/> 担当変更 新担当者名【 】 介護支援専門員番号【 】 <input type="checkbox"/> 介護負担割合証の確認よろしく申し上げます。(変更時は連絡ください)	
提出日	H 年 月 日	地域包括支援センター 受取担当印

阪 南 市 包 括 書 類 提 出 用 チ ェ ッ ク リ ス ト

利用者氏名:	事業所名:	CM氏名:
※給付種類	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント <input type="checkbox"/> 併用利用(介護予防+予防給付) <input type="checkbox"/> 予防給付	
<input type="checkbox"/> 事業所変更	旧事業所()⇒新事業所()	
<input type="checkbox"/> 契約書類 (予防給付)	<input type="checkbox"/> 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 契約書 <input type="checkbox"/> 個人情報使用同意書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書(併用利用・予防給付のみ)	
<input type="checkbox"/> 新規 ()月~	<input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト(介護予防ケアマネジメント無し) <input type="checkbox"/> 興味関心チェックシート <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> サービス担当者会議を盛り込んだ経過記録 <input type="checkbox"/> 利用票・別表コピー(印) 【必要時 <input type="checkbox"/> 理由書()貸与】	
<input type="checkbox"/> 更新 ()月~	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント契約書・重要事項説明書・個人情報同意書(H29年移行のため) <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 興味関心チェックシート <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> サービス担当者会議を盛り込んだ経過記録 <input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> 利用票・別表コピー(印) 【必要時 <input type="checkbox"/> 理由書()貸与】	
<input type="checkbox"/> プラン変更 ()月~	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 興味関心チェックシート <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> サービス担当者会議を盛り込んだ経過記録 <input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> 利用票・別表コピー(印) 【必要時 <input type="checkbox"/> 理由書()貸与】 【変更・追加サービス： 】	
<input type="checkbox"/> 終了評価	<input type="checkbox"/> モニタリングを含む経過記録 <input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> 終了届出書(介護予防ケアマネジメント時)	
備考	<input type="checkbox"/> 担当変更 新担当者名【 】 介護支援専門員番号【 】 <input type="checkbox"/> 介護負担割合証の確認よろしく申し上げます。(変更時は連絡ください)	
提出日	H 年 月 日	地域包括支援センター 受取担当印

Memo

ご不明な点は各包括支援センターまでよろしくお願いします。

社会医療法人生長会

尾崎・東鳥取地域包括支援センター

072-493-2304

社会福祉法人阪南市社会福祉協議会

西鳥取・下荘地域包括支援センター

072-447-6428