

# 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントA 業務一部委託マニュアル

令和7年8月8日改訂版



郡山市地域包括ケア推進課  
郡山市地域包括支援センター連絡協議会



## 【 目次 】

|   |                                   |      |
|---|-----------------------------------|------|
| 1 | 介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントで使用する様式等  | 1    |
| 2 | 委託・ケアマネジメントのプロセス（図）               | 2    |
| 3 | 委託・ケアマネジメントのプロセスの説明               | 3    |
|   | ①相談・受付                            | 3    |
|   | ②意向確認                             | 3    |
|   | ③契約・届出                            | 3, 4 |
|   | ④アセスメント                           | 4    |
|   | ⑤計画書原案作成                          | 5    |
|   | ⑥担当者会議                            | 5    |
|   | ⑦計画書修正・確定・交付                      | 5, 6 |
|   | ⑧ケアプラン実行                          | 6    |
|   | ⑨モニタリング                           | 6    |
|   | ⑩実績確認・報告                          | 7    |
|   | ⑪評価                               | 7, 8 |
|   | ⑫終結                               | 8    |
|   | ⑬委託契約終了                           | 8    |
|   | 更新申請・要支援者新規申請（区分変更）               | 8    |
| 4 | 介護予防ケアマネジメント 支援計画・評価表（記載要領）       | 9    |
| 5 | 介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント 支援計画書（記載要領） | 10   |
| 6 | 評価について（P7⑪補足）                     | 11   |
| 7 | 各種様式                              | 12   |

## 【 注意 】

◇令和7年4月1日現在の情報を掲載しています。

◇最新情報を確認し、連携、支援をしていきましょう。

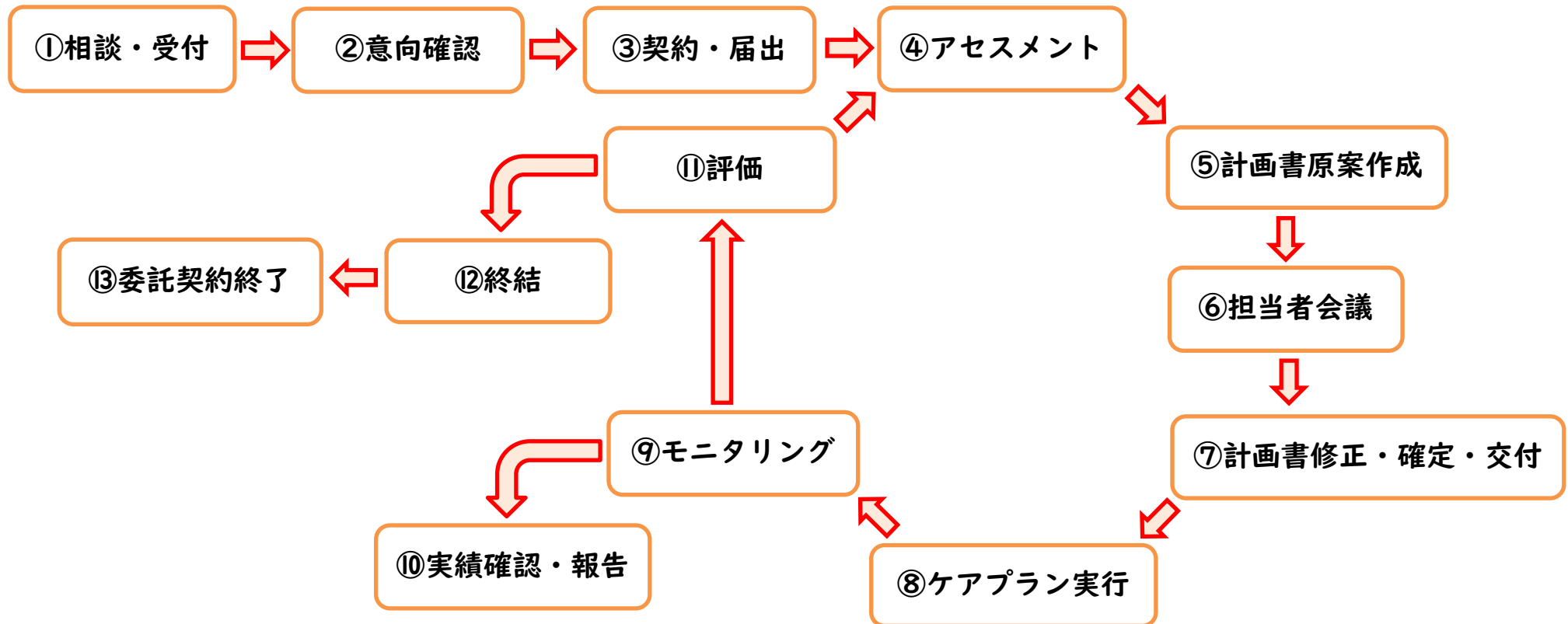
◇マニュアルは標準的な流れを表しています。個々の利用者に合わせた支援を行い連携しましょう。

◇ケアマネジメントCは委託することができません。

| 介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントAで使用する様式等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                |                |                                                                                                |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 介護予防サービス計画<br>(予防給付のサービスを利用する場合)                                                               | 本マニュアルでの<br>表記 | 介護予防ケアマネジメントA<br>(介護予防・生活支援サービス事業のみの場合)                                                        | 本マニュアルでの<br>表記 |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 郡山市介護保険(要介護・要支援)認定申請書                                                                          |                | 郡山市介護予防・生活支援サービス事業対象者確認申請書                                                                     | 様式1(注1)        |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 郡山市居宅・介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント<br>依頼(変更・廃止)届出書                                                | 様式2(注1)        | 郡山市居宅・介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント<br>依頼(変更・廃止)届出書                                                | 様式2(注1)        |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 基本チェックリスト                                                                                      | 様式3(注1)        | 基本チェックリスト                                                                                      | 様式3(注1)        |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 基本チェックリストの考え方                                                                                  | 様式4(注1)        | 基本チェックリストの考え方                                                                                  | 様式4(注1)        |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 生活状況を把握するためのアセスメントシート(1)(2)                                                                    | (注3)           | 興味・関心チェックシート(注2)                                                                               | 様式5(注1)        |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 利用者基本情報(郡山市地域包括支援センターの包括的支援事業等の<br>運営に関する要綱 第1号様式を活用)                                          | 様式6(注1)        | 利用者基本情報(郡山市地域包括支援センターの包括的支援事業等の<br>運営に関する要綱 第1号様式を活用)                                          | 様式6(注1)        |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント 支援計画表(1)                                                                 | 様式9(注4)        | 介護予防ケアマネジメント 支援計画・評価表(ケアマネジメント結<br>果等記録表)                                                      | 様式7(注1)        |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント 支援計画表(2)                                                                 |                |                                                                                                |                |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント 支援計画表(3)                                                                 |                |                                                                                                |                |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント 支援計画表(4)<br>(週間支援計画表)                                                    |                | 介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント 支援計画表(4)<br>(週間支援計画表)                                                    | 様式9(4)<br>(注4) |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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<br>会議の要点を含む)<br>(郡山市地域包括支援センターの包括的支援事業等の運営に関する要<br>綱 第3号様式を活用) | 様式8(注1)        | 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<br>会議の要点を含む)<br>(郡山市地域包括支援センターの包括的支援事業等の運営に関する要<br>綱 第3号様式を活用) | 様式8(注1)        |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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)<br>サービス評価表                                                    | 様式10(注3)       | (介護予防ケアマネジメント 支援計画・評価表(ケアマネジメント結<br>果等記録表))                                                    | 様式7(注1)        |
| (注1) 郡山市介護予防・日常生活支援総合事業受付・ケアマネジメントマニュアルを参照して下さい。<br>(注2) 「興味・関心チェックシート」は、高齢者等の興味・関心に気付くヒントを得るためのツールとして開発されているので、介護予防サービス計画における活用も一つの方法です。<br>(注3) Web掲載場所：ホーム>健康・福祉>介護・高齢者福祉>介護保険事業所の方向け>介護予防・日常生活支援総合事業(事業所向け)>6.地域包括支援センター向け様式等<br>( <a href="https://www.city.koriyama.lg.jp/soshiki/67/6292.html">https://www.city.koriyama.lg.jp/soshiki/67/6292.html</a> ) 令和7年4月1日現在<br>(注4) A3判の「介護予防サービス・支援計画(平成18年3月31日厚生労働省老振発第0331009号)」も介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント支援計画表として使用可能です。 |                                                                                                |                |                                                                                                |                |

| 委託業務で使用する様式(参考様式) |                        |            |
|-------------------|------------------------|------------|
| 13                | 介護支援専門員登録番号書           | 請求様式1      |
| 14                | 委託料支払金融機関登録書           | 請求様式2      |
| 15                | 介護予防ケアプラン策定業務実績報告書兼請求書 | 請求様式3      |
| 16                | 実績等送付書(送信表) <事業所/利用者>  | 請求様式4<A/B> |

## 《委託・ケアマネジメントAのプロセス》



# ≪委託・ケアマネジメントAのプロセスの説明≫

R7.4.1現在

| 項目 |       |           | 説明 ・ 注意点等                                     | 担当者                 | 使用する帳票等                                                                                                                                                                     |
|----|-------|-----------|-----------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①  | 相談・受付 |           | 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントAの対象かどうかスクリーニングする。        | 包括又は居宅              | <div>                     (摘要)<br/>                     居宅:指定居宅介護支援事業所<br/>                     包括:高齢者あんしんセンター<br/>                     (地域包括支援センター)                 </div> |
|    |       |           | 対象者について、包括と居宅で情報を共有する。                        | 居宅←→包括              |                                                                                                                                                                             |
|    |       |           |                                               |                     |                                                                                                                                                                             |
| ②  | 意向確認  | 利用者等の意向確認 | 利用者等に介護予防ケアマネジメントAの業務委託に関する意向を確認する。           | 包括→利用者<br>利用者←居宅→包括 |                                                                                                                                                                             |
|    |       | 居宅の受入確認   | 「委託についてのガイドライン」にて <u>委託を認める条件</u> に該当するか確認する。 | 包括                  | 【委託についてのガイドライン】<br>郡山市における指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントAの委託についてのガイドライン                                                                                                             |
|    |       |           | 契約内容の説明（業務内容、委託料、開始日等）                        |                     | 【業務委託仕様書】<br>業務内容、委託料、開始日等                                                                                                                                                  |
| ③  | 契約・届出 | 契約        | 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントA契約締結                      | 包括→利用者              | 重要事項説明書<br>契約書<br>個人情報同意書 等                                                                                                                                                 |
|    |       |           | 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントA委託契約締結                    | 包括→居宅               | 委託契約書<br>委託料支払金融機関登録書【請求様式2】（参考様式）<br>介護支援専門員登録番号書【請求様式1】（参考様式）<br>主任介護支援専門員の資格が確認できる書類又は介護予防支援に関する研修を受講したことが分かる書類                                                          |

|   | 項目     |    | 説明 ・ 注意点等                                                                                                          | 担当者             | 使用する帳票等                                                                                                                                                        |
|---|--------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ③ | 契約・届出  | 届出 | 郡山市居宅・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・廃止）届出書の提出【プラン届】                                                               | 包括→介護保険課※       | 「郡山市居宅・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・廃止）届出書」【様式2】<br>※事業対象者は地域包括ケア推進課に提出                                                                                      |
|   |        |    | 指定介護予防支援委託（変更）の届出書の提出<br>※毎年度当初及び委託先事業所に変更がある場合に提出<br>※委託期間の終期は記入不要                                                | 包括→地域包括ケア推進課    | 介護保険法施行規則第四百十条の三十五第四項に定める別紙様式第二号（七）                                                                                                                            |
|   |        | 変更 | 【介護支援専門員等の変更】<br>担当者や研修修了者等に変更がある時は、事前に連絡し、介護支援専門員登録番号書を再提出する。                                                     | 居宅→包括           |                                                                                                                                                                |
|   |        |    | 【事業所、法人等に関する変更】<br>居宅介護支援事業所等の変更等がある時は、事前に連絡し、その後変更した内容についての書類を提出する。<br>（事業所や法人に関すること。例えば、事業所名、住所、法人代表者、金融機関等の変更等） | 居宅→包括→地域包括ケア推進課 | 介護保険法施行規則第四百十条の三十五第四項に定める別紙様式第二号（七）<br>※届出書の記載内容に変更が生じる場合のみ                                                                                                    |
| ④ | アセスメント | 実施 | 利用者基本情報や基本チェックリストを実施し、必要な支援に合わせて、必要なアセスメントシートを活用しアセスメントを実施する。                                                      | 居宅              | 「利用者基本情報」（必須）【様式6】<br>「基本チェックリスト」（必須）【様式3】<br>生活状況を把握するためのアセスメントシート（介護予防支援では必須、介護予防ケアマネジメントでは適宜）<br>主治医意見書、調査票（事業対象者以外）※<br>「興味・関心シート」（適宜）【様式5】<br>課題整理総括表（適宜） |
|   |        | 提出 | 計画書原案と一緒に包括に提出する。                                                                                                  | 居宅→包括           | 「介護予防ケアマネジメント支援計画・評価表（ケアマネジメント結果等記録表）」【様式7】<br>（郡山市のウェブサイトに掲載）<br>※委託先の居宅介護支援事業所が請求できる。<br>（コピーは不可）                                                            |

| 項目 |             |               | 説明 ・ 注意点等                                                                                                                               | 担当者      | 使用する帳票等                                                                                                         |
|----|-------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ⑤  | 計画書原案作成     | 作成            | 必要な支援に合わせて計画書様式を選定する。<br>【郡山市のウェブサイトに掲載】<br>(ホーム→健康・福祉→介護・高齢者福祉→介護保険事業所の方向け→介護予防・日常生活支援総合事業(事業所向け)→6. 地域包括支援センター向け様式等)<br>【注】令和7年4月1日現在 | 居宅       | <計画書の種類><br>「介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント支援計画表」【様式9】<br>「介護予防ケアマネジメント支援計画・評価表(ケアマネジメント結果等記録表)」(総合事業のみの場合)【様式7,週間支援計画表】 |
|    |             | 包括意見等の記入<br>① | 包括が担当者会議に出席できない場合は計画書を事前に包括に提出する。※<br>包括は計画書の地域包括支援センター【意見】【確認印】を利用者に向けて記載する。                                                           | 居宅→包括→居宅 | 【注】計画書作成に慣れていない場合は事前に相談しましょう。<br>※事前記入が困難な場合は電話、FAX等での意見も可能とする。                                                 |
| ⑥  | 担当者会議       | 招集、進行         | 参加者の招集、会議の進行は居宅が行う。                                                                                                                     | 居宅       |                                                                                                                 |
|    |             |               | 包括も可能な範囲で出席をする。                                                                                                                         | 包括       |                                                                                                                 |
|    |             | 包括意見等の記入<br>② | 計画書の地域包括支援センター【意見】【確認印】を記載する。<br>原案に修正が必要な場合等は修正版に後日記載する。                                                                               | 居宅、包括    |                                                                                                                 |
| ⑦  | 計画書修正・確定・交付 | 記録            | 担当者会議の記録は経過記録に記載する。<br>【サービス担当者会議録でも可能】                                                                                                 | 居宅       | 「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)」【様式8】                                                    |
|    |             | 包括意見等の記入<br>③ | 計画書修正後に包括へ提出する。<br>計画書の地域包括支援センター【意見】【確認印】を記載する。                                                                                        | 居宅→包括→居宅 | 【注】包括は意見を記入、捺印したケアプランを居宅へ返却する。                                                                                  |
|    |             | 確定            | 修正した計画書に同意を得る。                                                                                                                          | 居宅→利用者   |                                                                                                                 |

|   | 項目              |                   | 説明 ・ 注意点等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 担当者               | 使用する帳票等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---|-----------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ⑦ | 計画書修正・<br>確定・交付 | 交付                | 同意を得た計画書を利用者、各事業所、包括へ<br>交付する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 居宅→利用者、<br>事業所、包括 | 【注】居宅は同意を得た計画書の原本を包括<br>に提出する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ⑧ | ケアプラン実行         | 実行                | ・相談、援助を継続的に行い、必要な連絡、調整を行う。<br>・経過記録に記載する。<br>・包括へ報告（適宜）。<br>【注】入退院時は医療機関と連携し、包括にも報告をする。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 居宅<br>居宅→包括       | 【注】定額サービス（訪問型サービス、通所型サービス、予防通所<br>リハビリ）を利用し、日割りが必要な場合（開始、終了、ショート<br>等）は提供票、提供票別表を事業所に交付する。<br>「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<br>事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）」【様式8】                                                                                                                                                                                                |
|   |                 | 個別サービス計画書の<br>取寄せ | 個別サービス計画書を事業所より受取り、包括<br>へ写しを提出。<br>【包括への提出は実績提出時などで可】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | サービス事業所→<br>居宅→包括 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ⑨ | モニタリング          | 実施                | 介護予防支援と同様に、少なくともサービスの提供を開始する月の<br>翌月から起算して3ヶ月に1回、利用者に面接すること。面接<br>は、利用者の居宅を訪問することによって行うこと。<br>ただし、次のいずれにも該当する場合であって、サービスの提供<br>を開始する月の翌月から起算して3ヶ月ごとの期間（以下におい<br>て、単に「期間」という。）について、少なくとも2期間に1回<br>は利用者の居宅を訪問することによって行うときは、利用者の居<br>宅を訪問しない期間において、テレビ電話装置等を活用して、利<br>用者に面接することができる。<br>（1） テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて利<br>用者の同意を得ていること。<br>（2） サービス担当者会議等において、次に掲げる事項につ<br>いて主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。<br>① 利用者の心身の状況が安定していること。<br>② 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通を行うことがで<br>きること。<br>③ 担当職員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは<br>把握できない情報について、担当者から提供を受けること。<br>※結果を経過記録に記載する。 | 居宅                | ※ サービスの評価期間が終了する月及び利用者<br>の状況に著しい変化があったときは、利用者の居<br>宅を訪問し、利用者に面接すること。利用者の状<br>況に変化のあった場合は、必要に応じて計画の見<br>直しを行う。<br>※ 利用者の居宅を訪問しない月（ただし、テレ<br>ビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除<br>く。）においては、可能な限り、通所型サービス<br>事業所を訪問する等の方法により利用者に面接す<br>る（郡山市介護予防・日常生活支援総合事業受<br>付・ケアマネジメントマニュアル13・14頁よ<br>り抜粋）<br><br>「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第<br>1号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当<br>者会議の要点を含む）」【様式8】 |
|   |                 | 報告                | 経過記録を3か月毎に包括に提出する。<br>【報告範囲と提出時期】<br>・4/1～6/30までの分を7月中に提出<br>・7/1～9/30までの分を10月中に提出<br>・10/1～12/31までの分を1月中に提出<br>・1/1～3/31までの分を4月中に提出                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 居宅→包括             | その他申請書関係の写し                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|   | 項目      |                                                        | 説明 ・ 注意点等                                                                                         | 担当者         | 使用する帳票等                                                                                            |
|---|---------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ⑩ | 実績確認・報告 | 実績確認・報告                                                | サービス事業所より提出された実績を確認し、その書類の写しを包括に提出する。<br>【提供票・利用票は提出不要】<br>サービス利用が無く、実績が無い場合も包括に報告をする。【電話など口頭でも可】 | 事業所→居宅→包括   |                                                                                                    |
|   |         | 給付管理（請求）                                               | 実績、報告内容を確認し給付管理票、請求明細書等を作成する。                                                                     | 包括→国保連      |                                                                                                    |
|   |         | 委託費の請求                                                 | 「介護予防ケアプラン策定業務実績報告兼請求書」を包括へ提出する。                                                                  | 居宅→包括       | 「介護予防ケアプラン策定業務実績報告兼請求書」【請求様式3】<br><br>【注】提出期限は各包括に確認をする。                                           |
|   |         | 委託費の支払い                                                | 委託費を支払う。                                                                                          | 包括→居宅       | 【注】委託料や支払い方法等は契約時に確認をする。                                                                           |
| ⑪ | 評価      | 加算※対象者は3か月ごと、それ以外は計画期間に合わせて中間評価を実施。（詳細はP11「評価について」を参照） |                                                                                                   |             | ※栄養改善加算、口腔機能向上加算等                                                                                  |
|   |         | 介護予防支援（予防給付）                                           | 【計画書の種類】<br>「介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント支援計画表」【様式9(1)～(3)】使用の場合。                                        | 居宅          | 「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8】<br>「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」【様式10】 |
|   |         | 介護予防ケアマネジメント（総合事業）                                     |                                                                                                   | 居宅<br>居宅→包括 |                                                                                                    |
|   |         |                                                        | 【計画書の種類】<br>「介護予防ケアマネジメント支援計画・評価表（ケアマネジメント結果等記録表）」（総合事業のみの場合）【様式7】使用の場合。                          | 居宅<br>居宅→包括 | 「介護予防ケアマネジメント支援計画・評価表（ケアマネジメント結果等記録表）」（総合事業のみの場合）【様式7】                                             |

|   | 項目                     |                | 説明 ・ 注意点等                                                        | 担当者                 | 使用する帳票等                                                                                                             |
|---|------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ⑪ | 評価                     | 変更             | 計画に変更がある場合は、ケアマネジメントのプロセスに準じる。（詳細はP11「評価について」を参照）                | 居宅<br>居宅→包括         | 【注】加算・終了について「介護予防ケアマネジメント支援計画・評価表（ケアマネジメント結果等記録表）」（様式7）・「介護予防サービス・介護予防ケアマネジメントサービス評価表」（様式10）、それ以外については経過記録に記載してもよい。 |
|   |                        | 包括意見の記入        | 評価の結果を包括に提出し、意見をもらう。<br>【包括への提出の時期は計画書原案提出時、実績提出時などで可】           | 居宅→包括               | 【様式7】又は【様式10】                                                                                                       |
| ⑫ | 終結                     |                | 支援→自立、要介護、入所、転居、死亡等<br><br>評価、モニタリング等（未提出の原本、各契約書で規定された複写物等）の提出。 | 居宅→包括               |                                                                                                                     |
| ⑬ | 委託契約終了                 |                | 指定介護予防支援委託（変更）の届出書の提出<br>※委託先事業所に変更がある場合のみ                       | 包括→地域包括ケア推進課        | 介護保険法施行規則第四十条の三十五第四項に定める別紙様式第二号（七）                                                                                  |
|   | 更新申請<br>要支援者新規申請（区分変更） | 更新申請           | 更新の意向確認。                                                         | 介護保険課→包括<br>→居宅→利用者 | 「令和×年△月末認定有効期間者名簿」（介護保険課より送付）⇒○×を記載し、返送                                                                             |
|   |                        |                | 更新申請書の作成、代行申請。                                                   | 居宅→介護保険課            |                                                                                                                     |
|   |                        | 要支援者新規申請（区分変更） | 要支援者新規申請（区分変更）をする時は、 <u>事前に連絡</u> をする。                           | 居宅→包括               |                                                                                                                     |
|   |                        |                | 申請書作成、代行申請                                                       | 居宅→介護保険課            |                                                                                                                     |
|   |                        | 一次判定等の確認       | 一次判定、審査会日程を確認し包括に報告する。                                           | 居宅→包括               |                                                                                                                     |

ケアマネジメント 支援計画・評価表（ケアマネジメント結果等記録表）

要支援1・要支援2・事業対象者

計画作成者                    ○○    ○○○

【計画作成（変更）日】 令和 6年 3月 25日

【認定日】 令和 6年 3月 22日

【認定の有効期間】 令和 6 年 4 月 1 日

～ 令和 9 年 3 月 31 日

【基本チェックリスト結果】

|        |      |      |         |       |      |
|--------|------|------|---------|-------|------|
| 運動器の機能 | 栄養改善 | 口腔機能 | 閉じこもり予防 | 物忘れ予防 | うつ予防 |
| /5     | /2   | /3   | /2      | /3    | /5   |

【健康状態について：主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】

主治医意見書等から留意すべき情報を抽出する。必要に応じて医師にも連絡し確認をする。

| 現在の状況について                                                                                                                                                                                                               |                         | いづれかにチェック<br>(■) を付けて下さい |                                 | 集計    | できるようにすると良いこと、目標、<br>そのための取り組み、サービス提供内容など                   |                                                             | (中間・最終)評価日                                                 | 集計   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------|
| 運動・移動について                                                                                                                                                                                                               |                         |                          |                                 |       |                                                             |                                                             | 令和 年 月 日                                                   |      |
| 1                                                                                                                                                                                                                       | 自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか   | <input type="checkbox"/> | はい <input type="checkbox"/> いいえ |       | <b>ご本人様</b>                                                 |                                                             | 1 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |      |
| <p>※基本チェックリスト実施の結果を記載。チェックリストは<b>原則本人に記入</b>してもらいます。<br/>(要支援1・2は記載不要ですが、支障の無い限り記載し介護予防の意識付けをしましょう)<br/>基本チェックは数が大きいと良くない！<br/>現在の状況は数が大きいと良い！！<br/>まぎらわしい！のでしっかり説明しましょう</p> <p>将来、どのようになりたいか、本人や家族の意欲、意向を考慮し記載します。</p> |                         |                          |                                 |       | 目標                                                          | 1日・1年の目標などを参考に、本人主体の目標、実現可能で本人自身も評価可能な目標の設定。                |                                                            |      |
|                                                                                                                                                                                                                         |                         |                          |                                 |       | 取組み                                                         | 本人などのセルフケア 計画書(3)等、本人の主体的な取組み。                              |                                                            |      |
|                                                                                                                                                                                                                         |                         |                          |                                 |       | 家族の支援                                                       | インフォrmalサービスとして記載。誰が、何をするのか具体的に記載。計画書(3)                    |                                                            |      |
|                                                                                                                                                                                                                         |                         |                          |                                 |       | 《妻》………                                                      |                                                             |                                                            |      |
|                                                                                                                                                                                                                         |                         |                          |                                 |       | 《長男の妻》………                                                   |                                                             |                                                            |      |
| 10                                                                                                                                                                                                                      | 預貯金等の出し入れや支払いを自分でしていますか | <input type="checkbox"/> | はい <input type="checkbox"/> いいえ | 2     | (訪問型・通所型) サービス提供事業所・団体                                      |                                                             | 事業所・団体名                                                    |      |
| 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて                                                                                                                                                                                                 |                         |                          |                                 |       |                                                             | サービスクontentや事業所のスタッフに「このように関わって欲しい」という部分を記載。加算名なども記載。計画書(3) | 期間                                                         |      |
| 11                                                                                                                                                                                                                      | 1週間に1回以上外出していますか        | <input type="checkbox"/> | はい <input type="checkbox"/> いいえ | 3     | (訪問型・通所型) サービス提供事業所・団体                                      |                                                             | R3.4.1~ R4.3.31                                            |      |
| 12                                                                                                                                                                                                                      | 家族や友人と1日1回以上話をしていますか    | <input type="checkbox"/> | はい <input type="checkbox"/> いいえ | 5     | サービスクontentや事業所のスタッフに「このように関わって欲しい」という部分を記載。加算名なども記載。計画書(3) |                                                             |                                                            |      |
| 13                                                                                                                                                                                                                      | 趣味や楽しみを見つけることができますか     | <input type="checkbox"/> | はい <input type="checkbox"/> いいえ |       | 地域包括支援センター または ケアマネジャーの意見                                   |                                                             |                                                            |      |
| 14                                                                                                                                                                                                                      | 地域活動に参加していますか           | <input type="checkbox"/> | はい <input type="checkbox"/> いいえ | 2     | 総合的な方針                                                      |                                                             |                                                            |      |
| 15                                                                                                                                                                                                                      | テレビ番組を見たい番組がありますか       | <input type="checkbox"/> | はい <input type="checkbox"/> いいえ | 5     | 目標に向けた支援の方針。<br>生活不活発病の改善・予防ポイントなど。<br>(支援者、利用者に向けた内容を記載)   |                                                             |                                                            |      |
| 健康管理について                                                                                                                                                                                                                |                         |                          |                                 |       |                                                             | 目標についての支援ポイント                                               | 支援者が、目標に向けて支援を行う上でのポイント。<br>(支援者に向けた内容を記載)                 |      |
| 16                                                                                                                                                                                                                      | 健康で過ごすことができますか          | <input type="checkbox"/> | はい <input type="checkbox"/> いいえ |       |                                                             |                                                             |                                                            |      |
| 17                                                                                                                                                                                                                      | 定期的に医師から診察を受けていますか      | <input type="checkbox"/> | はい <input type="checkbox"/> いいえ | 2     |                                                             |                                                             |                                                            |      |
| 18                                                                                                                                                                                                                      | トイレに行くことができますか          | <input type="checkbox"/> | はい <input type="checkbox"/> いいえ | 5     |                                                             |                                                             |                                                            |      |
| 19                                                                                                                                                                                                                      | 夜はよく眠ることができますか          | <input type="checkbox"/> | はい <input type="checkbox"/> いいえ |       |                                                             |                                                             |                                                            |      |
| 20                                                                                                                                                                                                                      | もの忘れが少ないと感じていますか        | <input type="checkbox"/> | はい <input type="checkbox"/> いいえ | 5     |                                                             |                                                             |                                                            |      |
| その他の事項について                                                                                                                                                                                                              |                         |                          |                                 |       | 計                                                           |                                                             |                                                            |      |
| 21                                                                                                                                                                                                                      |                         |                          |                                 | 10/20 | 21                                                          | 【計画に関する同意】介護予防ケアマネジメント 支援計画について、同意します。                      |                                                            | 0/20 |



## 評価について（P7⑩補足）

### ◆評価のパターン（評価表作成の時期）

- ①中間評価（計画書に位置付けた「期間」の中間）
- ②最終評価（計画書に位置付けた「期間」が終了する前）
- ③状態変化（利用者の状態が変化し、計画書の見直しが必要になったとき）
- ④加算（通所系サービスの口腔・栄養等の加算を算定している場合）

| ケアマネジメントの種類 |                                                                                                        | 介護予防支援<br>及び介護予防ケアマネジメントA                                                                                             | 介護予防ケアマネジメントA                                                             |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| ケアプランの様式    |                                                                                                        | 様式 9                                                                                                                  | 様式 7                                                                      |
| 記録方法        | ①<br>中間<br>評価                                                                                          | 期間の中間（期間が1年以上の場合は6か月毎）<br>様式8（経過記録）に記載する。<br>◆様式10又はソフトに内蔵された同様の様式（以下、 <b>様式10等</b> ）も使用可だが、その場合には様式8に【別紙評価表参照】と記載する。 | 同意を得た計画書をコピーし、「現在の状況について」右側欄にチェックを入れ、様式8に評価の内容を記載する。                      |
|             | ②<br>最終<br>評価                                                                                          | 評価期間の最終月<br>様式10等に記載する。<br>⇒包括職員は意見欄に居宅担当者に向けたコメントを記入し、居宅へ戻す。                                                         | 計画書自体に右側チェック（評価）欄に（本人又はケアマネが）チェックを入れ、様式8に評価の内容を記載する。（評価内容、サービスの効果や継続の可否等） |
|             | 記録方法<br><様式8（経過記録）の記載内容><br>タイトル【評価】<br>1.目標達成状況<br>2.目標（例：達成 ほぼ達成 未達成 未実施）<br>3.目標達成しない原因等<br>4.今後の方針 |                                                                                                                       |                                                                           |
|             | ③<br>状態<br>変化<br>時                                                                                     | 随時<br>様式10等に記載する。<br>⇒包括職員は意見欄に居宅担当者に向けたコメントを記入し、居宅へ戻す。                                                               | 「現在の状況について」右側チェック欄に（本人又はケアマネが）チェックを入れ、様式8に評価の内容を記載する。                     |
|             | ④<br>加<br>算                                                                                            | 3か月毎<br>評価結果を様式8に記載し、評価期間の最終月に評価結果を様式10等（評価表）に記載する。                                                                   | 同意を得た計画書をコピーし、「現在の状況について」右側欄にチェックを入れ、様式8に評価の内容を記載する。                      |

## 第1号様式 (第5条関係)

年 月 日

郡山市長

## 郡山市介護予防・生活支援サービス事業対象者確認申請書

介護予防・生活支援サービス事業対象者についての確認を受けたいので、郡山市介護予防・日常生活支援総合事業  
施行規則第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

ただし、本申請と同時に介護保険制度の要介護認定又は要支援認定の申請をしている場合において、要介護又は要支援の認定が決定したときは、本申請を取り下げるものとみなします。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |                |  |      |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|----------------|--|------|-----------------|
| 申請者<br>（被保険者）                                                                                                                                                                                                                                                                         | 被保険者番号            |                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |                |  | 生年月日 | 年      月      日 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | フリガナ              |                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |                |  |      |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 氏名                |                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号   | (            ) |  |      |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 住所                | 郵便番号                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |                |  |      |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 前回の認定等<br>(該当者のみ) | 状態区分   要支援１・要支援２・事業対象者・その他(                          )<br>有効期間                          年      月      日 から                          年      月      日まで |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |                |  |      |                 |
| 問合せ先                                                                                                                                                                                                                                                                                  | フリガナ              |                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人との関係 |                |  |      |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 氏名                |                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |                |  | 電話番号 | (            )  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 住所                | 郵便番号                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |                |  |      |                 |
| <p>介護予防・生活支援サービス事業の利用に係る計画の作成等、介護予防・生活支援サービス事業の適切な運営のために必要があるときは、介護予防・生活支援サービス事業対象者の確認に係る基本チェックリストの記載内容を本市から地域包括支援センターに、利用者負担割合を本市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び居宅サービス事業者に提示することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p style="text-align: right;">本人氏名 _____</p> |                   |                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |                |  |      |                 |

添付文書 基本チェックリスト

＜事務処理欄＞

申請受付日

|                          |  |         |    |     |           |
|--------------------------|--|---------|----|-----|-----------|
| 受付場所（氏 名）                |  | 被保険者証回収 |    |     | 介護認定同時申請中 |
| （                      ） |  | 回収      | 紛失 | 未回収 | あり ・ なし   |
| 備考                       |  | システム入力日 |    |     |           |
|                          |  |         |    |     |           |

様式2

第19号様式（第23条、第38条の2関係）

郡山市居宅・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・廃止）届出書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                 |                                                                                                                                                                                               |                                                              |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 届出区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 被保険者氏名                                                          | 被保険者番号                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 郡山市 <input type="checkbox"/> その他（ ） |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 新規                                                                                                                                                                                                                                                                                         | フリガナ                                                            |                                                                                                                                                                                               |                                                              |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                 |                                                                                                                                                                                               |                                                              |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 要介護等認定区分                                                        | 生 年 月 日                                                                                                                                                                                       |                                                              |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 廃止                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 要介護1～5 <input type="checkbox"/> 要支援1、2 | 年 月 日                                                                                                                                                                                         |                                                              |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 事業対象者                                  |                                                                                                                                                                                               |                                                              |  |  |  |
| 居宅・介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更・廃止）する事業者                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                 |                                                                                                                                                                                               |                                                              |  |  |  |
| 事業者の事業所名                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                 | 事業所の所在地                                                                                                                                                                                       |                                                              |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                 | 〒                                                                                                                                                                                             |                                                              |  |  |  |
| 契約等の発効（失効）年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                 | ※サービス事業対象者の場合は確認を受けた日                                                                                                                                                                         |                                                              |  |  |  |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                               |                                                              |  |  |  |
| 介護保険事業所番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 | 電話番号（ ）                                                                                                                                                                                       |                                                              |  |  |  |
| 事業所を変更・廃止する場合の事由等（※変更・廃止の場合、記入してください。）                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |                                                                                                                                                                                               |                                                              |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 介護給付（要介護状態）となったため。<br><input type="checkbox"/> 予防給付（要支援状態）又は第1号事業費支給（要支援状態又は事業対象者）となったため。<br><input type="checkbox"/> 利用者の希望のため。<br><input type="checkbox"/> サービスを利用しないため。<br><input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                              |                                                                 |                                                                                                                                                                                               |                                                              |  |  |  |
| 小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護利用開始月の居宅サービス等の利用有無                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                 | ※ 月途中から小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護利用の場合、同月中に利用していた居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。）及び地域密着型サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護（短期利用）、地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）に限る。）を記入してください。 |                                                              |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 利用あり（利用したサービス： ） <input type="checkbox"/> 利用なし                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 |                                                                                                                                                                                               |                                                              |  |  |  |
| 郡山市長<br>(いずれかにチェック)<br><input type="checkbox"/> 上記の居宅介護支援事業所等に、居宅介護サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。<br><input type="checkbox"/> 上記の介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に、介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。<br><input type="checkbox"/> 上記の居宅介護支援事業所等・介護予防支援事業所（地域包括支援センター）との契約を廃止することを届け出ます。<br><br>年 月 日 被保険者 住 所<br>氏 名<br>電話番号（ ） |                                                                 |                                                                                                                                                                                               |                                                              |  |  |  |
| 保険者確認欄                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複                                                                                                                                |                                                              |  |  |  |

備考 1 太線枠内を記入してください。  
2 この届出書は、「居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント（以下「居宅サービス計画等」という。）の作成を依頼する事業所が決まり次第、郡山市に提出してください。ただし、要介護等新規申請や区分変更申請で要介護度等が確定していない場合は、原則として認定日以降に提出してください。なお、更新の申請の際、居宅サービス計画等の作成を依頼している事業所に変更がない場合は、再度この届出書を提出する必要はありません。  
3 居宅サービス計画等の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず郡山市に届出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

## 基本チェックリスト

|              |                                                       |                    |       |
|--------------|-------------------------------------------------------|--------------------|-------|
| 基本チェックリスト記入日 |                                                       | 年 月 日              |       |
| 住所           |                                                       |                    |       |
| ふりがな         |                                                       | 生年<br>月 日          | 年 月 日 |
| 氏名           |                                                       |                    |       |
| 希望するサービス内容   | 1 介護予防訪問介護相当サービス      2 介護予防通所介護相当サービス<br>3 その他( )    |                    |       |
| No.          | 質 問 項 目                                               | 回答(いずれかに○をつけてください) |       |
| 1            | バスや電車で1人で外出していますか                                     | 0 はい               | 1 いいえ |
| 2            | 日用品の買物をしていますか                                         | 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・体重を記入してください。<br>身長          cm      体重          kg |                    |       |
| 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言われますか                     | 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 |

※ 「はい」「いいえ」いずれかに○をつけてください。

## 〈基本チェックリストの考え方〉

## 【共通的事項】

- ① 対象者には、深く考えずに、主観に基づき回答してもらって下さい。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下さい。
- 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下さい。
- 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下さい。
- 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下さい。

| 基本チェックリストの質問項目                  |                       | 基本チェックリストの質問項目の趣旨                                                                                                 |
|---------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1～5 まで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下さい。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、必要な物品を間違いなく購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答して下さい。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。電話による交流は含みません。また、家族や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 まで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        | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がった                                                                                          |

|                                    |                                   |                                                                                                |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                    | まらず立ち上がっていますか                     | 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下さい。                                                         |
| 11～12 まで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 ヶ月で 2 ～ 3 Kg 以上の体重減少がありましたか     | 6 ヶ月間で 2 ～ 3 Kg 以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6 ヶ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、整数で記載して下さい。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 まで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下さい。                                                    |
| 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下さい。                                                             |
| 16～17 まで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下さい。                                                           |
| 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 まで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いても、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下さい。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 までに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下さい。 |
| 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：\_\_\_\_\_ 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・<br>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<br>(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）

## 利用者基本情報

## 《基本情報》

作成担当者:

|              |                                                                                                                                  |                            |                    |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------|
| 相談日          | 年 月 日 ( )                                                                                                                        | 来 所 ・ 電 話<br>その他 ( )       | 初 回<br>再 来 (前 / )  |
| 本人の現況        | 在 宅 ・ 入院または入所中 ( )                                                                                                               |                            |                    |
| フリガナ<br>本人氏名 |                                                                                                                                  | 男 ・ 女                      | M・T・S 年 月 日生 ( ) 歳 |
| 住所           |                                                                                                                                  | TEL                        | ( )                |
|              |                                                                                                                                  | FAX                        | ( )                |
| 日常生活<br>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・C2 |                    |
|              | 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<br>有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 前回の介護度 )<br>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<br>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<br>(相談者) |                                                                                                                                  |                            | 家族構成               |
| 住所<br>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           |

◎=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)

## 利用者基本情報

## 《 介護予防に関する事項 》

|                            |            |    |        |           |  |
|----------------------------|------------|----|--------|-----------|--|
| 今までの生活                     |            |    |        |           |  |
| 現在の生活状況<br>(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<br>(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<br>経観中<br>その他 |           |
| 年 月 日 |    |                           |  | Tel | 治療中<br>経観中<br>その他 |           |
| 年 月 日 |    |                           |  | Tel | 治療中<br>経観中<br>その他 |           |
| 年 月 日 |    |                           |  | Tel | 治療中<br>経観中<br>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 |
|--------|---------|
|        |         |

介護予防支援事業者が行う事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、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、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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。

年 月 日氏名

利用者名 \_\_\_\_\_ 様

要支援1・要支援2・事業対象者 \_\_\_\_\_

計画作成者 \_\_\_\_\_

【計画作成（変更）日】 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 【認定日】 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

【認定の有効期間】 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

【基本チェックリスト結果】

|        |      |      |         |       |      |
|--------|------|------|---------|-------|------|
| 運動器の機能 | 栄養改善 | 口腔機能 | 閉じこもり予防 | 物忘れ予防 | うつ予防 |
| /5     | /2   | /3   | /2      | /3    | /5   |

【健康状態について：主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】

| 現在の状況について                        |                          |                                                          | いずれかにチェック<br>（■）を付けて下さい | 集計                                                                     | できるようになると良いこと、目標、<br>そのための取り組み、サービス提供内容など |  |  | (中間・最終)評価日              | 集計                                                       |   |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|--|-------------------------|----------------------------------------------------------|---|
| 運動・移動について                        |                          |                                                          |                         |                                                                        | ご本人様                                      |  |  | 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 |                                                          |   |
| 1                                | 自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         | 5                                                                      | 目標                                        |  |  | 1                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 5 |
| 2                                | 屋外を安全に歩くことができますか         | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         |                                                                        |                                           |  |  | 2                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |
| 3                                | 15分くらい続けて歩けますか           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         |                                                                        |                                           |  |  | 3                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |
| 4                                | 階段などの段差を何もつかまらずのぼれますか    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         |                                                                        | 取り組み                                      |  |  | 4                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |
| 5                                | 交通機関を利用して出かけていますか        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         |                                                                        |                                           |  |  | 5                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |
| 日常生活（家庭生活）について                   |                          |                                                          |                         |                                                                        | 家族の支援、インフォーマルサービス等                        |  |  |                         |                                                          |   |
| 6                                | 食事の用意は自分でしていますか          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         | 5                                                                      |                                           |  |  | 6                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 5 |
| 7                                | 洗濯を自分でしていますか             | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         |                                                                        |                                           |  |  | 7                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |
| 8                                | 整理整頓や掃除を自分でしていますか        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         |                                                                        |                                           |  |  | 8                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |
| 9                                | 日用品の買い物を自分でしていますか        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         |                                                                        | (訪問型・通所型)サービス提供事業所・団体                     |  |  | 9                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |
| 10                               | 預貯金の出し入れや支払いを自分でしていますか   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         |                                                                        | 事業所・団体名                                   |  |  | 10                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |
| 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて          |                          |                                                          |                         |                                                                        | 期間                                        |  |  |                         |                                                          |   |
| 11                               | 1週間に1回以上外出していますか         | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         | 5                                                                      |                                           |  |  | 11                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 5 |
| 12                               | 家族や友人と1日1回以上話をしていますか     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         |                                                                        |                                           |  |  | 12                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |
| 13                               | 趣味や楽しみで続けていることがありますか     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         |                                                                        | (訪問型・通所型)サービス提供事業所・団体                     |  |  | 13                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |
| 14                               | 地域活動で何か参加していることはありますか    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         |                                                                        | 事業所・団体名                                   |  |  | 14                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |
| 15                               | 地域や社会の出来事に関心がありますか       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         |                                                                        | 期間                                        |  |  | 15                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |
| 健康管理について                         |                          |                                                          |                         |                                                                        | 地域包括支援センター または ケアマネジャーの意見                 |  |  |                         |                                                          |   |
| 16                               | 健康であると思いますか              | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         | 5                                                                      | 総合的な方針                                    |  |  | 16                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 5 |
| 17                               | 定期的に受診していますか             | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         |                                                                        |                                           |  |  | 17                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |
| 18                               | トイレでの行為は自分で失敗なくできますか     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         |                                                                        |                                           |  |  | 18                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |
| 19                               | 夜はよく眠れますか                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         |                                                                        | 目標についての支援ポイント                             |  |  | 19                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |
| 20                               | もの忘れ予防について何か取り組みを行っていますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                         |                                                                        |                                           |  |  | 20                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |   |
| その他の事項について                       |                          |                                                          |                         | 計                                                                      |                                           |  |  |                         | 計                                                        |   |
| 21                               |                          |                                                          | 0 / 20                  |                                                                        |                                           |  |  |                         | 0 / 20                                                   |   |
| (委託の場合)<br>地域包括支援<br>センターの<br>確認 |                          | (意見)<br><br>(地区担当包括・担当者)                                 |                         | 【計画に関する同意】介護予防ケアマネジメント 支援計画について、同意します。<br><br>年 ____ 月 ____ 日 氏名 _____ |                                           |  |  |                         |                                                          |   |

## 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）

計画作成者氏名

[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、時系的に出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、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、サービス事業者や家族との調整などを記入する。

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

NO. \_\_\_\_\_

利用者氏名 \_\_\_\_\_

様 \_\_\_\_\_

初回 紹介 継続

認定済 申請中

要支援 1 要支援 2

事業対象者

## 介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント 支援計画表 (1)

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

委託の場合

事業所名及び所在地 \_\_\_\_\_

(連絡先) \_\_\_\_\_

担当地域包括支援センター名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

(連絡先) \_\_\_\_\_

計画作成(変更)日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

認定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 認定の有効期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

|                                   |     |  |
|-----------------------------------|-----|--|
| 目標とする生活                           | 1 日 |  |
|                                   | 1 年 |  |
| 総合的な方針<br>(生活不活発病の改善<br>・予防のポイント) |     |  |

健康状態について

□主治医意見書、生活機能評価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】

妥当な支援の実施に向けた方針

必要な事業プログラムに○をつけてください。

|          |          |           |             |           |          |
|----------|----------|-----------|-------------|-----------|----------|
| 運動<br>不足 | 栄養<br>改善 | 口腔内<br>ケア | 閉じこも<br>り予防 | 物忘れ<br>予防 | うつ<br>予防 |
|          |          |           |             |           |          |

|                |      |     |
|----------------|------|-----|
| 地域包括<br>支援センター | 【意見】 | 確認印 |
|----------------|------|-----|

計画に関する同意

介護予防サービス・支援計画表(1)~(3)について  
同意します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 氏名 \_\_\_\_\_

## 介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント 支援計画表（2）

計画作成日

年

月

日

NO.

利用者氏名

様

| アセスメント領域と現在の状況         | 本人・家族<br>の意欲・意向 | 領域における課題<br>(背景・原因)                                   | 総合的課題 | 課題に対する目標と<br>具体策の提案 | 具体策についての<br>意向(本人・家族) |
|------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------|-------|---------------------|-----------------------|
| 運動・移動について              |                 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                     |                       |
| 日常生活(家庭生活について)         |                 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                     |                       |
| 社会参加、対人関係コミュニケーションについて |                 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                     |                       |
| 健康管理について               |                 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                     |                       |
| その他                    |                 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                     |                       |

## 介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント支援計画表（3）

計画作成日 年 月 日

NO. 利用者氏名 様

| 目 標 | 支 援 計 画           |                                     |                     |                 |    |     |
|-----|-------------------|-------------------------------------|---------------------|-----------------|----|-----|
|     | 目標についての<br>支援ポイント | 本人等のセルフケアや家<br>族の支援、インフォーマ<br>ルサービス | 介護サービス<br>または地域支援事業 | サービス種別<br>(事業所) | 頻度 | 期 間 |
|     |                   |                                     |                     |                 |    |     |
|     |                   |                                     |                     |                 |    |     |
|     |                   |                                     |                     |                 |    |     |
|     |                   |                                     |                     |                 |    |     |

## 介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント 支援計画表 (4) (週間支援計画表)

計画作成日 年 月 日

| NO.      |       | 利用者氏名 様 |   |   |   |   |   |   |            |
|----------|-------|---------|---|---|---|---|---|---|------------|
|          |       | 月       | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 主な日常生活上の活動 |
| 深夜       | 4:00  |         |   |   |   |   |   |   |            |
|          | 6:00  |         |   |   |   |   |   |   |            |
| 早朝       | 8:00  |         |   |   |   |   |   |   |            |
| 午前       | 10:00 |         |   |   |   |   |   |   |            |
|          | 12:00 |         |   |   |   |   |   |   |            |
| 午後       | 14:00 |         |   |   |   |   |   |   |            |
|          | 16:00 |         |   |   |   |   |   |   |            |
|          | 18:00 |         |   |   |   |   |   |   |            |
| 夜間       | 20:00 |         |   |   |   |   |   |   |            |
|          | 22:00 |         |   |   |   |   |   |   |            |
| 深夜       | 24:00 |         |   |   |   |   |   |   |            |
|          | 2:00  |         |   |   |   |   |   |   |            |
|          | 4:00  |         |   |   |   |   |   |   |            |
| 週単位以外の支援 |       |         |   |   |   |   |   |   |            |

## 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 年 月 日

NO.

利用者氏名

様

計画作成者氏名

| 目 標 | 評価期間 | 目標達成状況 | 目標<br>達成／未達成 | 目標達成しない原因<br>(本人・家族の意見) | 目標達成しない原因<br>(計画作成者の評価) | 今後の方針 |
|-----|------|--------|--------------|-------------------------|-------------------------|-------|
|     |      |        |              |                         |                         |       |

|        |             |  |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                |
|--------|-------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 総合的な方針 | 介護予防支援事業者意見 |  |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                |
|        |             |  | <input type="checkbox"/> プラン継続<br><input type="checkbox"/> プラン変更<br><input type="checkbox"/> 終了 | <input type="checkbox"/> 介護給付<br><input type="checkbox"/> 予防給付<br><input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業<br><input type="checkbox"/> 一般介護予防事業<br><input type="checkbox"/> 終了 |

令和 年 月 日

## 介護支援専門員登録番号書

指定居宅介護支援事業所・施設名

---

事業所番号

---

代表者名

---

担当介護支援専門員氏名

---

介護支援専門員登録番号

---

※担当者に変更がある場合は事前にご連絡下さい。

介護予防支援に関する研修受講者

---

介護支援専門員登録番号

---

※研修受講者に変更がある場合は事前にご連絡下さい。

※研修修了書の写しを添付して下さい。

※上記の内容に変更がある場合は事前にご連絡下さい。

令和 年 月 日

## 委託料支払金融機関登録書

指定居宅介護支援事業所・施設名

住 所

電話番号

|         |                                                            |  |  |                  |                  |  |  |                  |  |  |
|---------|------------------------------------------------------------|--|--|------------------|------------------|--|--|------------------|--|--|
| 金融機関名   |                                                            |  |  |                  |                  |  |  |                  |  |  |
| 金融機関コード |                                                            |  |  |                  | ※コードは右詰めでご記入ください |  |  |                  |  |  |
| 支店名     |                                                            |  |  |                  |                  |  |  |                  |  |  |
| 支店コード   |                                                            |  |  | ※コードは右詰めでご記入ください |                  |  |  |                  |  |  |
| 口座種別    | ① 普通      2 当座      3 その他 (      )<br>※該当する種別の数字を○で囲んでください |  |  |                  |                  |  |  |                  |  |  |
| 口座番号    |                                                            |  |  |                  |                  |  |  | ※コードは右詰めでご記入ください |  |  |
| フリガナ    |                                                            |  |  |                  |                  |  |  |                  |  |  |
| 口座名義    |                                                            |  |  |                  |                  |  |  |                  |  |  |

※太線枠内をご記入ください

○○○法人

地域包括支援センター  
(指定介護予防支援事業所)

所在地

名称

代表者

印

## 介護予防ケアプラン策定業務実績報告書兼請求書

介護予防ケアプラン策定業務委託契約に基づき策定した件数は以下のとおりです。  
なお、各プランについては、別添のとおりです。

|            |       |   |
|------------|-------|---|
| 介護予防サービス計画 | プラン件数 | 件 |
| 策定業務（月分）   | 請求金額  | 円 |

[illegible]

実績等送付書(送信票)

令和 年 月 日

●●●●高齢者あんしんセンター 様

居宅介護支援事業所

担当者

●●月分の実績報告を報告します。

| 利用者氏名 | 居宅介護支援事業所<br>担当者氏名 | 実績 | 事業所からの報告 | モニタリング（支援経過）    | 評価表 | 備考<br>（その他提出書類等） |
|-------|--------------------|----|----------|-----------------|-----|------------------|
|       |                    |    |          | 提出時期（ 範囲 ）      |     |                  |
|       |                    |    |          | ①7月（4/1～6/30）   |     |                  |
|       |                    |    |          | ②10月（7/1～9/30）  |     |                  |
|       |                    |    |          | ③1月（10/1～12/31） |     |                  |
|       |                    |    |          | ④4月（1/1～3/31）   |     |                  |
| 〇〇 〇〇 | △△ △△              | レ  | レ        | ①               | レ   |                  |
|       |                    |    |          |                 |     |                  |
|       |                    |    |          |                 |     |                  |
|       |                    |    |          |                 |     |                  |
|       |                    |    |          |                 |     |                  |
|       |                    |    |          |                 |     |                  |
| 備考    |                    |    |          |                 |     |                  |