

# 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント 業務一部委託マニュアル

令和6年4月1日版



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6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。

## 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

	介護予防サービス計画 (予防給付のサービスを利用する場合)	本マニュアルでの 表記	介護予防ケアマネジメント (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 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 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 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についての考え方	様式4(注1)	基本チェックリストについての考え方	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 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 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 サービス支援計画・評価表(郡山市様式)	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) (週間支援計画表)			
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 会議の要点を含む) (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 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 者会議の要点を含む) (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) 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)	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。

(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。

(注3) Web掲載場所: ホーム>健康・福祉>福祉・介護>介護保険>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

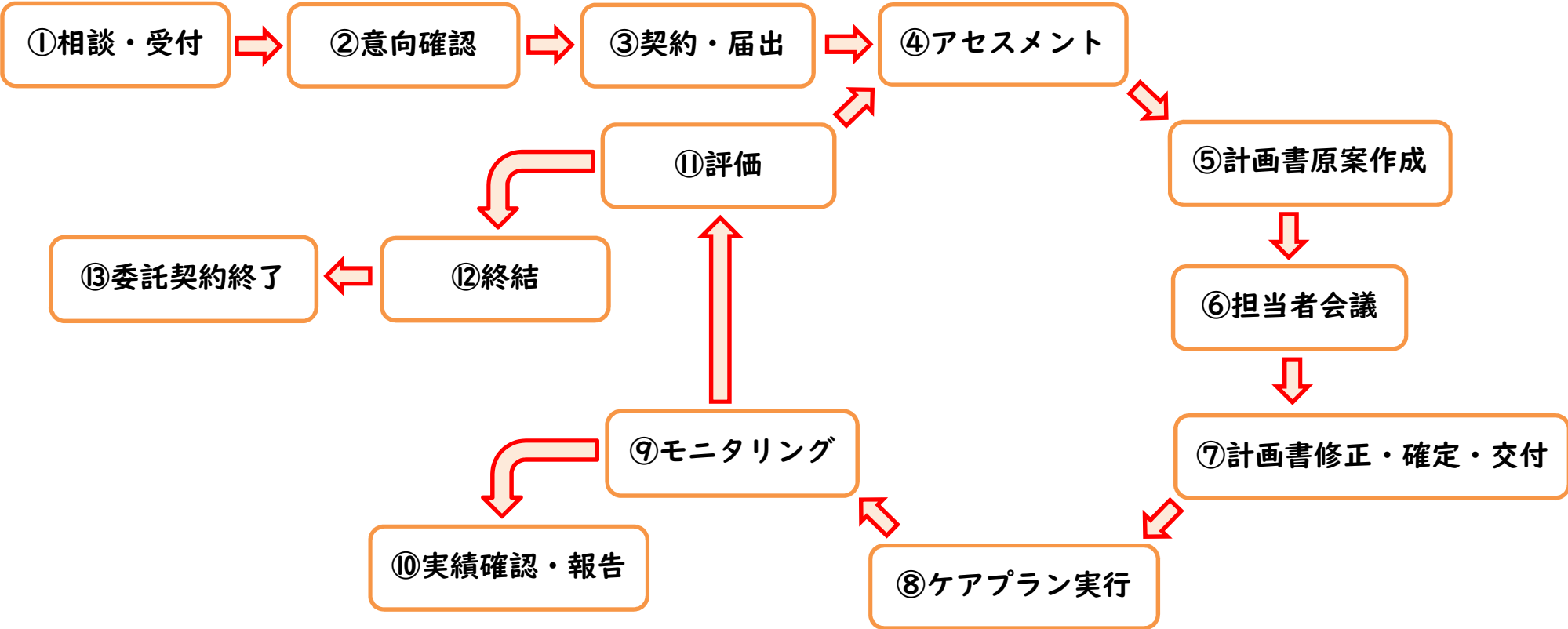
([https://www.city.koriyama.lg.jp/fukushi/fukushi\\_kaigo/2/12335.html](https://www.city.koriyama.lg.jp/fukushi/fukushi_kaigo/2/12335.html)) 令和6年4月1日現在

(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書として使用可能です。

## 委託業務で使用する様式

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・ケアマネジメントのプロセス》



## 《委託・ケアマネジメントのプロセスの説明》

R6.4.1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の対象かどうかスクリーニングする。	包括又は居宅	居宅：指定居宅介護支援事業所 包括：高齢者あんしんセンター （地域包括支援センター）
		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	包括→利用者 利用者←居宅→包括	
		居宅の受入確認	包括	【委託についてのガイドライン】 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の委託についてのガイドライン (必要時地域包括ケア推進課へ確認する。)
		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】 業務内容、委託料、開始日等
③	契約・届出	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約締結	包括→利用者	重要事項説明書 契約書 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委託契約締結	包括→居宅	委託契約書 委託料支払金融機関登録書【請求様式2】 介護支援専門員登録番号書【請求様式1】 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】 ※事業対象者は地域包括ケア推進課に提出
		届出	指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの一部委託に係る届出書の提出 ※毎年度当初及び委託先事業所に変更がある場合に提出 ※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一百四十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】 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	
		変更	【事業所、法人等に関する変更】 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。 （事業所や法人に関する事。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一百四十条の三十五第四項に定める別紙様式第二号（七） ※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】 基本チェックリスト（必須）【様式3】 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） 主治医意見書、調査票（事業対象者以外）※ 興味・関心シート（適宜）【様式5】 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【様式7】 （郡山市のウェブサイトに掲載） ※委託先の居宅介護支援事業所が請求できる。 （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。 【郡山市のウェブサイトに掲載】 (介護保険→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) 【注】令和2年11月1日現在	居宅	<計画書の種類> 「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」【様式9】 「介護予防ケアマネジメント支援計画・評価表」(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 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。※ 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。 ※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。 包括も可能な範囲で出席をする。	居宅 包括	
		包括意見等の記入 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。 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	
		記録	担当者会議の記録は経過記録に記載する。 【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】
⑦	計画書修正・確定・交付	包括意見等の記入 ③	計画書修正後に包括へ提出する。 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・ 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 交付する。	居宅→利用者、 事業所、包括	【注】居宅は同意を得た計画書の原本を包括 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。 ・経過記録に記載する。 ・包括へ報告（適宜）。 【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 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 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 等）は提供票、提供票別表を事業所に交付する。 「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】
		個別サービ ス計画書の 取寄せ	個別サービス計画書を事業所より受取り、包括 へ写しを提出。 【包括への提出は実績提出時などで可】	サービス事業所→ 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 は、利用者の居宅を訪問することによって行うこと。 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 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 て、単に「期間」という。）について、少なくとも2期間に1回 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 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 用者に面接することができる。 （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用 者の同意を得ていること。 （2） サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について 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。 ① 利用者の心身の状況が安定していること。 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き ること。 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。 ※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 の状況に著しい変化があったときは、利用者の居 宅を 訪問し、利用者に面接すること。利用者の状況に 変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直し を 行う。 ※ 利用者の居宅を訪問しない月（ただし、テレ ビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除 く。）においては、可能な限り、通所型サービ ス事業所を訪問する等の方法により利用者に面接す る（令和6年度郡山市介護予防・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12頁 より抜粋）
		報告	経過記録を3か月毎に包括に提出する。 【報告範囲と提出時期】 ・4/1～6/30までの分を7月中に提出 ・7/1～9/30までの分を10月中に提出 ・10/1～12/31までの分を1月中に提出 ・1/1～3/31までの分を4月中に提出	居宅→包括	「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】  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。 【提供票・利用票は提出不要※】 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】  【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】 「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」【様式9(1)~(3)】使用の場合。	居宅 居宅→包括	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】 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）	【計画書の種類】 「介護予防ケアマネジメント支援計画・評価表」（総合事業のみの場合）【様式7】使用の場合。	居宅 居宅→包括	「介護予防ケアマネジメント支援計画・評価表」（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 居宅→包括	【注】加算・終了について「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7・10）、それ以外については経過記録に記載してもよい。  【様式7】又は【様式10】
		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。 【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	
⑫	終結	支援→自立、要介護、入所、転居、死亡等  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	指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの一部委託に係る届出書の提出 ※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 要支援者新規申請（区分変更）	更新申請	更新の意向確認。 更新申請書の作成、代行申請。	介護保険課→包括 →居宅→利用者 居宅→介護保険課	「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
		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、事前に連絡をする。 申請書作成、代行申請	居宅→包括 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	

記載の留意点

介護予防ケアマネジメント 支援計画・評価表

事業所名 郡山〇〇 居宅介護支援事業所

利用者名 ヨリヤマ イチタロウ 郡山 一太郎 様

要支援1・要支援2・事業対象者

計画作成者 〇〇 〇〇〇

【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】

Table with 6 columns: 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. Values: /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。必要時応じて医師にも連絡し確認をする。

Main assessment table with columns for '現在の状況について' and '集計'. Includes handwritten notes and red callouts.

Support plan table with columns for 'できるよになると良いこと、目標、そのための取り組み、サービス提供内容など'. Includes handwritten notes and red callouts.

Evaluation table with columns for '(中間・最終)評価日' and '集計'. Includes handwritten notes and red callouts.

上記に含まれないが気になる点などがあれば記載。

週間計画は計画表の裏に印刷をせず、別の用紙に印刷をする。

【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。

令和 年 月 日 氏名

**記載の留意点**

**介護予防サービス・支援計画書**

**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**

利用者名

No. \_\_\_\_\_  
 利用者名 \_\_\_\_\_ 様 認定年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 認定の有効期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）  
 計画作成（変更）日 \_\_\_\_\_ 年 月 日（初回作成日） \_\_\_\_\_ 年 月 日 担当地域包括支援センター \_\_\_\_\_

目標とする生活		1日		1年		1日		1年				
アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題（背 景・原因）	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての意向 本人、家族	目標	目標についての 支援のポイント	本人等のセルフケア や家族の支援、イン フォーマルサービス	介護保険サービスま たは地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間
<p>●状態の客観的事実を4領域に 別けて書く</p> <p>●主観的な判断や思いは書かない できてるか、できないか しているか、していないか ●誰が手伝っているか</p>	<p>●各アセスメント領域において確認し た内容について、利用者・家族の 認識を確認する。「○」でできるよ うに「○」をマークし、できないと 記載し、利用者・家族どちらの認識 が明確にし、その理由について確 認する。</p> <p>●利用者や家族の意向が異なった場 合には、それぞれ記載する。</p> <p>●家族が言っていることで、本人が傷 つく言葉はそのまま書かない。</p> <p>●肯定的でない、消極的な意向であ った場合は、その意向に対し、た だちにプランを立てるのはなく、</p>	<p>●各領域における課題を総合して全 体像をとらえる。</p> <p>●領域における各課題共通の要因、 背景等を見つけ、それらが引き起 こす生活課題を記入する。</p> <p>●危険性や可能性の手前を記入する。</p> <p>●利用者にとって優先順位の高い順 で課題を列挙する。</p> <p>●複数の領域それぞれに課題があっ たとしても、その課題の原因や背 景などが同一の場合、統合して、 目標と具体策を立てたほうが、領 域だけの課題でなく、利用者の全 体像を理解し、より根本的な課題 を引き出すことができる。</p> <p>●意向や目標・具体策は書かない。</p> <p>●課題ごとに、1、2、と番号をふる。</p>	<p>●「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</p> <p>●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。</p> <p>●このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能な具体的なものとする。</p> <p>●また、具体策についても、総合事業や予防給付だけでなく、生活機能の 低下を予防するための、利用者自身のセルフケアや、家族の支援、地域 のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。</p> <p>●具体的には、「○」が必要、「○」を行う、と記載し提案する。次の右側 の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と 支援内容につながる。</p> <p>例)</p>	<p>●左側の提案に対して取り組 むのが困難であったり、継続 することが難しいなど、利用 者や家族の認識や意向を聞 き、記載する。</p> <p>●具体策について単に意向を 聞いただけでなく、具体策の含 意が得られなかった場合には、 その理由や根拠等につ いて、利用者や家族の考え を把握し、記載する。その理由 や根拠が、次の項目の「目 標」欄の情報とは異なる。目 標設定を意図する上での足 かりである。本人・家族の 意向と専門家としてのケアマ ネジメントの考えをすりあわ せる。</p>	<p>●前項目で利用者や家族とともに考 え、合意した目標を記載する。当 初から、「課題」に対する、目標と具 体策について合意を得られた場 合にはそのまま記載する。</p> <p>●数量目標があれば、達成したかど うか評価しやすい。</p> <p>例）                  ●ひとりりでまで歩いて行けるよう になる。                  ●一日に一度は、肉か魚を食べる。</p>	<p>●支援者側が支援実施にお ける安全管理上のポイント や、目標に対して、具体的 な支援を行う上での支援 者側の留意点を記載する。</p> <p>●健康状態について記載さ れている主治医の指示や 禁忌などを記載する。（リ スクーマネジメント）</p> <p>●担当者の役割分担や配慮 すべき事項を記載する。</p>	<p>●本人自ら取り組むこと、家族 が支援すること、地域のボラ ンティアや近隣住民の協力な どを具体的に記載する。</p> <p>●誰が何をするのかを明記する。</p> <p>●本来の支援が実施できない場 合には、利用者や家族と合意 できた「当面の支援」【書 きで記載する。「当面の支援」 がない場合は書く必要はない。 例）</p> <p>●家族と一緒に鉢植えの手入 れを行う。                  ●近所の友人と連れだって、買 い物に一緒にでかける。</p>	<p>●予防給付、地域支援事業の具体的な サービス内容を記載する。（介護予防福 祉用具貸与等サービスの種類の記載 ではない。）</p> <p>●「掃除」や「買物」、「ハビリ」だけでなく、 「この掃除をどのように行うか、代行 するか共に行うのか」「どのような「ハ ビリ」を行うのか」等記載する。</p> <p>例）自分にあった運動の仕方を身につけ、 自宅でも少しずつ運動できるようにする。 例）できる限り、日中は起き上がり居室で 座って過ごすなどベッドから離れる。</p>	<p>●当該サービス提供を行う、事業所名を 記載する。</p> <p>●家族、地域、介護保険サービス以外の、 公的サービスが担う部分についても、 誰が行うかを明記する。</p>	<p>●「期間」は左記に挙げた「サー ビス」までの程度の期間にわ たり実施するのものを記載する。 ●【○月○日～○月○日】と記 載する。</p> <p>●「期間」の設定においては「認 定の有効期間」も考慮する。 ●自費、実施曜日など提案があ ればそれも記載する。 → サービス担当者会議でサー ビス事業者と調整し、最終 的に記載するかどうか合意 すること。</p>		

●状態の客観的事実を4領域に別けて書く  
●主観的な判断や思いは書かない  
できてるか、できないか  
しているか、していないか  
●誰が手伝っているか

●自ら行きたい場所に移動できているか  
●杖や福祉用具、手段  
●自宅や屋外での歩行  
●交通機関を使つての移動状況

●日常生活機能について  
●日常生活機能について  
●日常生活機能について

●家族や友人との関係、交流の状況  
●友人を招いたり友人宅を訪問する状況  
●家族・友人などとの会話や電話での意思疎通  
●認知機能（見当識等）  
●地域での役割（老人クラブや町内会）  
●趣味や楽しみの状況  
●緊急時の対応状況

●排泄の状況  
●入浴やシャワーの状況  
●頭、顔、首、爪などの手入れ  
●健康への配慮（食事・運動・睡眠）に気をつけている状況  
●服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができているか

主治医意見書などから特に注意すべき事項を書く  
副作用と注意すべき薬や急家の可能性のある病状、禁忌事項などを書く。

健康状態については、主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書き下さい。  
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業						

基本チェックリストの結果を参考に記載する。判定基準を参考にしながらアセスメントする。

【意見】

地域包括支援センター ※委託の場合

●居宅介護支援事業所に委託している場合に記入する。  
 ●意見欄→利用者に対し、「地域包括支援センター職員も応援しているので、介護予防に積極的に取り組んでほしい」というような文言を記載する。  
 ●特になければ無記入にする必要はない。  
 ●確認欄→必ず記入すること

【本来行へ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

●本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援ができるように働きかけるとともに、代替手段や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。  
 ●必要な社会資源が地域にない場合にも、地域にける新たな活動の創設などの必要性を記載する。

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

●利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。

計画に関する同意  
 上記計画について、同意いたします。

\_\_\_\_\_ 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

## 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 及び介護予防ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメント
ケアプランの様式		様式 9	様式 7
記録方法	① 中間 評価	<p>期間の中間 (期間が1年以上の場合は6か月毎)</p> <p>様式8 (経過記録) に記載する。 ◆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。</p>	
	② 最終 評価	<p>評価期間の最終月</p> <p>様式10等に記載する。 ⇒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。</p>	
	<p>&lt;様式8 (経過記録) の記載内容&gt;            タイトル【評価】            1.目標達成状況            2.目標 (例：達成 ほぼ達成 未達成 未実施)            3.目標達成しない原因等            4.今後の方針</p>		
	③ 状態 変化 時	<p>随時</p> <p>様式10等に記載する。 ⇒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。</p>	
	④ 加算	<p>3か月毎</p> <p>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。</p>	
		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。	
		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。	