

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

令和6年4月1日版



郡山市
地域包括ケア推進課

【 目 次 】

用語の解説	1
1 介護予防・日常生活支援総合事業とは	2
2 介護予防ケアマネジメントについて	4
3 介護予防ケアマネジメントの対象者	4
4 支給限度額	4
5 介護予防ケアマネジメントの実施主体（実施担当者）	5
6 介護予防ケアマネジメントの考え方	5
7 介護予防ケアマネジメントの委託について	5
8 介護予防ケアマネジメントの注意事項	5
9 介護予防ケアマネジメントの報酬（単価・加算・減算）	5
10 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを利用できる方	7
11 事業対象者の方の相談の流れ	9
12 介護予防ケアマネジメント作成に係る様式について	14

○用語の解説

このマニュアルで使用する用語の意味は、次のとおりです。

用 語	意 味
① 総合事業	介護予防・日常生活支援総合事業の略。(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)
② 介護予防・生活支援サービス事業	訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス、介護予防ケアマネジメントなどの総合事業によるサービス
③ 一般介護予防事業	介護予防教室や住民運営の通いの場づくりなど、要支援者等を含めた高齢者の介護予防を推進する事業
④ 要支援者	要介護認定を経て、要支援1、2と認定された方
⑤ 事業対象者	介護予防・生活支援サービス事業対象者の略。基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した方
⑥ 第1号訪問事業	旧介護予防訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる訪問型サービス
⑦ 第1号通所事業	旧介護予防通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる通所型サービス
⑧ 介護予防訪問介護相当サービス事業	旧介護予防訪問介護に相当するサービス
⑨ 介護予防通所介護相当サービス事業	旧介護予防通所介護に相当するサービス
⑩ 訪問型サービスA(訪問型基準緩和サービス事業)	従前相当サービス⑧に比べ基準を緩和した訪問型サービス
⑪ 通所型サービスA(通所型基準緩和サービス事業)	従前相当サービス⑨に比べ基準を緩和した通所型サービス
⑫ 訪問型サービスC	保健師等により提供される居宅での相談指導で、3～6カ月の短期間で行われる「短期集中予防サービス」
⑬ 介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)	要支援認定及び事業対象者の確認を受けた方に対して、自立支援を目指し、心身の状況、置かれている環境・状況に応じて、総合事業によるサービス等を適切に提供するためのケアマネジメント
⑭ 介護予防支援	要支援認定を受け、予防給付又は予防給付と総合事業によるサービス等を併用して利用する方に対して、サービス等を適切に提供するためのケアマネジメント

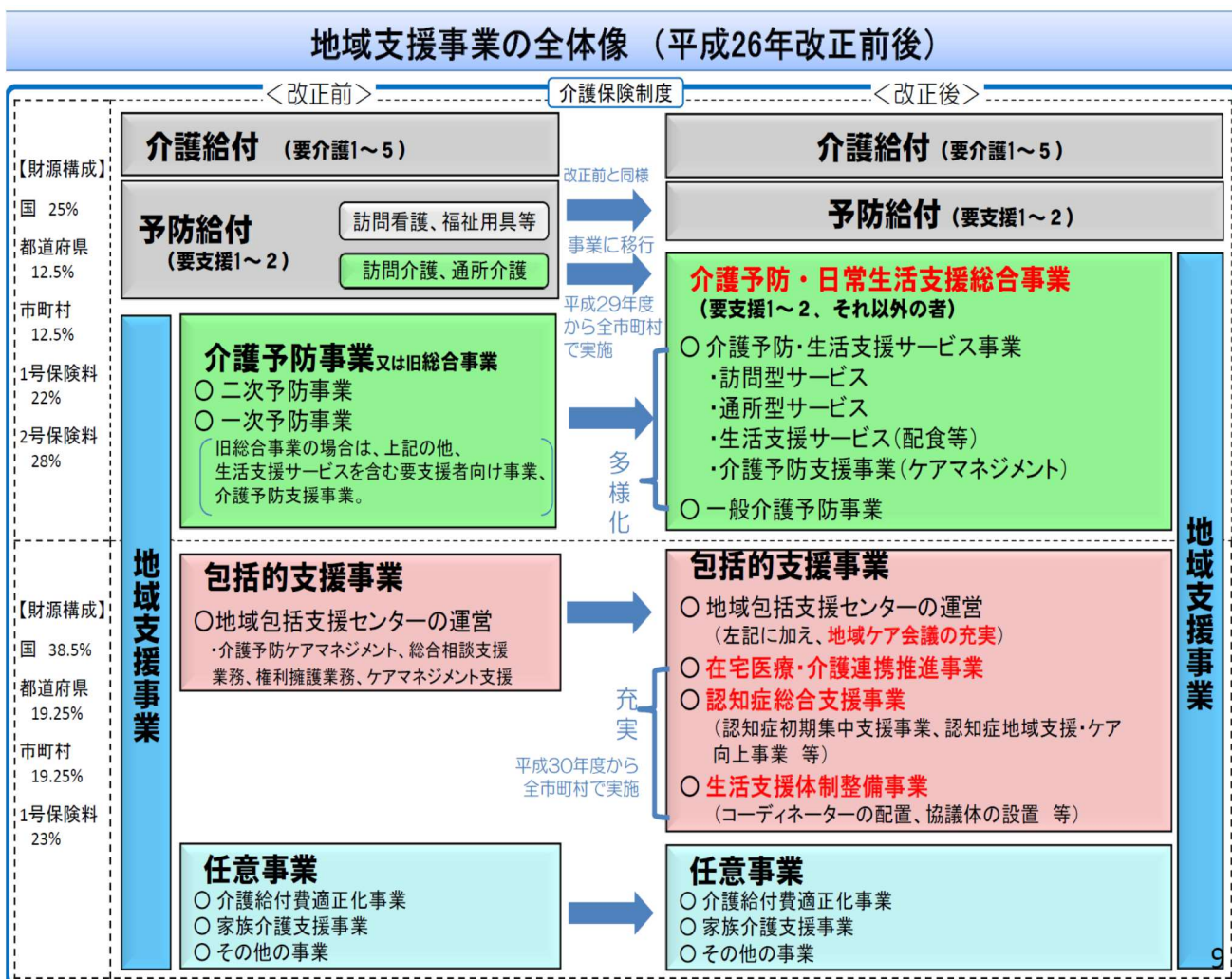
1 介護予防・日常生活支援総合事業とは

郡山市では、平成28年4月から介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）をスタートしました。

総合事業は、「介護予防・生活支援サービス」と「一般介護予防事業」で構成され、高齢者の介護予防と日常生活の自立を支援することを目的としています。

介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）及び介護予防通所介護（デイサービス）が、「介護予防・生活支援サービス」となり、全国一律の給付から市町村事業に移管し、郡山市独自の多様なサービスを提供することができるようになりました。

また、一般介護予防事業については、「地域づくりの中の介護予防」という新たな視点から、事業展開を行っていきます。



※ 介護予防サービスの変更内容（主なもの）

【平成27年度以前】

【現在】

予 防 給 付	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防訪問介護 ・介護予防通所介護 ・介護予防訪問看護 ・福祉用具貸与等のサービス 	⇒	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防・生活支援サービス 	<ul style="list-style-type: none"> ・第1号訪問事業 ・第1号通所事業
			<ul style="list-style-type: none"> 予防給付 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防訪問看護 ・福祉用具貸与等のサービス

介護認定審査会により非該当の認定を受けた方は、平成27年度以前は介護予防教室等のみの利用でしたが、地域包括支援センター窓口で基本チェックリストを実施し、「事業対象者」と認定されれば、介護予防・生活支援サービス事業の第1号訪問事業及び第1号通所事業を利用することが出来ます。

(注意) 予防給付のサービスは、「要支援1～2」の認定を受けなければ利用できません。

〈介護予防・生活支援サービス事業〉

第1号訪問事業	介護予防訪問介護相当サービス事業	【旧介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）と同様】 利用者が自力では困難な行為について、同居家族の支援や地域の支え合い・支援サービスなどが受けられない場合、ホームヘルパーによる自立支援に向けたサービスが利用できる。
	訪問型基準緩和サービス事業	介護サービス提供事業者のほか、NPO法人、民間事業者等の多様な主体が身体介護を伴わない生活援助を行う。
	短期集中訪問型サービス事業	3～6ヶ月の間に、閉じこもりやうつなどの症状が見られる方の自宅を保健師等が訪問し、相談に応じ、地域の介護予防活動や地域資源につなげる。
第1号通所事業	介護予防通所介護相当サービス事業	【旧介護予防通所介護（デイサービス）と同様。】 通所介護施設で、日常生活上の支援などの基本的サービスや生活行為向上のための支援を行うほか、その方の目標に合わせた「選択的なサービス（運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上、アクティビティなど）」を提供する。
	通所型基準緩和サービス事業	介護サービス提供事業者のほか、NPO法人、民間事業者等の多様な主体がレクリエーションや趣味活動などを中心とした短時間型サービスを提供する。

〈一般介護予防事業〉

- 65歳以上の全ての者、その支援のための活動に関わる全ての者が対象。
- 広報こおりやま等にて随時お知らせ。

介護予防把握事業	「おたっしゃ長寿アンケート」により、個人・地域の把握を行う。
介護予防普及啓発事業	介護予防大会や各種介護予防教室を開催し、知識の普及をはかる。
地域介護予防活動支援事業	住民主体の「通いの場」の支援や介護予防ボランティアの育成、介護予防に資する地域団体への支援を行う。
地域リハビリテーション活動支援事業	地域の場にリハビリ専門職等が赴き、運動指導や助言等を実施する。

2. 介護予防ケアマネジメントについて

総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）（以下、「介護予防ケアマネジメント」という）は、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、第1号訪問事業、第1号通所事業、その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）のほか一般介護予防事業や市町村の独自政策等、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供できるよう必要な援助を行う事業です。

3. 介護予防ケアマネジメントの対象者

- (1) 要支援1・2の認定を受けているもののうち、下記ア・イのサービスのみの利用者
 - ア 第1号訪問事業
(介護予防訪問介護相当サービス事業、訪問型基準緩和サービス事業)
 - イ 第1号通所事業
(介護予防通所介護相当サービス事業、通所型基準緩和サービス事業)
- (2) 基本チェックリストで「事業対象者」と判定された、上記ア・イのサービス利用者

4. 支給限度額

認定区分等	支給限度額
事業対象者	5,032 単位
要支援1	5,032 単位
要支援2	10,531 単位

※事業対象者の第1号訪問事業・第1号通所事業の回数は、要支援1に同じ

※第1号訪問事業・第1号通所事業、第1号介護予防支援事業に要する費用の額については、「郡山市介護予防・生活支援サービス事業サービスコード表」（以下「サービスコード表」と

いう)のとおり。

※サービスコード表は本市ウェブサイトに掲載。

5. 介護予防ケアマネジメントの実施主体（実施担当者）

利用者の住所地の地域包括支援センターにおいて実施。

実施可能な職員は、

- (1) 地域包括支援センターに配置されている3職種（保健師・保健師等、社会福祉士・社会福祉士等、主任介護支援専門員）
- (2) 介護支援専門員等、指定介護予防支援業務を行っている職員

※(1)・(2)で相互に連携しながら行うこと。

6. 介護予防ケアマネジメントの考え方

介護保険法第4条第1項に基づき、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行っていくように支援します。

そのために、適切なアセスメントを実施し、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者がそれを理解した上で、その達成の為に必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととします。

(参考) 介護保険法第4条第1項

国民は、自ら要介護状態になることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保険医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

7. 介護予防ケアマネジメントの委託について

業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託することができる。

※地域包括支援センター運営協議会の定めるガイドライン及び「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」参照

8. 介護予防ケアマネジメントの注意事項

利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講ずること。

9. 介護予防ケアマネジメントの報酬（単価・加算・減算）

- (1) 単 価・・・442単位（4,420円）
- (2) 加 算

※ 現行の指定介護予防支援における基準に準じて算定

ア 初回加算 ・ ・ 300 単位 (3,000 円)

(A) 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

※ 契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む

(B) 要介護者が要支援認定を受ける、あるいは事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

※ 要支援の認定有効期間の満了の翌日から、事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定は行えない。

※ 過去2ヶ月以上当該地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防ケアマネジメント費が算定されていない場合は、初回加算可能。

イ 委託連携加算 ・ ・ 300 単位 (3,000 円)

利用者1人につき指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り算定。(当該加算を勘案した委託費の設定等を行うこと)

(介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算は令和3年4月1日より廃止。)

※ 担当地域包括支援センター及び委託先の居宅介護支援事業所に変更があり、新たに情報を共有してケアプランを作成する場合にも算定が可能。

※ 契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2月以上経過した後に、新たに情報を共有してケアプランを作成する場合にも算定が可能。

(3) 減算

ア 高齢者虐待防止措置未実施減算 ・ ・ 4 単位 (40 円)

事業所において高齢者虐待防止措置を講じていない場合に、利用者全員について減算。

※ 事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的には開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年1回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について減算する。

イ 業務継続計画未策定減算 ・ ・ 4 単位 (40 円)

感染症若しくは詐欺のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、かつ、業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合に減算。

※令和3年度介護報酬改定において業務継続計画の策定と同様に義務付けられた、業務継続計画の周知、研修、訓練及び定期的な業務継続計画の見直しの実施の有無は業務継続計画未策定減算の算定要件ではない。

10. 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを利用できる方

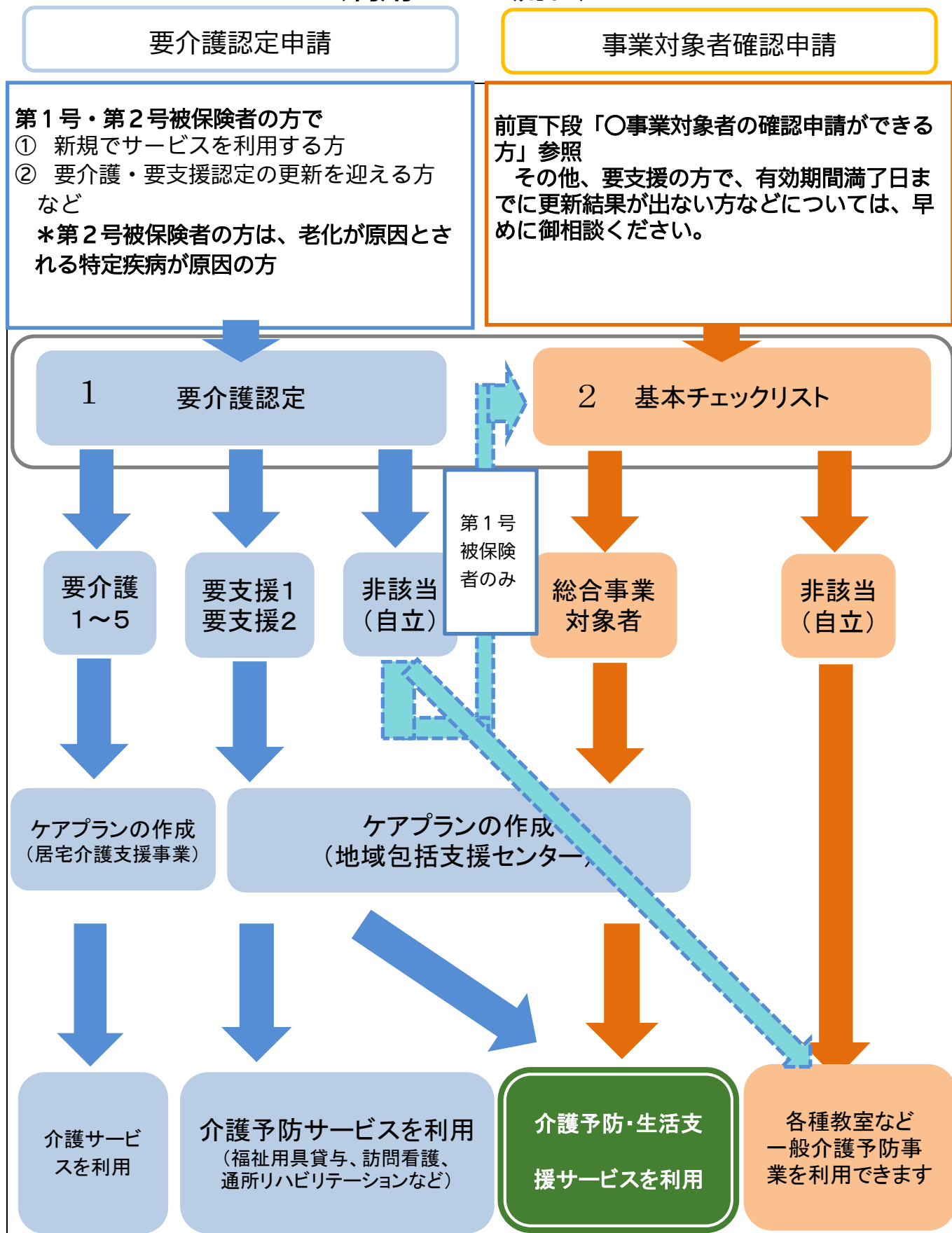
- ①「要支援1」「要支援2」の方
- ②事業対象者の方（**注意**「事業対象者」は予防給付のサービスは使えません）

○事業対象者となることの申請（確認申請）ができる方

65歳以上の第1号被保険者で

- ① 新規でサービスを利用する方（同時に要介護認定申請が必要）
 - ② 6か月以内において、要介護認定申請の結果が「非該当（自立）」になった方で、第1号訪問事業、第1号通所事業の利用を希望し、かつ必要と判断された方
 - ③ 要支援認定を既に受けており、更新時に第1号訪問事業及び第1号通所事業のみを利用している方で、今後も同様のサービスを希望し、かつ要支援認定を希望しない方（有効期間満了日の60日前から満了日までの申請に限る）
- *要支援2の方が事業対象者になった場合、支給限度額が変更になり、サービス利用回数も変更になる場合があるので御注意ください。
- ④ 既に事業対象者の確認を受けている方で、更新を希望する方（有効期間満了日の60日前から満了日までの申請に限る）
 - ⑤ 他の市町村で事業対象者の確認を受けた方で、本市の介護保険の被保険者となった方（本市の被保険者になった日から14日以内に限る。）
- *②～⑤の方は郡山市介護認定審査会の審査を省略できます。

〈利用までの流れ〉



※一般介護予防事業は、全ての高齢者及びその支援者が利用できます。

11. 事業対象者の方の支援の流れ

- 1 介護予防・日常生活支援総合事業の説明
↓
- 2 基本チェックリストの実施（様式3）
↓
- 3 「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）の記入
↓
- 4 「2」、「3」、「介護保険被保険者証」を地域包括ケア推進課へ提出
↓
- 5 事業対象者の確認（地域包括ケア推進課）
↓
- 6 被保険者証等の発行（地域包括ケア推進課）
↓
- 7 介護予防ケアマネジメント作成の説明
↓
- 8 重要事項説明
↓
- 9 契約・個人情報使用の説明と同意
↓
- 10 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（様式2）
↓
- 11 アセスメント、ケアプラン原案作成、サービス担当者会議
↓
- 12 ケアプランの同意
↓
- 13 ケアプランの確定・交付
↓
- 14 サービスの利用開始
↓
- 15 モニタリング
↓
- 16 評価（中間・最終）（様式7）

～項目ごとの解説～

1 介護予防・日常生活支援総合事業の説明

- 郡山市介護予防・生活支援サービス事業対象者としての申請は、利用希望者の住所地の地域包括支援センターが行う。
- 原則、相談・聴き取りは、本人との面談で行いますが、万が一本人と面談できない（入院中である等）場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聴き取る。その場合の基本チェックリストの活用については、本人や家族が行ったものに基づき、介護予防ケアマネジメントのプロセスで、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明等を行い、適切なサービスの利用につなげる。
- 要支援1.2の方が更新を希望せず「事業対象者」を希望する場合、この先、利用するサービスは第1号訪問事業・第1号通所事業のみでよいか確認する。

*事業対象者の辞退は現行では想定していないため、将来、元気高齢者のみのサービス（例：いきいきデイクラブ）を希望する可能性がある場合は、必ず確認する。
以下(1)～(4)の内容について説明する。

(1) 総合事業の趣旨

- ①効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開により、要支援状態からの自立の促進や重度化予防を推進する事業である。
- ②本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、目標達成後には、また新たな目標を立て自立に向けたステップアップをしていく。

(2) 総合事業のメニュー

- ・第1号訪問事業(介護予防訪問介護相当サービス事業、訪問型基準緩和サービス事業、短期集中訪問型サービス事業)
 - ・第1号通所事業(介護予防通所介護相当サービス事業、通所型基準緩和サービス事業)
- ※詳細については3頁の表「介護予防・生活支援サービス事業」を参照。

(3) 郡山市における事業対象者の有効期間は48ヶ月である。

(4) 事業対象者となった後も、必要時には要介護認定等の申請が可能である。

※事業対象者の方が要介護認定(新規)申請を行い、認定結果が「非該当」の場合、要介護認定申請前の事業対象者の有効期間が継続され、地域包括ケア推進課から「事業対象者」の被保険者証が送付される。この際、以下の点について確認する。

- ①送付された被保険者証の要介護状態区分等が「事業対象者」であること。
- ②介護認定申請前の有効期間が継続されていること。

※事業対象者の方が要介護認定(新規)申請を行い、要介護または要支援に認定された場合、要介護認定区分は申請日に遡って適用されるので注意。

2 基本チェックリストの実施（様式3）

質問項目の主旨を説明しながら（「様式4 基本チェックリストについての考え方」参照）、原則本人が記入する。質問項目と併せて、利用者の状況を聴き取る。

3 「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」の記入（様式1）

基本チェックリスト実施と同時に記入。
申請書「第1号様式（第5条関係）」（様式1）の問合せ先欄には家族を記入する。申請者に家族がない場合は、地域包括支援センター担当者を記入する。

4 上記「2」・「3」・「介護保険被保険者証」を地域包括ケア推進課へ提出

地域包括ケア推進課にて確認を行う。

5 事業対象者の確認（地域包括ケア推進課）

提出された確認申請書及び基本チェックリストをもとに、地域包括ケア推進課で事業対象者の確認をする。

6 被保険者証等の発行（地域包括ケア推進課）

地域包括ケア推進課は、基本チェックリスト等により事業対象者と確認された者に、下記を発送する。1～2週間程度で決定見込み。

- (1) 郡山市介護予防・生活支援サービス事業対象者確認通知書
- (2) 介護保険被保険者証（事業対象者に該当しない方にも発送されます）
- (3) 介護保険負担割合証（既に配布されている方には発送されません）

7 介護予防ケアマネジメント作成の説明

介護保険制度のしくみや介護予防ケアマネジメントの目的、内容・サービス提供の流れを説明。併せてサービス利用料や自己負担限度額についても、分かりやすく丁寧に説明する。

8 重要事項説明

契約締結前に説明。利用者の同意が得られたら利用者、地域包括支援センターが署名及び捺印し、それぞれが1部ずつ保管。

9 契約・個人情報使用の説明と同意

重要事項の説明後、同意が得られたら、契約の締結及び個人情報使用の説明と同意をもらい、「個人情報使用同意書」に署名・捺印をもらう。

10 郡山市居宅・介護サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更・廃止）届出書の提出（様式2）

契約完了後、利用者に記入を依頼し、事業対象者は地域包括ケア推進課へ提出。事業所番号は「指定介護予防支援事業所」の番号を記入する。

※「要支援1・2」の場合は、介護保険課へ提出。

11 アセスメント、ケアプラン原案作成、サービス担当者会議

利用者基本情報（様式6）を作成し、アセスメントの開始。

（1）アセスメント（課題分析）

利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施。

- ※ 利用者の自宅に訪問して本人との面接による聴き取り等を通じて行う。
- ※ より本人にあった目標設定に向けて、必要に応じ「興味・関心シート（様式5）」なども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要である。
- ※ プロセスの中で、利用者の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。

（2）ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成（様式7・8）

利用者のニーズに応じて、必要な支援を計画する。

- ※ 様式は、現行の介護予防サービス計画様式を流用することも可。

タイトルは、「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」と修正。

（システムが対応していない場合は、手書き等で「介護予防ケアマネジメント」の文言を追加。）

- ※ どのような生活をするようになるかを目標にする→長期目標
そのためにできるようになることを目標にする→短期目標
（短期目標は長期目標の達成を目指して段階的に定めた目標です）
- ※ 「できるようになるとよいこと、目標」の設定
→ 単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。また、計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましい。
- ※ 利用するサービス内容について
→ 利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定する。
→ 総合事業の給付管理については、指定事業者によるサービスを利用する場合にのみ行う。→ ケアプランの実施期間については、利用者によく相談しながら設定し、ケアプラン全体を作成する。利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、ケ

アプラン原案（ケアマネジメント結果表等）の内容を検討していく中で、利用者の意向も踏まえながら、目標の設定やその達成に向けての取組、利用するサービス、実施期間等を検討し、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）全体を作成する。

○本人の潜在能力にも注目し、ケアプランにフォーマルサービスだけでなく、インフォーマルサービスとして利用者や家族、地域などの取り組みや支援を取り入れていくことが望まれています。

(3) サービス担当者会議の開催

12 ケアプランの同意

※サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し、同意を得る。

13 ケアプラン確定・交付

※本人の同意を得たケアプランを、サービス提供者にも交付する。

14 サービスの利用開始

※各サービス事業者が本人に第1号事業計画書の交付し、サービスを実施する。

15 モニタリング

サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握。
利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取。

※ 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。

※ 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

よう努めるとともに、当該面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。

※ 介護予防ケアマネジメント費は国保連へ請求。

※ モニタリングの結果を支援経過に記録する。

16 評価（中間・最終） ※様式7

利用者のサービス利用状況に応じ、時期を決めて評価を行う。
最終評価では目標が達成されたか評価し、今後の方針を決定する。

※ 設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共に共有しながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定する。

◎中間評価を行う場合

介護予防ケアマネジメント支援計画・評価表の場合は、作成したケアプランをコピーし、評価を記入する。コピーは原本と一緒に保管し、最終評価の参考とする。

12. 介護予防ケアマネジメント作成に係る様式について

※様式の一覧については別表「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」を参照。

なお、介護予防支援における介護予防サービス計画で使用する様式は介護予防ケアマネジメントにおいても使用可能。

1. 作成するもの

ア 利用者基本情報（様式6）

イ 興味・関心チェックシート（様式5） ※必要に応じて作成

ウ 介護予防ケアマネジメント 支援計画・評価表（様式7）

エ 介護予防週間支援計画表※

※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）（介護予防週間支援計画表）を活用し、作成する

オ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（様式8）

2. 様式記載方法

(1) 興味・関心チェックシート（様式5） ※必要に応じて作成

※氏名・年齢・性別・記入日を記載。

利用者に、項目ごとの該当箇所へ○をつけてもらう（もしくは聞き取る）

(2) 「介護予防ケアマネジメント 支援計画・評価表」（様式7）

※ 「1.ア 利用者基本情報（様式6）」とセットで運用

① 「No.」

利用者の整理番号を記載する。

②「利用者名」

当該介護予防ケアマネジメント等の利用者名を記載する。

③計画作成（変更）日

当該地域包括支援センター若しくは介護予防支援事業者または当該委託を受けた居宅介護支援事業者において当該利用者に関する介護予防サービス計画等を作成した日を記載する。

④「健康状態について」

「主治医意見書」（要支援者のみ）、「生活機能評価」「基本情報」等より健康状態について、介護予防サービス計画等を立てる上で留意すべき情報について記載する。

⑤「基本チェックリスト結果」

事業対象者において、基本チェックリストの結果点数を項目別に転記する。
（要支援1・2は記載不要）

⑥「現在の状況について」

各領域について、本人と面談し、現在の状況について○をつける。

「はい」に○がついた数で、点数を集計する。

「その他の事項」については、「上記領域には含まれないが気になる点等」あれば記載する。

⑦「できるようになると良いこと、目標、そのための取り組み、サービス提供内容など」

⑥「現在の状況について」の結果を踏まえて、目標、取組の内容について具体的に記入。

「ご本人」は、将来、どのようになりたいか、本人や家族の意向について記入。

「サービス提供事業所」は具体的に提供するサービス・サービス事業所を記入。

「ケアマネジャーおよび地域包括支援センターの意見」の欄は、⑥「現在の状況について」及び「ご本人」の意向を踏まえて、専門的観点から、目標と具体策を提案。

欄の大きさは、内容に応じて変更。

⑧「(中間・最終) 評価日」

中間評価日及び実施期間終了後に、再度「⑥現在の状況について」の項目を採点。集計し、評価を行い、次のサービス提供に役立てる。

評価を行った日を「評価日」に記入する。

※中間評価を行う場合は、原本をコピーし評価を記載。最終評価は、原本に評価を記載。

⑨「(委託の場合) 地域包括支援センターの確認」

居宅介護支援事業所が地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用。
（包括で作成する場合は記載不要）

この場合、その介護予防ケアマネジメントの最終的な責任主体である当該地域包括支援センターは、介護予防サービス計画等が適切に作成されていることを確認する必要がある。

このことから、委託された居宅介護支援事業者等は、介護予防サービス計画原案等を作成し、その際に、本欄に確認をした当該地域包括支援センターの担当者が、その氏名を記載するとともに、利用者に対してのコメントを記入する。（当該地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合は、サービス担当者会議の終了時に介護予防サービス計画原案等の確認を行っても差し支えない。）この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

⑩「計画に対する同意」

介護予防サービス計画原案等の内容を当該利用者・家族に説明を行った上で、利用者の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。（代筆・押印も可）

この場合、利用者名を記入した原本は、事業所において保管する。

(3) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録

①「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

② 「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。

なお、介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、委託を受けた指定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

③ 「年月日」「内容」

訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合、その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。事業所から報告書等が提出された場合は、ここに添付する。ここでは、事実の記載は最重要事項であるが、その事実に基づき介護予防サービス計画等の修正が必要と考えられた場合などは、記録を残すことも重要である。

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
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
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	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
基本チェックリスト	様式3	基本チェックリスト	様式3
基本チェックリストについての考え方	様式4	基本チェックリストについての考え方	様式4
生活状況を把握するためのアセスメントシート (1) (2)	(注2)	興味・関心チェックシート(注1)	様式5
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	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
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2)	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
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)			
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)			
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）			
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	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
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 支援計画・評価表)	様式7

(注1)「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2) 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 (<https://www.city.koriyama.lg.jp/soshiki/67/6292.html>) 令和6年4月1日現在

(注3)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。

- 予防給付のサービスを利用する場合は、従来の「介護予防サービス計画」の様式を使用
- 介護予防・生活支援サービス事業のみ利用者は、「介護予防ケアマネジメント」の様式(郡山市様式)を使

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 (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 (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 () 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 <input type="checkbox"/> 事業対象者	年 月 日	
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 年 月 日		<small>※サービス事業対象者の場合は確認を受けた日</small> 電話番号（ ）	
介護保険事業所番号			
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。 <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。 <input type="checkbox"/> 利用者の希望のため。 <input type="checkbox"/> サービスを利用しないため。 <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		<small>※ 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。</small>	
<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 <small>（いずれかにチェック）</small> <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。 <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。 <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。 年 月 日 被保険者 住所 氏 名 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			生年月日
氏名			年 月 日
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 3 その他()		2 介護予防通所介護相当サービス
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。 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

様式 4

	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ヵ月で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3Kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載して下さい。体重は1ヵ月以内の値を、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ヵ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。月と日の一方しかわからない場合には「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・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(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 その他 ()	初 回 再 来 (前 /)
本人の現況	在 宅 ・ 入院または入所中 ()		
フリガナ 本人氏名		男 ・ 女	M・T・S 年 月 日生 () 歳
住所	TEL		()
	FAX		()
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・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 有効期限： 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果： 事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日		
障害等認定	身障 () 療育 () 精神 () 難病 () … ()		
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、 住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護 ……		
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)
住所 連絡先	続柄		
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
			家族関係等の状況

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 (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 (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 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 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 _____

介護予防ケアマネジメント 支援計画・評価表

事業所名 _____

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 (■)を付けて下さい	集計
運動・移動について			
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
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	
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	
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	
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	
日常生活（家庭生活）について			
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
7	洗濯を自分でしていますか	<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	
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	
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	
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて			
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
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	
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	
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	
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	
健康管理について			
16	健康であると思いますか	<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	
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	
19	夜はよく眠れますか	<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	
その他の事項について			計
21			0 / 20

できるようになると良いこと、目標、 そのための取り組み、サービス提供内容など	
ご本人様	
目標	
取り組み	
家族の支援、インフォーマルサービス等	
(訪問型・通所型)サービス提供事業所	事業所名
	期間
(訪問型・通所型)サービス提供事業所	事業所名
	期間
地域包括支援センター または ケアマネジャーの意見	
総合的な方針	
目標についての支援ポイント	

(中間・最終)評価日		集計	
平成	年 月 日		
1	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	5	
2	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
4	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
5	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
6	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	5	
7	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
8	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
9	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
10	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
11	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	5	
12	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
13	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
14	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
15	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
16	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	5	
17	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
18	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
19	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
20	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
		計	
21			0 / 20

【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。

_____ 年 月 日 氏名

(委託の場合)
地域包括支援センターの
確認

(意見)
(地区担当包括・担当者)

