

阿 南 市
介護予防ケアマネジメント
マニュアル



阿 南 市

令和4年4月

目 次

1	介護保険制度の基本的考え方.....	1
2	介護予防の基本的考え方.....	1
3	阿南市の総合事業.....	1
	（1）介護予防・生活支援サービス事業対象者と事業内容.....	3
	（2）一般介護予防事業対象者と事業内容.....	5
	（3）その他の事業.....	5
4	相談受付からケアマネジメント・サービスの利用まで.....	5
	（1）相談からサービス利用手続.....	6
	（2）窓口での相談手続き等.....	7
5	介護予防ケアマネジメントの考え方.....	17
	（1）介護予防ケアマネジメント.....	17
	（2）介護予防ケアマネジメントの留意事項.....	18
	（3）介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例.....	19
6	介護予防ケアマネジメントの類型.....	21
	（1）ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）.....	21
	（2）ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）.....	21
	（3）ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）.....	22
7	介護予防ケアマネジメントに使用する様式.....	23
8	介護予防ケアマネジメントの手順.....	25
9	介護予防ケアマネジメントの留意事項.....	29
10	阿南市版 介護予防ケアマネジメント実施における関連様式.....	31
	① 様式第1号 受付シート	
	② 様式第2号 基本チェックリスト	
	③ 様式第3号 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書	
	④ 様式第4号 興味・関心チェックシート	
	⑤ 様式第5号 阿南市アセスメントシート	
	様式第5号（裏）現行相当サービスの判断基準	
	⑥ 様式第6号 運動プログラム参加に係るチェックシート	
	⑦ 様式第7-1・7-2号 利用者基本情報（Ⅰ）（Ⅱ）	
	利用者基本情報（Ⅰ）（Ⅱ）の記入の仕方	
	⑧ 様式第8-1・8-2号 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録票）Ⅰ・Ⅱ	
	介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録票）Ⅰ・Ⅱの記入の仕方	
	⑨ 様式第9号 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録	
	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録の記入の仕方	
	⑩ 様式第10号 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表	
	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表の記入の仕方	
	⑪ 様式第11号 介護予防ケアマネジメント 依頼終了届出書	
	⑫ 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメントB）	

1 介護保険制度の基本的考え方

介護保険制度においては、『介護を要する状態となっても、できる限り、居宅で自立した生活を営めるようにサービスを提供すること』、『利用者に対しても、介護が必要な状態となることを予防するための健康の保持増進、介護が必要な状態となった場合にも、介護サービスを利用した自立した生活のための能力維持、向上を求めること』が掲げられています。

介護保険制度の基本理念は、「できる限り在宅で自立した日常生活を継続できるように支援すること」です。

条文 介護保険法第4条第1項（国民の努力及び義務）

国民は、自ら要介護状態と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健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。

2 介護予防の基本的考え方

介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものです。特に、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質の向上を目指すものです。

3 阿南市の総合事業

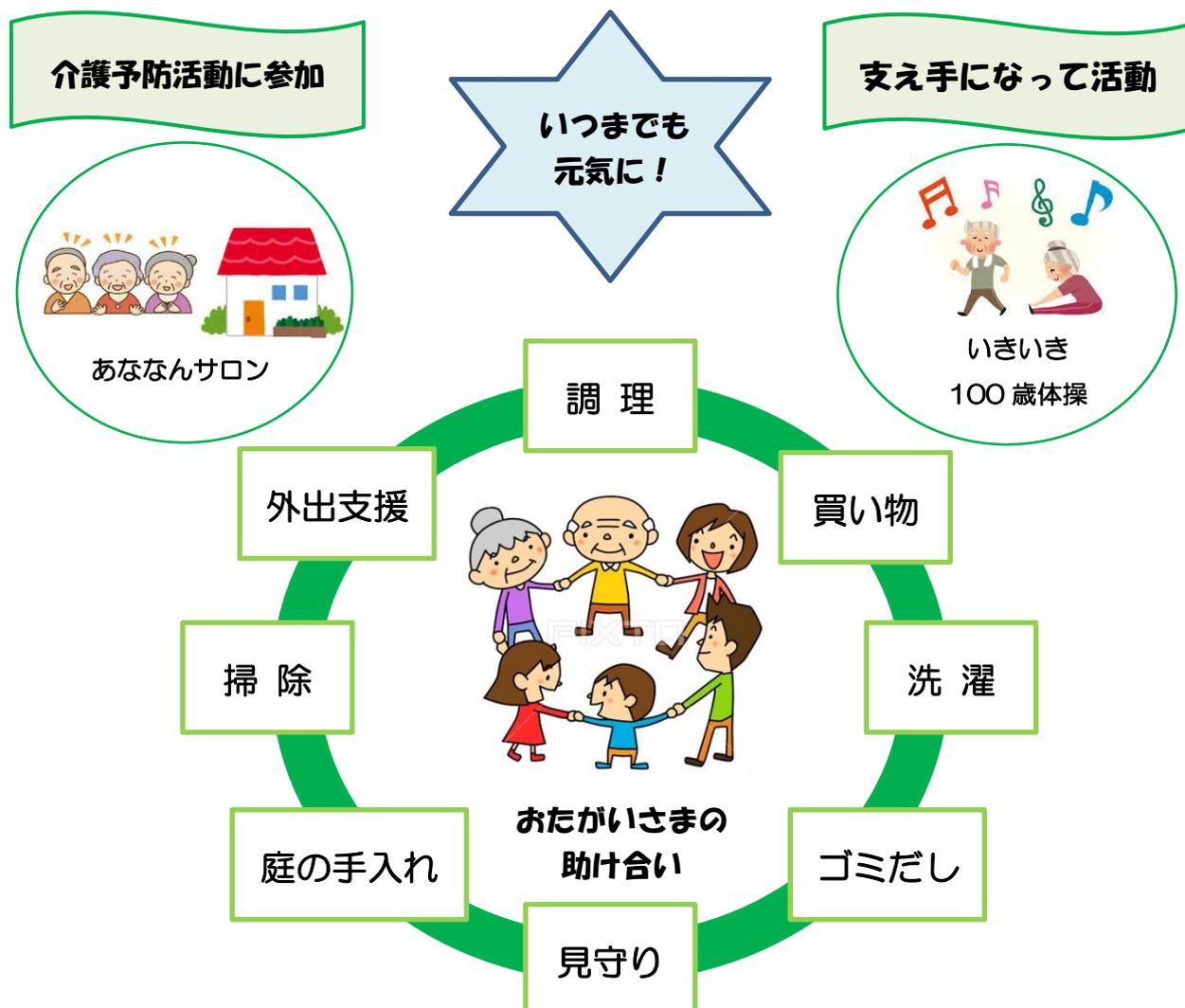
団塊の世代が75歳以上となる令和7（2025）年には、単身高齢者世帯、高齢者のみの世帯、認知症高齢者の大幅な増加が見込まれており、高齢者が住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域の実情に合わせた地域包括ケアシステムの構築が求められています。

地域包括ケアシステムの構築については、生産年齢人口減少による担い手不足の中で、高齢者の増加に伴う生活支援ニーズにどのように応えていくのが課題です。

その解決方法として、阿南市では、各地域で住民自らが介護予防に取り組む活動の支援を行うことで、地域の健康度を高め、人と人がつながり・支え合う地域づくりを目指すとともに、高齢者の社会参加を促し、専門職以外の生活支援の担い手の確保を図らなければならないと考えています。

そのため、阿南市では以下のことを基本として総合事業を実施します。

- 1 介護予防訪問介護・通所介護サービスについては、現行相当サービスと緩和した基準によるサービスを提供します。
- 2 新たなサービスの創出については、今後、生活支援コーディネーターや協議体を中心として、地域ニーズを把握し、地域の実情に応じたサービス内容や提供方法等について検討していきます。
- 3 高齢者ができる限り要介護状態になることを予防し、健康でその人らしい暮らしができることを目指すと共に、地域全体が健康で、通いの場が拠点となり、人と人のつながりにより支え合える地域づくりを行います。



(1) 介護予防・生活支援サービス事業対象者と事業内容

<対象者>

- ① 要支援者・・・要支援認定を受けた方（要支援 1・2）
- ② 事業対象者・・・65歳以上の者で、基本チェックリストの実施により基準項目に該当する方

※ 基本チェックリスト 25 項目のうち、下記の項目に該当する場合に対象

No.	質問項目	回答 いずれかに○をつけて下さい		合計 点	項目
		0	1		
1	バスや車で1人で外出していますか	0	1		生活全般
2	日用品の買い物をしていますか	0	1		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0	1		
4	友人の家を訪ねていますか	0	1		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0	1		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0	1		運動機能
7	椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか	0	1		
8	15分くらい続けて歩いていますか	0	1		
9	この1年間に転んだことがありますか	1	0		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1	0		栄養関係
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1	0		
12	身長 cm 体重 kg BMIが18.5未満である (BMI=体重kg÷身長m÷身長m)	1	0		
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	0		口腔機能
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1	0		
15	口の渇きが気になりますか	1	0		
16	週に1回以上は外出していますか	0	1		外出
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1	0		
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云われますか	1	0		物忘れ
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	1		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1	0		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1	0		こころ
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	0		
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1	0		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1	0		
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1	0		

No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	複数の項目に支障がある場合
No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	運動機能の低下
No.11～12 の 2 項目のすべてに該当	低栄養状態
No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	口腔機能の低下
No.16～17 の 2 項目のうち No.16 がいいえに該当	閉じこもり
No.18～20 の 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当	認知機能の低下
No.21～25 の 5 項目のうちいずれか 2 項目以上に該当	うつ病の可能性

※ 40～64歳の第2号被保険者については、がんや関節リウマチ等の特定疾病に起因して要介護状態等となることがサービスを受ける前提となるため、要介護認定等申請を行ってください。

基本チェックリストは、要介護認定等を省略し、迅速にサービス事業の利用開始につなぐことができます。

<事業内容>

訪問型サービス
(現行の訪問介護相当)

★阿南市介護予防訪問介護相当サービス
有資格者(訪問介護員等)による
身体介護(食事・入浴の介助など)
生活援助(掃除・洗濯・調理など)



訪問型サービスA
(緩和した基準によるサービス)

★阿南市訪問型生活応援サービス
生活援助サービス(身体介護を除く)
生活援助(掃除・洗濯・調理など)



訪問型サービスB
(住民主体によるサービス)

★阿南市ご近所ヘルパー
住民主体による家事援助サービス
掃除、ゴミ出し、洗濯、調理など



訪問型サービスD
(住民主体によるサービス)

★阿南市ご近所ドライブパートナー
住民主体による移送支援



通所型サービス
(現行の通所介護相当)

★阿南市介護予防通所介護相当サービス
専門職によるデイサービス
(介護福祉士等、理学療法士、作業療法士、
言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、
あん摩マッサージ指圧師)



通所型サービスA
(緩和した基準によるサービス)

★阿南市はつらつデイサービス
生活機能を改善することを目標に
支援を行うサービス



**通所型サービスB
(住民主体によるサービス)**

★阿南市ご近所デイサービス
住民主体によるミニデイサービス 

(2) 一般介護予防事業対象者と事業内容
＜対象者＞
65歳以上の高齢者とその支援のための活動に関わる者

一般介護予防事業

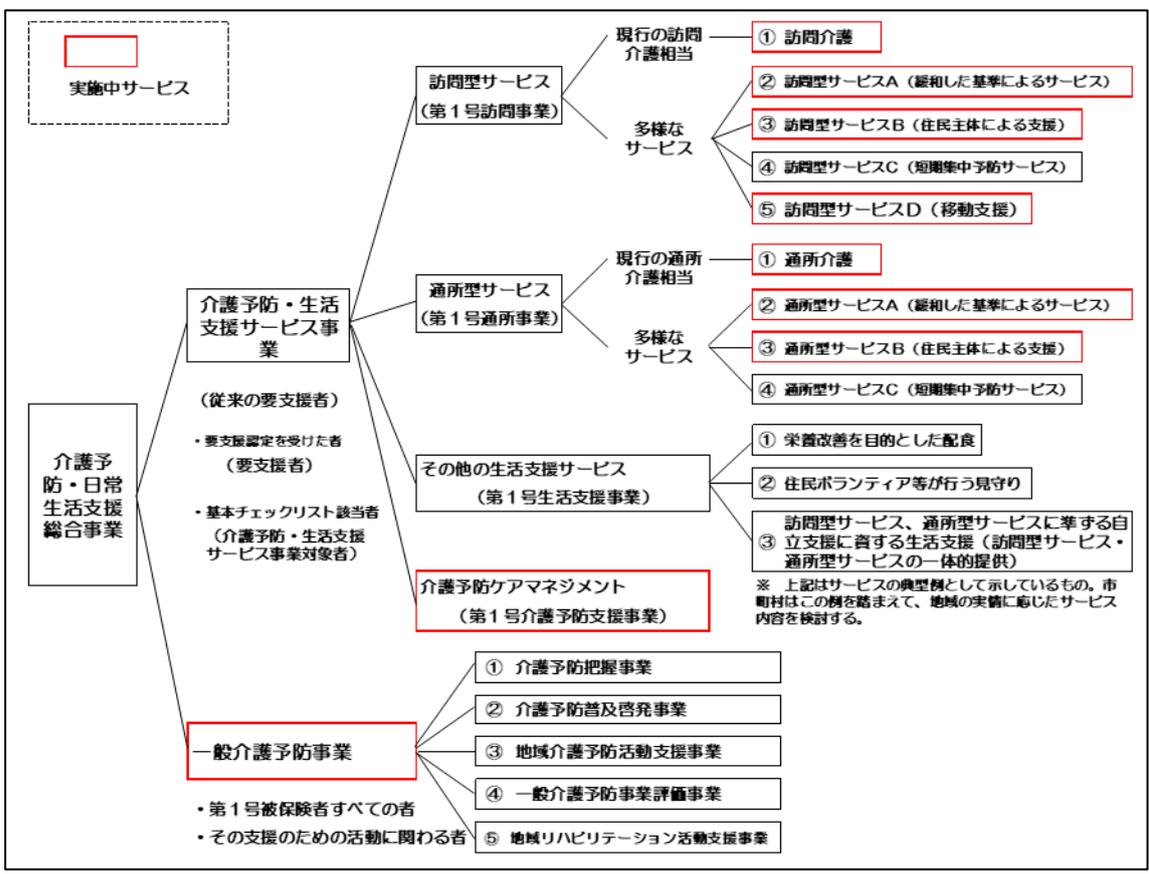
★地域介護予防活動支援事業
(住民主体の介護予防活動)
・あななんサロン
・いきいき100歳体操 
・阿波踊り体操

(3) その他の事業

任意事業

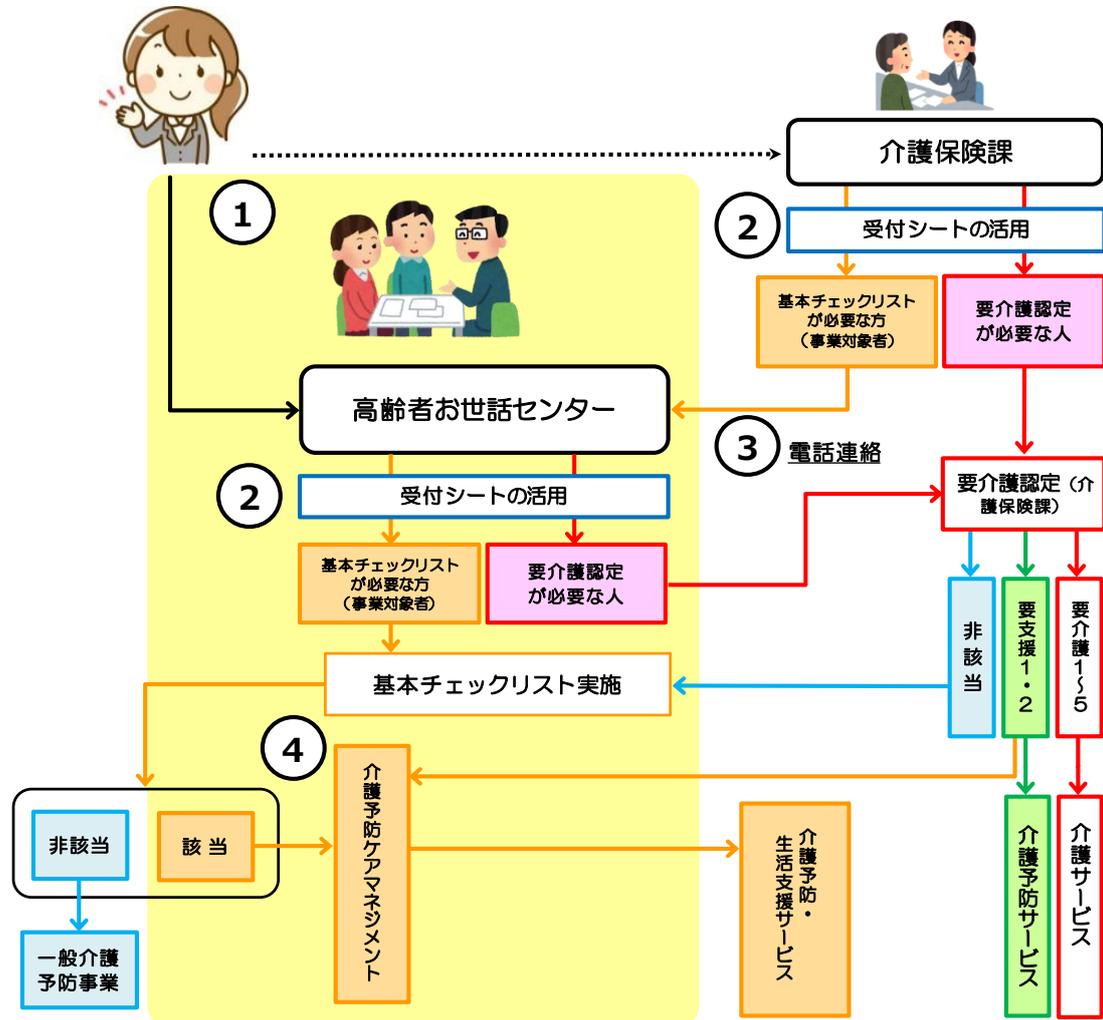
★認知症サポーター養成講座 

※上記事業内容は、今後順次見直し予定であり、阿南市高齢者福祉事業も実施しております。



4 相談受付からケアマネジメント・サービスの利用まで

(1) 相談からサービス利用手続



<p>① 相談受付（事前の問い合わせには）</p> <ul style="list-style-type: none"> * 持参するものを伝える * 各お世話センターへの案内 <ul style="list-style-type: none"> ・ 印鑑 ・ 介護保険被保険者証（ピンク） ・ マイナンバー関係書類 	<p>② 受付シートを活用し、基本チェックリスト実施者が要介護認定申請かを判断</p> <p>※市窓口で相談受付をした場合 基本チェックリストは実施せず、各高齢者お世話センターへ案内</p>	<p>注意</p> <p>③ 相談者が窓口にいる間に お世話センターへ電話連絡</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 基本チェックリスト実施の日程を調整する 2 相談者へ日程と必要書類を伝える 3 お世話センター職員が不在の場合は、後ほどお世話センターへ直接連絡するよう伝えること
<p>④ ケアマネジメント終了後</p> <p>→ 介護保険課へ書類を提出</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防ケアマネジメント ・ 介護保険被保険者証（ピンク） ・ マイナンバー関係書類 	<p><書類の提出について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 申請受付から1週間以内には必ず提出してください。 ・ 月末に申請受付の場合は、末日までに提出をお願いします。 	

(2) 窓口での相談手続き等

① 相談目的や希望するサービスを聴き取る

<相談の受付時に、受付シートの活用>

受付シートの活用について

総合事業の実施にあたって、基本チェックリスト対象者または要介護認定申請対象者の判断を行う必要があります。そのため、各相談窓口で統一した考え方にに基づき振り分けを行うためにシートを活用してください。

※明らかに要介護認定が必要な場合は、このシートの記入は必要ありません。

<相談窓口>

阿南市高齢者お世話センター・介護保険課

総合事業の対象者が要介護認定申請が必要な方かを受付シートを活用して判断します。

- ・要介護認定申請が必要な方・・・介護保険課へ
- ・総合事業の対象者・・・各高齢者お世話センターを案内

総合事業の対象者の場合の基本チェックリストは、市の窓口では行いません。

<高齢者お世話センターへの案内時の注意事項>

- ①相談者が窓口にいる間に、お世話センターへ電話連絡
(基本チェックリスト実施日等の調整を行い、
相談者に伝えること。)
- ②必要書類について
(印鑑、介護保険被保険者証、マイナンバー関係書類)
- ③お世話センター職員が不在の場合は、後ほど相談者からお世話センターへ直接連絡するよう伝えること

各高齢者お世話センター

総合事業の対象者が要介護認定申請が必要な方かを判断します。

要介護認定申請が必要な方・・・受付

総合事業の対象者・・・基本チェックリストの実施

受付シート

受付	市・(〇部) 高齢者お世話センター
	受付者 (阿南 花子)

受付年月日：令和 3 年 8 月 7 日

フリガナ	アナン タロウ		電話番号	0884-00-0000	
対象者氏名	阿南 太郎				
生年月日	明治・大正・昭利	7年 10月 20日	年齢	84 歳	
住所	阿南市 富岡 町 トノ町 12-3				
要介護認定の有無	有・ 無	有の場合は要介護度	要支援()・要介護()		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
代理人氏名	阿南 次郎		対象者との関係	子	
電話番号	自宅	0884-00-0000	携帯	090-0000-0000	

対象者の年齢が65歳以下の場合・要介護1以上の場合 **要介護認定申請へ**

1 対象者の方の現在の身体状況 (該当する箇所を○)

歩行	自分で歩ける・ 杖等を使用すればできる	歩けない
更衣	自分でできる ・一部助けがあればできる	できない
入浴	自分でできる ・一部助けがあればできる	できない
食事	自分でできる ・一部助けがあればできる	できない
物忘れ	なし・ 日常生活に支障がない程度の物忘れあり	日常生活に支障あり

1つでも該当する場合は**要介護認定申請へ**

2 利用したいサービス内容

<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (デイケア) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護・療養介護 (ショートステイ等) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 訪問サービス (ホームヘルプ) <input checked="" type="checkbox"/> 通所サービス (デイサービス)	<input type="checkbox"/> 近くにある通いの場を利用したい <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 一般介護予防事業を紹介 ※ 基本チェックリストの必要なし </div>
① 国の介護保険サービス	② 阿南市の総合事業サービス	
↓	↓	↓
① のサービスのみ	① と ② のサービス	② のサービスのみ (通いの場は除く)
↓	↓	↓
要介護認定申請を行う		基本チェックリストを実施

3 訪問調査について

訪問先	氏名	阿南 太郎		本人との続柄	本人
	電話番号	自宅	0884-00-0000	携帯	090-0000-0000
	住所	※ 住民票と同じであれば記載必要なし			
訪問を希望する日時	〇月〇〇日			午前・午後 9 時頃	

② 総合事業の説明を行う（趣旨・内容・手続き）

以下に記載する内容等の説明を行う

＜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る要支援状態等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業であること
- ②ケアマネジメントの中で、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んだ上で、目標達成の後は、より自立に向けた次のステップに移っていくこと

＜サービス内容について＞

パンフレットを用い、サービス内容等の説明を行う。

＜手続きについて＞

- ①要介護認定等の申請の説明
- ②総合事業のサービスのみ利用する場合は、基本チェックリストを活用して事業対象者とし、迅速なサービス事業の利用が開始できること
- ③総合事業のサービス利用開始後も、必要な時は要介護認定等申請も可能であること

③ 要介護認定申請の受付又は基本チェックリストの実施

＜要介護認定申請の受付＞

今までどおりの受付を行ってください。

＜基本チェックリストの実施＞

- ①担当者が、各質問項目と質問項目の趣旨を説明し理解していただきながら、各質問に答えてもらうようにしてください。（窓口担当者が聴き取り、記入する）
- ②基本チェックリストの実施日が、事業対象者に該当する基準日となることに注意が必要（記入年月日が記載されていることを確認）

様式第2号

基本チェックリスト

受付 (〇 〇 〇) 高齢者お世話センター
 受付者 (阿南 花子)

被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		記入日	令和 3 年 8 月 7 日		
ふりがな	あなん たろう	生年月日	明 大 昭	電 話 番 号		
氏 名	阿南 太郎		7 年 10 月 4 日	0884-〇〇-〇〇〇〇		
住 所	阿南市		性 別	代 理 人	阿南 次郎	
	富岡 町 トノ町 12-3					男 ・ 女
No.	質 問 項 目		回 答 いずれかに〇をつけて下さい		合計点	項目
1	バスや車で1人で外出していますか		〇 はい	1 いいえ	生活全般	
2	日用品の買い物をしていますか		〇 はい	1 いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか		〇 はい	1 いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか		〇 はい	1 いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか		〇 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		〇 はい	1 いいえ	3	運動機能
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		〇 はい	1 いいえ		
8	15分くらい続けて歩いていますか		〇 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	〇 いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか		1 はい	〇 いいえ	1	栄養関係
11	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか		1 はい	〇 いいえ		
12	身長	cm	体重	kg	1	口腔機能
		BMIが18.5未満である (BMI=体重kg÷身長m÷身長m)		〇 いいえ		
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	〇 いいえ	1	口腔機能
14	お茶や汁物等でむせることがありますか		1 はい	〇 いいえ		
15	口の渇きが気になりますか		1 はい	〇 いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか		〇 はい	1 いいえ	2	外出
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか		1 はい	〇 いいえ		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか		1 はい	〇 いいえ	0	物忘れ
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		〇 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	〇 いいえ		
21	生活の満足感が低い		1 はい	〇 いいえ	2	こころ
22	やっていたことが楽しめなくなった		1 はい	〇 いいえ		
23	いたことが今はおっくうに感じられる		1 はい	〇 いいえ		
24	間だと思えない		1 はい	〇 いいえ		
25	ような感じがする		1 はい	〇 いいえ		

<阿南市の取扱い>
基本チェックリスト実施
日はケアマネジメント依
頼届出日と同日か以前
にしてください。

介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるため、ケアマネジメントシートを、市、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。

令和 3 年 8 月 7 日

氏名 阿南 太郎

【事務処理欄】

区分	全般	運動	栄養	口腔	外出	物忘れ	こころ	判定
No.	1~20	6~10	11~12	13~15	16~17	18~20	21~25	<input checked="" type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス
判定基準	10点以上	3点以上	2点全て	2点以上	No.16以外に該当	1点以上	2点以上	<input type="checkbox"/> 一般介護予防事業
該当項目に〇		〇			〇		〇	<input type="checkbox"/> 要介護認定申請

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや自動車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや汽車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。

	質問項目	質問項目の趣旨
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1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の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向に

	数が減っていますか	ある場合は「はい」となります。
	質問項目	質問項目の趣旨
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	

基本チェックリストの事務処理欄を確認し、事業対象者に該当した場合

④ 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の受理

<高齢者お世話センター窓口>

- ① 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届書を記入してもらう
- ② 基本チェックリスト・被保険者証・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）

届書を介護保険課へ提出

<介護保険課への書類の提出について>

- ・申請受付から**原則1週間以内**に提出してください。
- ・月末の申請受付の場合は、**月末まで**に提出してください。

☆お願い☆

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書には、「個人番号（マイナンバー）」を記載してください。

～個人番号（マイナンバー）の取扱いについて～

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届書の裏面に**委任状**がありますので、ご利用ください。なお、個人番号の取扱いに関する必要書類は、以下のとおりです。

【必要書類】

○個人番号（マイナンバー）の記載のある証明書が必要

個人番号カード・通知カード・住民票（個人番号の記載があるもの）

○窓口に来られた方の身元確認について（本人又は代理人*委任状記載あり）

- ・顔写真入りの公的機関が発行した証明書・・・1点
- ・顔写真入り以外の証明・・・2点

○委任状がない代理人が窓口に来られる場合

- ・本人の身元確認書類・・・1点
- ・代理人の身元確認書類・・・顔写真入りの証明1点もしくは顔写真入り以外は2点

介護予防サービス計画作成(変更)・
介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

区分	新規	受付印
	変更	

被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ アナン タロウ		1234567890	
阿南 太郎		個人番号(マイナンバー)	
		123123456789	
		生年月日	性別
		大正 7年 10月 4日	男
介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター			
介護予防支援事業所名・地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地・地域 包括支援センターの所在地	〒 774-0000
阿南〇〇高齢者お世話センター		阿南市〇〇町〇〇〇〇 〇〇-〇	
事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	電話番号〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇	
介護予防支援又は介護予防マネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	〒
事業所番号		電話番号 ()	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。			
阿南市長 様 上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画作成又は介護予防マネジメントを依頼することを届け出します。 開始及び変更年月日 令和4年 4月 1日 住所 阿南市富岡町トノ町12-3 被保険者 氏名 阿南 太郎 電話番号〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇			

介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

令和4年 4月 1日 氏名 阿南 太郎
代筆の場合 氏名(阿南 〇〇) 続柄(長女)

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成、又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第(サービス開始前までに)速やかに阿南市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず阿南市へ届け出てください。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	印字	入力	事務局記載欄
	<input type="checkbox"/> 届出の重複			
	<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号			

⑤ 被保険者証の発行

介護保険課は「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」の受理後、受給者台帳に登録し、被保険者証を発行する。（後日郵送）

被保険者証に、事業対象者の「認定年月日」は記載されますが、「認定の有効期間」欄は記載されません。

(例) 令和3年8月7日に窓口に来たケース

(一)		(二)		(三)	
介護保険被保険者証		事業対象者		給付制限	期間
番号	〒0000-0000	認定年月日	令和3年8月7日		開始年月日 令和 年 月 日 終了年月日 令和 年 月 日
住所	徳島県阿南市000町000	認定の有効期限	令和 年 月 日～令和 年 月 日		開始年月日 令和 年 月 日 終了年月日 令和 年 月 日
フリガナ	000 0000	区分支給限度基準額	令和 年 月 日～令和 年 月 日	居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	阿南〇〇高齢者の世話センター 届出年月日 令和3年8月7日
氏名	〇 〇 〇 〇	居宅サービス等	1月当たり		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 性別 男女	(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類	種類支給限度基準額	ケアマネジメント依頼の届出の日
交付年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日				届出年月日 日 年 月 日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	3 6 2 0 4 6 徳島県阿南市富岡町ノ町12番地3 阿南市	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定			介護保険施設等
				種類	入所等年月日 令和 年 月 日
				名称	退所等年月日 令和 年 月 日
				種類	入所等年月日 令和 年 月 日
				名称	退所等年月日 令和 年 月 日

<注意>

事業対象者については、有効期間はありません。

自立・回復等の理由により「事業対象者」でなくなった場合、「介護予防ケアマネジメント依頼終了届」を提出してください。

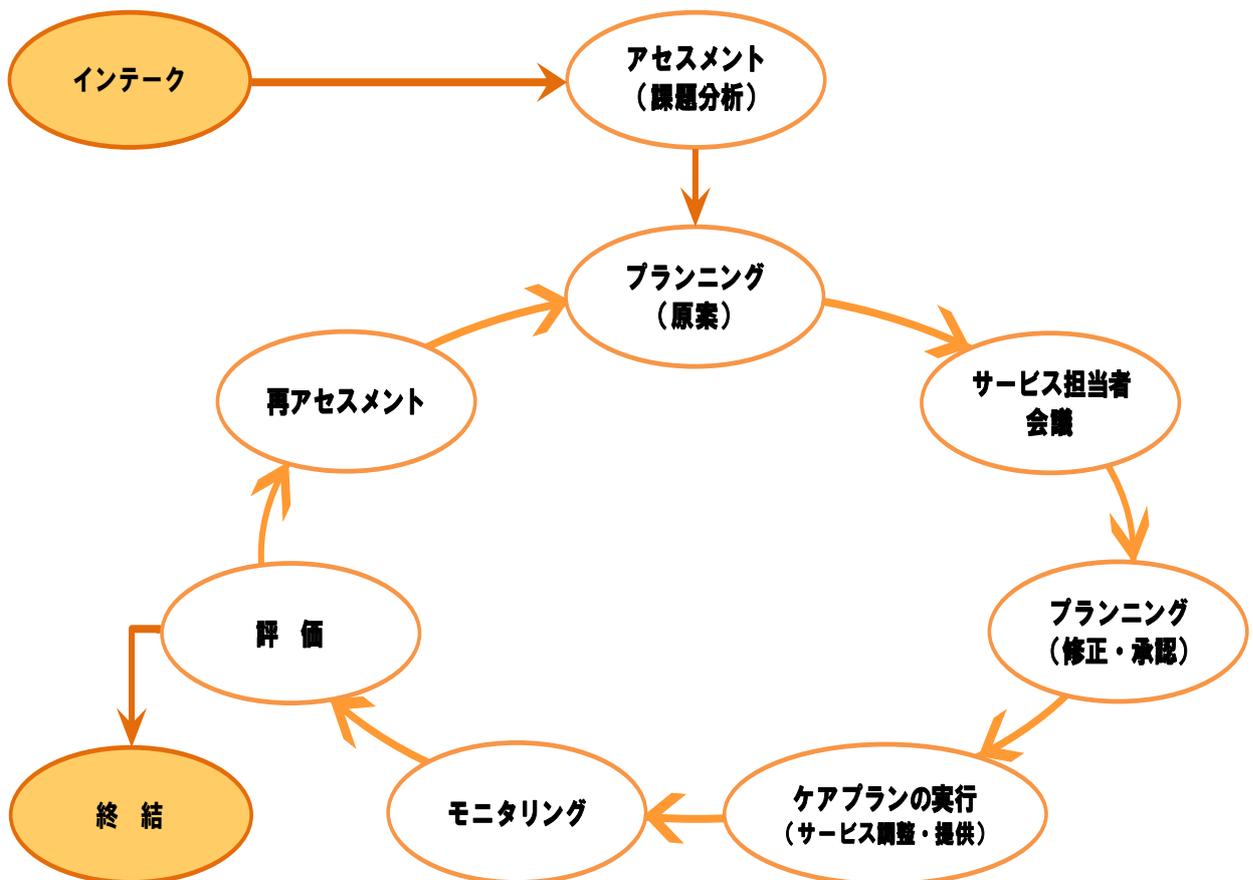
5 介護予防ケアマネジメントの考え方

(1) 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることを出来る限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のため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になります。

【ケアマネジメントのプロセス】



(2) 介護予防ケアマネジメントの留意事項

<介護予防ケアマネジメントにおける利用者の理解と納得>

- 自立支援に向けたアプローチに関して利用者が十分に理解し、納得することが重要
- 自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置づけ、それによる効果を利用者に丁寧に説明し、理解・同意を得たうえでサービス提供や事業参加することが必要



理解・納得することにより、利用者が主体的なサービス利用や活動を考え、目標の達成を意識する

<目標の設定>

- 適切なアセスメントの実施により、利用者の理解が得られれば、主体的な目標設定が可能となる
- 利用者を含めさまざまな専門家によるケアカンファレンスを通じ、利用者の改善の可能性を実現するため、利用者が行うセルフケアも含めた具体的な支援方法を探り、固める



利用者の自立に向けた目標指向型プランの策定

<目標の共有と利用者の主体的なサービス利用>

- 利用者とサービス提供者による「生活機能向上のための目標の共有および利用者の主体的なサービス利用」を勧めることが重要

<将来の改善の見込みに基づいたアセスメント>

個々の利用者ごとに、生活機能を向上させ活動や参加に導くためには、状態像の変化に応じて必要な支援要素を決定し、当該支援要素に対応した適切なサービスを調整し、定期的に見直しをしていく仕組みを構築することが必要。そのひとつに地域ケア会議の活用がある。

<明確な目標設定をもった介護予防ケアプランづくり>

個々の利用者ごとに、生活機能が、いつまでにどの程度向上するのか、または、どの程度の期間維持できるのかを明らかにし、利用者・家族およびサービス提供者がその目標を共有するとともに、適切に評価することが重要。

(3) 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課 題	目 標
<p>セルフケア</p> <p>清潔・整容・排せつの自立、TPO に 応じた更衣、服薬管理、健康に留意 した食事・運動など</p>	<p>健康</p> <p>毎年健診に行く、体にいいと思う食事や 運動を日々続ける、自分で服薬管理する</p> <p>日常生活</p> <p>起床から就寝まで規則正しい生活リ ズムで過ごす、TPO に応じた身支度 をする</p>
<p>家庭生活</p> <p>日常の買い物、食事の準備、掃除・ 洗濯・ゴミ捨てるなどの家事、簡単な 家の修理・電球の交換・水やり・ペ ットの世話など</p>	<p>家事</p> <p>炊事・掃除・洗濯などを自分でする</p> <p>用事</p> <p>買い物や銀行の用事を自分で済ます</p>
<p>対人関係</p> <p>家族や友人への気配り・支援、近所 の人・友人・同僚との人間関係づく りと保持、夫婦・親密なパートナ ーとの良好な関係保持など</p>	<p>関係</p> <p>家族と仲良く過ごす、近所の人といい関 係で過ごす</p> <p>役割</p> <p>庭の草むしりや孫の世話など家族の 用事や世話をする</p> <p>他者への支援</p> <p>誰かの手助けをしたり、相談者になる</p>
<p>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生 活）</p> <p>自営業の店番・田んぼの見回りな どの仕事、ボランティアや奉仕活動 など人の役に立つ活動、預貯金の出 し入れ</p>	<p>仕事</p> <p>店番や畑仕事など自営業の手伝いを 続ける</p> <p>活動</p> <p>地域の奉仕活動に参加する</p> <p>経済生活</p> <p>預貯金の出し入れや管理をする</p>
<p>コミュニケーション</p> <p>家族や友人への手紙やメール、 家族や友人との会話、電話での会 話</p>	<p>家族や友人との会話や電話、手紙やメー ルのやりとりを続ける</p>

課 題	目 標
<p>運動と移動</p> <p>自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動</p>	<p>外出</p> <p>週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する</p> <p>旅行</p> <p>家族や友人と2泊3日の旅行に行く</p>
<p>知識の応用（判断・決定）</p> <p>日常生活に関する内容について、自分で判断・決定</p>	<p>何か起こったら自分で判断する 自分のことは自分で決める</p>
<p>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</p> <p>友人との行き来、趣味や楽しみの 継 続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など</p>	<p>交流・参加</p> <p>自治会のお祭りに参加する、老人会の行事に参加する、候補者を決めて投票する</p> <p>楽しみ</p> <p>趣味の会に参加する、週1回外出する、趣味を持つ</p>

出典：介護予防マニュアル改訂版 平成24年3月 介護予防マニュアル改訂委員会

6 介護予防ケアマネジメントの類型

(1) ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）

- 介護予防訪問介護相当サービス
- 訪問型生活応援サービス
- 介護予防通所介護相当サービス
- はつらっデイサービス



注意事項

- ・利用者との面談によるモニタリングは少なくとも3か月に1回行うこと
- ・利用者の状況に応じてサービスの変更を行うことが可能な体制をとっておく

(2) ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

- 指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合を想定



注意事項

- ・サービス担当者会議を省略したケアプランの作成
- ・間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定

(3) ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）

○一般介護予防事業



注意事項

- ・目標設定及び利用サービスの選定までは、利用者と高齢者お世話センター等が相談しながら実施
- ・ケアプランは作成せず、アセスメントの内容や目標、利用サービスの内容等を「ケアマネジメント結果」として共有
- ・モニタリングは、**3～6か月以内に1回のみ実施**
- ・その後は、利用者自身のセルフマネジメントにより、住民主体の支援の利用等を継続

【ケアマネジメントの種類における各プロセスの実施】

	予防給付の ケアマネジメント	事業による介護予防ケアマネジメント		
		ケアマネジメント A	ケアマネジメント B	ケアマネジメント C
アセスメント	○	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	○	—
サービス担当者会議	○	○	△	—
利用者への説明・同意	○	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	○	(○) ケアマネジメント結果
サービス利用開始	○	○	○	○
モニタリング	○	3か月に1回 ○	△	3～6か月以内に 1回のみ実施

(○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要)

7 介護予防ケアマネジメントに使用する様式

阿南市における介護予防ケアマネジメントについては、様式を作成しましたが、各高齢者お世話センターが使用している従来からの様式を継続して使用することも可能です。

<継続可能な様式>

- ・様式第7-1号 利用者基本情報（Ⅰ）
- ・様式第7-2号 利用者基本情報（Ⅱ）
- ・様式第8-1号 介護予防サービス・支援計画書（Ⅰ）
- ・様式第8-2号 介護予防サービス・支援計画書（Ⅱ）
- ・様式第9号 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録表
- ・様式第10号 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表

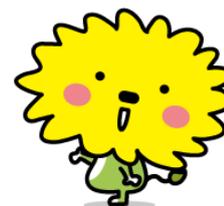
<阿南市版の様式>

- ・様式第1号 受付シート
*総合事業対象者が要介護認定申請が必要な方の判断に活用
- ・様式第2号 基本チェックリスト
- ・様式第3号 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書
- ・様式第4号 興味・関心チェックシート
*アセスメント（課題分析）の際に活用
- ・様式第5号 阿南市アセスメントシート
*アセスメント（課題分析）の際に活用
（裏） 現行相当サービスの判断基準
*現行相当サービスを利用する場合の判断基準
- ・様式第6号 運動プログラム参加に係るチェックシート
*「医師意見書」による医療情報が得られなくなるため、特に運動機能向上等身体に負担が加わるプログラムに参加する場合に活用
- ・様式第11号 介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書
- ・介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメントB）

<様式の使用について>

様 式	使用時期等
基本チェックリスト（様式第2号）	3か月ごとに使用
興味・関心チェックシート（様式第4号）	初回のみ
阿南市アセスメントシート（様式第5号）	6ヵ月ごとに使用
運動プログラム参加に係るチェックシート（様式第6号）	医師からの運動制限・注意がある方が運動プログラムに参加するとき（任意利用）

介護予防ケアマネジメントに使用する様式については、阿南市のホームページからダウンロードしてください。



8 介護予防ケアマネジメントの手順

① 訪問日程調整

*利用者の自宅に訪問して本人との面接による聞き取り等を行うための訪問日時を調整する。

【活用様式】

- ・『受付シート』

② アセスメント（課題分析）

*本人にあった目標設定に向けて、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。

【活用様式】

- ・『基本チェックリスト』
- ・『興味・関心チェックシート』
- ・『阿南市アセスメントシート』
- ・『利用者基本情報（Ⅰ・Ⅱ）』
- ・『運動プログラム参加に係るチェックシート』
（※医師からの制限がある方のみ任意利用）

*利用者本人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。

*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。

③ ケアプラン（ケアマネジメント結果）作成

*目標の設定

- 生活の目標については、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。
- 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。

【活用様式】

- 『介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例』
- 『介護予防サービス・支援計画書（Ⅰ・Ⅱ）』

*利用するサービス内容の選択

- 単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置付け、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成する。
- 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。
- 現行相当サービスの利用に位置付ける場合は、阿南市アセスメントシートを基に、阿南市の現行相当サービスの判断基準を参考にして、適切なケアプランを作成すること。

【活用様式】

- 『現行相当サービスの判断基準』

＜訪問型サービス（現行の訪問介護相当）・通所型サービス
（現行の通所介護相当）のサービスを利用する場合について＞

◎なぜ、専門職によるサービスが必要なのか？

- ・「介護予防サービス・支援計画書（I）」のアセスメント領域と現在の状況に明確に記載してください。
- ・「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録票（サービス担当者会議の要点を含む）」に、サービス担当者会議において上記サービスが必要な理由が検討され、決定したプロセスを記載してください。

※上記書類と「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表」の提出を6か月後に阿南市が求めることがあります。

④ サービス担当者会議

*ケアマネジメントA、Bにおいて実施する。

*ケアマネジメントBは、サービス担当者会議を省略する場合も想定しているが、ケアプランの変更等を行ったときは、利用者、サービス実施者ともその内容を共有することが必要

【活用様式】

- ・『介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録』

⑤ 利用者への説明・同意

⑥ ケアプラン確定・交付

- * 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。
- * 本人の同意を得て、高齢者お世話センターよりケアプランをサービス実施者にも交付する。
- * ケアマネジメントCの場合は、ケアマネジメント結果を利用者に交付し、サービス実施者には、利用者から持参してもらうか、利用者の同意を得て、高齢者お世話センターから送付する。

⑦ サービス利用開始

⑧ モニタリング

- * ケアマネジメントAの場合は、少なくとも3か月に1回及びサービス評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときには、訪問して面接する。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。
それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。
- * ケアマネジメントBの場合は、利用者及び家族との相談によって設定した時期に、利用者宅を訪問して面接する。
- * ケアマネジメントCの場合は、3～6か月以内に、利用者宅を訪問して面接する。
ケアマネジメントCの該当者については、利用者の状況変化等があった際に、サービス実施者側から高齢者お世話センターへ情報が入る体制を作っておく。

⑨ 評価（ケアマネジメントCの場合を除く）

*ケアマネジメントA、Bについては、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。

【活用様式】

・『介護予防ケアマネジメントサービス評価表』

9 介護予防ケアマネジメントの留意事項

(1) 阿南市が行う介護予防ケアマネジメントについては、**基本チェックリストと並行して要介護認定の申請受付を原則想定していない**。基本チェックリストで事業対象者となった者が、総合事業のサービスを利用し、途中で介護予防給付を利用する必要性が生じた場合等には、要介護認定等の申請をする場合においても要介護認定の結果がでるまでは総合事業を継続することができる。

同月の途中で総合事業から介護給付サービス利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求することができる。限度額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末の時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業者が、高齢者お世話センターと連絡を取り、給付管理を行う。

なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行して総合事業を利用することはできない。

(2) 総合事業の利用については、ケアプランの自己作成に基づく利用は想定していない。予防給付において自己作成している者が、加えてサービス事業を利用する場合は、高齢者お世話センターによる介護予防ケアマネジメントにつなぐことが必要である。

(3) 要介護認定等申請を受けて非該当となった者について、基本チェックリストを活用して、事業対象者の基準に該当した場合は、総合事業の対象として介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出ることができる。

- (4) 介護予防ケアマネジメントにおいては、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、必要な措置を講じる。
- (5) 介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものである。この支援の一つとして、総合事業のサービス事業利用者等についても地域ケア会議の検討ケースとして選定し、多種職連携による介護予防ケアマネジメント支援も積極的に進めていただきたい。
- (6) 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、高齢者お世話センターに加え、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域で活動する住民主体の支援者も含めて、関わるもの全てが総合事業における介護予防の考えを共有する必要がある。

10 阿南市版 介護予防ケアマネジメント実施における関連様式

様式第1号

受付シート

受付	市・() 高齢者お世話センター
	受付者()

受付年月日： 年 月 日

フリガナ				電話番号		
対象者氏名						
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢	歳
住所	阿南市 町					
要介護認定の有無	有・無	有の場合は要介護度		要支援()・要介護()		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
代理人氏名					対象者との関係	
電話番号	自宅				携帯	

対象者の年齢が65歳以下の場合・要介護1以上の場合 **要介護認定申請へ**

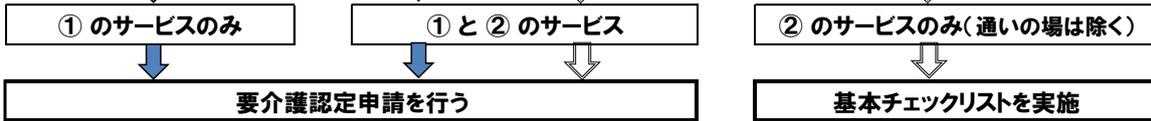
1 対象者の方の現在の身体状況（該当する箇所を○）

歩行	自分で歩ける・杖等を使用すればできる	歩けない
更衣	自分でできる・一部助けがあればできる	できない
入浴	自分でできる・一部助けがあればできる	できない
食事	自分でできる・一部助けがあればできる	できない
物忘れ	なし・日常生活に支障がない程度の物忘れあり	日常生活に支障あり

1つでも該当する場合は**要介護認定申請へ**

2 利用したいサービス内容

<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（デイケア） <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護・療養介護（ショートステイ等） <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 訪問サービス（ホームヘルプ） <input type="checkbox"/> 通所サービス（デイサービス）	<input type="checkbox"/> 近くにある通いの場を利用したい <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 一般介護予防事業を紹介 ※ 基本チェックリストの必要なし </div>
① 国の介護保険サービス	② 阿南市の総合事業サービス	



3 訪問調査について

訪問先	氏名			本人との続柄	
	電話番号	自宅			携帯
	住所	※ 住民票と同じであれば記載必要なし			
訪問を希望する日時			午前・午後 時頃		

基本チェックリスト

受付	() 高齢者お世話センター
	受付者 ()

被保険者番号		記入日	年 月 日		
ふりがな		生年月日	明 大 昭	電 話 番 号	
氏 名			年 月 日		
住 所	阿南市	性 別	代 理 人	続柄 ()	
	町				男 ・ 女
No.	質 問 項 目	回 答 いずれかに○をつけて下さい		合計 点	項 目
1	バスや車で1人で外出していますか	0 はい	1 いいえ	/	生活全般
2	日用品の買い物をしていますか	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	/	運動機能
7	椅子に座った状態からなに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分くらい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か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1 はい	0 いいえ	/	栄養関係
12	身長 c m 体重 k g BMIが18.5未満である (BMI=体重kg÷身長m÷身長m)	1 はい	0 いいえ		
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	/	口腔機能
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	/	外出
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1 はい	0 いいえ		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1 はい	0 いいえ	/	物忘れ
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	/	こころ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1 はい	0 いいえ		
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1 はい	0 いいえ		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1 はい	0 いいえ		
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1 はい	0 いいえ		

地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを、市、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 _____

【事務処理欄】

区分	全般	運動	栄養	口腔	外出	物忘れ	こころ	判定
No.	1~20	6~10	11~12	13~15	16~17	18~20	21~25	<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス
判定基準	10点以上	3点以上	2点全て	2点以上	No.16の1/1及び該当	1点以上	2点以上	<input type="checkbox"/> 一般介護予防事業
該当項目に○								<input type="checkbox"/> 要介護認定申請

介護予防サービス計画作成(変更)・
介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

区分	新規	受付印
	変更	

被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		個人番号(マイナンバー)	
		生年月日	
		年	月 日
		性別	
介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター			
介護予防支援事業所名・地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地・地域 包括支援センターの所在地	
		〒	
事業所番号		電話番号 ()	
介護予防支援又は介護予防マネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	
		〒	
事業所番号		電話番号 ()	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。			
阿南市長 様			
上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画作成又は介護予防マネジメントを依頼することを届け出します。			
開始及び変更年月日 年 月 日			
住所			
被保険者			
氏名			
電話番号 ()			

介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。	
年 月 日	氏名
代筆の場合 氏名() 続柄()	

- (注意)
- この届出書は、介護予防サービス計画作成、又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第(サービス開始前までに)速やかに阿南市へ提出してください。
 - 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず阿南市へ届け出てください。
 - 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号 ³³	印字	入力
--------	--	----	----

興味・関心チェックシート

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×を付けてください。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。

年 月 日実施

氏名				年齢	歳	男・女		
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				読書				
一人でお風呂に入る				俳句				
自分で服を着る				書道・習字				
自分で食べる				絵を描く・絵手紙				
歯磨きをする				パソコン・携帯電話				
身だしなみを整える				写真				
好きなときに眠る				映画・観劇・演奏会				
掃除・整理整頓				お茶・お花				
料理を作る				歌を歌う・カラオケ				
買い物				音楽を聴く・楽器演奏				
家や庭の手入れ・世話				将棋・囲碁・ゲーム				
洗濯・洗濯物たたみ				体操・運動				
自転車・車の運転				散歩				
汽車・バスでの外出				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・ テニス等のスポーツ				
孫・子供の世話				ダンス・踊り				
動物の世話				野球・相撲観戦				
友達とおしゃべり・遊ぶ				競馬・競輪・競艇・パチンコ				
家族・親戚との団らん				編み物				
居酒屋に行く				針仕事				
ボランティア				畑仕事				
地域活動（町内会・老人クラブ）				賃金を伴う仕事				
お参り・宗教活動				旅行・温泉				
生涯学習・歴史								

あなたは自分の身体を丈夫にし、張りのある生活を送るための取り組みに興味がありますか？
以下のご質問にお答えください。（「はい」または「いいえ」に○をつける）

1	足の衰えを予防するための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
2	口の機能や肺炎の予防のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
3	栄養と体力の改善のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
4	認知症予防のために脳機能を高める取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
5	気のあった人たちと仲間づくりをしてみたい。	はい	いいえ

阿南市アセスメントシート

年 月 日実施

被保険者番号		氏名	
---------------	--	-----------	--

運動・移動	1	(椅子からの)立ち上がり	できる	つかまれば可能	できない	特記・課題等
	2	何かにつかまらずに歩く(5メートル)	できる	つかまればできる	できない	
	3	片足立ち(1秒)	できる	つかまれば可能	できない	
	4	外出手段	日用品を買う店まで	自分で行ける(手段)	誰かに頼む	
病院等へ行くとき			自分で行ける(手段)	誰かに頼む	行けない	

日常生活(家庭生活)	5	食事回数	3食/日	2食事/日	1食事/日	その他(食/日)	特記・課題等
	6	調理	できる	していないが能力はある		一部できる できない	
	7	掃除	できる	していないが能力はある		一部できる できない	
	8	洗濯	できる	していないが能力はある		一部できる できない	
	9	ゴミだし	できる	していないが能力はある		一部できる できない	
	10	買い物	できる	していないが能力はある		一部できる できない	
	11	金銭管理	できる	していないが能力はある		一部できる できない	
	12	家族状況	高齢者のみ	同居者が、障害・疾病・介護が必要な状態		単身 同居者有(日中仕事)	

社会参加・対人関係	13	1日誰と過ごすことが多いか	家族・友人等		ほとんど一人で過ごす	特記・課題等
	14	外出する頻度(通院以外)		回/週	ほとんど外出しない	
	15	親戚・友人と会う・連絡を取る頻度		回/週	ほとんどない	
	16	趣味・楽しみの継続について		回/週	していない	
	17	身の回りの乱れや汚れへの配慮	気にしている		気にならなくなった	
	18	情緒が不安定になることの有無	ない		情緒が不安定になることがある	
	19	1人きりになることへの不安	ない		一人になると不安である	

健康管理	20	医師からの運動制限	ない	運動制限がある		特記・課題等	
		その他医師からの注意	ない	注意を受けている			
	21	年1回の健康診査の受診	受けている		受けていない		
	22	現在の健康状態	よい	普通	あまりよくない		よくない
	23	睡眠の状態	眠れる	眠れないことがある(睡眠薬服用 有・無)			
	24	服薬管理	指示通り飲める	指示があれば飲める	できない		
	25	一人で洗身・洗髪	できる	何とかできる			できない
	26	一人で浴槽をまたぐ	できる	何とかできる			できない
	27	口腔機能の状況	硬い物が食べにくい	よくむせる	口が渇く		義歯が合わない
28	歯の手入れ(義歯含む)	頻度(階/日・週・月)	方法()				

↑20番(運動制限がある・注意を受けている)に該当した場合は、様式第6号運動プログラム参加に係るチェックシートを記入

物忘れ等	29	会話がまとまらない	いいえ	はい	特記・課題等	
	30	物忘れが気になる	いいえ	はい		
	31	電気機器類の操作	できる	迷う		難しい
	32	火の始末	心配ない	心配である		消し忘れの経験あり
	33	悪徳商法への注意	注意している	注意していない		被害経験あり

現行相当サービスの判断基準等

【現行相当サービスの提供者の専門職の範囲】

阿南市介護予防訪問介護相当サービス	訪問介護員等
阿南市介護予防通所介護相当サービス	介護福祉士等、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師

【現行相当サービス（専門職によるサービス）の対象者として判断する目安】

1 下記項目に1項目以上該当する方

項目	番号	内 容	回 答
運動・移動	1	（椅子からの）立ち上がり	できない
	2	何かにつかまらずに歩く（5メートル）	できない
	3	片足立ち（1秒）	できない
健康管理	25	一人で洗身・洗髪	できない
	26	一人で浴槽をまたぐ	できない

2 運動機能の向上のためのプログラムを集中的に行うことで、状態が改善する見込みが高い方

3 退院直後で状態が変化しやすく、専門的なサービスが特に必要と判断された方

※ 現行相当サービスの提供期間は、概ね6か月間を目安として実施し、その後、利用者の状況により多様なサービス（緩和した基準によるサービス）に移行していくことが望ましい。

【注意事項】

○専門職によるサービスが必要な理由を明確にしてください。

- ・「介護予防サービス・支援計画書（I）のアセスメント領域と現在の状況に明確に記載してください。
- ・「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録票（サービス担当者会議の要点を含む）に、サービス担当者会議において上記サービスが必要な理由が検討され、決定したプロセスを記載してください。

※上記書類と「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表」の提出を6か月後に阿南市が求めることがあります。

運動プログラム参加に係るチェックシート

氏名()

1	この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか？ 「はい」または「いいえ」に○をつける	はい	いいえ
---	---	----	-----

↓

「はい」の場合、その理由は何ですか？（当てはまる理由に○をつける）	
<input type="checkbox"/> 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）	
<input type="checkbox"/> 心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）	
<input type="checkbox"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
<input type="checkbox"/> その他（具体的にご記入ください）	
()	

2	あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか？（「はい」または「いいえ」に○をつける）	はい	いいえ
---	---	----	-----

↓

「はい」の場合、その理由は何ですか？（当てはまる理由に○をつける）	
<input type="checkbox"/> 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）	
<input type="checkbox"/> 心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）	
<input type="checkbox"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
<input type="checkbox"/> その他（具体的にご記入ください）	
()	

3 以下のご質問にお答えください（「はい」、「いいえ」、または「わからない」に○をつける）				
3-1	この6か月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか？	はい	いいえ	
3-2	重い高血圧（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）がありますか？	はい	いいえ	わからない
3-3	糖尿病で目がみえにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか？	はい	いいえ	わからない
3-4	この1年間で心電図に異常があるといわれましたか？	はい	いいえ	わからない
3-5	家事や買い物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか？	はい	いいえ	
3-6	この1か月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発症し、今も続いていますか？	はい	いいえ	

『利用者基本情報（Ⅰ）』の記入の仕方

＊「作成担当者名」欄

利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。

＜＜ 基本情報 ＞＞

＊「相談日」欄

初回の相談日で、当該利用者基本情報を作成した年月日を記載する。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記入する。また、初回の訪問か、再来の場合は、前回の相談日がわかれば記載する。

＊「本人氏名」欄

利用者名および性別を記載する。介護保険被保険者証と一致していることを確認し、利用者の生年月日と年齢を記載する。

＊「住所」「電話番号」欄

「住所」は当該利用者の現在居住している居住地を記載する。住民票の住所が異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。「電話番号」は当該利用者との連絡のとれる電話番号を記載する。

＊「本人の現況」欄

利用者本人の現在の居所について記載する。入院または、入所中の場合は、その施設名を記載する。

＊「相談者・相談内容」欄

来所者または相談者の氏名、住所、続柄、連絡先および相談内容を記載する。

＊「同居者」欄

同居者の氏名、続柄、年齢、職業および健康状態を記載する。

＊「緊急連絡先」欄

緊急時に確実に連絡がとれる電話番号を記載する。連絡先は複数確認することが望ましい。当該利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合に、利用者自宅以外の連絡先を記載する。また、家族が働いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族の職場等確実に連絡がとれる電話番号を記載する。

＊「家族構成」欄

当該利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域（〇〇県、△△市など）も可能な範囲で記載する。現在、利用者と同じく同居している家族は○で囲む。当該利用者に関する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。

なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載する。

＊「日常生活自立度」欄

利用者の「障がい高齢者の日常生活自立度判定基準」「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要介護認定で用いられた主治医意見書の3（1）の「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに○印をつける。

＊「認定・総合事業情報」欄

利用者の要支援認定等の区分について、「非該当」、「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○で囲む。また、認定有効期間と前回の介護度を記載する。基本チェックリストの記入についても、「実施日」を記入し、「該当・非該当」を○で囲む。

＊「障がい等認定」欄

障害等の種別について○印で囲む。障害等級等、特記することがあれば空欄に記載する。

＊「住居環境」欄

該当するものについて○印で囲む。自室の有無、自室のある場合は自室のある階を記載する。また、住宅改修の有無についても記載する。

＊「経済状況」欄

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記載する。

＊「対応」欄

利用者に対し、対応した内容を記載する。

利用者基本情報(II)

被保険者番号		氏名	
--------	--	----	--

《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
元気(健康)でいるために、また、自分ができていることを続けるために行っていることや心がけていることはありますか	1 はい 2 いいえ 具体的に			
本人・家族の意向 今後どのような生活を送りたい(送ってもらいたい)ですか(やってみたことなども含む)				

《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)

いつ頃から	病名	医療機関・医師名(主治医☆)			経過	治療中の場合は内容
		医療機関	医師名	TEL		
年 月					治療中 経観中 その他	
年 月					治療中 経観中 その他	
年 月					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

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、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、アセスメントシートを、市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、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 _____

『利用者基本情報（Ⅱ）』の記入の仕方

*「被保険者番号」「氏名」欄

利用者名と介護保険被保険者証の番号を記載する。

<<介護予防に関する事項>>

この情報は、介護予防ケアプランを作成する際に、参考とすることを念頭に必要な情報を記載する。

*「今までの生活」欄

当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。

職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載する。

*「現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）」欄

「1日の生活・すごし方」

起床から就寝までの1日の流れや食事・入浴・買い物・仕事や日課にしていることなど、1日の過ごし方を記載する。上段には、生活全般に関する様子を記載し、食事や入浴、家事など毎日決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記載する。

のちにアセスメント領域の「日常生活（家庭生活）について」で、この領域をアセスメントすることを念頭に必要な情報を記載する。

*「趣味・楽しみ・特技」欄

現在の趣味だけではなく、以前取り組んでいた趣味や楽しみ、特技も聞き取り、記載する。

*「友人・地域との関係」欄

友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

*「元気でいるためにやっていること・心がけについて」欄

聞き取りを行い、あれば内容を記載する。

*「どのような生活を望んでいるかについて」欄

趣味活動、社会活動などを含め、本人や家族より意向を聞き取る。

生活の目標を認識し、それに向かうことができれば、生活の意欲を高めることにつながる。

<<現病歴・既往歴と経過>>

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な病名と治療・服薬の状況について新しいものから順に記載する。

記載した病名のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印をつけ、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経観中（経過観察中）に○印をつける。また、要支援者の場合、主治医意見書を記載した医療機関・医師名に☆印をつける。

<<現在利用しているサービス>>

当該利用者が現在利用している支援について、サービスの種別と利用頻度について記載する。ここでいうサービス・事業は、行政の行う一般施策のような公的なサービスと、ボランティアや友人などによって行われている非公的なサービスを分けて記載する。

「個人情報の第三者提供に関する同意」

包括センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、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、およ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、総合事業におけるサービス事業者等実施者、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を得る。

指定介護予防支援事業所が、介護予防支援の契約を行う際、個人情報を必要な範囲で第三者に提供することについての同意を得ている場合は、利用者基本情報に同意を得る必要はない。

様式第8-1号

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録票)I

認定年月日: 年 月 日	認定の有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日	事業対象者
初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2

被保険者番号

利用者名

様

生年月日 M・T・S 年 月 日

担当地域包括支援センター

計画作成(変更)日: 年 月 日 (初回作成日: 年 月 日)

計画作成者氏名

《目標とする生活》

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
運動・移動について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1	1	1	1
日常生活(家庭生活)について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	2	2	2	2
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	3	3	3	3
健康管理について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

【健康状態について(主治医意見書、健診結果、観察結果を踏まえた留意点)】

--	--	--	--	--

【基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入】

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
/5	/2	/3	/2	/3	/5

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録票)II

被保険者番号

利用者名

様

M・T・S

年

月

日

支 援 計 画						
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 総合事業のサービス	サービス種別	事 業 所	期 間
1	()					
2	()					
3	()					

【総合的な援助方針】

(生活不活発病の改善・予防のポイント)

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

【本来自ら行うべき支援が実施できない場合】

(適切な支援の実施に向けた方針)

【計画に関する同意】

介護予防サービス・支援計画書について同意いたします。

年 月 日 氏名 _____

『介護予防サービス・支援計画書（Ⅰ）（Ⅱ）』の記入の仕方

介護予防サービス・支援計画書（Ⅰ）

＊「被保険者番号」欄

利用者の介護保険被保険者番号を記載する。

＊「利用者名」「生年月日」欄

当該介護予防サービス計画等の利用者名と生年月日を記載する。

＊「認定年月日」欄

当該利用者の要介護認定の結果を受けた日を記載する。

＊「認定の有効期間」欄

当該利用者の要介護認定の有効期間を日付で記載する。

＊「初回・紹介・継続」欄

初回 …… 初めて介護予防ケアマネジメントおよび予防給付を受ける人は「初回」に○印をつける。

紹介 …… 介護予防ケアマネジメントを受けていたが、予防給付を受けるよう紹介された場合、またその逆で、予防給付を受けていたが、今回介護予防ケアマネジメントを受けるよう紹介された場合は「紹介」に○印をつける。

継続 …… 介護予防ケアマネジメントを受けており、今後も介護予防ケアマネジメントを受ける予定、あるいは予防給付を受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」に○印をつける。

＊「認定済・申請中」欄

要支援認定について、「新規申請中」（前回「非該当者」になり、再度申請している場合を含む。）、「区分変更申請中」、「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請中」に○をつける。それ以外の場合は「認定済」に○をつける。

認定を受けていない場合は、○をつけない。

＊「要支援1・要支援2・事業対象者」欄

被保険者証に記載された「要介護状態区分」にあるいは基本チェックリストの結果から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）を『利用』する場合は「事業対象者」に○印をつける。

＊「計画作成（変更）日、（初回作成日）」欄

介護予防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。

＊「担当地域包括支援センター」欄

当該利用者が利用する包括センター名を記載する。

＊「計画作成者氏名」欄

当該介護予防サービス計画等作成者の氏名を記載する。

＊「目標とする生活」欄

利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思・意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防に主体的に取り組む動機づけとなる。

この欄には、必要に応じて計画作成者が前記のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取組である「目標とする生活」のイメージについて記載する。

この望む日常生活のイメージが具体的に表せない利用者の場合には、利用者基本情報（Ⅱ）の「趣味・楽しみ・特技」欄の利用者が楽しい・得意だと思っていることなどを参考に、利用者が具体的なイメージを持てるよう支援することも必要である。

また、生活に対する意欲が著しく低下している利用者の場合には、必要に応じて、専門的な視点から利用者の生活機能の改善の可能性を判断し、具体的な案を提示する。利用者の意欲を引き出すような働きかけや介護予防サービス計画等作成者と目指していく生活のイメージを共有することが重要である。

具体的にどのような生活を送りたいかは、1日単位でも、1年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述する。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活レベルでともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握したうえで、再度利用者とは修正するのは、差支えない。1日および1年単位の目標は両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならないものでもない。

*「目標とする生活」欄 (つづき)

この項目は、話のきっかけとして初めに聞いたり、ある程度話が進んだところで聞く、または一度聞いた後にもう一度聞くなどして、より利用者の日常生活のイメージを具体的にできるように、介護予防サービス計画作成者が面談を構成しやすいような順番や方法で聞くものである。

【1日】

大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や生活機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もあり得る。また、利用者が達成感・自己効力感が得られるような内容が望まれる。

【1年】

利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防支援および介護予防ケアマネジメントや利用者の取組によって達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は、利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

*「アセスメント領域と現在の状況」欄

各アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。

- ・各アセスメント領域において「現在、自分で（自力で）実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について、その領域全般について聴取する。アセスメントは、利用者が回答した基本チェックリストの状況、事前に入手した認定調査情報や主治医意見書、生活機能評価の結果も加味して行う。
- ・聴取するにあたっては利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。
- ・利用者・家族からの情報だけでなく、計画作成者が観察した状況についても記載する。
- ・初回面接では、完璧に情報収集しようとして、強引に聞き出すなど利用者を不快にさせないよう留意する。
- ・複数の領域で重複する内容については、ひとつの領域に記載すればよい。

各アセスメント領域で、どのようなことを分析するかについては、次のことを参考にし、できることできないこと等を具体的に記載する。

「運動・移動について」

自ら行きたい場所へさまざまな手段を活用して、移動できるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、さまざまな交通を用いることによる移動を行っているかどうかについて確認する必要がある。

《 確認する項目例 》

- 自宅や屋外をスムーズに歩行すること（杖なし、杖あり、車イス）についての状況
- 交通機関を使って移動することについての状況

「日常生活（家庭生活）について」

家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等）や住居・経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する必要がある。

《 確認する項目例 》

- 日常に必要な品物を自分で選んで買うこと
- 献立を考え、調理すること
- 家事（家の掃除、洗濯、ごみ捨て、植物の水やり等）についての状況
- 預貯金の出し入れを行うこと

「社会参加・対人関係・コミュニケーションについて」

状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要がある。

《 確認する項目例 》

- 家族や友人のことを心配したり、相談に応じるなど関係をつくり、保つこと
- 友人を招いたり、友人の家を訪問すること
- 家族、友人などと会話や手紙などにより交流すること
- 仕事や地域、家庭内での役割をもち、行うこと
- 趣味や楽しみがあり、続けること

「健康管理について」

清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分摂取、排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

《 確認する項目例 》

- 定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗うこと
- 肌や顔、歯、爪などの手入れについての状況
- 健康のために食事に気をつけること
- 健診を受けること

*「健康状態について」欄

「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書等を立てる上で留意すべき情報について記載する。

具体的には、「狭心症の既往があり、胸痛時に薬を内服することになっている」「血圧が高めなので運動系のサービス前後は血圧測定が必要」などを記載する。単に主治医意見書の疾患などをそのまま転記するものではない。ここに示された内容を踏まえ、アセスメントをすすめていく。

*「基本チェックリスト結果記載」欄

利用者自身に25項目の基本チェックリストを主観的に回答してもらい、聞き取った内容なども踏まえて、アセスメント領域と現在状況等に反映する。

該当項目数から、プログラムごとのチェックリストの項目数を分母にし、該当した項目数を分子として、その数字を「3/5」のように枠内に記入する。

*「本人・家族の意欲・意向」欄

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・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。具体的には、「○○できるようにになりたい」「手伝ってもらえれば○○したい」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防サービス計画等を立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防支援および介護予防ケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

*「領域における課題(背景・原因)」欄

各アセスメント領域において生活上の問題となっていることおよびその背景・原因を、「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状態等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。

課題については、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を分析することが必要であり、さらに現在課題となっていることあるいはその状態であると将来どのようなことが起こるかなどの課題を予測して記載する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□有」に■印をつける。

利用者が課題を理解し、主体的な取組ができるよう、利用者にわかりやすいような表現を使うことが望ましい。

*「総合的課題」欄

前項目で分析した各「領域における課題(背景・原因)」から、利用者の生活全体の課題を探るため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。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、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。ここでは、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援および介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高いものから順に記載する。

ただし、意欲の低い利用者の場合、簡単な課題をもって進むほうが介護予防の効果が出るかと判断するケースでは、達成可能な課題順でもよい。また、介護予防の視点から解決できそうにない課題(坂の上に住宅があり、買い物に困難、疾病・障害によりできないことが明確である等)があがった場合には、半年間くらいで解決できそうな生活課題に着目し、目標や具体的な支援につなげていく。

*「課題に対する目標と具体策の提案」欄

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、包括センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、さまざまな角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、サービス事業や一般介護予防事業や介護保険サービスだけではなく、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、民間企業により提供される生活支援サービス、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。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が介護予防サービス計画等の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者は、アセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。

*「具体策についての意向 本人・家族」欄

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策の提案」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点を確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意するうえでの足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「○○が必要だと思う」「○○を行いたい」等と記載する。合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記載する。

介護予防サービス・支援計画書（Ⅱ）

*「目標」欄

全項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が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の提案」について合意を得られていた場合には、「目標」をそのまま転記する。「同左」「提案どおり」などと記載してもよい。

後に行う評価では、この目標について達成／未達成を確認するため、客観的に達成状況が判断できるよう、具体的に記載する。

「目標とする生活」へできるだけ近づくように、利用者や家族と話し合いながら目標や具体策について合意していくことは、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要なプロセスである。介護予防ケアプラン作成者の提案が押し付けにならないよう留意し、利用者の意欲や家族の支援を引き出すよう支援する。

目標は利用者が一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要である。はじめから難しい目標を設定するのではなく、達成可能な目標からたてるなどの工夫も必要である。

*「目標についての支援のポイント」欄

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考えるうえでの留意点を記入する。ここには、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、さまざまな次元の項目が書かれることがある。

*「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」欄

本人が自ら取り組むことや、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、民間企業より提供される生活支援サービスなどもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。

*「介護保険サービスまたは総合事業のサービス」欄

予防給付、総合事業のサービス事業や一般介護予防事業等を含めた総合事業のサービスの内容を記載し、どのサービス・事業を利用するかわかるように○印で囲むものとする。

具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。

しかし、サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適当なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。本来の支援のもとに、当面の支援を記載する。

*「サービス種別」欄

「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総合事業のサービス」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。その際、支給区分、通所系サービスの加算についても必ず記載する。ただし、事業所の体制にかかる加算については、記載する必要はない。

*「事業所」欄

具体的な「サービス種別」および当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。また、地域、介護保険制度以外の公的サービスが担う部分についても明記する。

*「期間」欄

「支援計画」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する（「○年○月○日～○年○月○日」など）。

なお、「期間」の設定において要支援者の場合は「認定の有効期間」を考慮するものとする。

また、「支援計画」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するか提案があれば記載する。

*「総合的な援助方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」欄

記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。

*「【本来行うべき支援が実施できない場合】」欄

本来の支援が実施できない場合で、

- ①利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。
- ②本来必要な社会資源が地域にない場合には、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。

*「地域包括支援センターの意見・確認印」欄

居宅介護支援事業所が包括センターから委託を受けて行う場合、本欄を使用する。この場合、その介護予防支援および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包括センターは、介護予防サービス計画等が適切に作成されているかを確認する必要がある。

このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防サービス計画原案等を作成し、介護予防サービス計画書について当該包括センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした当該包括センターの担当者が氏名を記載する（当該包括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には、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。（ただし、総合事業における介護予防ケアマネジメントの場合は、そのプロセスによっては、介護予防サービス計画原案としての作成や、サービス担当者会議を省略することもある。）

*「計画に関する同意」欄

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うえで、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。この場合、利用者名を記入した原本は、介護予防支援事業所において保管する。

***「被保険者番号」「利用者氏名」欄**

介護保険被保険者証の番号と当該利用者の氏名を記載する。

***「計画作成者氏名」欄**

当該介護予防サービス計画等作成者（包括センター担当者名）の氏名を記載する。

***「年月日」「内容」欄**

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。

サービス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。

経過記録では、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。

〈重要〉

モニタリングの記載をする場合には、単にサービスが継続していることだけの確認だけでなく、介護予防サービス計画等作成者が専門的に観察したことや判断したこと、今後の支援の方針や目標の達成状況なども確認し客観的に記載する。生活機能の状況や課題の変化に留意し、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や、介護予防サービス計画等に反映していない特記事項（家族との関係、本人が知らない病名など）についても記録を残すことも重要である。

※サービス担当者会議の記載を行う場合は、下記の内容を記載する。

- ・出席者（所属、職種、氏名）
- ・開催した目的
- ・検討した項目・内容
- ・今後の方針
- ・残された課題

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

利用者名 _____ 様 _____ 計画作成者氏名

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

総合的な方針

地域包括支援センター意見

<input type="checkbox"/> フラン継続 <input type="checkbox"/> フラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 二般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了
---	--

『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』の記入の仕方

＊「利用者名」欄

当該利用者の氏名を記載する。

＊「計画作成者氏名」欄

当該介護予防サービス計画等作成者(包括センター担当者名)の氏名を記載する。

＊「評価日」欄

当該介護予防サービス・事業評価を行った日を記載する。

＊「目標」欄

当該「介護予防サービス・支援計画書」の目標と一致させる。

＊「評価期間」欄

「介護予防サービス・支援計画書」の「期間欄」から期間を転記する。

＊「目標達成状況」欄

評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する。

評価時に、評価期間が終わっていないサービスについても一旦評価を行い、介護予防サービス計画等を見直す。

＊「目標 達成/未達成」欄

目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印をつける。

＊「目標達成しない原因(本人・家族の意見)」欄

何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め当該利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。

＊「目標達成しない原因(計画作成者の評価)」欄

何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、計画作成者として評価を記載する。

＊「今後の方針」欄

目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。

＊「総合的な方針」欄

利用者の生活全体に対する今後の支援の総合的な方向性について、専門的な観点から方針を記載する。

＊「地域包括支援センター意見」欄

介護予防サービス計画等に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持悪化等の判定をし、その根拠も記載する。

＊「プラン継続・プラン変更・終了」欄

今後の方針が決定したら、介護予防ケアプラン作成者が、「プラン継続/プラン変更/終了」に■印をつける。

サービスに変更がなくても、基本的には、新たな目標が設定されるため、「プラン変更」に■印をつける。

「プラン継続」に関しては、例えば、介護予防ケアプラン期間中に一時的な入院等があり、サービス利用ができなかったが退院後、本人の状態や意向の変化がなく、改めて同じ介護予防ケアプランの目標、内容を実施する場合や、あと少しで目標が達成しそうな段階で、利用者がそのまま目標を希望した場合などである。

プラン終了に関しては、サービスが不要になり、次の介護予防サービス計画等を作成する必要がない場合に■印をつける。

＊「介護給付、予防給付、介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業、終了」欄

今後の方針として介護予防サービス計画等作成者が該当するものに■印をつける。

事業対象者及び
介護予防ケアマネジメント依頼取下げ・終了届出書

被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
生年月日		大・昭 年 月 日	性別 男・女
依頼先（チエックリスト実施先） 地域包括支援センター	名称		
	事業所番号		
	所在地	〒 ー 電話番号 ()	
終了年月日		年 月 日	
終了理由		1 自立及び回復により事業対象者でなくなったため 2 要介護(要支援)認定申請のため 3 その他()	
サービス利用の有無 (通所型・訪問型)		有 ・ 無	
阿南市長 宛て 事業対象者の申請を取下げ又は終了します。 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号 ()			
※ 事業対象者・介護予防ケアマネジメントの依頼を取下げ、又は終了した場合は、速やかに提出してください。			

<input type="checkbox"/> 入力日(/)	<input type="checkbox"/> 被保険者証(要 ・ 不要)
	〃 発送 (/)
	〃 窓口交付 (/ :)

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメントB）

担当地域包括支援センター名	計画作成者名

認定区分等	事業対象者	チェックリスト実施日	年 月 日
	要支援1・要支援2 ()	認定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで

計画作成日	年 月 日	初回 ・ 見直し
-------	-------	----------

フリガナ		性 別	被保険者番号
氏 名		男 ・ 女	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 () 歳		
住 所			

本人（家族）の意向及び望む生活	

	現 状	課 題 等
家事動作		
家庭生活の様子		

	現 状	課 題 等
治療中の病気 健康管理について		
社会参加 コミュニケーション		

具体的なサービスの目標	サービス内容	サービス種別	事業所	頻度と時間

インフォーマルサービス

担当地域包括支援 センターの意見		確認印

上記計画について、同意します。
年 月 日 氏名