

介護予防支援・介護予防
ケアマネジメントガイドライン
(資料編)

令和8年4月

1 介護予防ケアマネジメント実施における関連様式

- 1-1 基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準
チェックリストについての考え方
- 1-2 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
- 1-3 興味・関心チェックシート
- 1-4 利用者基本情報
- 1-5 介護予防サービス・支援計画書 1・2（ケアマネジメント結果等記録表）、週間計画書
- 1-6 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）
- 1-7 サービス担当者会議の要点
- 1-8 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

2 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に係る関連様式例記載要領

- 2-1 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務にかかる関連様式例記載要領
- 2-2 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務にかかる関連様式記載方法

3 ケアプラン作成連絡票

- 3-1 ケアプラン作成連絡票
- 3-2 ケアプラン作成連絡票について
- 3-3 ケアプラン作成連絡票記載例

4 参考資料

- 4-1 R7.7.17「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」の一部改正について
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001285188.pdf>
- 4-2 介護保険最新情報 Vol.1480「介護保険法施行規則第 140 条の 63 の 2 第 1 項第 1 号に規定する厚生労働大臣が定める基準の制定に伴う実施上の留意事項について」及び「介護予防・日常生活支援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）の実施及び介護予防手帳の活用について」の一部改正について
<https://www.mhlw.go.jp/content/001673837.pdf>
- 4-3 八戸市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例
https://www1.g-reiki.net/city.hachinohe/reiki_honbun/c004RG00000606.html
- 4-4 介護保険最新情報 Vol.959 居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについて別添 3 ケアプランの軽微な変更の内容について
<https://www.mhlw.go.jp/content/000778912.pdf>

基本チェックリスト

1-1

被保険者番号：(_____)

記入日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付け下さい。	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買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
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ヶ月間で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 _____ cm 体重 _____ kg (BMI= _____) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今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

現在の健康状態はいかがですか。 1 よい 2 まあよい 3 ふつう 4 あまりよくない 5 よくない

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

八戸市長

現在の心身の状態等について、上記のとおり回答します。

また、介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、必要があるときは、この基本チェックリストを地域包括支援センター、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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 本人署名 _____

No.1～20	No.6～10	No.11～12	No.13～15	No.16～17	No.18～20	No.21～25
20	5	2	3	2	3	5

市処理欄

受付	入力	該当確認	備考

基本チェックリスト

被保険者番号：(0123456789)

被保険者番号10桁を記入。
上3～5桁に「0」が連続する場合は、省略可
記入日

チェックリストを実施した日を記入。

令和 ○年 4月 1日

No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付け下さい。
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい 1. いいえ
2	日用品の買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
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ヶ月間で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 cm 体重 kg (BMI =) (注)	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい 0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい 0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい 0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい 1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい 0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされます	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

現在の健康状態はいかがですか。 1 よい 2 まあよい 3 ふつう 4 あまりよくない 5 よくない

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

八戸市長

現在の心身の状態等について、上記のとおり回答します。
また、介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、必要があるときは、この基本チェックリストを地域包括支援センター、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 ○年 ○月 ○日

本人署名 八戸 総合

原則本人記入。
本人が記入できない場合には、親族等に記入いただく。

No.1～20	No.6～10	No.11～12	No.13～15	No.16～17	No.18～20	No.21～25
2	3	0	1	1	1	2
20	5	2	3	2	3	5

計算してご記入ください

市処理欄

受付	入力	該当確認	備考

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

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せず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の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」

		となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渴きが気になりますか	口の中の渴きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	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	

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名		個人番号																		
		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和															
介護予防サービス計画の作成を依頼(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																				
事業所(センター名)										担当者名										
所在地〒										電話番号 ()										
介護予防支援事業者(地域包括支援センター)番号																				
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。																				
事業所名										電話番号 ()										
所在地〒																				
区分	<input type="checkbox"/> 新規	令和 年 月 日から																		
	<input type="checkbox"/> 変更	令和 年 月 日から																		
	変更する場合の理由()																			
<input type="checkbox"/> 終了	令和 年 月 日																			
(あて先) 八戸市長 上記の事業者等に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。 また、上記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事業者に必要な範囲で提示することに同意します。																				
令和 年 月 日																				
住所																				
被保険者氏名																				
電話番号 ()																				
										受理			入力			確認				

(注意)

- この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第、速やかに八戸市介護保険課へ提出してください。
- 介護予防サービス計画の作成、も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又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、速やかに八戸市介護保険課へ提出してください。
届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村窓口へ提出してください。

興味・関心チェックシート

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・麻雀・ゲーム等			
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・相撲等観戦			
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			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

利用者基本情報

作成担当者：

1-4

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 初回	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 再来 (前)	
本人の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所中 ()			
フリガナ		性別	生年月日 () 歳	
本人氏名				
住所	Tel			
	Fax			
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
認定情報	認定区分を選んでください			
	有効期限	(前回介護度)		
	被保険者番号： 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			
障害者認定	<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他 ()			
本人の居住環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> 自室の有無 () 階 <input type="checkbox"/> 住宅改修の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 遺族年金			
来所者(相談者)			家族構成 ◎=本人 ○=女性 □=男性 ●■=死亡 ☆=キ-パ-リ 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
				Tel
				Tel
			Tel	
			家族関係の状況	

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・既往症と経過》 (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・意見書作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容
			☆		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
					<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
					<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
					<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> 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

課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	具体的な状況等
10	健康状態	
11	ADL	
12	IADL	
13	認知機能や判断能力	
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	
15	生活リズム	
16	排泄の状況	
17	清潔の保持に関する状況	
18	口腔内の状況	
19	食事摂取の状況	
20	社会との関わり	
21	家族等の状況	
22	居住環境	
23	その他留意すべき事項・状況	

介護予防サービス・支援計画表（１）

No. _____

 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

利用者氏名 _____ 様 認定年月日 _____ 認定の有効期間 _____ ~ _____

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業所名（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： 地域包括支援センター名を選んでください

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 (背景と原因)	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			
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			

基本チェックリストの（該当した項目）／（質問項目数）を記入して下さい

健康状態について 主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

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

--

介護予防サービス・支援計画表（２）

No. _____ 様

目標とする生活

1日：

1年：

目標	支 援 計 画					期間
	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	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所	

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

計画に関する同意・交付

上記計画について、同意いたします。 年 月 日 氏名	計画表を受領しました。 年 月 日
----------------------------------	----------------------

【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

地域包括支援センター意見 ※委託の場合	
------------------------	--

サービス担当者会議の要点

1-7

作成年月日

利用者名 _____ 様

介護予防サービス計画作成者(担当者)氏名 _____

開催日 _____

開催場所 _____

開催時間 _____

開催回数 _____

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	
検討した項目							
検討内容							
結論							
残された課題 (次回の開催時期)							

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

1-8

評価日

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

介護予防支援事業者意見

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> プラン継続 | <input type="checkbox"/> 介護給付 |
| <input type="checkbox"/> プラン変更 | <input type="checkbox"/> 予防給付 |
| <input type="checkbox"/> 終了 | <input type="checkbox"/> サービス・活動事業 |
| | <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 |
| | <input type="checkbox"/> 終了 |

本様式例は、当初の介護予防サービス計画原案又は、介護予防ケアマネジメント計画の原案（以下、「介護予防サービス計画原案等」という。）を作成する際に記載し、その後、介護予防サービス計画又は、介護予防ケアマネジメント計画（介護予防ケアマネジメント計画等を含む）（以下、「介護予防サービス計画等」という。）の一部を変更する都度、別用紙を使用して記載するものとする。

但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。

なお、介護予防ケアマネジメントにおいて、本様式例を活用する場合、各様式の使用及び様式に記載すべき項目について、必ずしも全てを網羅的に使用及び記載する必要はなく、介護予防ケアマネジメントの類型等やその必要性を吟味したうえで活用すること。※

※老振発0313 R8.3.13 「『介護保険法施行規則第140条の63の2第1項第1号に規定する厚生労働大臣が定める基準の制定に伴う実施上の留意事項について』及び『介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメントの実施及び介護予防手帳の活用について』一部改正について」より抜粋

1 「利用者基本情報」

① 「作成担当者名」

利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。

② 「相談日」

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。

③ 「本人の現況」

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。

④ 「本人氏名」

利用者氏名及び性別を記載する。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。

⑤ 「住所」

当該利用者の現在居住している居住지를記載すること。住民票の住所地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。

⑥ 「電話番号」

当該利用者との連絡のとれる電話番号を記載する。

⑦ 「日常生活自立度」

利用者の「障害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、要支援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○印を付す。

⑧ 「認定・総合事業情報」

利用者の要介護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、有効期限と前回の介護度を記載する。

基本チェックリストの記入結果について、「事業対象者の該当あり」又は「事業対象者の該当なし」のいずれかを○で囲み、記入日を記載する。

⑨ 「障害等認定」

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。

⑩ 「本人の住居環境」

該当するものについて○印で囲む。自室の有無について、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。

⑪ 「経済状況」

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。

⑫ 「来所者（相談者）」

来所者または相談者について、氏名を記載する。

⑬ 「住所連絡先」

来所者または相談者の住所、連絡先及び本人との続柄を記載する。

⑭ 「緊急連絡先」

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。

⑮ 「家族構成」

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も可能な範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。当該利用者に関係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。

⑯ 「今までの生活」

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。

⑰ 「現在の生活状況（どのような暮らしを送っているか）」

「一日の生活・過ごし方」は、起床から就寝までの一日の流れや食事・入浴・買い物仕事や日課にしていることなど、一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入し、食事や入浴、家事など毎日の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入する。

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」は、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」は、友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

⑱ 「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、利用者の主な既往症と治療服薬の状況について時間の経過順に記載する。記入した病気のために服薬等の治療を受けている場合は、

「治療中」に○印を付し、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、経過観察中に○印を付す。その他の状況の場合には「その他」に○印を付す。また、要支援者の場合、主治医意見書を記載した医療機関または医師については★印を付す。

⑲ 「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は、行政が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。

⑳ 「個人情報の第三者提供に関する同意」

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、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・活動事業等実施者、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。

2 「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表）」

① 「NO.」

利用者の整理番号を記載する。

② 「利用者名」

当該介護予防サービス計画等の利用者名を記載する。

③ 「認定年月日」

当該利用者の要支援認定の結果を受けた日を記載する。

④ 「認定の有効期間」

当該利用者の認定の有効期間を日付で記載する。

⑤ 「初回・紹介・継続」

当該利用者が、当該地域包括支援センター、指定介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において初めて介護予防ケアマネジメント及び予防給付を受ける場合は「初回」に、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に紹介された場合、又は、予防給付を受けていたが、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、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現在受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」に○を付す。

⑥ 「認定済・申請中」

要支援認定について「新規申請中」（前回「非該当」となり、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○を付す。それ以外の場合は「認定済」に○を付す。

認定を受けていない場合は、○を付さない。

⑦ 「要支援1・要支援2・地域支援事業」

被保険者証に記載された「要介護状態区分」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「地域支援事業」に○を付す。

⑧ 「計画作成者氏名」

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、介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

⑨ 「委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）」

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、当該介護予防サービス計画等作成者の所属する介護予防支援事業者・事業所名及び所在地（住所と電話番号）を記載する。

⑩ 「担当地域包括支援センター」

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合に、当該利用者が利用する地域包括支援センター名を記載する。

⑪ 「計画作成（変更）日（初回作成日）」

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又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。また、「初回作成日」には、二回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載する。

⑫ 「目標とする生活」

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、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。

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り組みである「目標とする生活」のイメージについて記載する。

具体的にどのような生活を送りたいかは、一日単位でも、一年単位でも、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のレベルでもともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者と修正するのは差し支えない。一日及び一年単位の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はない。

「一日」は、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しい。

「一年」は、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、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントや利用者の取り組み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。

⑬ 「健康状態について」

「主治医意見書」（要支援者のみ）、「健診結果」「観察結果」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。

⑭ 「アセスメント領域と現在の状況」

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。アセスメントは、基本チェックリストの回答状況、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。

「運動・移動について」欄は、自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、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、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうかについて確認する必要がある。

「日常生活（家庭生活）について」欄は、家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等）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。

「社会参加、対人関係・コミュニケーションについて」欄は、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、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。

「健康管理について」欄は、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・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。

⑮ 「本人・家族の意欲・意向」

各アセスメント領域において確認をした内容について、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、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい。」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、その意向がなぜ否定的なのか、消極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及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。

⑩ 「領域における課題（背景・原因）」

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及びその背景・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、経済状況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。ここには、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おこるかなど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■印を付す。

⑪ 「総合的課題」

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探するため、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などを見つけ出す。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。例えば、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。ここには、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及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、優先度の高い順に1から番号を付す。

⑫ 「課題に対する目標と具体策の提案」

「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、地域包括支援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、様々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・活動事業や一般介護予防事業、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。

⑬ 「具体策についての意向 本人・家族」

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」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が確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」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。

⑳ 「目標」

前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」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよい。

㉑ 「目標についての支援のポイント」

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上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、様々な次元の項目が書かれることがある。

㉒ 「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（民間サービス）」「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス）」

「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（民間サービス）」欄には、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、民間企業に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地域支援事業（総合事業のサービス）」欄には、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地域支援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切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。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。

㉓ 「【本来行うべき支援ができない場合】 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。また、本来必要な社会資源が地域にない場合にも、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。

㉔ 「サービス種別」

「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（民間サービス）」、「介護保険サービスまたは地域支援事業（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。

㉕ 「事業所（利用先）」

当該サービス提供を行う「事業所名（利用先）」を記載する。また、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても明記する。

㉖ 「期間」

「期間」は、「支援内容」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（「〇か月」「〇月〇日～〇月〇日」など記載する）。

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

また、「支援内容」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。

⑳ 「総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」

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。

㉑ 「必要な事業プログラム」

基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入する。また、専門職による短期集中予防サービスを利用する場合は、その判断基準から参加することが望まれると考えられるプログラムの枠内の数字に○印を付す。

㉒ 「地域包括支援センターの意見・確認印」

居宅介護支援事業者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する。この場合、その介護予防支援及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地域包括支援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地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する（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、介護予防ケアマネジメント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。）

㉓ 「計画に関する同意」

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、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（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）」

① 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

② 「計画作成者氏名」

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、介護予防支援業務又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、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。

④ 従前相当サービスを介護予防サービス計画原案等に位置付けた場合には、その必要性について理由を記載する。

- ⑤ モニタリング期間の延長を行う場合は、延長後のモニタリング期間やその要件を満たしていることが分かるように記載しておく。

4 「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」

- ① 「利用者氏名」
当該利用者名を記載する。
- ② 「計画作成者氏名」
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、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合には、担当介護支援専門員名を記載する。
- ③ 「評価日」
当該介護予防サービス・支援評価を行った日を記載する。
- ④ 「目標」
当該「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載する。
- ⑤ 「評価期間」
「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。
- ⑥ 「目標達成状況」
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いったん評価を行い、介護予防サービス計画等を見直す。
- ⑦ 「目標 達成／未達成」
目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付す。
- ⑧ 「目標達成しない原因（本人・家族の意見）」
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。
- ⑨ 「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」
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、計画作成者としての評価を記載する。
- ⑩ 「今後の方針」
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。
- ⑪ 「総合的な方針」
今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。
- ⑫ 「地域包括支援センター意見」
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。特に、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業を委託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、地域包括支援センターと委託を受けた指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方針の統一を図る必要がある。
地域包括支援センター意見を参考に今後の方針で該当するものにレ印を付す。

介護予防サービス・支援計画表（1）

No. _____

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

利用者氏名 様 認定年月日

認定の有効期間

被保険者証の「要介護状態区分等」に記載された区分を選択

事業対象者の場合選択する

・事実のみを記載し、主観的な判断は記載しない
 ・している・していない、だれが手伝っているかなど具体的に記載する

合：計画作成事業所名（連絡先）

年 月 日) 担当地域包括支援センター

領域ごとになっている課題を統合する

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する

本人・家族についての意向

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（背景と原因）	課題の提案	本人・家族
運動・移動について 行きたい場所への移動手段。 屋内外の歩行状況（福祉用具利用状況、段差昇降等） 交通機関の利用状況	・利用者・家族の現状の受け止め、今後への意向を理由も含めそれぞれ記載する 【記載例】 ・「〇〇できるようになりたい」 ・「〇〇したい。」	・問題の背景・原因と考えた根拠を記載する ・健康状態、心理・習慣、環境、経済状況等の観点から整理し、予後予測も併せ分析する ・現在の課題、予後予測の上で生じる課題などを記載する ・基本チェックリストの結果も考慮する ・課題がある場合に領域ごとに「□有」に■印を付す 【記載例】 ・「〇〇の可能性はある」 ・「〇〇の危険性がある」	・間接的な背景・原因を探り、生活全体の課題を探す ・各領域における課題の中で原因、背景が共通したり方向性が同じものを統合し、解決優先度の高い順から記載する ・どうなれば希望する生活を送れるかを導き記載する 【記載例】 ・「〇〇できる」 ・「〇〇を行う」 ・「〇〇する」	・「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する ・専門的観点から利用者の望む生活を踏まえた上で目標や取り組み可能な内容を提案する ・セルフケアや家族や友人などのインフォーマル支援、具体的なサービス内容などを記載する ・提案した目標と具体策について、本人や家族の意向を確認し記載する ・合意時は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載する ・合意がない場合は、理由や根拠など利用者や家族の考えを記載する
日常生活（家庭生活）について 家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等） 経済の管理、花木やペットの世話				
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 家族や近隣の人との交流、地域活動への参加状況 家族や地域での役割の有無 趣味や楽しみの有無				
健康管理について ・服薬管理、定期受診の状況。 ・飲酒や喫煙の有無 ・食事や運動、排泄などの健康管理に関する状況 ・清潔動作・口腔ケア				
基本チェックリストの（該当した項目）／（質問項目数）を記入して下さい				

基本チェックリストの（該当した項目）／（質問項目数）を記入して下さい

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
・事業対象者は、基本チェックリストを実施しケアプランに反映させる					

健康状態について 主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

・「主治医意見書」（要支援者のみ）、「健診結果」「観察結果」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
--

介護予防サービス・支援計画表（2）

No. 様 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントや利用者の

の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする

目標とする生活

1日： ・一年後や大きな目標への段階的目標
・生活の中で取り組みやすい、達成感や自己肯定感が得られる内容が望ましい

1日： ・利用者との生きがいや楽しみを確認し今後の生活で達成したい目標を設定する
・近い将来なりたい自分の姿をイメージできるよう具体的に記載する

目標	支 援 計 画					
	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	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・計画作成者と利用者・家族が合意した目標を記載する ・支援者側の視点での記載は避ける（異常の早期発見等） ・計画実施期間（最長12月）で達成可能なものとし、利用者が理解しやすい具体的な表現を工夫（数値等）する </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者、家族を含む支援チームの方針連携方法、インフォーマルサービスのポイントなどを記載する ・サービス内容は記載しない </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">利用するもの○を記入する。※併用時は両方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者自ら取り組むことや、家族や近隣住民、民間企業での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 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・目標達成に向けた適切なサービスを記載する </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・当該サービス提供を行う事業所を記載する ※介護保険以外のサービスも記載する </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・目標達成に合わせて「支援内容」を実施期間を記載する（「○月○日～○月○日」など） ・「認定の有効期間」も考慮する </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>○加算と計画書の連動を確認する</p> <p>計画書への記載が「算定要件」の場合があるため、名称だけではなく、「加算の目的に沿った具体的な目標や支援内容」が計画書に反映されているか確認が必要である</p> <p>※口腔機能向上加算や栄養改善加算など</p> </div>						

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、支援者が生活不活発の改善・予防に向けて共通の取組内容などを記載する

計画に関する同意・交付

上記計画について、同意いたします。

年 月 日

氏名

計画表を受領しました。

年 月 日

【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

- ・利用者や家族の合意がない、必要な社会資源が地域にない場合などは、本来の必要な支援に向けた対応などや今後の方針などを記載する

地域包括支援センター意見
※委託の場合

- ・最終責任主体である高齢者支援センター等が確認し、担当者が氏名を記載する

介護予防週間支援計画表

利用者名 _____ 様

	0:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	2:00								
	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> 八戸市の独自の書式であり、利用者の状況により必要性を確認し使用する 高齢者支援センターと使用について確認しておく </div>							
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
	20:00								
夜間	22:00								
	深夜								

週単位以外のサービス	
------------	--

サービス担当者会議の要点

作成年月日 _____

利用者名 _____ 様

介護予防サービス計画作成者(担当者)氏名 _____

開催日 _____

開催場所 _____

開催時間 _____

開催回数 _____

	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
会議出席者						
検討した項目	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 開催の目的を踏まえて記載する <ul style="list-style-type: none"> ① 利用者、家族の生活全体およびその課題の共通理解 ② 地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどの情報共有を行い、その役割の理解 ③ 利用者の課題、および生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などの協議 ④ 介護予防ケアプランにおけるサービス事業者等の役割の相互理解 ・ 経過記録に必要内容が記載されている場合は、記載を省略できる </div>					
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

介護予防・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）

利用者氏名 _____ 様

計画作成者氏名 _____

年月日	内 容	年月日		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・以下の状況について具体的に記載する ①連絡や相談、決定事項等があった場合は、その日付と相談や内容、決定事項等の内容 ②事業所からの報告書等の提出状況 ③情報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 ④従前相当サービスを介護予防サービス計画原案等に位置付けた場合は、その必要性について理由 ⑤モニタリング期間の延長を行う場合は、延長後のモニタリング期間やその判断 <p style="text-align: right;">他</p> </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 高齢者支援センター担当者名 ※委託を受けた指定居宅介護支援事業所の担当者名も併記する </div>	
			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・内容は簡潔にする ※箇条書きも有効 ・「客観的な事実」と「専門職としての判断・評価」を明確に分けて記載する ・5W1Hを意識する（いつ どこで 誰が 誰と なぜ 何を どのように） </div>	

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、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、サービス事業所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。

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

利用者名 _____ 様

・高齢者支援センター担当者名、または委託を受けた指定居宅
介護支援事業所の担当者名を記載する

評価日 _____

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
		・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	・達成時は○ 未達成時は× を記載する	・目標未達成の原因、目標設定の妥当性を利用者・家族の意見を含め、計画作成者としての評価を記載する		・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

・今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する

介護予防支援事業者意見

・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
 ※本欄に確認をした高齢者支援センター名を記載する

- プラン継続
- プラン変更
- 終了

- 介護給付
- 予防給付
- サービス・活動事業
- 一般介護予防事業
- 終了

ケアプラン作成連絡票（ケアマネジャー ⇄ 主治医）

※本票は居宅サービス計画等作成にあたり、主治医のご意見を確認するため送付するものです。

1 患者様の介護保険の情報

氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日（満 歳）		
要介護認定区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ）		
有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		

2 居宅サービスの利用状況・予定

<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/週	<input type="checkbox"/> 短期入所	日/月
<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/週	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	
<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/週	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	
<input type="checkbox"/> 訪問リハ	回/週	<input type="checkbox"/> 住宅改修	
<input type="checkbox"/> 通所介護	回/週	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 通所リハ	回/週		

3 通信欄

ケアマネジャーから主治医へ	主治医からケアマネジャーへ
質問・連絡事項 事業所名 _____ 担当ケアマネジャー _____ 電話 _____ / FAX _____	サービスのケアプランへの位置づけについての御意見等 記入日：令和 年 月 日 主治医氏名 _____

1 趣旨

ケアプラン作成連絡票は、居宅介護支援事業所等の介護支援専門員が、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成する際に、主治医から医学的助言や留意点を確認するために使用する文書です。

使用にあたっては、事前に医療機関の受付担当者等へ提出方法や取扱いについてご相談ください。

2 医療系サービスを位置付ける場合の確認

医療系サービスをケアプランに位置付ける場合、運営基準上、主治医の指示があることを確認する必要があります。

【主な医療系サービス】

- ・訪問看護
- ・訪問リハビリテーション
- ・通所リハビリテーション
- ・居宅療養管理指導
- ・看護小規模多機能型居宅介護 等

主治医意見書のみでは確認できない場合は、通院時の確認や文書による照会など、適切な方法により確認を行います。

3 軽度者に対する福祉用具貸与

要支援者等の軽度者に対する福祉用具貸与について、医学的所見に基づく判断が必要な場合があります。

この場合は、主治医意見書のほか診断書や医学的所見等を確認し、その内容をケアプランに記載したうえで、サービス利用の可否を判断します。

4 本票の位置付け（留意事項）

本票は、主治医の意見を文書で確認するための補助手段として使用するものです。

主治医意見書や訪問看護指示書等の代替となるものではありません。

また、作成したケアプランを主治医へ提出する際に、連絡事項や確認事項を示す添付文書（送付文書）として活用することができます。

ケアプラン作成連絡票（介護支援専門員⇔主治医）

1 患者様の介護保険の情報

氏名	****	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 23年 4月 5日（満78歳）		
要介護認定区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 要介護（ 1 ）		
有効期間	令和 7年 1月 1日 ~ 令和 9年12月31日		

2 居宅サービスの利用状況・予定

<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/週	<input type="checkbox"/> 短期入所	日/月
<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/週	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与	特殊寝台、特殊寝台付属品、自立型手すり
<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/週	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	
<input type="checkbox"/> 訪問リハ	回/週	<input type="checkbox"/> 住宅改修	
<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護	2 回/週	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 通所リハ	回/週		

3 通信欄

ケアマネジャーから主治医へ	主治医からケアマネジャーへ
<p>お世話になっております。* *さんの担当ケアマネジャーの蕪島と申します。</p> <p>* *さんは、立ちあがりについて、日によりふらつくなど不安定な状態であることから、特殊寝台及び付属品の利用を提案したいと考えております。</p> <p>現在、要介護1で軽度者に対する福祉用具貸与の特例給付に係る確認手続きが必要なことから、先生の医学的所見をお伺いしたく、よろしくお願いたします。</p> <p>事業所名 <u>うみねこ居宅介護支援事業所</u></p> <p>担当ケアマネジャー <u>蕪島 一郎</u></p> <p>電話 <u>△△-1234</u> / FAX <u>△△-3456</u></p>	<p>利用者の状態像（i～iiiのいずれかにチェックを入れてください。）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> i 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示に定める福祉用具が必要な状態に該当する。</p> <p><input type="checkbox"/> ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示に定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる。</p> <p><input type="checkbox"/> iii 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる。</p> <p>記入日：令和 <u>○</u>年 <u>○</u>月 <u>○</u>日</p> <p>主治医氏名 <u>八戸 太郎</u></p>

ケアプラン作成連絡票（介護支援専門員⇔主治医）

1 患者様の介護保険の情報

氏名	*** **	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 23年 4月 5日（満78歳）		
要介護認定区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 要介護（ 1 ）		
有効期間	令和 7年 1月 1日 ~ 令和 9年12月31日		

2 居宅サービスの利用状況・予定

<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/週	<input type="checkbox"/> 短期入所	日/月
<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/週	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	
<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/週	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	
<input type="checkbox"/> 訪問リハ	回/週	<input type="checkbox"/> 住宅改修	
<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護	1 回/週	<input type="checkbox"/> その他	
<input checked="" type="checkbox"/> 通所リハ	新規追加 2 回/週		

3 通信欄

ケアマネジャーから主治医へ	主治医からケアマネジャーへ
<p>いつもお世話になっております。**さんの担当ケアマネジャーの蕪島と申します。</p> <p>今回更新申請で要介護1となりました。</p> <p>現在、週1回の通所介護を利用されておりますが、同居の娘様より、最近歩行する機会も減り、両膝の疼痛を訴え自宅でも横になって過ごすことが増えたとのご相談がありました。リハビリと疼痛緩和を目的に通所リハビリのご利用を希望されております。</p> <p>つきましては、先生にリハビリの必要性和留意点等のご見解を頂戴したく存じます。</p> <p>事業所名 <u>うみねこ居宅介護支援事業所</u></p> <p>担当ケアマネジャー <u>蕪島 一郎</u></p> <p>電話 <u>△△-1234</u> / FAX <u>△△-3456</u></p>	<p>上記サービス利用について</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 必要である。 留意事項等：次回受診時に説明します。</p> <p><input type="checkbox"/> 不要である。 理由：</p> <p>記入日：令和 <u>○</u>年 <u>○</u>月 <u>○</u>日</p> <p>主治医氏名 <u>八戸 太郎</u></p>

八戸医院 八戸太郎 先生 御待史

ケアプラン作成連絡票（介護支援専門員⇔主治医）

1 患者様の介護保険の情報

氏名	****	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 23年 4月 5日（満78歳）		
要介護認定区分	<input checked="" type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ）		
有効期間			

2 居宅サービスの利用状況・予定

<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/週	<input type="checkbox"/> 短期入所	日/月
<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/週	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	
<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/週	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	
<input type="checkbox"/> 訪問リハ	回/週	<input type="checkbox"/> 住宅改修	
<input type="checkbox"/> 通所介護	回/週	<input checked="" type="checkbox"/> その他 （通所型サービスC）	1 回/週 （3か月または6か月間）
<input type="checkbox"/> 通所リハ	回/週		

3 通信欄

ケアマネジャーから主治医へ	主治医からケアマネジャーへ
<p>お世話になっております。* *さんの介護予防プラン担当の蕪島と申します。</p> <p>* *さんは、脳梗塞により入院され、退院後は閉じこもり傾向がみられ、フレイル状態にあることから、総合事業の通所型サービスCを利用し、運動習慣の定着を図り、以前のように外出できるよう支援したいと考えております。</p> <p>つきましては、本サービスの利用にあたり、適否についてご確認いただきたく、よろしく願いいたします。</p> <p>事業所名 <u>うみねこ居宅介護支援事業所</u></p> <p>担当ケアマネジャー <u>蕪島 一郎</u></p> <p>電話 <u>△△-1234</u> / FAX <u>△△-3456</u></p>	<p>上記サービス利用について</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 問題ない 留意事項等：なし</p> <p><input type="checkbox"/> 問題あり 理由：</p> <p>記入日：令和 <u>〇</u>年 <u>〇</u>月 <u>〇</u>日</p> <p>主治医氏名 <u>八戸 太郎</u></p>

ケアプラン作成連絡票（介護支援専門員⇔主治医）

1 患者様の介護保険の情報

氏名	** **	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 23年 4月 5日（満78歳）		
要介護認定区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 要介護（ 2 ）		
有効期間	令和 7年 1月 1日 ~ 令和 9年12月31日		

2 居宅サービスの利用状況・予定

	回/週		日/月
<input type="checkbox"/> 訪問介護		<input type="checkbox"/> 短期入所	
<input type="checkbox"/> 訪問入浴		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護	2	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	
<input type="checkbox"/> 訪問リハ		<input type="checkbox"/> 住宅改修	
<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護	2	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 通所リハ			

3 通信欄

ケアマネジャーから主治医へ	
<p>日頃より大変お世話になっております。 先日は、**様診察の際に、ご意見いただきありがとうございました。 上記利用者様の居宅サービス計画書（ケアプラン）を送付いたしますので、ご査収のほど、よろしくお願 いたします。</p> <p>※ケアプランに医療系サービス（訪問看護・訪問通所リハビリ・短期入所療養介護等）を位置づけたこと から、八戸市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例に基づき、主治医にケ アプランを交付するものです。</p> <p>令和 年 月 日 事業所名 うみねこ居宅介護支援事業所 担当ケアマネジャー 蕪島 一郎 電話 △△-1234 / FAX △△-3456</p>	