

湯沢市介護予防ケアマネジメント 基本方針

2023年 9月

湯沢市

目次

1	相談受付	1
2	基本チェックリストの実施	1
	（1）基本チェックリストとは	1
	（2）基本チェックリストについての考え方	1
3	介護予防ケアマネジメントの実施	2
	（1）介護予防ケアマネジメントの基本的事項	2
	（2）介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	2
	（3）介護予防ケアマネジメントと介護予防支援の違い	3
	（4）介護予防ケアマネジメントの実施担当者、実施体制	3
	（5）介護予防ケアマネジメントの類型とプロセス	3
4	多職種連携の視点	6
	（1）地域ケア個別会議等における多職種の視点	6
5	介護予防ケアマネジメント関連様式例一覧	6

湯沢市介護予防ケアマネジメント基本方針

湯沢市では、高齢者の自立支援、重度化防止及び生活の質（QOL）の向上のため、次のとおり介護予防・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基本方針を示します。

1 相談受付

相談者に対し、サービス利用の希望を確認し、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）、要介護（要支援）認定等の説明を行い、相談者の要介護（要支援）認定の有無、または基本チェックリストの記入内容が「事業対象者に該当する基準」に該当するかどうかを確認します。

今後、利用する予定のサービスが、訪問型サービスと通所型サービス以外のものである場合や明らかに要介護状態の被保険者、要介護認定申請を希望する被保険者に対してはこれまで通り申請手続きを行います。

総合事業における介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）（以下、「サービス事業」という。）の申請書を受け付ける場合は、要介護認定者については今まで使っていたサービスが使えなくなることも想定されるので、メリット・デメリットを十分説明してから受け付けます。

2 基本チェックリストの実施

（1）基本チェックリストとは

要介護（要支援）認定を受けなくても、必要なサービスを利用できるよう本人の状態を確認するツールです。（介護保険法施行規則第140条の6第4第2号）

（2）基本チェックリストについての考え方

対象者には地域包括支援センターや市町村の窓口で、後述の「基本チェックリストの使い方」に基づき、各質問項目の趣旨を理解した上で原則本人に記入してもらいます。

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います。

習慣を問う項目については、頻度も含め、本人の判断により回答してもらいます。

基本チェックリストの活用・実施の際には、質問項目と併せ、利用者本人の状況やサービス利用の意向を聞き取った上で判断します。

要介護・要支援認定の有効期間満了における更新申請をせず、サービス事業のみを利用するため、基本チェックリストを受ける場合は30日前より、実施することを可能とします。

3 介護予防ケアマネジメントの実施

(1) 介護予防ケアマネジメントの基本的事項

介護予防ケアマネジメントは、要支援認定者及び介護予防・生活支援サービス事業対象者（以下、「事業対象者」という。）に対し、介護予防及び日常生活の支援を目的として、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、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のほか、一般介護予防や民間企業等により提供される生活支援サービスも含め、適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう、行われる支援のことを言います。

【利用者別利用可能サービス・ケアマネジメント類型・給付類型一覧】

利用者	利用可能サービス	ケアマネジメント類型	給付類型
要介護認定者	・居宅サービス ・地域密着型サービス	指定居宅介護支援	介護給付
	・施設サービス	施設ケアプラン	
要支援認定者	・介護予防サービス ・地域密着型介護予防サービス ・介護予防サービスと総合事業サービスの併用	指定介護予防支援	予防給付
	・総合事業サービス	介護予防ケアマネジメント	総合事業
事業対象者			

(2) 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

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できる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」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、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

高齢者が健康を保ちつつ、生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組みを行うことが重要です。

さらに、介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、利用者の生活上の困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身

機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

このようなことから、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うえで、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ます。

(3) 介護予防ケアマネジメントと介護予防支援の違い

○ 介護予防ケアマネジメント

サービス事業のみを利用する要支援者及び事業対象者に、適切にサービスを提供するためのケアマネジメントです。

○ 介護予防支援

予防給付のみ、または予防給付とサービス事業を組み合わせる利用する要支援者のケアマネジメントです。

【参考：対象者と利用サービスによるケアマネジメント実施区分】

種類	要支援者			事業対象者
	給付のみ	給付+事業	事業のみ	
介護予防ケアマネジメント (総合事業)	×	×	○	○
介護予防支援 (介護予防給付)	○	○	×	×

(4) 介護予防ケアマネジメントの実施担当者、実施体制

○ 利用者本人が居住する圏域の地域包括支援センターが実施します。

※地域包括支援センターの3職種その他、指定介護予防支援業務を行っている職員により実施します。

○ 介護予防ケアマネジメントの全部、または一部を指定居宅介護支援事業所に委託することも可能です。

(5) 介護予防ケアマネジメントの種類とプロセス

介護予防ケアマネジメントには3つの種類があり、要支援者及び事業対象者の状態、または目標達成のために必要なサービスによって適切なものを選択して実施します。

① 原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定します。モニタリングは少なくとも3ヶ月ごとに行います。

② 簡略化した介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントB）

アセスメントからケアプラン原案作成までは、原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）と同様ですが、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定する等簡略化した介護予防ケアマネジメントです。

③ 初回のみ介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取り組み」等を記載）を利用者に説明し、住民主体の支援等につなげます。その後は、モニタリング等を行いません。

【ケアマネジメントの類型とプロセスの整理】

ケアマネジメントの類型	利用するサービス	介護予防ケアマネジメントのプロセス
ケアマネジメント A	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護相当サービス ・自立支援訪問サービス ・通所介護相当サービス ・自立支援デイサービス ・短期訪問指導サービス ・まめで元気教室 	<ol style="list-style-type: none"> ①アセスメント（課題分析） ②ケアプラン原案作成 ③サービス担当者会議開催 ④利用者への説明・同意 ⑤ケアプランの確定・交付 （利用者・サービス提供者へ） ⑥モニタリング・評価 （少なくとも3か月毎に利用者と面接） ⑦給付管理
ケアマネジメント B	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援訪問サービス ・自立支援デイサービス （指定事業者以外のサービス） 	<ol style="list-style-type: none"> ①アセスメント（課題分析） ②ケアプラン原案作成 ③利用者への説明・同意 ④ケアプランの確定・交付 （利用者・サービス提供者へ） ⑤評価実施 ※必要に応じてサービス担当者会議、モニタリング実施
ケアマネジメント C	<ul style="list-style-type: none"> ・助け合い訪問サービス ・地域デイサービス ・配食サービス 	<ol style="list-style-type: none"> ①初回アセスメント（課題分析） ②ケアマネジメント結果案作成 ③利用者への説明・同意 ④利用するサービス提供者等への説明・送付

※全ての種類のケアマネジメントは居宅介護支援事業者に委託可能です

【留意事項】

- ① 事業対象者の区分支給限度額（介護保険施行規則第 140 条の 63 の 2 第 1 号イ）
事業対象者の区分支給限度額は、予防給付の要支援 1 の限度額と同じ単位とします。
- ② 利用者負担について
訪問型サービス、通所型サービスの利用者負担については、介護サービスの利用負担割合とします。
- ③ 要介護認定等の申請期間中のサービス利用について
サービス事業の利用者が、要介護認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間（サービス事業所と契約した日の前日まで）にあつては事業対象者として取り扱うことができますが、要介護申請と同時にサービス事業と介護給付を利用していた場合はどちらかが自己負担になります。

【事業対象者の要介護認定申請期間中のサービス利用について】

申請の結果	給付のみ	給付と総合事業	総合事業のみ
非該当	全額自己負担	給付分は、全額自己負担 介護予防ケアマネジメントを含めたサービス事業分は、総合事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、総合事業より支給
要支援認定	介護予防給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は、予防給付より支給 サービス事業分は、総合事業より給付	介護予防ケアマネジメントも含めて、総合事業より支給
要介護認定	介護給付より支給	ケアマネジメントを含めた給付分は、介護給付より支給 サービス事業分は、全額自己負担 介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は、総合事業より支給可	介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は、事業より支給できる

（注）上記は、それぞれの指定を受けていることが前提です。

月の途中まで事業対象者としてサービス事業を利用していた者が、要介護 1 以上の認定結果の通知に伴い、居宅介護支援に切り替えた場合は、給付のルールに準じて、月末の時点で居宅介護支援を行っている居宅介護支援事業者が給付管理票を作成して提出することとし、併せて居宅介護支援事業費を請求することになります。また、この場合の区分支給限度額管理は、地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が連携を取り合っています。

⑤ 事業対象者資格の喪失

「状態が改善し、基本チェックリストで非該当となった」、「要介護状態になり、介護認定を受けた」、「市外に転出した」等の場合は、事業対象者の資格は喪失したものとみなし、サービス事業を利用することができなくなります。また、「総合事業対象者解除申出書」の提出で事業対象者資格を喪失させることもできます。

⑥ 住所地特例者の利用

住所地特例者については、施設所在地である市町村で基本チェックリストの実施及び総合事業のサービス利用を行います。住所地特例対象者に対する総合事業によるサービス提供については、施設所在市町村が行うこととなるため、総合事業による介護予防ケアマネジメントについては、施設所在市町村の地域包括支援センターが行います。

4 多職種連携の視点

(1) 地域ケア個別会議等における多職種の視点

① 自立に向けたケアプラン

自立とは身体的自立のみではなく、心理的、経済的、社会関係的等の複合的な概念であり、高齢者が何らかの援助を受けながらも、尊厳を保持して、その人らしい生活を主体的に継続していくこと言います。このような自立に向けて支援するためのケアプランにおいては、高齢者本人の自己決定を尊重することが最も重要になります。そのため、「本人はどのような生活を望んでいるのか」といった意向をふまえて、「それを阻害している個人要因や環境要因は何なのか」といった包括的アセスメントに基づき、本人の意思を確認しながらケアプランを作成します。

② 多職種によるケアプランに係る議論の仕組み

本市では、利用者の自立支援や重度化予防の観点からケアマネジメントの質を向上させる場として、地域ケア個別会議を行っています。参加する各職種の職能団体やインフォーマル団体等との連携、協力体制を構築し課題解決に結び付ける多職種連携の視点が重要です。

5 介護予防ケアマネジメント関連様式例一覧

様式 1 受付シート、基本チェックリスト及び事業対象者に該当する基準

様式 2 基本チェックリストについての考え方

様式 3 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 4 興味・関心チェックシート

様式 5 利用者基本情報

様式 6 介護予防ケアマネジメント支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

様式 7 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

様式 8 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表

様式 9 総合事業対象者解除申出書

受付シート

受付者：市・包括・在介・居宅

どなたのご相談ですか？（本人・家族・その他） 記入日： 年 月 日

ふりがな 対象者氏名		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢 歳

※40～64歳の第2号被保険者に該当する場合は②へ

1. 現在、湯沢市の高齢者支援サービスを受けていますか。

- 受けていない
- 介護認定を受けている

※①と②の両方に該当した場合は②へ

2. 窓口にご相談に来られた理由は何ですか。

- 医療機関(医師)に勧められた
- 家族が心配して・友人等に勧められて
- 足腰が弱くなってきたから
- 使いたいサービスがある
- その他

	① 基本チェックリスト	② 要介護認定申請
	外来通院中	入院中
	できる・つかまれば可	できない
	できる・一部助けが必要	できない
	できる	できない
	できる	できない
	なし	ある
	配食サービス	おむつ事業
	訪問介護(ホームヘルプ)	通所リハビリ(デイケア)
	通所介護(デイサービス)	訪問看護
	まめで元気教室	福祉用具
		短期入所生活介護(ショートステイ)
		住宅改修
		施設入所

3. 生活状況について

- 歩行(歩けるか)
- 更衣(着替えができる)
- 清潔(一人でお風呂に入れる)
- 食事(一人で食事ができるか)
- 日常生活に支障がある物忘れがある

4. 使いたいサービスがありますか。

メモ:

①	様式第一の質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
②	様式第一の質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
③	様式第一の質問項目No.11～12の2項目のすべてに該当
④	様式第一の質問項目No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤	様式第一の質問項目No.16に該当
⑥	様式第一の質問項目No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
⑦	様式第一の質問項目No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当

(注) この表における該当 (No. 12 を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No. 12 に限る。) とは、 $BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$ が 18.5 未満の場合をいう。

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カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6カ月間で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カ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	

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

		区 分 新規 ・ 変更
被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号	
フリガナ	個 人 番 号	
	生 年 月 日	
	明・大・昭	年 月 日
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防介護支援事業者 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	
	電話番号 ()	
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)番号	サービス開始(変更)年月日	
	令和	年 月 日
介護予防支援事業所又は地域包括支援センター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。		
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。		
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地	
	電話番号 ()	
居宅介護支援事業所番号	サービス開始(変更)年月日	
	令和	年 月 日
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。		
湯沢市長 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ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。 令和 年 月 日 〒 -		
被保険者	住 所	_____
	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当たり、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 年 月 日 氏名 _____

(注意)

- 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、又は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事業所が決まり次第やかに湯沢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上、必ず湯沢市へ届け出てください。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。
- 3 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（地域包括支援センター）番号

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（ _____ ） 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

作成担当者：

《基本情報》

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・入院又は入所中 ()		

フリガナ 本人氏名	性別		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・2			
	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・ 総合事業 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		

《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

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、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

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)

様式6

No. _____

利用者名 _____ 殿

計画作成者氏名 _____

委託の場合:計画作成事業者・事業所名 _____

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 _____

状態	課題	目標	支援の内容	事業所	期間

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

地域包括支援センター 意見

上記計画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(ケアマネジメント結果等記録表)

様式6

No. _____

利用者名 _____ 殿

計画作成者氏名 _____

委託の場合:計画作成事業者・事業所名 _____

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 _____

状態	課題	目標	支援の内容	事業所	期間
<p>【運動・移動】 左大腿骨を骨折後、長期 廃用から歩行に不安を感じて いる。</p> <p>【日常生活】 独居。日常生活動作は自立 している。</p> <p>【社会参加】 近隣とは関係がよく、軽微な 生活支援を受けることもある。</p> <p>【健康管理】 高血圧症のため〇〇医院を 定期受診している。 服薬は自己管理できている。</p>	<p>長い距離の歩行ができなく なり、体重も減少している。</p>	<p>30分の散歩を楽しむ事がで きる。</p>	<p>まめで元気教室で下肢筋力 向上のための運動を行う。</p>	<p>〇〇デイサービス</p>	<p>2023年4月1日 ～ 2023年9月30日</p>

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

地域包括支援センター 意見

<p>上記計画について同意いたします。</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____</p>

NO. _____

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

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 _____ （初回作成日 _____） 担当地域包括支援センター： _____

1日		1年											
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	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（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間	
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1										
日常生活（家庭生活）について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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										
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、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

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

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印

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 _____

利用者名 _____ 殿

計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標体制状況	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"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <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"/> <u>一般介護予防事業</u> <input type="checkbox"/> 終了

総合事業対象者解除申出書

被保険者氏名		被保険者番号									
フリガナ											
		生年月日					性別				
		大 ・ 昭 年 月 日					男 ・ 女				
事業対象者有効期間開始日		年 月 日									
(あて先) 湯沢市長 事業対象者として解除したいので申出します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 住所 被保険者 氏名 <div style="text-align: center;">電話番号 ()</div>											

【以下、保険者確認欄】

<input type="checkbox"/> 被保険者証	
事業対象者有効期間	: 年 月 日 から
事業対象者登録解除日	: 年 月 日
解除理由	<input type="checkbox"/> 本人の申し出による <input type="checkbox"/> 他のサービスを利用するため <input type="checkbox"/> その他 ()