

湯沢市介護予防ケアマネジメント 基本方針

2025年7月

湯沢市

湯沢市介護予防ケアマネジメント基本方針

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（以下「総合事業」という。）における湯沢市の介護予防ケアマネジメントにおける基本方針を定めます。

1 総合事業の趣旨

総合事業は、認知症や障害の有無にかかわらず、地域に暮らす全ての高齢者が、自立した日常生活を送ること、また、そのための活動を選択することができるよう、地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせて、地域の高齢者に対する効果的かつ効率的な支援等を行うことを目的としています。

湯沢市では総合事業として実施するサービス・活動事業（介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 115 条の 45 第 1 項第 1 号に規定する第 1 号事業をいう。以下同じ。）及び一般介護予防事業（法第 115 条の 45 第 1 項第 2 号に規定する事業をいう。以下同じ。）並びに地域住民を含めた多様な主体による高齢者の自立した生活や介護予防に資する総合事業に該当しない多様な活動又は事業（以下「生活支援・介護予防サービス」という。）を充実させることで、高齢者や高齢者を支える全ての人の在宅生活の安心確保と、結果として費用の効率化が図られることを目指しています。

2 基本チェックリスト

サービス・活動事業は、要支援 1・2 と認定された方に加え、第 1 号被保険者であって基本チェックリストによりサービス・活動事業対象者（以下「事業対象者」という。）と判断された方が、サービスを利用できます。

（１）基本チェックリストとは

高齢者が自身の生活や健康状態を振り返り、心身の機能で衰えているところがないかチェックするためのツールで、全 25 項目の質問で構成され、チェックした項目から、「生活機能全般」「運動機能」「栄養状態」「口腔機能」「閉じこもり」「認知症」「うつ」のそれぞれにおけるリスクを判定します。（介護保険法施行規則第 140 条の 6 4 第 2 号）

（２）基本チェックリストについての考え方

相談者には地域包括支援センターや市の窓口（総合支所を含む）で、「（様式 1 の別紙）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。

なお、事業対象者は、要支援者に相当する状態の方を想定しており、そのような状態に該当しない相談者には、一般介護予防事業等の利用につなげていくことが重要です。

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、基本チェックリストによる事業対象者認定を希望する場合は、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

（１）介護予防ケアマネジメントとは

介護予防ケアマネジメントは、居宅要支援被保険者等（法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号に規定する居宅要支援被保険者等をいう。以下同じ。）に対し、介護予防や社会参加の推進を目的として、心身の状況、置かれている環境等に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに一般介護予防事業、その他の適切な事業が、包括的かつ効率的に提供されるための援助を行う事業です。

介護予防支援は、予防給付のみ、または予防給付とサービス・活動事業を組み合わせる利用する要支援認定者に対するケアマネジメントで、介護予防ケアマネジメントとは異なります。

【参考：認定区分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）	○	○	×	×

（２）介護予防ケアマネジメントの類型

介護予防ケアマネジメントには 3 つの類型があり、居宅要支援被保険者等の状態、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）

主に、従前相当サービスを介護予防ケアマネジメント計画に定める場合で、介護予防支援に相当するものです。

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）

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）のプロセスや計画の作成等の一

部を省略若しくは簡略化したケアマネジメントで、指定事業者の従前相当サービス以外のサービスを利用した場合になります。

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、その結果を利用者に説明し、住民主体の支援等につなげます。その後は、モニタリング等はいりません。

（３）介護予防ケアマネジメントのプロセス

介護予防ケアマネジメントの類型ごとのプロセスは以下のとおりです。

【介護予防ケアマネジメントの類型とプロセスの整理】

類型	利用するサービス	プロセス
ケアマネジメント A	・従前相当サービス	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	・サービス・活動 A	① 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 モニタリング・評価 ※必要に応じて介護予防ケアマネジメント計画書と給付管理票の作成
ケアマネジメント C		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

※ケアマネジメントB及びケアマネジメントCでは、「基本チェックリスト」を活用することにより、利用者の生活状況等が簡潔に把握できます。また、「基本チェックリスト」を利用者と一緒に確認することにより利用者自身のセルフマネジメントにもつながります。

① 介護予防ケアマネジメントの実施主体

介護予防ケアマネジメントは利用者が居住する圏域の地域包括支援センターが行います。
(介護予防ケアマネジメントの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。)

② 事業対象者の区分支給限度額

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。
ただし、市長が必要と認めた場合は、要支援 2 の限度額とすることができます。

③ 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。

④ 要介護認定等の申請期間中のサービス利用について

事業対象者が、要介護認定を受けた場合には、その認定日の前日までは事業対象者として取り扱うことができます。この場合において、月の途中で利用サービスをサービス・活動事業から、居宅介護サービスへ切り替えた場合は、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、居宅介護支援費を請求することになります。

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・活動事業を利用することができなくなります。また、「(様式 8) 総合事業対象者解除申出書」の提出により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、施設所在地の市町村で基本チェックリストを実施し、事業対象者となることでその市町村のサービス・活動事業を利用することができます。そのための介護予防ケアマネジメントは、施設所在地を担当する地域包括支援センターが行います。

4 従前相当サービスについて

居宅要支援被保険者等の多様な支援ニーズに対応するため、市町村には高齢者を含む地域住民の力を活用した生活支援・介護予防サービスの充実が求められています。しかし、居宅要支援被保険者等の状態によっては、有資格者による専門的なサービスを必要とする場合があります。

この専門的サービスは総合事業では従前相当サービスとして位置付けられており、国では「介護保険法施行規則第四百十条の六十三の六第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準」（令和3年厚生労働省告示第71号）において人員、設備及び運営に関する標準的な基準を平成27年の法改正前に全国一律の保険給付として提供されていた介護予防訪問介護及び介護予防通所介護と同様のものとして以下の観点で設定しています。

- ・ 医療・介護の専門職による専門的なニーズに応えるサービス
- ・ 想定される対象者は、進行性疾患や病態が安定しない者など、専門職による適切な支援が必要となる者
- ・ サービスの内容は、総合的なものであるとともに、全国一律で一定の範囲を示す

このことを受けて、湯沢市では、従前相当サービスの提供される対象者を以下のとおりとします。

●対象者

身体の状態や精神疾患により、以下①～③のすべてに該当する必要があります

- ① 有資格者による専門的サービスを受ける必要がある
- ② 他に代替するサービスがない
- ③ サービスが提供されなければ、生活の継続が困難

（具体例）

- ◇ 訪問型サービスにおいて身体介護が必要な対象者
- ◇ 認知症や精神疾患等の精神症状があり、突発的な行動が予測されるため個別性の高いサービス提供が必要な対象者
- ◇ 退院直後等の身体状況、疾病等の理由から急激な体調変化が予測されるため、専門的な視点で見守りが必要な対象者

●利用の決定

従前相当サービスが必要と思われる対象者については、市と地域包括支援センターが協議し、概要、従前相当サービスの必要性等を確認し、利用について判断します。なお、従前相当サービスは、1年ごとに継続利用についての評価・検討が必要となります。

5 介護予防ケアマネジメント関連様式例一覧

様式 1 受付シート及び基本チェックリスト様式

様式 1 の別紙 基本チェックリストについての考え方

様式 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

様式 3 興味・関心チェックシート

様式 4 利用者基本情報

様式 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表）1 及び 2

様式 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）

様式 7 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）サービス評価表
（※ 様式 4 から様式 7 までは「標準様式例」という）

様式 8 総合事業対象者解除申出書

どなたのご相談ですか？（ 本人・家族・その他 ） 記入日：令和 年 月 日

ふりがな 対象者氏名			
住所			
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

※①と②の両方に該当した場合は②へ

() 介護認定を受けている

2. 窓口に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

- ### 3. 生活状況について

歩行 (歩ける)

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 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	
訪問型サービス		通所リハビリ	
通所型サービス		訪問看護	
		福祉用具	
		ショートステイ	
		住宅改修	
		施設入所	

基本チェックリスト

被保険者 番号		申 請 日	年 月 日	
氏名				
住所	〒 電話番号： ()			
生年月日		希望する サービス内容		
No.	質問項目			回答：いずれかに○ をお付けください
1	バスや電車で1人で外出していますか			0. はい 1. いいえ
2	日用品の買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言われますか			1. はい 0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか			0. はい 1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか			1. はい 0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない			1. はい 0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった			1. はい 0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今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

(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

基本チェックリストの結果は地域包括支援センター、及び、居宅介護支援センターへ提供し、今後の総合事業に活用させていただきます。基本チェックリストの結果を提供することについて同意していただけますか。	
1. 同意する 年 月 日	2. 同意しない 氏名 _____

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いなくても、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の作成を依頼（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ます。 令和 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の作成を依頼（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の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の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 住所地利例の対象となる施設に入居の場合は、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	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複
	☐ 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			

利用者基本情報

《基本情報》

作成担当者：

相 談 日	令和 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			男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳	
住 所				Tel	()
				Fax	()
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度		自立・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・II a・II b・III a・III b・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	家族 ◎=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」
住 所 連 絡 先			続柄		家族関係等の状況
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先		

《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。

令和 年 月 日 氏名 印

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）

No. _____

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

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

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

目標とする生活

1 日		1 年	
-----	--	-----	--

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		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
日常生活（家庭生活）につい て		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
社会参加、対人関係・コミ ュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
健康管理について		☐ 有 ☐ 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

【意見】

計画に関する同意
上記計画について、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5-2

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 _____

現在の状態	課題	目標	支援の内容	事業所	期間
【運動・移動】					
【日常生活】					
【社会参加】					
【健康管理】					

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

総合的な方針

上記計画について同意します。
_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

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)

利用者氏名 _____

計画作成者氏名

[illegible]

※1 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・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)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(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		
		☐ 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

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。 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号 ()											

【以下、保険者確認欄】

☐ 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	☐ 本人の申し出による ☐ 他のサービスを利用するため ☐ その他 ()