

登別市介護予防・日常生活支援総合事業
～介護予防ケアマネジメントについて～

居宅介護支援事業所向け説明会

平成30年3月2日（金）

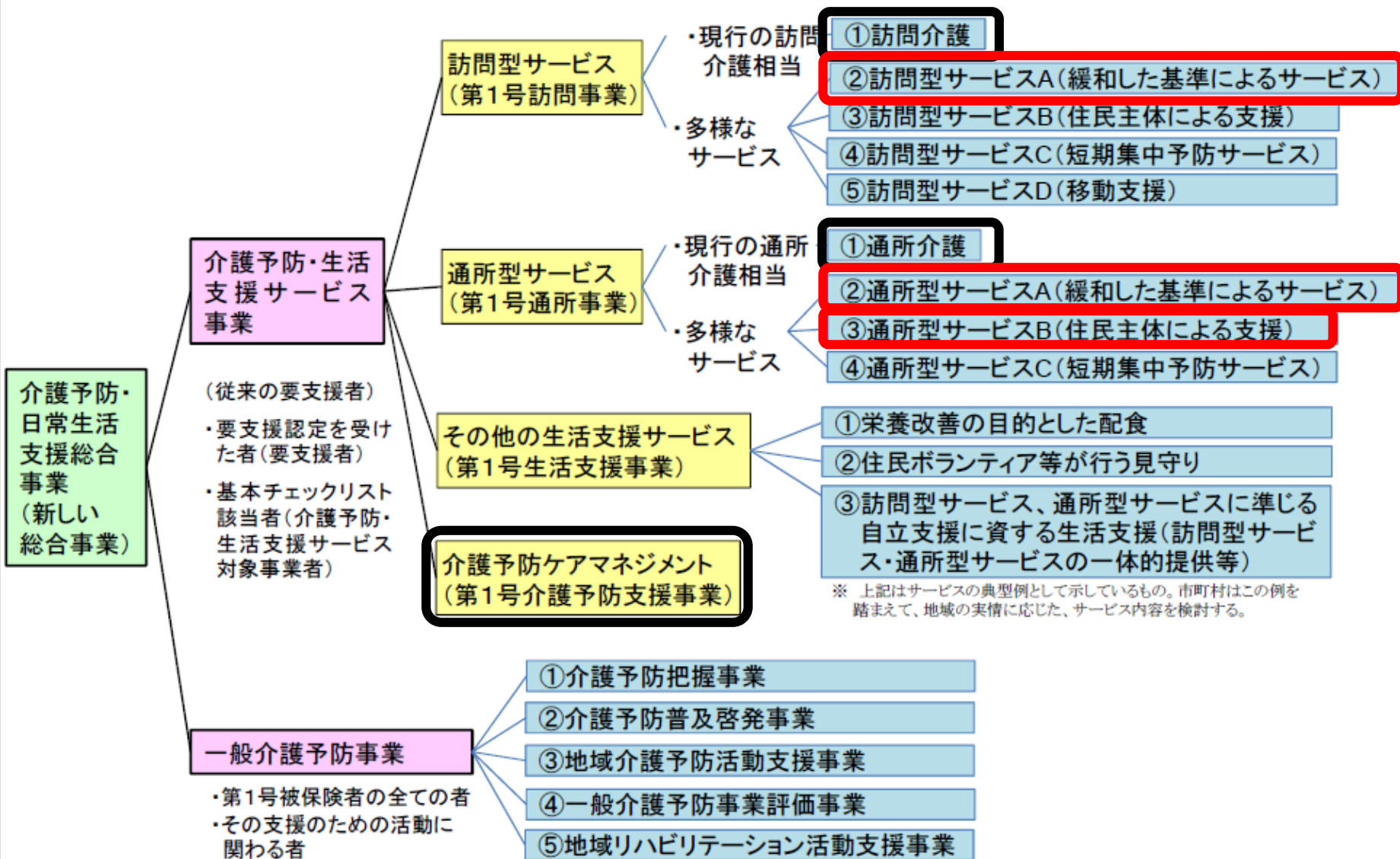
登別市地域包括支援センター
登別市保健福祉部高齢・介護グループ

本日の要点

- 1 平成30年度から始める新たなサービスについて
- 2 相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ
- 3 活用する書式について
- 4 介護予防ケアマネジメントについて
- 5 請求事務について
- 6 その他

1 平成30年度から始める新たなサービスについて

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



サービス利用の流れ

まずは、地域包括支援センターに相談

- ①初めてサービスの利用を希望
- ②総合事業以外のサービスも利用希望
- ③第2号被保険者

- ④更新時、要支援1・2で、総合事業（訪問型及び通所型サービス）のみを利用して、今後も同様のサービスのみの利用を希望

要介護認定を受ける

要介護
1～5

要支援
1～2

非該当

基本チェックリストを受ける

事業対象者
（生活機能の低下が見られた方）

自立した生活を送れる方

ケアプラン作成
（居宅介護支援事業所）

ケアプラン作成
（地域包括支援センター）

介護サービス
を利用できます。

介護予防
サービス
を利用できます。

総合事業

介護予防・生活支援サービス事業

- ・介護予防訪問介護相当サービス
- ・訪問型サービスA
- ・介護予防通所介護相当サービス
- ・通所型サービスA
- ・通所型サービスB

一般介護予防事業
を利用できます。

訪問型サービスのサービス内容等 (平成30年度以降)

例外的なサービス

原則的なサービス

区分	介護予防訪問介護 相当サービス	訪問型サービスA (指定事業者)	訪問型サービスA (委託事業者)
提供者	訪問介護事業者	訪問介護事業者	民間事業者・NPO法人等
サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護と同様のサービス ○訪問介護員による身体介護、生活援助 	<ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護員等の従事者による掃除、洗濯、調理、買い物ごみの分別搬出等の生活援助（老計第10号による） ○身体介護（老計第10号による）を行わない ○20分以上45分未満の活動を目安とする 	
サービス対象者	<p>原則、要支援1・2の者で、</p> <ul style="list-style-type: none"> ○入浴、排泄、食事、爪切り、服薬等の身体介護が必要な場合 ○認知機能の低下や精神・知的障がいにより日常生活に支障があるような症状や行動を伴う場合（※1） ○退院直後で状態が変化しやすい場合 ○その他、市が必要と認めた場合 	<p>要支援1・2、事業対象者で、</p> <ul style="list-style-type: none"> ○身体介護が不要で、生活援助が必要な場合 <p>※1 BPSDが見られる、家屋状況の問題、近所とトラブルがある、社会と断絶している。</p>	

区分	介護予防訪問介護 相当サービス	訪問型サービスA (指定事業者)	訪問型サービスA (委託事業者)
単価	<p>○単価は、従前の介護予防訪問介護と同額（※5）</p> <p>①事業対象者、要支援1・2 (週1回程度) 1,168単位</p> <p>②事業対象者、要支援1・2 (週2回程度) 2,335単位</p> <p>③要支援2 (週2回を超える程度) 3,704単位</p> <p>※月途中で契約・利用開始した場合は契約日よりその月は日割り</p>	<p>単価を83%程度に設定（有資格者との給与水準の差を考慮）（※5）</p> <p>※平成30～32年度においては、経過措置として減額率を逡減する</p> <p>①事業対象者、要支援1・2 (週1回程度)</p> <p>月3回まで 回数払い 242単位/回 月4回以上 月額払い 968単位/月</p> <p>②事業対象者、要支援1・2 (週2回程度)</p> <p>月7回まで 回数払い 243単位/回 月8回以上 月額払い 1,936単位/月</p> <p>③要支援2 (週2回を超える程度)</p> <p>月11回まで 回数払い 256単位/回 月12回以上 月額払い 3,071単位/月</p>	<p>①事業対象者、要支援1・2 (1月の上限 10回) 回数払い 2,000円/回</p>
加算・減算	<p>①初回加算 200単位/月</p> <p>②生活機能向上連携加算 100単位/月</p> <p>③介護職員処遇改善加算</p> <p>④同一建物減算 ほか</p>	<p>①初回加算 200単位/月</p> <p>②生活機能向上連携加算 100単位/月</p>	<p>※初回・日常生活機能向上加算算定時は訪問型サービスAの計画書を作成すること</p>

※5 単価は、介護報酬改定により国が定める上限額が減額となった場合、変更する可能性があります。その際は、別途、通知予定。

通所型サービスのサービス内容等 (平成30年度以降)

例外的なサービス

原則的なサービス

区分	介護予防通所介護 相当サービス	通所型サービスA (指定事業者)	通所型サービスB (案)
提供者	通所介護事業者	通所介護事業者	民間事業者・NPO法人等
サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> ○通所介護と同様のサービス ○日常生活支援、機能訓練 	<ul style="list-style-type: none"> ○体操（30分以上必須）、レクリエーション、機能訓練、入浴、送迎等 ○半日（3時間）程度（※2）のデイサービスを目安とします。 	<ul style="list-style-type: none"> ○体操（30分以上必須）、送迎（必須）、交流、趣味活動、レクリエーション、身体機能の向上に特化した体操等 ○半日（3時間）程度のサービスを目安とし、毎週定期的に実施する。
サービス対象者	<p>原則、要支援1・2の者で、</p> <ul style="list-style-type: none"> ○身体機能や認知機能の低下、あるいは精神・知的障がいにより日常生活に支障がある症状や行動を伴う場合 ○医療的処置や配慮・観察が必要な場合（※1） ○その他、市が必要と認めた場合 	<p>要支援1・2、事業対象者</p>	<p>要支援1・2、事業対象者で、</p> <ul style="list-style-type: none"> ○入浴・食事・排泄等の身体介護が不要で、自力歩行ができる場合

※1 サービス利用中に血中酸素飽和度測定、血糖測定、血圧測定等を要する場合、在宅酸素、ストマ管理、自己導尿、創傷等の管理・観察や処置援助が必要な場合、股関節脱臼予防への配慮が必要な場合等
 ※2 半日（3時間）程度とは、あくまで目安であり、超過しても問題ありません。

区分	介護予防通所介護 相当サービス	通所型サービスA (指定事業者)	通所型サービスB (案)
単価	<p>○単価は、従前の介護予防通所介護と同額（※6）</p> <p>①事業対象者、要支援1 1,647単位/月</p> <p>②要支援2 3,377単位/月</p> <p>※月途中で契約・利用開始した場合は契約日よりその月は日割りとなる。</p>	<p>単価を82%程度に設定（人員配置、サービス提供時間を考慮）（※6）</p> <p>※平成30～32年度においては、経過措置として減額率を逡減する</p> <p>①事業対象者、要支援1 月3回まで 回数払い 337単位/ 月4回以上 月額払い 1,346単位/</p> <p>②要支援2 月7回まで 回数払い 345単位/ 月8回以上 月額払い 2,759単位/</p>	<p>○サービスの立ち上げから運営が軌道に乗るまでの3年間を対象とし、運営経費の一部を補助（10/10以内）。</p> <p>補助対象利用回数 ・1月につき1人4回を上限。</p> <p>①活動経費補助（別紙参照） ・活動に係る経費について、延べ利用人数に応じた上限額の10/10以内の額を補助。</p> <p>②送迎補助 ・1回（往復）の送迎に対し車両維持経費（燃料代）として500円を補助。</p>
加算・減算	<p>①生活機能向上グループ活動加算</p> <p>②運動器機能向上加算</p> <p>③栄養改善加算</p> <p>④口腔機能向上加算</p> <p>⑤選択的サービス複数実施加算</p> <p>⑤事業所評価加算</p> <p>⑥サービス提供体制強化加算</p> <p>⑦介護職員処遇改善加算</p> <p>⑧同一建物減算</p> <p>⑨定員超過による減算</p> <p>⑩人員欠如による減算 など</p>	<p>①生活機能向上グループ活動加算 100単位/月</p> <p>②運動器機能向上加算 225単位/月</p> <p>③栄養改善加算 150単位/月</p> <p>④口腔機能向上加算 150単位/月</p> <p>⑤定員超過による減算（※7） (単位数×70×100)</p> <p>⑥人員欠如による減算 (単位数×70×100)</p>	<p>※7 定員超過による減算は、平成32年4月から適用します。</p> <p>※加算算定時は通所型サービスAの計画書を作成すること</p>

※6 単価は、介護報酬改定により国が定める上限額が減額となった場合、変更する可能性があります。その際は、別途、通知予定。

総合事業のサービス併用について

		併用可能なサービス				
		介護予防訪問介護相当サービス	介護予防通所介護相当サービス	訪問型サービスA	通所型サービスA	通所型サービスB
既に利用しているサービス	介護予防訪問介護相当サービス		○①	×②	○③	×④
	介護予防通所介護相当サービス	○		○⑤	×⑥	×⑦
	訪問型サービスA	×	○		○⑧	○⑨
	通所型サービスA	○	×	○		×⑩
	通所型サービスB	×	×	○	×	

総合事業のサービス併用について解釈

		併用可能なサービス				
		介護予防訪問介護相当サービス	介護予防通所介護相当サービス	訪問型サービスA	通所型サービスA	通所型サービスB
既に利用しているサービス	介護予防訪問介護相当サービス		○①	×②	○③	×④
	介護予防通所介護相当サービス	○		○⑤	×⑥	×⑦
	訪問型サービスA	×	○		○⑧	○⑨
	通所型サービスA	○	×	○		×⑩
	通所型サービスB	×	×	○	×	

②介護予防訪問介護相当サービスと訪問型サービスAの併用についての解釈

身体介護を伴うサービスが必要な方であり、生活支援も含む介護予防訪問介護相当サービスを利用することから、生活支援を提供する訪問型サービスAの併用は不可とする。

総合事業のサービス併用について解釈

		併用可能なサービス				
		介護予防訪問介護相当サービス	介護予防通所介護相当サービス	訪問型サービスA	通所型サービスA	通所型サービスB
既に利用しているサービス	介護予防訪問介護相当サービス		○①	×②	○③	×④
	介護予防通所介護相当サービス	○		○⑤	×⑥	×⑦
	訪問型サービスA	×	○		○⑧	○⑨
	通所型サービスA	○	×	○		×⑩
	通所型サービスB	×	×	○	×	

⑥介護予防通所介護相当サービスと通所型サービスAの併用についての解釈

人員基準を緩和した通所型サービスAが基本のサービスとなりますが、認知症等で日常生活に支障があるなど専門職の介助が必要な方は介護予防通所介護相当サービスを利用できることから、併用不可とする。

総合事業のサービス併用について解釈

		併用可能なサービス				
		介護予防訪問介護相当サービス	介護予防通所介護相当サービス	訪問型サービスA	通所型サービスA	通所型サービスB
既に利用している	介護予防訪問介護相当サービス		○①	×②	○③	×④
	介護予防通所介護相当サービス	○		○⑤	×⑥	×⑦
	訪問型サービスA	×	○		○⑧	○⑨

- ①介護予防訪問介護相当サービスと介護予防通所介護相当サービスの併用
従前の予防給付の考え方にに基づき、給付上限額との兼ね合いで調整する為、併用可能とする。
- ③介護予防訪問介護相当サービスと通所型サービスAの併用
自宅では家族からの支援が受けられなく身体介護が必要であるが、体操やレクなど通所型サービスAの内容で自立に向けたサービス利用となる場合は併用可能とする。
- ④介護予防訪問介護相当サービスと通所型サービスBの併用
介護予防訪問型介護相当サービスで身体介護が必要な方なため、身体介護を伴わないサービスを提供する通所型サービスBは併用不可とする。

総合事業のサービス併用について解釈

		併用可能なサービス				
		介護予防訪問介護相当サービス	介護予防通所介護相当サービス	訪問型サービスA	通所型サービスA	通所型サービスB
既に利用しているサービス	介護予防訪問介護相当サービス		○①	×②	○③	×④
	介護予防通所介護相当サービス	○		○⑤	×⑥	×⑦
	訪問型サービスA	×	○		○⑧	○⑨
	通所型サービスA	○	×	○		×⑩

⑤介護予防通所介護相当サービスと訪問型サービスAの併用

日常生活支援や機能訓練が必要な方で介護予防通所介護相当サービスの利用が必要であるが、自宅では家族からの支援などで身体介護を伴うサービスが不要である場合は併用可能とする。

⑦介護予防通所介護相当サービスと通所型サービスBの併用

認知症等で日常生活に支障があるなど専門職の介助が必要な方であるため介護予防通所介護相当サービスを利用することから、専門職が全くいない通所型サービスBの利用は事故につながる可能性があるため併用は不可とする

総合事業のサービス併用について解釈

		併用可能なサービス				
		介護予防訪問介護相当サービス	介護予防通所介護相当サービス	訪問型サービスA	通所型サービスA	通所型サービスB
既に利用しているサービス	介護予防訪問介護相当サービス		○①	×②	○③	×④
	介護予防通所介護相当サービス	○		○⑤	×⑥	×⑦
	訪問型サービスA	×	○		○⑧	○⑨
	通所型サービスA	○	×	○		×⑩

⑧訪問型サービスAと通所型サービスAの併用

身体介護を必要としていない方が訪問型サービスAを利用するため、通所型サービスAとの併用可能とする。

⑨訪問型サービスAと通所型サービスBの併用

身体介護を必要としていない方が訪問型サービスAを利用するため、通所型サービスBとの併用可能とする。

⑩通所型サービスAと通所型サービスBの併用

短時間の通所事業を必要とする通所型サービスAを利用するため、サービス内容や提供時間が同様の通所型サービスBの併用不可とする。

2 相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ

●相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ（居宅介護支援事業所の場合）

要支援⇒事業対象者

要支援で更新申請の際に、事業対象者になり得そうな人がいた場合

更新申請者の情報を電話で包括から居宅にお知らせするので、居宅が利用者に包括と同行訪問する旨を伝える。

同行訪問時は、包括職員が基本チェックリスト、アセスメントシートの聞き取りを実施する。居宅職員は興味関心シートの聞き取りを実施する。
※興味関心シートは初回訪問時に必ず聞き取る。他は必要時に再度聞き取る。

事業対象者要件を満たす場合は、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届出書を市に提出（包括にて）

被保険者証を市が発行（10日間程度の日数がかかる。有効期間は2年間）

包括にて契約締結/重要事項説明/個人情報同意を得る

この後、ケアプラン原案作成の流れとなる。

要介護⇒事業対象者

要介護で更新申請の際に、事業対象者になり得そうな人がいた場合

更新申請の書類が居宅や利用者に届いたら、包括に相談した上で、利用者に包括と同行訪問する旨を伝える。

同行訪問時は、包括職員が基本チェックリスト、アセスメントシートの聞き取りを実施する。居宅職員は興味関心シートの聞き取りを実施する。
※興味関心シートは初回訪問時に必ず聞き取る。他は必要時に再度聞き取る。

事業対象者要件を満たす場合は、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届出書を市に提出（包括にて）

被保険者証を市が発行（10日間程度の日数がかかる。有効期間は2年間）

包括にて契約締結/重要事項説明/個人情報同意を得る

●ケアマネジメント類型

ケアマネジメントA

アセスメント（課題分析）

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

サービス利用

モニタリング（3か月ごと）

居宅に委託する場合

包括は介護予防
ケアプラン内容
を確認し、包括
コメント欄にコ
メント記載する。

居宅に委託する場合

包括は現行相当
サービス・サー
ビスAの利用確
認をするため、
担当者会議へ参
加する。

ケアマネジメントC

アセスメント（課題分析）

ケアプラン作成

利用者への説明・同意・交
付

サービス利用開始

3 活用する書式について

基本チェックリストとは

事業対象者の該当基準となる指標です。基本チェックリストの設問項目等は国が定めた内容となっており、変更はできません。

No.	質問項目	回答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
	～ 省略 ～		
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だとは思えない	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

基本チェックリストの実施体制

基本チェックリストの実施は、地域包括支援センターとなります。

名称
地域包括支援センター「けいあい」
地域包括支援センターゆのか
地域包括支援センターあおい (愛桜)

基本チェックリスト実施の注意点

1. 「要介護認定等の更新申請」と「基本チェックリストによる事業対象者の判定」を、同時に行うことはできません。重複申請とならないように注意して下さい。また、市役所窓口では事業対象者の判定は行いません。後日、地域包括支援センターから訪問の連絡をします。
2. 事業対象者の区分支給限度基準額は、要支援1の内容が適用となります。要支援2の方が、基本チェックリストを希望する場合は注意が必要です。
3. 事業対象者が予防給付のサービスを利用する場合（福祉用具貸与・ショートステイ・訪問看護等）は、改めて要介護認定等の申請を行い、要支援認定を受ける必要があります。
4. 要介護認定を受けておらず、新規でサービスの利用を希望する方については、従来どおり要介護認定等の申請が必要となります。
5. 本人の状態変化に応じて、一般介護予防へ移行した後や一定期間のサービス事業の利用がなかった後に、サービス利用の希望があった場合には、必要に応じて、再度、基本チェックリスト等のアセスメントが必要となります。

【参考】 事業対象者が利用できるサービス

予防給付

【介護予防サービス】

- ・介護予防訪問入浴介護
- ・介護予防訪問看護
- ・介護予防訪問リハビリテーション

- ・介護予防居宅療養管理指導
- ・介護予防通所リハビリテーション
- ・介護予防短期入所生活介護
- ・介護予防短期入所療養介護
- ・介護予防特定施設入居者生活介護
- ・介護予防福祉用具貸与
- ・介護予防支援

【地域密着型介護予防サービス】

- ・介護予防小規模多機能型居宅介護
- ・介護予防認知症対応型通所介護
- ・介護予防認知症対応型共同生活介護

総合事業※

【介護予防・生活支援サービス事業】

- ・訪問型サービス
 予防訪問介護相当
 訪問型サービスA
 訪問型サービスB

- ・予防通所介護相当
 通所型サービスA
 通所型サービスB
- ・介護予防ケアマネジメント

【一般介護予防事業】

- ・介護予防普及啓発事業
- ・地域介護予防活動支援事業
- ・一般介護予防事業評価事業
- ・地域リハビリテーション事業

※ガイドライン掲載事業のみ記載

事業対象者は、予防給付のサービスは利用できません。

事業対象者が予防給付のサービスを利用する場合は（緑枠のサービス）**要介護認定等の新規申請を行い、要支援1・2の認定を受ける必要があります。**

事業対象者が利用可能

要支援1・2認定者が利用可能

登別市 基本チェックリスト

登別市で活用する基本チェックリストです。国が定めた質問項目の下に、各質問項目の趣旨を記載しました。聞き取りを行う際の参考にして下さい。

登別市 基本チェックリスト

面接者：事業所名 _____ 氏名 _____

ふりがな		被保険者番号							
氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	() 歳
住所	登別市	町	丁目	番地	電話番号	—			

記入日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

No.	質問項目	回答(どちらかに○)	
生活全般	1 バスや電車以外出していますか 自分で車を運転して外出している場合も含まれます。	0 はい 1 いいえ	10/20
	2 日用品の買い物をしていますか 電話での注文は含みません。	0 はい 1 いいえ	
	3 預貯金の出し入れをしていますか 自分の判断で金銭管理を行っていることを言います。	0 はい 1 いいえ	
	4 友人の家を訪ねていますか 電話による交流は「いいえ」となります。	0 はい 1 いいえ	
	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電話のみで相談に応じている場合も含まれます。	0 はい 1 いいえ	
運動	6 階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか 能力があっても習慣的に手すり等を使っている場合は「いいえ」となります。	0 はい 1 いいえ	3/5
	7 椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっていますか 時々つかまっている程度であれば「はい」とします。	0 はい 1 いいえ	
	8 15分位続けて歩いていますか 屋内、屋外を問いません。	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	
栄養	11 6カ月間で2～3Kgの体重減少がありましたか 6か月以上かかって減少した場合は「いいえ」とします。	1 はい 0 いいえ	2/2
	12 現在の身長()cm 体重()Kg BMI ()	BMIが 18.5未満	

No.	質問項目	回答(どちらかに○)	
歯・口	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか 半年以上前から続いている場合は「いいえ」とします。	1. はい 0. いいえ	2/3
	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	
外出	16 週1回以上は外出していますか 過去1ヶ月の状態を平均してください。	0. はい 1. いいえ	16に該当
	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	
物忘れ	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 自分でそう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」とします。	1. はい 0. いいえ	1/3
	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 誰かに尋ねている場合は「いいえ」とします。	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 月と日の方しか分からない場合は「はい」とします。	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	2/5
	23 (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい 0. いいえ	
	24 (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい 0. いいえ	
	25 (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい 0. いいえ	

介護サービス計画の作成等必要のあるときは、本チェックリストを本市から地域包括支援センター、居宅介護事業者、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者に提示することに同意します。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
本人氏名 _____ 代筆者氏名 _____

(登別市受付印)

介護予防・生活支援サービス事業	該当	非該当
-----------------	----	-----

基本チェックリスト 質問項目の趣旨 (日常生活関連動作)

	基本チェックリストの質問項目	基本チェックリストの質問項目の趣旨
1～5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	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いるかの質問です。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（タクシーも含む）に置き換えて回答してください。尚、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	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）の質問です。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話等での注文のみの場合は「いいえ」となります。
3	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の質問です。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	4 友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかについての質問です。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	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の質問です。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。

基本チェックリスト 質問項目の趣旨 (運動器機能)

	基本チェックリストの質問項目	基本チェックリストの質問項目の趣旨
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	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伝わらずに昇っているかの質問です。時々、手すり等を使用している程度の場合は「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	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掴まらずに立ち上がっているかの質問です。時々、掴まっている程度であれば「はい」とします。掴まらずに立ち上がる能力があっても、習慣的に手すり等に掴まる場合は「いいえ」となります。
8	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の質問です。屋内、屋外等の場所、杖の使用の有無は問いません。
9	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」したことがあるかの質問です。頻度は問わず、転倒した事実の有無を確認します。
10	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もらいます。

基本チェックリスト 質問項目の趣旨 (栄養・口腔機能)

基本チェックリストの質問項目	基本チェックリストの質問項目の趣旨
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の質問です。6ヶ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ヶ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。厳密に分からない時は、本人等の申告に任せます。
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の質問です。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	お茶や汁物等でむせることがあるかを、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。

基本チェックリスト 質問項目の趣旨 (閉じこもり・認知症)

基本チェックリストの質問項目		基本チェックリストの質問項目の趣旨
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	16 週に1回以上は外出していますか	週に1回以上、何かしらの目的をもって外出するか(通院、買物、交流など)の質問です。週により外出頻度が異なる場合は、過去1ヶ月の状態を平均してください。
17	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	18 周りの人から「いつも同じことを聞く」など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	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の質問です。誰かに電話番号を調べてもらったり、聞いている場合は「いいえ」となります。誰かにダイヤルをしてもらい、会話だけする場合にも「いいえ」となります。
20	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の質問を、本人の主観に基づき確認してください。月と日の一方しかわからない場合には「はい」となります。

基本チェックリスト 質問項目の趣旨 (うつ)

基本チェックリストの質問項目	基本チェックリストの質問項目の趣旨
21～25 の質問項目は、うつについて尋ねています。	
21 21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	一時的なものではなく、「ここ2週間継続して感じている」かに留意して、本人の主観に基づき回答してください。
22 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	【例】 ・生活への充実感がなくなり、理由のない不安を感じている状態。
23 23 (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	・何をしても面白くない、友達と会っても楽しく感じず返ってうっとうしいと思う。 ・何かをしようという気持ちが起きなくなっている状態、着替えや入浴、食事といった日常的事にさえやる気が起きず時間がかかるようになった。
24 24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	・根拠なく自分を責めたり、過去の些細な出来事を思い出しては悩んだりする状態。
25 25 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	・疲れを感じる明確な理由がないのに、酷く疲れたり、体が重く感じられたりする状態など。

アセスメントシート・興味・関心チェックシート ・アセスメントシート判断基準について

基本チェックリストを実施し、事業対象者が総合事業を利用する場合に、どのようなサービスが必要であるかを判断するアセスメントツールとして、次の3種類のシートを活用して下さい。

○アセスメントシート ○アセスメントシート判断基準 ○興味・関心チェックシート

登別市版アセスメントシート

興味・関心チェックシート

記入年月日:平成 年 月 日 利用者名: _____

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 性別(男・女) 記入日: H _____ 年 _____ 月 _____ 日

運動機能低下	1	(イスからの)立ち上がり	1)できる	2)つかまれば可能	3)できない
	2	何かにつかまらずに歩く(5m)	1)できる	2)つかまれば可能	3)できない
		信号が変わる前に横断歩道を渡りきる	1)できる	2)何とかできる	3)できない
	3	立ったままズボンをはける	1)できる	2)つかまれば可能	3)できない
4	自宅内を物を持って歩く	1)できる	2)つかまれば可能	3)できない	

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当たるものがあれば、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			

登別市版アセスメントシートサービス分類を判断する参考基準

利用者本人の意向を踏まえつつ、サービス事業対象者を決定する基本チェックリストの該当項目や、利用者基本情報・アセスメントシートの記載内容等に沿って、利用するサービスや参加活動を判断する。高齢者の心身の状況等にに応じた多様なサービスの利用や活動への参加に繋げ、介護予防を推進する。

※実際の判断に当たっては、この基準を参考にしつつ、利用者個々人の多様な状況等に即して判断を行う。

基本チェックリストの該当項目に沿った判断

分類	対象者判定基準
①複数項目に支障	NO. 1～20のうち10項目以上該当
②運動機能低下	NO. 6～10のうち3項目以上該当
③低栄養状態	NO.11～12のすべてに該当

かつ



登別市版アセスメントシートに基づく判断

分類	対象者判定基準	想定されるサービス
①身体介護の必要性が高い	以下のいずれかに該当 ア. 項目1・2・3・4・5・6・7・8・30・31のいずれかで「3」がある イ. 項目29が「2」以上である	介護予防通所介護相当サービス 介護予防訪問介護相当サービス 通所型サービスA
②運動機能訓練の必要性が高い	項目1・2・3・4・5・20・30・31(全8項目)のうち2項目以上が「2」以上である	通所型サービスA 通所型サービスB

登別市アセスメントシート

登別市版アセスメントシート

記入年月日:平成 年 月 日 利用者名: _____

運動・移動	1	(イスからの)立ち上がり	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	特記・課題等
	2	何かにつかまらずに歩く(5m)	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	
		信号が変わる前に横断歩道を渡りきる	1)できる 2)何とかできる 3)できない	
	3	立ったままズボンをはける	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	
	4	自宅内を物を持って歩ける	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	
5	外出手段	日用品を買う店まで	1)行ける(手段) 2)誰かに頼む 3)行けない	
		病院等に行くときは	1)行ける(手段) 2)誰かに頼む 3)行けない	

日常生活(動作)動作(動作)	6	食事	1)3回/日 2)2回/日(朝・昼・晩) 3)1回/日(朝・昼・晩)	特記・課題等
			1)できる 2)一部できる 3)できない	
	7	排泄	1)できる 2)一部できる 3)できない	
			心配の有無(尿漏れ・便秘・下痢など) 1)ある() 2)少しある 3)ない	
	8	更衣	1)できる 2)一部できる 3)できない	
	9	調理	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	10	掃除	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	11	洗濯	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	12	ごみ出し	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	13	買い物	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	14	金銭管理	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	

社会参加・対人関係	15	人と会う頻度・方法は	頻度(回/日・週・月) ・ 方法()	特記・課題等
	16	趣味や楽しみ、好きで取り組んでいることの有無	1)ある() 2)ない	
	17	家庭のことで決まった仕事や役割	1)ある() 2)ない	
	18	地域の催しものや活動への参加	1)参加する() 2)時々参加する 3)参加しない	
	19	身の回りの乱れ・汚れへの配慮	1)気にしている 2)気にならなくなった	

健康管理について	20	自主的に行っている運動(散歩や体操など)	1)ある() 2)ない	特記・課題等
		医師からの運動制限	1)ない 2)運動を制限されている	
	21	その他日常生活における医師からの注意	1)ない 2)注意を受けている()	
		22	年1回の定期健康診査・定期受診	
	23	退院直後(3か月)の体調	1)問題はない 2)状態が変化しやすい	
	24	医療処置	1)ない 2)ある()	
	25	現在の健康状態	1)よい 2)まあよい 3)普通 4)あまりよくない 5)よくない	
	26	情緒不安定の有無	1)ない 2)時々ある 3)ある	
	27	睡眠の状態	1)よく眠れる 2)眠れないことがある(睡眠薬服用 有・無)	
	28	服薬管理の状況	1)自己管理できる 2)何らかの助けが必要 3)できない	
	29	爪切り	1)自分でできる 2)誰かに頼む 3)できない	
	30	一人で洗髪	1)できる 2)一部できる 3)できない	
	31	一人で浴	1)できる 2)一部できる 3)できない	
	32	口腔機能	1)よく保っている 2)保てない	
33	歯の手入れ	1)できる 2)一部できる 3)できない		
物忘れ等	34	会話が	1)よく保っている 2)保てない	特記・課題等
	35	物忘れ	1)よく保っている 2)保てない	
	36	物忘れ	1)よく保っている 2)保てない	
	37	物忘れ	1)よく保っている 2)保てない	
	38	悪徳商	1)よく保っている 2)保てない	
	39	家屋状況の	1)よく保っている 2)保てない	
	40	虐待	1)受けていない 2)疑いがある、受けている	

特記・課題等

・特記・課題等の欄は、事業対象者や家族等から聴取した情報や観察した状況を記載する。

・単に「ある」「できない」等にチェックがついたため「課題」と判断せず、総合的なアセスメントを行う。

・問題点だけでなく、事業対象者のストレンクス(意欲・潜在能力・環境の強みなど)も記載する。

登別市版アセスメントシートサービス分類を判断する参考基準

利用者本人の意向を踏まえつつ、サービス事業対象者を決定する基本チェックリストの該当項目や、利用者基本情報・アセスメントシートの記載内容等に沿って、利用するサービスや参加活動を判断する。

高齢者の心身の状況等に応じた多様なサービスの利用や活動への参加に繋げ、介護予防を推進する。

※実際の判断に当たっては、この基準を参考にしつつ、利用者個人ごとの多様な状況等に即して判断を行う。

基本チェックリストの該当項目に沿った判断

分類	対象者判定基準
①複数項目に支障	NO. 1～20のうち10項目以上該当
②運動機能低下	NO. 6～10のうち3項目以上該当
③低栄養状態	NO.11～12のすべてに該当
④口腔機能低下	NO. 13～15のうち2項目以上該当
⑤閉じこもり	NO. 16に該当
⑥認知機能低下	NO. 18～20のうち1項目以上該当
⑦うつ病の可能性	NO. 21～25のうち2項目以上該当

かつ



登別市版アセスメントシートに基づく判断

分類	対象者判定基準	想定されるサービス
①身体介護の必要性が高い	以下のいずれかに該当 ア. 項目1・2・3・4・5・6・7・8・30・31のいずれかで「3」がある イ. 項目29が「2」以上である	介護予防通所介護相当サービス 介護予防訪問介護相当サービス 通所型サービスA
②運動機能訓練の必要性が高い	項目1・2・3・4・5・20・30・31(全8項目)のうち2項目以上が「2」以上である	通所型サービスA 通所型サービスB
③家事援助の必要性が高い	以下のいずれにも該当 ア. 利用者が単身、または同居の家族等に「障害・疾病・その他やむを得ない理由」があり家事実施が困難である イ. 項目9～13のうち2項目以上が「3」以上である	訪問型サービスA
④閉じこもり予防の必要性が高い	項目16・17・18のうち1項目以上が「2」以上である ※項目15の頻度を考慮すること	通所型サービスA 通所型サービスB
⑤うつ予防の必要性が高い	項目17・18・19のうち1項目以上が「2」以上である 項目25が「4」以上である 項目26・27が「2」以上である ※項目15の頻度を考慮すること	通所型サービスA 通所型サービスB
⑥認知症予防の必要性が高い	以下の11項目のうち2項目以上該当 項目14・18が「3」以上 項目19・28・34～40が「2」以上である	介護予防通所介護相当サービス 介護予防訪問介護相当サービス 通所型サービスA
⑦医療依存度が高い	項目21・24・26・27・28・32・35が「2」以上である ※項目21・23で「2」がある方は医師に運動等について確認が必要。 ※但し、35については他の項目が1つ以上該当した時 ※項目33の頻度を考慮すること	介護予防通所介護相当サービス 介護予防訪問介護相当サービス
⑧何らかの介入の必要性が高い	項目38が「3」があること 項目22・39・40が「2」である 1項目で該当	介護予防通所介護相当サービス 介護予防訪問介護相当サービス

基本チェックリスト・アセスメントシート・アセスメントシート判断基準から想定されるサービス（例：運動器機能）

基本チェックリストを実施し、アセスメントシートとアセスメントシート判断基準を活用して、想定されるサービスを導き出していきます。

●基本チェックリスト ●アセスメントシート ●アセスメントシート判断基準

登別市 基本チェックリスト

No.	質問項目	回答(どちらかに○)	
運動	6 階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか 能力があっても習慣的に手すり等を使っている場合は「いいえ」となります。	0. はい 1. いいえ	3/5
	7 椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっていますか 時々つかまっている程度であれば「はい」とします。	0. はい 1. いいえ	
	8 15分位続けて歩いていますか 屋内、屋外を問いません。	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いいですか	1. はい 0. いいえ	

登別市版アセスメントシート

記入年月日:平成 年 月 日 利用者名: _____

運動器機能(LMSI)	項目	1)できる	2)つかまれば可能	3)できない	特記・課題等
運動器機能(LMSI)	1 (イスからの)立ち上がり	1) できる	2)つかまれば可能	3)できない	特記・課題等
	2 何かにつかまらずに歩く(5m)	1)できる	2) つかまれば可能	3)できない	
	3 番号が変わる前に横断歩道を渡りきる	1)できる	2)何とかできる	3) できない	
	4 立ったままズボンをはける	1)できる	2)つかまれば可能	3) できない	
4	白室内を物を持って歩く	1)できる	2)つかまれば可能	3)できない	

登別市版アセスメントシートサービス分類を判断する参考基準

利用者本人の意向を踏まえつつ、サービス事業対象者を決定する基本チェックリストの該当項目や、利用者基本情報・アセスメントシートの記載内容等に沿って、利用するサービスや参加活動を判断する。高齢者の心身の状況等に応じた多様なサービスの利用や活動への参加に繋げ、介護予防を推進する。

※実際の判断に当たっては、この基準を参考しつつ、利用者個々人の多様な状況等に即して判断を行う。

基本チェックリストの該当項目に沿った判断

分類	対象者判定基準
①複数項目に支障	NO. 1～20のうち10項目以上該当
②運動機能低下	NO. 6～10のうち3項目以上該当
③低栄養状態	NO.11～12のすべてに該当

かつ



登別市版アセスメントシートに基づく判断

分類	対象者判定基準	想定されるサービス
①身体介護の必要性が高い	以下のいずれかに該当 ア. 項目1・2・3・4・5・6・7・8・30・31のいずれかで「3」がある イ. 項目29が「2」以上である	介護予防通所介護相当サービス 介護予防訪問介護相当サービス 通所型サービスA
②運動機能訓練の必要性が高い	項目1・2・3・4・5・20・30・31(全6項目)のうち2項目以上が「2」以上である	通所型サービスA 通所型サービスB

興味・関心チェックシート

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： H _____ 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			

4 介護予防ケアマネジメントについて

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）

第 案

アセスメントはどのような行為がどのように大変で現在はどのようにしているのかを書く

運動・移動について

- ・室内外の歩行状況。転倒歴や転倒不安。ふらつきの有無や移動先（距離）
 - ・自ら行きたい場所に移動するための手段が取れるかどうかの確認。（交通機関の移動状況など）
- ※脳梗塞によりなど原因が書いてあるプランに遭遇するがあくまでも現状を書く

1 氏名	アセスメント領域と 評価の項目	本人 意識・意向	本人の持っている課題 （背景・原因）	社会的課題	目標と具休化 の提案	介護者について 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）	介護施設や、ピア 及び地域支援事業 （国の事業のサービス）	サービス 種別	事業所 （所在地）	期間	
	（運動・移動について）													
	（日常生活（歩行）について）													
	（社会参加、人間関係・コミュニケーションについて）													
	（健康増進について）													

健康状態について 口上の状態見書、観察結果、観察結果等を記入した状態書	【本実行すべき支援が実施できない場合】 異なった支援の必要性を述べた方針	社会的な方針：生活不活発等の改善手段のポイント
基本チェックリストの（該当した項目）／（実施項目）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	【実施】 【実施中】 【実施予定】	計画に関する同意 上記計画について、同意いたします。 平成 年 月 日 氏名

情報によってはいくつかの領域にまたがるものもあるが、どの領域に記載するかこだわりすぎる必要はない。

例・シルバーカーを押して近所のスーパーまで買い物に行っている。運動・移動または日常生活



日常生活について

- ・身の回りの事や家事全般（買い物、ゴミだし、掃除、洗濯など）をどうしているのかについて事実を記載。
- ・預貯金の出し入れなど管理の状況。
- ・花木やペットの世話などの状況。

健康状態について
主治医受診書、検診結果、観測結果等を記入した調査票

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

	認知不安	栄養状態	口腔内ケア	居心地	暮らし	物忘れ	うつ
予設記入または地域支援事業	○	○	○	○	○	○	○

【事業】
 【経過】

地域包括支援センター

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

平成 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）

案

※ ケアマネジメント結果等記録表においては、網掛け部分の記載は省略可能

氏名 _____ 性別 (男・女) _____ 年齢 _____ 認定年月日 年 月 日 認定の有効期限 年 月 日

利用者の氏名 _____ 計画作成者氏名 _____

計画作成 (変更) 日 _____ 計画とする生活 _____

家族や利用者双方に聞き、状況と発言、認識の違いにも留意する。

社会参加・対人関係・コミュニケーションについて

- ・近所との交流やコミュニケーション能力
- ・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
- ・家族内や近隣における役割の有無・内容・程度

社会参加、対人関係、コミュニケーションについて

1年	アセスメント領域と 現在の状況 本人・家族 意識・意向	支援計画				
		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)	介護保険や、公費又は地域支援事業 (国の事業がサービス)	サービス 種類	事業名 (名称等)	期間
(健康・移動について)	〇病 〇病					
(日常生活(家庭生活)について)	〇病 〇病					
(社会参加、対人関係、コミュニケーションについて)	〇病 〇病					
(健康状態について)	〇病 〇病					

健康状態について
主治医同意書、診断結果、検査結果等を提出した実家名

【本実行すべき支援が実施できない場合】
 異なり実施の実施に及びた方別

社会的な方針（生活や活動の改善や予防のポイント）

基本チェックリストの(該当した項目)／(実施項目)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〇印をつけて下さい

認知不安	認知減退	〇圏内 ケア	居こも サービス	物忘れ 予防	うつ 予防
予防処置または 地域支援事業	〇	〇	〇	〇	〇

地域包括
支援セン
ター

【実印】
 【捺印】

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

作成 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）

案

アセスメントは利用者・家族からの情報や観察した状況を書く

健康管理について

- ・ 清潔や整容・口腔ケアや服薬・定期受診が行えているか？
- ・ 飲酒・喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理が自分でできるのか？特に体調に影響する食事・水分・排泄の状況について回数・量など具体的に記載する。

氏名		性別 (男・女)		住所		電話番号		担当		担当1・担当2		地域支援事業	
利用者の氏名		性別 (男・女)		住所		電話番号		担当		担当1・担当2		地域支援事業	
計画の作成(変更)日		年		月		日		作成者		承認者		地域支援事業	
目標とする生活		年		月		日		作成者		承認者		地域支援事業	
1年		年		月		日		作成者		承認者		地域支援事業	
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意向	地域における課題 (得意・不得)	社会的課題	課題に対する目標と具体的な提案	目標室についての意向 本人・家族	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 (民間サービス)	介護保険や、公費又は地域支援事業 (国の委託サービス)	サービス 種別	事業所 (名称)	職名	
(認知・移動について)		口前 口後											
(日常生活(衣食住)について)		口前 口後											
(社会参加、人間関係、コミュニケーションについて)		口前 口後											
(健康管理について)		口前 口後											
健康状態について 口主治医意見書、健診結果、観察結果等を記入した履歴書				【本実行すべき支援が実施できない場合】 該当な支援の両面に打ちた方角				総合的な方針：生活不活発性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)／(実施項目)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				【実施】 【実施中】				計画に関する同意 上記計画について、同意いたします。					
予防給付または地域支援事業	認知	歩行	口腔	視・聴	褥瘡	うつ	地域包括支援センター	介護保険	公費	サービス	事業所	職名	
	○	○	○	○	○	○							
作成		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）

案

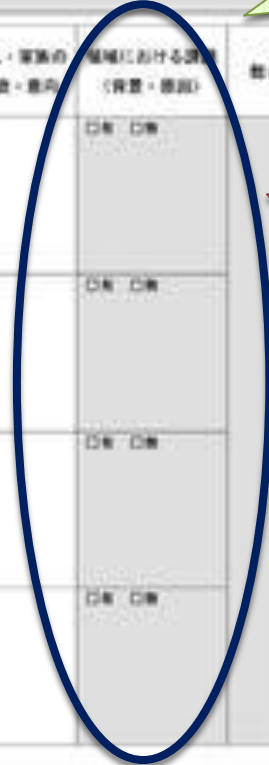
※ ケアマネジメント結果等記録表においては、網掛け部分の記載は省略可能

姓、名、
 住所氏名、
 種、【男・女】、
 歳、
 認定年月日、
 年 月 日、
 認定の有効期限、
 年 月 日 - 年 月 日、
 施設・地区・郡、
 認定済・申請中、
 要支援1・要支援2、
 地域支援事業

計画作成者氏名、
 計画作成（変更）日、
 年 月 日、
 目標とする生活

1目	アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意向・意向	領域における課題 （背景・原因）	課題に対する 目標と具現化 の手段	具現化についての意向	日程	支援計画							
							日程についての	本人等のセルフケアで	介護職員で	ピア	その他	実施 （実施済）	期間	
	（認知・移動について）		〇年 〇月											
	（日常生活（衣食住）について）		〇年 〇月											
	（社会参加、対人関係、コミュニケーションについて）		〇年 〇月											
	（健康管理について）		〇年 〇月											

出来ない理由を書く



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課題となっていることを明らかにした上で、その原因・背景について分析する。また、今後「悪化の可能性」「改善の可能性」を予測して記載する。問題点だけでなく、利用者のストレングス（意欲・潜在能力・環境の強みなど）も記載する。
- の危険性がある
- の可能性はある

健康状態について
 〇以上の状態見直し、記録結果、観察結果等全員記入した実数

【本実行すべき支援が実施できない場合】
 原因と実施の両面に付けた方針

社会的な方針：生活不活発等の改善手段のポイント

基本チェックリストの【該当した項目数】／【実施項目数】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〇印をつけて下さい

認知	歩行	食事	入浴	排泄	移動	その他
〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇

地域支援センター
 実施回数
 実施日

【実施】
 【実施済】

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

作成 年 月 日 氏名

「活動」「参加」「身体機能」がどのように低下しているか？その原因として「個人因子」「環境因子」「健康状態」がどう影響しているのかを記載する。

アセスメント領域と 課題	本人・家族の 課題	地域における課題	課題に対する 目標と具休策 の提案	身体面についての意向 本人・家族	日程	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新 規の支援、インフォーマル サービス（民間サービス）	連携機関や、ピア 支援地域支援事業 （国の事業のサービス）	サービス 種別	事業所 （所在地）	期間
（健康・移動について）		〇新 〇新									
（日常生活（日常生活）につ いて）		〇新 〇新									
（社会参加、対人関係・コ ミュニケーションについ て）		〇新 〇新									
（健康管理について）		〇新 〇新									

総合課題

←→ までのまとめのため、別々に記載するのではなく、課題の原因や背景などが同じ場合は統合して記述する。

- ・利用者にとって優先順位の高い順に記載

※意欲や目標具体策は書かない。

健康状態について
口上の氏名、年齢、性別、職業、住所、連絡先、家族構成、介護歴、既往歴、アレルギー、服薬状況、その他

【本人】
【家族】

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。

作成 年 月 日 氏名

基本チェックリストの（該当した項目数）／（実測項目数）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〇印をつけて下さい	認知	歩行	食事	排泄	移動	生活	安全	その他
予後良好または 地域支援事業	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇

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）

案

※ ケアマネジメント結果等記録表においては、網面付部分の記載は省略可也

姓、名、性別（男・女）、歳、誕生日（年・月・日）、居住の市町村、都道府県、〒、住所、電話番号、相談・紹介・依頼、認定済・申請中、要支援1・要支援2、地域支援事業

計画作成者氏名、計画作成（変更）日、目標とする生活

する活動の提案とできる活動の実効策を記載。

1 目	アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意識・意向	地域における課題 （背景・原因）	社会的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	月例策についての意向 本人・家族	目標	支援計画						
								目標についての 実施のポイント	本人等のセルフケアや 家族の支援、インフォーマル	介護保険等、公的 又は地域支援事業	サービス 提供	事業所 （名称）	期間	
	（認知・転倒について）		〇年 〇月											
	（日常生活（日常生活）につ いて）		〇年 〇月											
	（社会参加、人間関係・コ ミュニケーションにつ いて）		〇年 〇月											
	（健康増進について）		〇年 〇月											

課題に対する目標と具体策の提案

- ・「目標」＝する活動。実現可能な範囲で考えることがポイント。具体的に！
例：毎朝一品のおかずを調理することができる。
- ・具体策・目標を実現するのに有効な日課や活動の種類及び頻度を書く。
- ・セルフケア、家族支援、地域のインフォーマルなどの活用も記載する

健康状態について
主治医意見書、診断結果、検査結果等を記入した履歴書

【本実行ラベキ支援計画実施できない場合】
 原因と実施の再開に向けた方針

社会的な方針：生活不活発等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）／（実測項目数）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〇印をつけて下さい

	認知 不安	歩行 障害	口腔内 ケア	居心地 不良	物忘れ 手動	うつ 手動
予防給付または 地域支援事業	〇	〇	〇	〇	〇	〇

地域支援
支援セン
ター

【本人】
 【確認の】

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

平成 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）

案

目標と具体策をどう思っているのかを書く

1年	1年	1年	1年	1年	1年	1年
アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意向・意向	領域における課題 （得意・不得意）	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	実施案についての意向 本人・家族	目標
（認知・移動について）		〇〇 〇〇				
（日常生活（家事生活）につ いて）		〇〇 〇〇				
（社会参加、対人関係・コ ミュニケーションについて）		〇〇 〇〇				
（健康管理について）		〇〇 〇〇				
健康状態について □主治医意見書、診断結果、検査結果等を記入した実施案		【本実行すべき支援が実施できない場合】 異なった実施の実態に合わせた方針				
基本チェックリストの（該当した項目数）／（実施項目数）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〇印をつけて下さい		【実施】		【実施中】		計画に関する同意 上記計画について、同意いたします。
認知 不安	歩行 不安	〇圏内 ケア	楽にこな す事数	物忘れ 手数	うつ 手数	平成 年 月 日 氏名 印
予設記入または 地域支援事業	〇	〇	〇	〇	〇	

具体策についての意向
本人・家族

- ・ 課題分析者が提案した目標や具体策について、取り組むのが困難であったり、継続するのが難しいなども含めて記載。
- ※「押し付け」にならないように留意する。
- 例：毎日調理するのは体力的に難しい、など
- ・ 〇〇と思う
- ・ 〇〇してほしい

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）

案

合意ができた実行可能な目標とする。

目標

- ・前項目でケアマネジャーが提案した具体策に合意が得られなかった場合、話し合った結果、合意した目標を記載する。
- ・課題に対する目標と具体策について合意を得られた場合はそのまま転記する。
- ・数量目標があれば達成したかどうか評価しやすい。

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意向・意向	領域における課題 （背景・原因）	社会的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	介護者についての意向 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（訪問サービス）	介護保険や、ピア又は地域支援事業（居宅介護サービス）	サービス 種別	事業所 （所在地）	期間		
（課題・経過について）		口角 口角												

基本チェックリストの（該当した項目）／（実施項目）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

認知症	要介護	介護	介護	介護	介護	介護
○	○	○	○	○	○	○

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 作成 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）

第 案

※ ケアマネジメント結果等記録表においては、欄外部分の記載は省略可能

氏名 _____ 種（男・女） _____ 歳 誕生日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 施設・経過 _____ 認定済・申請中 _____ 要支援1・要支援2 _____ 地域支援事業 _____

計画作成者氏名 _____ 委託の場合、計画作成者事業者・事業者名及び所在地（〒番号） _____

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

目標とする生活 _____

1年		2年		支援計画								
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意向	領域における課題（背景・原因）	社会的課題	課題に対する目標と具現化の提案	具現化についての意向（本人・家族）	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（民間サービス）	保健福祉や、ピア及び地域包括事業（国の事業のサービス）	サービス種別	事業者（所属先）	期間
（課題・経過について）		〇年 〇時					1					
							（ ）					
							（ ）					
							（ ）					

目標についての支援のポイント

- ・安全上のポイントや留意点など
- ・家族を含む支援者共通の目標の実現にあたって、支援時に必要な配慮なども記載する。

健康状態について
主治医受診書、健診結果、検査結果等を記入した履歴表

【本実行すべき支援が実施できない場合】
 異なった支援の実施に向けた方針

社会的な方針（生活不満足等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）／（実施項目数）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〇印をつけて下さい

	認知	歩行	口腔内	尿こし	排泄	うつ
	手洗	清潔	ケア	予防	予防	予防
予防計画または 地域支援事業	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇

【本表】
 地域包括支援センター

【実施日】

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

作成 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）

案

※ ケアマネジメント結果等記録表においては、網欄付部分の記載は省略可能

氏名 _____ 性別 (男・女) _____ 歳 誕生年月日 年 月 日 認定の有効期限 年 月 日 ー 年 月 日

利用者名 _____ 種 (男・女) _____ 歳 誕生年月日 年 月 日 認定の有効期限 年 月 日 ー 年 月 日

計画作成者氏名 _____ 委託の場合、計画作成者(事業者・事業者名及び所在地 (省略可)) _____

計画作成 (受委) 日 年 月 日 (計画作成日) 年 月 日 計画地域包括支援センター _____

目標とする生活 _____

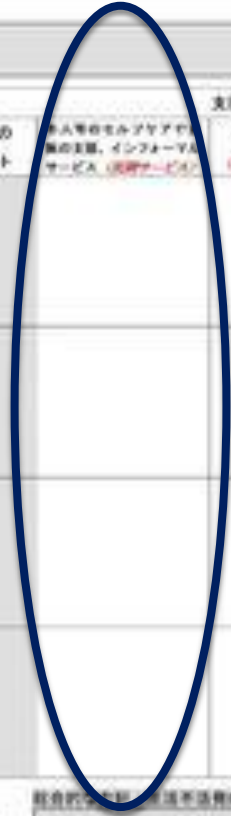
計画の状況 (受委) 日 年 月 日 (計画作成日) 年 月 日 計画地域包括支援センター _____

目標とする生活 _____

1 目	2 年	3 年	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他の支援、インフォーマルサービス (民間サービス)	介護保険や、公費又は地域支援事業 (国の事業等のサービス)	サービス 種類	事業者 (事業者)	期間	
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族 施設								
(認知・移動について)			()						
(日常生活(家事生活)について)			()						
(社会参加、対人関係・コミュニケーションについて)			()						
(健康管理について)			()						

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

- ・ 誰が何をするのか (本人、家族、地域住民、ボランティアなど)
- ・ 具体的に記載する。
- ・ 本来の支援が実施できない場合は利用者や家族と合意できた「当面の支援」を【】書きで記載する。



健康状態について (口上の氏名、健康結果、観察結果等と照らして) _____

社会的状況 (生活不安等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) / (実測項目数) 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

歩行補助具または地域支援事業	認知不安	栄養不安	口腔ケア	居こころづくり	物忘れ予防	うつ予防
	○	○	○	○	○	○

地域包括支援センター _____

【事業】 _____

【確認の】 _____

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。

平成 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）

案

※ ケアマネジメント結果等記録表においては、網欄付部分の記載は省略可也

氏名: _____ 性別 (男・女) _____ 歳 誕生日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 - 年 月 日

利用形態 _____ 計画の作成者 _____ 計画作成 (変更) 日 年 月 日

計画作成者氏名 _____ 担当の係長、計画作成者氏名、事業所名及び所在地 (連絡先) _____

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

1年	2年	支援計画										
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の	福祉における課題	自立の課題	課題に対する目標と実施策	目標達成についての意向	目標	目標についてのポイント	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)	介護保険や、公費 (地域包括事業、地域支援事業、介護予防サービス)	サービスの種類	事業所 (施設名)	期間
「認知・行動」について												
「日常生活 (身体機能)」について												
「社会参加、社会関係」について												
「健康増進」について												

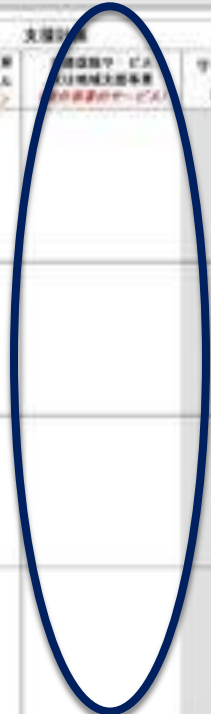
介護保険サービスまたは地域支援事業

- ・ 予防の具体的なサービスを記載する。
- ・ 通所系サービスの加算も記載する。

(サービス種類の所でもよい)

回数や実施曜日などの提案もあれば記載担当者会議で調整し、最終的に記載するかどうか合意を取って (期間の部分でもよい)

※ サービス種類の記載ではない。



健康状態について
 以上の状態見直、見直し結果、観察結果等を含めた実況点

【本実行すべき支援が実施できない場合】
 該当な実施の実況に打ち合わせ

社会的な方針 (生活活動有様の改善手段のポイント)

基本チェックリストの (該当した項目数) / (実施項目数) 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〇印をつけて下さい

認知不安	歩行不安	食事不安	入浴不安	排泄不安	移動不安	その他不安
〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇

地域包括支援センター

【事業所】 _____

【担当者】 _____

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

作成 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）

案

※ ケアマネジメント結果等記録表においては、網欄付部分の記載は省略可能

氏名 _____ 性別 (男・女) _____ 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期限 年 月 日 - 年 月 日

利用者名 _____ 種 (男・女) _____ 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期限 年 月 日 - 年 月 日

計画作成者氏名 _____ 委員の番号、計画作成者事業者・事業所名及び所在地 (省略可)

計画作成 (変更) 日 年 月 日 (記入作成日) 年 月 日 野良地域包括支援センター _____

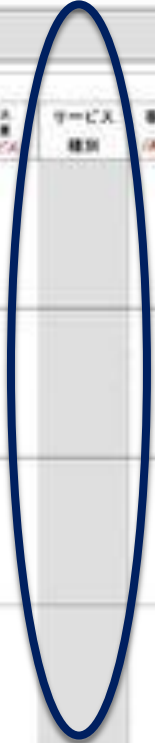
目標とする生活 _____

1年 _____ 2年 _____

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意識・意向	福祉における課題 (背景・原因)	社会的課題	課題に対する 目標と具休案 の提案	具休案についての意向 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)	介護保険や、ピア 支援地域支援事業 (国の公認のサービス)	サービス 種別 (名称等)	事業所 (名称等)	期間	
(認知・移動について)		認知 〇無 〇無											
(日常生活(家事生活)につ いて)		認知 〇無 〇無											
(社会参加、対人関係・コ ミュニケーションについて)		認知 〇無 〇無											
(健康増進について)		認知 〇無 〇無											

サービス種類

- ・ サービスの種類を具体的に記載する。
- ・ 通所系サービスの加算も記載する。



健康状態について
〇以上の改善見込、見込結果、観察結果等を記入した言葉と

【本実行ラベキ支援が実施できない場合】
該当な支援の実施に向けた方針

社会的な方針、生活支援有難の支援手段のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数) / (実施項目数) 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〇印をつけて下さい

【実施】
【確認中】

地域包括
支援セン
ター

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。

平成 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）

案

※ ケアマネジメント結果等記録表においては、網面付部分の記載は省略可也

氏名 _____ 性別 (男・女) _____ 歳 誕生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 居住の有無期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 - _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用形態 _____ 利用・開始・継続 _____ 認定済・申請中 _____ 要支援1・要支援2 _____ 地域支援事業 _____

計画作成者氏名 _____ 委託の場合、計画作成者氏名・事業所名及び所在地（省略可） _____

計画作成（変更）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（記入作成日） _____ 年 _____ 月 _____ 日 計地域域加担支援センター _____

目標とする生活 _____

1年 _____ 2年 _____

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意向・意向	領域における課題 (背景・原因)	社会的課題	課題に対する 目標と具体的な 提案	月例案についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての 具体的な内容	本人等のセルフケアや家 族の支援、インフォーマル 支援	介護保険や、ピア 及び地域支援事業 (国の事業のサービス)	サービス 種別	事業所 (所在地)	期間
「認知・転倒について」		〇有 〇無										
「日常生活(日常生活)につ いて」		〇有 〇無										
「社会参加、人間関係・コ ミュニケーションについ て」		〇有 〇無										
「健康増進について」		〇有 〇無										

事業所

- ・当該サービス提供を行う事業所名を記載する
- ・家族、地域等の誰が行うか明記する。



健康状態について
主治医意見書、診断結果、検査結果等を記入した資料を
本実行ラベキ支援が実施できない場合
 原因や課題の再発に合わせた方針

社会的な方針、生活不活発時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)／(実施項目)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〇印をつけて下さい

認知 検査	身体 検査	口腔内 ケア	認知 機能 検査	転倒 予防 検査	うつ 状態 検査
予設付または 地域支援事業	〇	〇	〇	〇	〇

【事業所】
 地域域加担支援センター _____

【事業所】
 計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 平成 _____ 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）

案

氏名 _____ 種（男・女） _____ 歳 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者名 _____ 種（男・女） _____ 歳 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名 _____ 委託の場合、計画作成者事業者・事業者名及び所在地（郵便先） _____

計画作成（受託）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（起算作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日） 担当地域包括支援センター _____

目標とする生活 _____

1年	2年	アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	福祉における課題（得意・課題）	社会的課題	課題に対する目標と具体的な提案	目標達成のための意向（本人）	日程	支援計画				期間	
									目標達成のための	本人等のセルフケアやプログラム	介護保険等、公的又は地域包括事業者（国の標準的サービス）	サービスの種類		事業所（名称）
		（健康・移動について）		〇有 〇無										
		（日常生活（日常生活）について）		〇有 〇無										
		（社会参加、対人関係・コミュニケーションについて）		〇有 〇無										
		（健康管理について）		〇有 〇無										

期間

- ・「期間」の設定については「認定の有効期間」も考慮する。
- 回数や実施曜日などの提案もあれば記載する。
- 担当者会議で調整し、最終的に記載するかどうか合意を取る。

健康状態について
〇以上の疾患見舞、健康結果、観察結果等を含めた記載欄

【本実行すべき支援が実施できない場合】
原因や実施の遅延にたいしての方針

社会的な方針：生活不満足等の改善手段のポイント

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。

作成 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印 _____

地域包括支援センター _____

【署名】 _____

【確認印】 _____

基本チェックリストの（該当した項目数）／（実測項目数）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〇印をつけて下さい

	認知不安	歩行不安	口腔ケア	居てもいなくても	物忘れ	うつ
予防給付または地域支援事業	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇

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）

案

※ ケアマネジメント結果等記録表においては、網欄付部分の記載は省略可能

氏名: _____ 性別 (男・女) _____ 歳 誕生年月日: 年 月 日 認定の有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日

利用形態: _____ 利用・給付・継続 _____ 認定済・申請中 _____ 要支援1・要支援2 _____ 地域支援事業 _____

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

計画作成 (変更) 日: 年 月 日 (計画作成日: 年 月 日) 計画地域福祉支援センター: _____

目標とする生活 _____

1年	_____	1年	_____
----	-------	----	-------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意向	福祉における課題 (背景・原因)	社会的課題	課題に対する目標と具保率の把握	具保率についての意向 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)	保健福祉や、ピア及び地域支援事業 (国の事業のサービス)	サービス 種類	事業所 (所属先)	期間
「健康・移動について」		〇年 〇年					「」					
「日常生活 (日常生活) について」		〇年 〇年					「」					
「社会参加、社会関係構築 (コミュニケーション) について」												
「健康状態について」												

健康状態について

- ・ 主治医意見書等から特に注意すべき事柄を書く
- ・ 副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある症状、禁忌事項を書く

主治医等について: 〇主治医意見書、調剤結果、検査結果等を踏まえた留意点 _____

【本所行うべき支援が実施できない場合】: 該当する支援の理由に向けた方針 _____

社会的な方針: 生活不満足等の改善手段のポイント _____

基本チェックリストの (該当した項目数) / (全項目数) 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〇印をつけて下さい。

認知不安	歩行不安	口腔内ケア	居こも	外出	入浴	排泄
〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇

地域福祉支援センター: _____

【本所】 _____

【計画日】 _____

計画に関する同意: 上記計画について、同意いたします。

平成 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）

案

※ ケアマネジメント結果等記録表においては、網欄部分の記載は省略可能

氏名 _____ 性別 (男・女) _____ 歳 _____ 誕生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 - _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者名 _____ 種 (男・女) _____ 歳 _____ 誕生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 - _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名 _____ 委託の種別、計画作成者事業者・事業者名及び所在地 (連絡先) _____

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

目標とする生活 _____

1年	1年	支援計画					
アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意向・意向	地域における課題 (背景・課題)	課題に対する 具休案についての意向	支援計画	開始日	事業所 (所属先)	期間
(課題・課題について)		口有 口無					
(日常生活(日常生活)につ いて)		口有 口無					
(社会参加、対人関係、コ ミュニケーションにつ いて)		口有 口無					
(健康管理について)		口有 口無					

本来行うべき支援が実施できない場合

- ・ 本来の支援が実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。
- ・ 地域資源の不足により理想である支援ができない場合は、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



健康状態について
口上の疾患見書、検診結果、観察結果等を記入した管理票

本来行うべき支援が実施できない場合
異なり支援の実施に向けた方針

計画的な方針・生活支援費等の効果等次のポイント

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印 _____

基本チェックリストの(該当した項目) / (実施項目) 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

	認知 不安	歩行 不安	口嚥 不安	排泄 不安	褥瘡 不安	うつ 不安
予設制付または 地域支援事業	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○

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）

案

※ ケアマネジメント結果等記録表においては、網欄付部分の記載は省略可能

氏名 _____ 性別（男・女） _____ 歳 誕生年月日 年 月 日 居宅の有効期間 年 月 日 - 年 月 日

利用者名 _____ 種（男・女） _____ 歳 誕生年月日 年 月 日 居宅の有効期間 年 月 日 - 年 月 日

計画作成者氏名 _____ 委託の場合、計画作成者（事業所名及び所在地（郵便先）） _____

計画作成（実施）日 年 月 日（地域作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター _____

目標とする生活 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意識・意向	地域における課題（背景・要因）	社会的課題	課題に対する目標と具休策の提案	目標策についての意向（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）	介護保険や、公費又は地域包括事業（国の事業のサービス）	サービス種別	事業所（名称）	期間
（認知・移動について）		□無 □有										
（日常生活（日常生活）について）		□無 □有										
（社会参加、人間関係、コミュニケーションについて）		□無 □有										
（健康管理について）		□無 □有										

地域包括支援センター意見

- ・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に記載する。
- ・ 利用者に対し、「センターも応援しているので、介護予防に頑張ってください」というような文言を記載。
- ・ 特になければ無理に記載しなくていいが、確認欄は必ず記入すること。

健康状態について □主治医同意書、経過結果、観察結果等全記入した状態

【本実行うべき計画を実施できない場合】 該当な実施の理由の記入の欄

社会的な方針（生活不活発等の介護予防のポイント）

基本チェックリストの（該当した項目）／（実施項目）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

	認知 検査	歩行 検査	日常生活 動作	居宅 生活	物忘れ 検査	うつ 検査
予設制訂または 地域支援事業	○/0	○/2	○/3	○/2	○/3	○/0

【事業】 _____

【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。

作成 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）

案

利用者の氏名 _____ 種（男・女） _____ 歳 誕生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名 _____ 性別 _____ 所属 _____ 担当 _____

計画作成（変更）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画と予定生活 _____

1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年																														
<table border="1"> <tr> <th>アセスメント領域と現在の状況</th> <th>本人・家族の意向・意向</th> <th>領域における課題（得意・不得意）</th> <th>社会的課題</th> <th>課題に対する目標と具体的な課題</th> <th>目標達成についての意向 本人・家族</th> </tr> <tr> <td>（認知・行動について）</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 得意 <input type="checkbox"/> 不得意</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>（日常生活（日常生活）について）</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 得意 <input type="checkbox"/> 不得意</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>（社会参加、人間関係、コミュニケーションについて）</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 得意 <input type="checkbox"/> 不得意</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>（健康状態について）</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 得意 <input type="checkbox"/> 不得意</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意向	領域における課題（得意・不得意）	社会的課題	課題に対する目標と具体的な課題	目標達成についての意向 本人・家族	（認知・行動について）		<input type="checkbox"/> 得意 <input type="checkbox"/> 不得意				（日常生活（日常生活）について）		<input type="checkbox"/> 得意 <input type="checkbox"/> 不得意				（社会参加、人間関係、コミュニケーションについて）		<input type="checkbox"/> 得意 <input type="checkbox"/> 不得意				（健康状態について）		<input type="checkbox"/> 得意 <input type="checkbox"/> 不得意												
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意向	領域における課題（得意・不得意）	社会的課題	課題に対する目標と具体的な課題	目標達成についての意向 本人・家族																																		
（認知・行動について）		<input type="checkbox"/> 得意 <input type="checkbox"/> 不得意																																					
（日常生活（日常生活）について）		<input type="checkbox"/> 得意 <input type="checkbox"/> 不得意																																					
（社会参加、人間関係、コミュニケーションについて）		<input type="checkbox"/> 得意 <input type="checkbox"/> 不得意																																					
（健康状態について）		<input type="checkbox"/> 得意 <input type="checkbox"/> 不得意																																					

総合的な方針

- ・利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。

健康状態について 以上の改善見込。健康結果、観察結果等と照らした実況点

【本実行ラベキ支援が実施できない場合】
異質な実況の異質に向けた方針

社会的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。

作成 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印 _____

基本チェックリストの（該当した項目数）／（実施項目数）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

項目	達成	実施	計画内	達成	実施	計画内	達成
予防給付または地域支援事業	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○

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）

案

※ ケアマネジメント結果等記録表においては、網掛け部分の記載は省略可能

氏名 _____ 性別 (男・女) _____ 歳 誕生年月日 年 月 日 計画の作成時期 年 月 日 _____ 期別・種別・継続 区別済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

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

計画の作成年月日 年 月 日 (起算作成日) 年 月 日 野市地域福祉支援センター _____

目標とする生活 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意向	領域における課題 (得意・不得)	社会的課題	目標と具現化の要素	目標達成のための条件 本人・家族	目標	目標についての支援のポイント	支援計画					
								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)	介護保険や、自立支援地域支援事業 (国の事業のサービス)	サービス種別	事業所 (施設名)	期間	
「認知・移動について」		口有 口無											
「日常生活(家事生活)について」		口有 口無											
「社会参加、対人関係・コミュニケーションについて」		口有 口無											
「健康増進について」		口有 口無											

目標とする生活

- ・ 1日・・・毎日活動する具体的でなおかつ達成感が得られる内容。
- ・ 1年・・・生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではだめです。

※総合的な課題にマッチしているか！

健康状態について
口以上の疾患見舞、要介護結果、要介護結果等と異なる人等 _____

社会的な方針：生活支援費等の効果予測のポイント _____

基本チェックリストの(該当した項目) / (実施項目) _____

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口印をつけて下さい

認知	歩行	日常生活	口内ケア	居てもいい場所	外出	うつ	その他
手数	手数	手数	手数	手数	手数	手数	手数
予設記入または地域支援事業	△	△	△	△	△	△	△

地域福祉支援センター [印] _____

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

介護予防ケアマネジメントと介護予防支援の区分

要支援者、事業対象者については、次のとおり給付管理を行う。なお、総合事業における訪問型サービス及び通所型サービスのみを利用する場合は、介護予防ケアマネジメント費として請求し、それ以外の場合は介護予防支援費での請求となります。

区分	支給限度額	給付管理の対象となるサービス	介護予防ケアマネジメント費	介護予防支援費
要支援1、 事業対象者	5,003 単位	総合事業	○	
		総合事業＋予防給付		○
		予防給付		○
要支援2	10,473 単位	総合事業	○	
		総合事業＋予防給付		○
		予防給付		○

注1) 従来の介護予防支援と同様に、業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託可能です。

介護予防ケアマネジメントの類型

区分	介護予防 ケアマネジメントA	介護予防 ケアマネジメントC
対象	<ul style="list-style-type: none"> ○第1号訪問事業訪問介護 (国の基準相当サービス) ○第1号通所事業通所介護 (国の基準相当サービス) ○第1号訪問事業訪問型サービスA (緩和型サービス) ○第1号通所事業通所型サービスA (緩和型サービス) 	<ul style="list-style-type: none"> ○第1号通所事業通所型サービスB (住民主体型のサービス)
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○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 ○ケアプランの確定・交付 ○サービスの利用開始 ○モニタリング評価 	<ul style="list-style-type: none"> ○アセスメント ○アセスメント結果案作成 ○利用者への説明・同意 ○利用するサービス提供者への説明・送付 ○サービスの利用開始
対象者	要支援1・2、事業対象者	
請求 支払	国保連経由で審査・支払	

介護予防ケアマネジメントの類型

区分	介護予防 ケアマネジメントA	介護予防 ケアマネジメントC
算定 単位	1月あたり	
単価	430単位/月	430単位/初回のみ（※1）
加算	①初回加算 300単位/月 ②介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連 携加算 300単位/月	なし
委託	可能	不可

※1 転居等により、地域包括支援センターが変更となった場合は、状況変化に合わせたケアマネジメントを再度行う必要があるため、変更後の地域包括支援センターにおいてケアマネジメントCを算定することは可能です。

※ ケアマネジメントCを実施した場合、市にケアプランの写しを提出する必要があります。

サービス提供開始の翌月から3ヶ月を1クールとしたときの考え方

	ケアプラン	利用するサービス		サービス提供開始月	2月目 (翌月)	3月目 (翌々月)	4月目 (3ヶ月後)
ケアマネジメント A	作成あり	指定事業者のサービス	サービス担当者会議	○	×	×	×
			モニタリング等	—	○	○	○ (面接による)
			報酬	基本報酬+ 初回加算	基本報酬	基本報酬	基本報酬

- 上記を介護予防ケアマネジメントの1クールと考え、1クールが終了した後に、地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に委託できます。
- 指定居宅介護支援事業所に委託している利用者が、認定更新等の際に引き続き要支援であった場合は、継続して委託ができるものとしますが、アセスメントにおいて地域包括支援センターの確認を受けること、サービス担当者会議に地域包括支援センターも出席することとします。
- 住所は登別市にあるものの、居住は他市町村にある場合については、初回から委託が可能とします。

介護予防ケアマネジメントの届出の有無

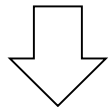
区分	居宅サービス計画作成 依頼届出書	介護予防サービス計画 作成依頼届出書	介護予防ケアマネジメント 依頼届出書
要介護 → 要支援	× 不要	○ 必要	× 不要
要支援 → 事業対象者	× 不要	× 不要	○ 必要
事業対象者 → 要支援	× 不要	○ 必要	× 不要
要支援 → 要介護	○ 必要	× 不要	× 不要
要介護 → 事業対象者	× 不要	× 不要	○ 必要
事業対象者 → 要介護	○ 必要	× 不要	× 不要

5 請求事務について

実績報告・給付管理の流れ

居宅介護支援事業所が業務委託を受けている場合

介護予防サービス事業者



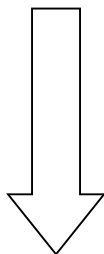
実績報告（サービス実績票）

居宅介護支援事業所

※請求の提出締め切り 毎月8日まで
(10日が休日の場合は7日まで)

〔実績報告・請求〕

- ①介護予防サービス計画費請求書または介護予防ケアマネジメント費報告書
- ②委託介護予防ケアマネジメント費請求明細書
- ③サービス実績票



地域包括支援センター

伝 送

(給付管理票・介護予防支援費明細書)

※地域包括支援センターの給付管理は、
毎月9日に行います。

データ送付

(介護予防ケアマネジメントA請求データ)

国民健康保険団体連合会

登別市（保健福祉部 高齢・介護グループ）

伝 送

(登別市 介護予防ケアマネジメントA請求データ)

①-1 介護予防サービス計画費請求書

No. _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

特定医療法人 社団千寿会
登別市地域包括支援センターあおい 様

事業所名 _____ 契約者住所 _____
契約者名称 _____ 印
代表者氏名 _____

介護予防サービス計画費請求書（平成 ____ 年 ____ 月分）

下記のとおり請求します。

1. 請求合計金額（事業所での全請求金額） ※2枚目以降は記入不要

金 額	十	万	千	百	十	円

2. 内 訳 ※記入欄が足りない場合はこの用紙を追加し添付してください

No.	氏 名	被保険者番号	初回加算の有無	請求額	備 考
1			有 ・ 無		
2			有 ・ 無		
3			有 ・ 無		
4			有 ・ 無		
5			有 ・ 無		
6			有 ・ 無		
7			有 ・ 無		
8			有 ・ 無		

3. 振込先口座

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号				
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金					
			2 当座預金					
			3 その他					
	フリガナ							
	口座名義人							

介護予防支援費の場合
(訪問型A+福祉用具貸与利用など)
**「介護予防サービス計画費
請求書」を提出**

※介護予防支援費は、国保連から介護予防支援事業所（包括）へ入金後、居宅介護支援事業所の口座に振り込みとなる。

①－2 介護予防ケアマネジメント費報告書

No. _____ 平成 年 月 日

登別市地域包括支援センター〇〇〇 様

事業所名

介護予防ケアマネジメント費報告書（平成30年5月分）

委託金額：4,100円 /件、初回加算3,000円

	氏名	被保険者番号	介護度	初回加算	委託金額	備考
1				有・無	円	
2				有・無	円	
3				有・無	円	
4				有・無	円	
5				有・無	円	
6				有・無	円	
7				有・無	円	
9				有・無	円	
10				有・無	円	
11				有・無	円	
12				有・無	円	
13				有・無	円	
14				有・無	円	
15				有・無	円	
16				有・無	円	

※記入欄が足りない場合はこの用紙を追加添付してください

介護予防ケアマネジメントA の場合

（訪問型Aのみ利用、
通所型A+訪問型A利用など）

**「介護予防ケアマネジメント
費報告書」を提出**

※国保連に、包括と居宅双方の印鑑証明書を添付して**代理受領委任状**の提出を行うことにより、委任者は、介護予防ケアマネジメント費等支払処理に係る原案作成委託料の受領の権限を受任者に委任することができる。

よって、国保連から居宅介護支援事業所の口座に直接、入金となるため、包括には請求書ではなく報告書を提出する。

②委託介護予防ケアマネジメント費明細書

委託介護予防ケアマネジメント費明細書(平成 30 年 5 月分)

NO.1

居宅介護支援事業所名:

氏名	被保険者番号	介護度	訪問型サービス			※備考	通所型サービス			※備考	その他 介護予防サービス	介護予防 ケアマネジメント	備考						
			現行相当	訪問型A (指定)	訪問型A (委託)		現行相当	通所型A (指定)	通所型A (委託)										
1 登別 太郎	123123	事業対象者	現行相当								福祉用具貸与	介護予防支援費	※初回のみ担当ケアマネの介護支援 専門員番号記載						
	生年月日	要支援1	0			サービス 事業所と の契約日: 〇月〇日 等を記載	0				介護予防訪問看護		介護予防 ケアマネジメントA	※区分変更申請日、入退院した日付					
	大正・昭和 13年 12月 2日										要支援2	介護予防訪問リハビリ など		例:●月●日区分変更 例:●月●日 訪問型サービスと契約					
	性別	/																居宅担当ケアマネ	
	男・女																		
	認定有効期間											平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日							登別 花子

※1 必ず、サービス実績票を添付してください。

※2 認定更新翌月の給付管理や新たなサービスの開始・中止・再開などの際は、特に給付内容について注意してご確認ください。

サービスコード種別

事業費の請求については、国の基準に相当するサービス、緩和型サービス（※1）ともに、従前どおり国保連合会を通じて請求することとなりますが、請求コードが変更となります。

サービス種別	訪問型サービス		通所型サービス	
	国の基準相当サービス (第1号訪問事業 訪問介護)	緩和型サービス (第1号訪問事業 訪問型サービスA)	国の基準相当サービス (第1号通所事業 通所介護)	緩和型サービス (第1号通所事業 通所型サービスA)
コード種別	A 2	A 2	A 6	A 6

みなし指定のサービスコード「A1」「A5」がなくなります。

- ※1 事業者指定で実施しない事業者を除く。
- ※2 実際のサービスコードについては、別途、連絡します。（平成30年3月中に市ホームページで掲載を予定）
- ※3 国の基準相当サービスと緩和型サービスのコード種別は同一であるが、内容は別々であるため、要注意。

利用者負担割合の変更について

「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第52号）」により、利用者負担割合が今までの1割又は2割から、平成30年8月1日から、所得に応じて3割が追加されます。

このことから、総合事業の次のサービスについても、所得に応じて3割負担を追加することとします。

- 第1号訪問事業訪問介護（国の基準相当サービス）
- 第1号通所事業通所介護（国の基準相当サービス）
- 第1号訪問事業訪問型サービスA（緩和型サービス）
- 第1号通所事業通所型サービスA（緩和型サービス）

介護サービス事業所及び地域包括支援センターの皆様におかれましては、負担割合証の確認をお願いします。