

介護予防ケアマネジメントマニュアル

(ケアマネジメントに関する基本方針)



袋井市

(令和6年4月改訂)

目次

介護予防ケアマネジメントマニュアル（ケアマネジメントに関する基本方針）

1	事業内容	2
2	指定介護予防支援の基本方針	2
3	介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	3
4	留意事項	4
5	介護予防ケアマネジメントの類型と考え方	4
6	実施主体（実施担当者）	5
7	介護予防ケアマネジメントの実施手順	5
	（1）ケアマネジメントの流れ	5
	（2）手順のポイント	7
8	短期集中予防サービスにおけるケアマネジメントの実施手順	9
	（1）サービス種別	9
	（2）ケアマネジメントの流れ	9
	（3）手順のポイント	9
	（4）提出様式	9
9	報酬（単価、加算）、支払	10
	（1）単価及び加算（令和6年4月1日）	10
10	請求までの流れ	11
	介護予防ケアマネジメントに必要な様式類	12

1 事業内容

介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という）における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）（以下、「介護予防ケアマネジメント」という）は、要支援認定者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下、「事業対象者」という）等に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、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、事業対象者の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

- 訪問型サービス（第1号訪問事業） ●通所型サービス（第1号通所事業）
- その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業） ●一般介護予防事業
- 市町村の独自施策 ●市場において民間企業により提供される生活支援サービス

2 指定介護予防支援の基本方針

「袋井市指定介護予防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」では、指定介護予防支援の基本方針を次のように定めています。

（基本方針）

第2条 指定介護予防支援の事業は、当該事業の利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことのできるように配慮して行われるものでなければならない。

2 指定介護予防支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

3 指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者提供される指定介護予防サービス等（法第8条の2第16項に規定する指定介護予防サービス等をいう。以下同じ。）が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者（以下「介護予防サービス事業者等」という。）に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。

4 指定介護予防支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター（法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センターをいう。以下同じ。）、老人介護支援センター（老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の7の2に規定する老人介護支援センターをいう。）、指定居宅介護支援事業者（法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号

相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければならない。

5 指定介護予防支援事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。

6 指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援を提供するに当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

3 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、2の基本方針に準じて、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(遅らせる)」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」(＝重度化防止)ために、高齢者自身が地域において自立した日常生活を送れるよう支援する(＝自立支援)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。

適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業(以下「サービス事業」という。)等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

【ポイント】

- 目標指向型のケアマネジメントを意識して
 - ・生活機能の低下が生じている原因や背景を分析
 - ・利用者の興味や関心のあることを中心に目標設定
 - ・目標達成のための具体的な支援内容を盛り込む
 - ・心身機能の向上のみならず、地域における活動や参加が果たせるような居場所、活躍の場の創出(生きがい・役割づくり)
⇒より具体的な個々の目標設定及び支援方針が導き出せることが重要
- 利用者のための目標設定
 - ・利用者が主体的になれるよう支援することが重要
 - ・活動や参加を意識して、できる限り「○○できるようにしたい」「○○に挑戦する」など、目標の設定をイメージできるよう支援する。

4 留意事項

- (1) 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センター等に加え、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域におけるインフォーマルサービスを含めた社会資源など、関わる者全てが総合事業における介護予防の考えを共有する必要があります。
- (2) 介護予防ケアマネジメントの支援の一つとして、総合事業のサービス事業利用者等についても地域ケア会議の検討ケースとして選定するなど、多職種連携による支援を積極的に進めてください。要支援認定者・事業対象者を対象とした地域ケア会議については、「自立支援型地域ケア会議運営マニュアル」をご確認ください。
- (3) 介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じる必要があります。

5 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、以下の類型を想定しています。

表1 具体的な介護予防ケアマネジメントの類型の考え方

①ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 現行相当サービスの指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・ その他地域包括ケア支援センターが必要と判断した場合 	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 【利用者・サービス提供者】 →サービス利用開始 →モニタリング【給付管理】
②ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 基準緩和型サービスを利用する場合 ・ 短期集中型サービスを利用する場合 	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 【利用者・サービス提供者】 →サービス利用開始 →モニタリング【給付管理】
③ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 住民主体型サービスを利用する場合 ・ 一般介護予防事業を利用する場合 ・ その他、補助や助成のサービス利用やその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 	アセスメント →ケアプラン原案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

5 実施主体（実施担当者）

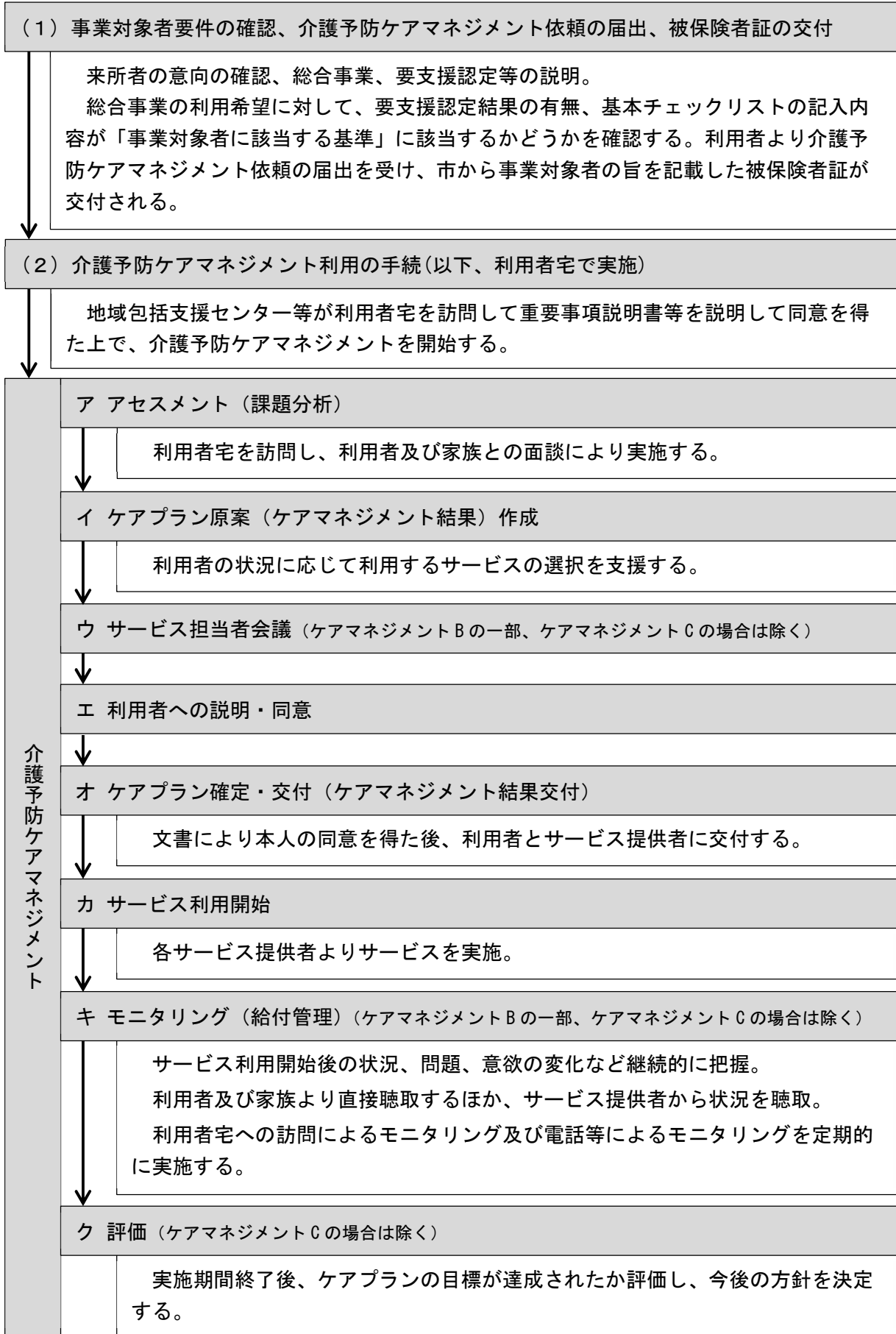
利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて実施します。

なお、ケアマネジメントAとケアマネジメントBについては、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することとします。※地域包括支援センターとの委託契約の締結が必要となります。

6 介護予防ケアマネジメントの実施手順

（1）ケアマネジメントの流れ

【 次 頁 】



(2) 手順のポイント

<p>アセスメント</p> <p>●生活機能低下の背景・原因及び課題の分析</p>	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○利用者の自宅に訪問して本人との面接による聞き取り等を通じて行う。 ○利用者本人のストレングス（持っている力）を確認する。 ○利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促す。 ○介護予防に取り組む意欲を引き出す。 ○生活行為への意欲を把握するためにアセスメントシート等を用いて、情報収集だけに限らず、現在置かれている状況を具体的に分析する。 ○本人から病気のことを、主治医からどのように聞いているか、どのように気をつけるように言われているかを確認する。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>【参考帳票】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li style="margin-right: 20px;">●利用者基本情報 <li style="margin-right: 20px;">●興味・関心チェックシート ●アセスメントシート </div>
<p>ケアプラン原案作成</p> <p>●目標、具体策、利用サービスなどの決定</p>	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○目標の設定 <ul style="list-style-type: none"> ・単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。 ○利用するサービス内容の選択 <ul style="list-style-type: none"> ・単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の状態や意向に合ったサービスを本人と共に作成する。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>【参考帳票】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li style="margin-right: 20px;">●介護予防サービス・支援計画書 ●いきいきライフプラン表 </div>

<p>サービス担当者会議</p> <p>●家族やサービス提供担当者などと共通認識</p>	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○サービス事業の終了、移行を意識し期間の設定等共有する。 ○担当者会議後、日々利用者の状態の変化、新たな課題の発生、目標達成等状況の変化があった場合の連絡体制づくり。 ○モニタリングの方法等、今後の関わり方などを事前に伝えておく。 ○事業対象者及び要支援1の方で、身体介護を含む現行相当サービスの利用が適当であると判断された場合には、主治医やリハビリテーション専門職に判断を仰いだ後に、市へ必要書類を提出する。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>【参考帳票】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●介護予防サービス・支援計画書 ●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）、サービス担当者会議の記録（経過記録等） </div>
<p>モニタリングと評価</p>	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3ヶ月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があった時には、訪問して利用者に面接する。また、少なくとも1カ月に1回、モニタリングの結果を記録する。また、サービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも1カ月に1回確認する（ケアマネジメントA）。 ○ケアマネジメントBは、利用者と家族との相談によって設定した時期に、利用者宅を訪問して面接する。 ○ケアマネジメントBとケアマネジメントCは、利用者の状況変化等があった際に、サービス実施者側から地域包括支援センター等へ情報が入る体制を整えておく。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>【帳票】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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）経過記録等 </div>

※事業対象者の有効期間の定めはありません。

表2 ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	○
サービス担当者会議	○	△	—
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	○
モニタリング	○	○	—
評価	○	○	—

（○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要）

7 短期集中予防サービスにおけるケアマネジメントの実施手順

(1) サービス種別

①訪問型サービスC

種別	訪問型
概要	保健・医療の専門職が訪問し相談指導等を実施
対象者	要支援認定者または事業対象者のうち、ケアマネジメントで、以下のような支援が必要なケース（体力の改善に支援が必要なケース、健康の維持・改善が必要なケース、閉じこもり支援が必要なケース、ADLやIADLの改善支援が必要なケース） 例）うつ、閉じこもり等で通所が適さない、生活機能低下の要因解消が医療職等に適している、生活機能低下の要因が不明確
期間	概ね週1回。60分/回 おおよそ3ヶ月から6ヶ月程度
職種	リハビリ専門職、看護師等
自己負担	300円/回

②通所型サービスC

種別	通所型
概要	体力・筋力改善、栄養改善、口腔機能改善などを複合的に実施
対象者	要支援認定者または事業対象者のうち、ケアマネジメントで、以下のような支援が必要なケース（体力の改善に支援が必要なケース、健康の維持・改善が必要なケース、閉じこもり支援が必要なケース、ADLやIADLの改善支援が必要なケース）
期間	概ね週1回 90分/回 おおよそ3ヶ月から6ヶ月程度
職種	健康運動指導士 等
自己負担	300円/回

※①、②とも支給限度額範囲外

(2) ケアマネジメントの流れ（P6参照）

(3) 手順のポイント（P7、8参照）

(4) 提出様式

利用申込時	評価実施後
・参加申込書	・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（写）
・介護予防サービス・支援計画書（写）	

※地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）が市へ提出

9 報酬（単価、加算）、支払

（1）単価及び加算（令和6年4月1日）

類型	利用サービス	利用者	報酬
ケアマネジメントA	現行相当サービス	要支援2 相当の認 定者	442単位 + 初回加算300単位 + 委託連携加算300単位
ケアマネジメントB	基準緩和サービス（A型） 短期集中予防サービス（C型）	要支援認 定者 事業対象 者	442単位 + 初回加算300単位 + 委託連携加算300単位
ケアマネジメントC	住民主体の支援サービス （B型） 一般介護予防事業 等	要支援認 定者 事業対象 者	442単位

○初回加算

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて以下のとおり算定できます。

（ア）新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

（契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む）

（イ）要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

※予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、サービス事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定を行うことはできません。

○委託連携加算

委託連携加算の算定については、利用者1人につき1回を限度として指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り、所定単位数を算定できます。

（ア）地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を提供し、介護予防サービス計画の作成等に協力する。

（イ）利用者1人につき1回を限度とし、当該委託を開始した日の属する月に算定する。

表3 要介護認定等の認定期間中のサービス利用と費用の関係

	給付のみ	給付と総合事業	総合事業のみ
事業対象者	全額自己負担	介護予防ケアマネジメントも含めた事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要支援認定	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 事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要介護認定	介護給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は、介護給付より支給 事業分は、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により支給	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により支給

10 請求までの流れ

項目	内容
申請	要支援認定（更新）申請（認定調査・審査会）、基本チェックリスト申請
契約等	重要事項説明書、契約書の作成
提出	介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更）届出書の提出⇒台帳登録・被保険者証の発行 *介護予防ケアマネジメントについては、居宅介護支援費の逦減性の対象外
プラン作成	介護予防ケアマネジメント実施（アセスメント、ケアプラン作成、サービス担当者会議等）*事業対象者の有効期限はありません。
利用	ケアプラン交付・サービス利用 *総合事業は、給付制限の適応をいたしません。
請求	給付管理票・請求書の提出（委託元地域包括支援センターへ） ※地域包括支援センター ○介護予防支援費を国保連に請求 国保連より支払 ○介護予防ケアマネジメント費を国保連に請求 国保連より支払 *支給限度額 5,032単位（予防給付の要支援1と同様）

※請求事務の注意事項

介護予防ケアマネジメント費は国保連から地域包括支援センターへ費用が支払われます（委託の場合は手数料を除いた費用が居宅介護支援事業所へ支払われます。また、初回加算と委託連携加算も全額居宅介護支援事業所に支払われます）。

委託を受けた居宅介護支援事業所は、今までと同じ方法で地域包括支援センターへ報告・請求を実施します。

なお、請求については、介護予防支援費と介護予防ケアマネジメントを分けて請求を行ってください。

介護予防ケアマネジメントに必要な様式類

- 利用者基本情報 【P14】
- アセスメントシート 【P16】
- 簡易アセスメント用紙 【P19】
- 介護予防サービス・支援サービス計画表 【P20】
- 基本チェックリスト 【P21】
- 興味・関心チェックシート 【P22】
- いきいきライフプラン表 【P23】

(1)

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		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 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	事業対象者・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)		
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・共済年金・障害年金・遺族年金・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

(2)

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、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、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 _____

アセスメントシート

記録日 年 月 日 事業所名

担当ケアマネ

No.1

フリガナ				生年月日		
利用者名	明・大・昭			年	月	日 (歳)
住所地	電話					
被保険者番号	介護度			負担割合		割
認定日	年	月	日	認定期間	年	月 日 ~ 年 月 日
家族構成	□:男性 ○:女性 ※数字は年齢	主介護者	氏名			続柄
			電話			
		緊急連絡先	氏名			続柄
電話						
アセスメント理由						
主訴	【相談内容】					
	【本人・家族の要望、生活への意向】					
生活	【生活歴及び本人の性格・家族との関わり】			【サービス利用状況】インフォーマルも含む		
	【現在の生活状況】					
病歴	【 既往症及び現病歴 】			【 主治医 】		
				【 内服薬 】		
自立度	障害高齢者の日常生活自立度			認知症高齢者の日常生活自立度		
障害等の認定	身障(級)・知的、療育(級) 精神(級)・難病等()			経済状況	国民年金・厚生年金・障害者年金 生活保護 許容介護費()	

生活の状況

No. 2

	状態	原因	困り事と意見	課題
1・健康状態	主疾病・症状・痛み等		《利用者》	
	身長(cm) 体重(kg)		《家族》	
2・医療			《利用者》	
	睡眠薬の利用 ()		《家族》	
	特別な処置の有無		《意見》	
3・コミュニケーション	視・聴力・言語など		《利用者》	
			《家族》	
4・認知と行動	意思決定・精神症状等		《利用者》	
			《家族》	
5・基本行動	体位変換・起居・移乗・移動の状況		《利用者》	
			《家族》	
6・食事・水分摂取状況	摂取の自立度・形態・嚥下・食事の場所		《利用者》	
	経管栄養の有無・介助の状況など		《家族》	
			《意見》	

生活の状況

No. 3

	状態		原因	困り事と意見	課題
7 排泄の 状況	排尿・排便の状況・特別な状況			《利用者》	
				《家族》	
				《意見》	
8 入浴の 状況	移動・移乗・洗身・着脱の状況			《利用者》	
				《家族》	
				《意見》	
9 洗面・ 口腔清拭 の状況 ・整容 ・更衣	口腔清拭 (行為・義歯 の状況)			《利用者》	
	整容 (整髪・爪切り)			《家族》	
	更衣 (自立度と介 助の状況)			《意見》	
10 I A D L	買い物:			《利用者》	
	調理:			《家族》	
	洗濯:				
	掃除:			《意見》	
	電話の使用:				
	金銭管理:				
11 介 護 力	介護者に関する情報			《利用者》	
				《家族》	
				《意見》	
12 社 会 参 加	地域との関わり・趣味活動など				
13 特 別 な 状 況					

生活の状況

No.4

本人の 住宅状況	持ち家・借家 一戸建て・集合住宅(階) 自室の有無 (有・無階)	見取り図 (本人の動線: ↑ 段差: ▲ 改修が必要: ●)
	生活する上での問題点	
一日の 過ごし方	0:00 2:00 4:00 6:00 8:00 10:00 12:00	
	12:00 14:00 16:00 18:00 20:00 22:00 0:00	

医師名:

記入日:

介護に関する医師の意見(「主治医意見書」を転記)

(1) 移動			
屋外歩行	自立	介助があればしている	していない
車椅子使用	用いていない	主に自分で操作している	主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)		用いていない	屋外で使用 屋内で使用
(2) 栄養・食生活			
食事行為	自立ないし何とか自分で食べられる	全面介助	
現在の栄養状態	良好	不良	
→ 栄養・食生活上の留意点 ()			
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針			
尿失禁	転倒・骨折	移動能力の低下	褥瘡 心肺機能の低下
閉じこもり	意欲低下	徘徊	低栄養 摂食・嚥下機能の低下 脱水
易感染性	がん等による疼痛	その他()	→ 対処法()
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し			
期待できる	期待できない	不明	
(5) 医学的管理の必要性			
訪問診療	訪問看護	看護職員の訪問による相談・支援	訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導
訪問リハビリ	短期入所療養介護	訪問歯科衛生指導	訪問栄養食事指導
通所リハビリ	その他の医療サービス		
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項			
・血圧	特になし・あり ()	・移動	特になし・あり ()
・摂食	特になし・あり ()	・運動	特になし・あり ()
・嚥下	特になし・あり ()	・その他	()
(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入)			
無	・有 ()	不明	

健康						(詳細)
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠	<input type="checkbox"/> 時々不眠	<input type="checkbox"/> 不眠	眠剤	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
状態	麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()		
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	(屋内)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> シルバー	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	(屋外)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> シルバーカー	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	爪切り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
I A D L	調理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	掃除	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	買い物	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	認知と行	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり				
ケー ス コ ミュ ニ ケー ション	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 見えない	眼鏡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 聞こえない	補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難		
社会交流						
排泄	尿意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> なし		
	便意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> なし		
	行為	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> PTイレ	<input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 便尿器
皮膚	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
口腔	義歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 総義歯	<input type="checkbox"/> 部分義歯	
	口腔衛生	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
食事	摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	形態(主食)	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> かゆ	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	(副食)	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	嚥下	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 常にむせる		
食事制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
介護力						
住環境						
その他						

(4)

介護予防サービス・支援計画表

NO. _____ 様 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日 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

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 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身体策の提案	具本策についての意向 本人・家族	目標	目標についての支援のポイント	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	介護保険サービス または地域支援事業	サービス種別	事業所	期間	
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					()						

健康状態について 主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点 _____

【本来行うべき支援がでない場合】
 要する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（該当した質問項目数）/（質問項目数）をお書き下さい。
 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					

【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 _____

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
		0. はい	1. いいえ
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
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ヵ月間で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

(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。

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○をつけてください。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
1	自分でトイレへ行く				24	生涯学習・歴史			
2	一人でお風呂に入る				25	読書			
3	自分で服を着る				26	俳句			
4	自分で食べる				27	書道・習字			
5	歯磨きをする				28	絵を描く・絵手紙			
6	身だしなみを整える				29	パソコン・ワープロ			
7	好きなときに眠る				30	写真			
8	掃除・整理整頓				31	映画・観劇・演奏会			
9	料理を作る				32	お茶・お花			
10	買い物				33	歌を歌う・カラオケ			
11	家や庭の手入れ・世話				34	音楽を聴く・楽器演奏			
12	洗濯・洗濯物たたみ				35	将棋・囲碁・ゲーム			
13	自転車・車の運転				36	体操・運動			
14	電車・バスでの外出				37	散歩			
15	孫・子供の世話				38	ゴルフ・グランドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
16	動物の世話				39	ダンス・踊り			
17	友達とおしゃべり・遊ぶ				40	野球・相撲観戦			
18	家族・親戚との団らん				41	競馬・競輪・競艇・パチンコ			
19	デート・異性との交流				42	編み物			
20	居酒屋に行く				43	針仕事			
21	ボランティア				44	畑仕事			
22	地域活動 (町内会・老人クラブ)				45	賃金を伴う仕事			
23	お参り・宗教活動				46	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事業」一般社団法人 日本作業療法士協会(2014.

いきいきライフプラン表

生活機能	転倒	栄養	口腔	もの忘れ	閉じこもり	心の健康
/20	/5	/2	/3	/3	/2	/5

今の状態を保ち、今後改善していくところ（維持改善すべき課題）

年後の生活の目標

ヶ月後の目標

目標を達成するための取り組み計画

取り組みにあたっての主治医からの留意点

地域包括支援センター等からのコメント

上記計画について、同意いたします。

年 月 日

氏名