

介護予防ケアマネジメントマニュアル

<Vol 8>

令和7年6月
神戸市

マニュアルの構成

この介護予防ケアマネジメントマニュアルは、神戸市独自のマニュアルです。
神戸市の介護予防ケアマネジメント業務を進めていくにあたり、下記の資料を参考にしてください。

- 神戸市介護予防ケアマネジメントマニュアル vol8 神戸市/編
- 神戸市介護予防・日常生活支援総合事業の実施内容
- あんしんすこやかセンター事務マニュアル（あんしんすこやかセンター職員のみ）
 - ・総合事業 事業対象者申請関係事務マニュアル
 - ・KOBЕ アクティブシニア目標シートの活用

介護予防ケアマネジメントマニュアルは、以下で構成されています。

- 第1章 介護予防ケアマネジメントに関する仕組みと事業・サービス
- 第2章 介護予防ケアマネジメントの進め方
- 第3章 介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法
- 第4章 介護予防ケアマネジメント関連事項
 - ・ケアマネジメント関連様式
 - ・参考様式

《検索》

- ・類型の確認をしたい・・・・・・・・・・P13 P14
- ・モニタリングの頻度を確認したい・・・・P35
- ・マイ・ケアプランの記入方法を簡易に確認したい・・・P58 P59
- ・評価表の記載方法を確認したい・・・・P67
- ・委託の流れを確認したい・・・・・・P72

目次

第1章 介護予防ケアマネジメントの仕組みと事業・サービス

1. 介護保険制度について	
・介護保険制度創設の経緯と変遷	1
・介護保険制度の基本的な考え方	2
2. 介護予防の基本的な考え方	
・介護予防とは	3
・介護予防のポイント	
生活機能とは	5
フレイルとは	6
3. 介護予防に関する事業・サービス	
・介護予防に関する事業・サービスまでの流れ	8
・介護予防サービスの対象者	9
・事業対象者判定の流れ	9
・事業対象者がサービスを使う際の留意点	11
・予防給付のサービスの種別	12
・介護予防・生活支援サービス活動事業の種別	12
・介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメント業務の種類)	13
・介護予防ケアマネジメント類型	14
（参考）障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	15
（参考）認知症高齢者の日常生活自立度	16
・一般介護予防事業	17
・サービス利用にあたっての留意点	18
・介護予防訪問サービスにおける利用者の状態像と対象者の目安	20

第2章 介護予防ケアマネジメントの進め方

1. 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とは	21
・介護予防ケアマネジメントの流れ	23
2. アセスメント(課題分析)	24
3. マイ・ケアプラン(介護予防サービス・支援計画表)の作成	26
4. サービス担当者会議	29
5. モニタリング	32
6. 評価	34
・介護予防ケアマネジメント実施時期について	35

第3章 介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法

1. 介護予防ケアマネジメント様式について	36
2. 記入方法	37
・利用者基本情報	37
・生活状況を把握するためのアセスメントシート	43
・マイ・ケアプラン(介護予防サービス・支援計画表)	50
・介護予防サービス・支援経過記録	60
・介護予防サービス・支援評価表	63

第4章 介護予防ケアマネジメント関連事項

1. 介護予防ケアマネジメントの実施主体・実施方法	
・実施主体・実施方法	68
2. 指定居宅介護支援事業者への業務委託	
・業務委託の範囲	69
・業務委託の要件	70
・業務委託に際しての留意点	70
・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント帳票早見表	71
・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント一部委託の業務の流れ	72
3. 個人情報保護についての留意点	76
4. 介護予防ケアプラン等の自己作成(セルフケアプラン)について	77

〈ケアマネジメント関連様式〉

①利用者基本情報	79
②生活状況を把握するためのアセスメントシート	81
③マイ・ケアプラン(介護予防サービス・支援計画表)(1)(2)	85
④介護予防サービス・支援経過記録	87
⑤介護予防サービス・支援評価表	88
⑥基本チェックリスト	89
⑦神戸市健康状態確認シート	91
⑧KOBE アクティブシニア目標シート	92

〈参考様式〉

「神戸市介護予防支援業務等従事者証」の取り扱いについて	94
神戸市介護予防支援業務等従事者届出(喪失) (第2号様式)	95
神戸市介護予防支援業務等従事者証再発行申請書 (第3号様式)	96
様式1 「要支援1・2・非該当(自立)」認定結果の連絡票	97
様式2 サービス提供事業者の評価連絡票	98
様式3-1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託請求書	99
様式3-2 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求明細書	100
様式4 委任状	101

第1章 介護予防ケアマネジメントの仕組みと事業・サービス

1. 介護保険制度について

《介護保険制度創設の経緯と変遷》

- 急速な高齢化が進展する中で、介護を必要とする高齢者も増加しています。また、要介護高齢者の状態像は多様で、生活環境や社会経済状態も異なっており、こうした人々が住み慣れた地域で暮らし続けられるためには、生活上の様々な課題を総合的に支えることが求められています。
- 介護保険制度（平成9年介護保険法制定、平成12年施行）は、従来の保健・医療・福祉の個別施策に分かれていたサービスを一体化するとともに、身近な市町村を保険者として、「利用者本位」「高齢者の自立支援」「利用者による選択（自己決定）」を基本理念に、利用者が自ら主体的に事業者を選択し、直接契約によりサービスを利用できる仕組みを、社会連帯で支える社会保険システムとして構築されました。
- 平成17年の介護保険法の改正（平成18年4月施行）時には、要支援等の軽度者が増加し、その特徴として、高齢による衰弱、関節疾患、転倒骨折等の生活機能の低下をきたす疾患が多いということが明らかになりました。しかし、従来の介護保険サービスでは、利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供が主流であり、利用者の能力が次第に低下し、いわゆる廃用症候群を引き起こし、サービスへの依存を生む等、軽度者の状態の改善や悪化防止につながっていませんでした。このことから予防重視型システムへ転換することに視点が向けられることになりました。また、高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を送るためには介護サービスをはじめ、福祉、医療、権利擁護などさまざまなサービスを包括的・継続的に提供していくための高齢者の生活を支える総合機関が必要なことから、地域包括支援センター（神戸市では、あんしんすこやかセンターが愛称）が創設されました。
- 平成27年度の介護保険法の改正により、比較的軽度である要支援者の方が利用するサービスのうち、訪問介護と通所介護について、国が定める全国一律のサービスから市町村が地域の実情に合わせて独自の事業として実施する介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）へ移行することになりました。総合事業は、従来提供されていた専門的なサービスに加え、地域の実情に応じてNPOや民間企業、ボランティアなどの多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより地域の支えあいの体制づくりを推進し、要支援者等の能力を最大限いかしつつ、要支援者等の状態等に応じたサービスが選択できることを目指すものです。神戸市では、平成29年4月より総合事業を実施しています。

《介護保険制度の基本的な考え方》

■介護保険の基本理念は、「できる限り在宅で自立した日常生活を継続できるように支援すること」です。

〈介護保険法〉

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第二条（一部抜粋）

○保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

○心身の状況や環境等に応じ、利用者の選択に基づいて、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者・施設から総合的・効率的に提供されること。

○要介護状態となった場合であっても、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう配慮すること。

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

(地域支援事業)

第百十五条の三十八（一部抜粋） 市町村は、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業を実施する。

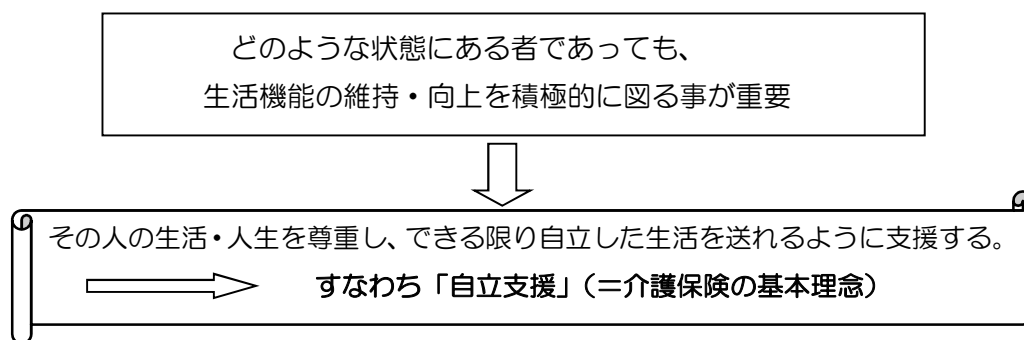
2. 介護予防の基本的な考え方

《介護予防とは》

■介護保険制度における介護予防とは、

- ①高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（発生を予防する）
- ②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（維持・改善を図る）

ことを指します。すなわち、生活上のさまざまな課題を抱える高齢者に対して、早期に適切な支援を行うことにより、要支援・要介護状態になることの予防やその重症化の予防、改善を図るものです。またその結果、早い段階から高齢者ができる限り自立した生活を送れるように支援することとなり、「**自立支援**」を旨とする介護保険の基本理念をより徹底するものです。



《介護予防のポイント》

■介護予防は、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要です。

■個々のサービスはあくまでも目標達成のための手段に過ぎません。したがって、機能回復訓練等の本来手段であることが、目的になってしまうという事態が生じないように留意する必要があります。

■利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出す場合があります。ケアプラン作成のアセスメントの際にインフォーマルサービスの紹介や利用者の主体的な取り組みを促し、「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、利用者の

できる能力を阻害するような不適切なサービスを提供しないように配慮することも大切です。

■介護予防では、何よりも利用者の主体的な取り組みがなければ、十分な効果は期待できません。このため、介護予防に関係する者は利用者の意欲が高まるようコミュニケーションのとり方をはじめ、様々な工夫をして、適切な働きかけを行うことが必要です。

■介護予防の効果を発揮するためには、単に個々人に対する支援にとどまらず、あんしんすこやかセンターや保健医療福祉関係機関、民間や地域の諸団体などが協働できる環境の整備も重要です。すなわち、地域において介護予防に資する自主的な活動を広め、介護予防に向けた取り組みが積極的に実施されることが重要です。

■元気な高齢者であっても、加齢、疾病や環境の変化、精神的要因等をきっかけとして生活機能の低下が起こる可能性があります。このため、高齢者の生活機能の低下の程度に応じて予防活動を行う必要があります。

とりわけ、生活機能の低下が軽度な時期はもちろん、生活機能の低下が疑われる時期からの早期発見・早期対応を効果的に行うことが、生涯わたって生活の質（QOL）を維持する上で重要です。

生活機能とは

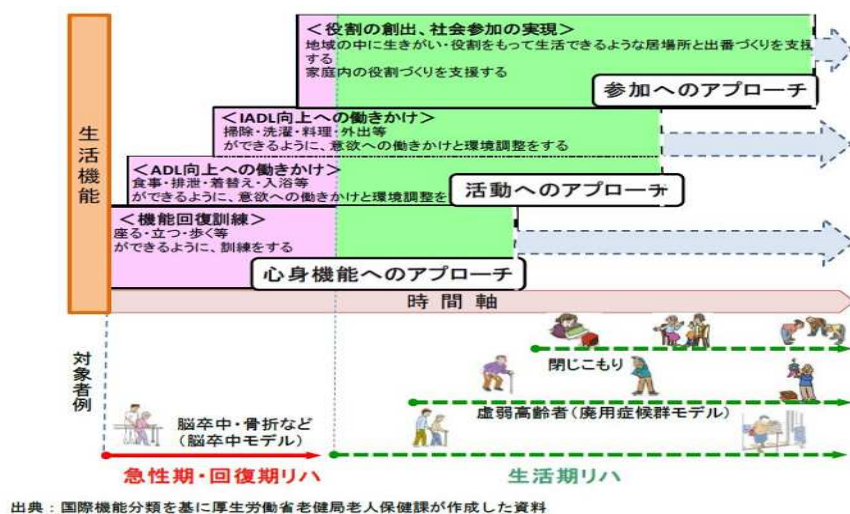
- ①体・精神の働き、体の部分である「心身機能」
 - ②ADL（日常生活動作）・外出・家事・職業に関する生活行為全般である「活動」
 - ③家庭や社会での役割を果たすことである「参加」
- のすべてを含む概念である。

＜生活機能低下のきっかけ（例）＞

生活機能が徐々に低下するきっかけ	身体的特性	感覚器の低下（目や耳の感覚が鈍ってきたなど）、脱水傾向、尿失禁、記憶力の低下
	廃用性の身体機能の低下	しばらく出歩かなかつたら足が弱った、車ばかり乗っていたら足が弱った、義歯があわないまま放置していたら軟らかいものしか食べられなくなった
	閉じこもり	外出しない、しようとしらない
	意欲・気力	冬場に動くのがおっくう（季節による変化）、いつも人に頼っている、頼ろうとする、無気力、いつも自信がない、生活に張りや満足感がない、やる気がおこらない、何もしたくない
	不安・抑うつ	気がかり、ふさぎ込み、以前ほど嬉しい・悲しいなど思わなくなった、ストレスを発散できない
	刺激	腹の底から笑う機会がない（刺激の不足）、やることがない、楽しみがない、やりたいことが見当たらない
	孤独	寂しいと感じる、一人でいる時間が長い
	体調	食事がおいしくない、熟睡できない日が続いている、何となく体がだるい日が続いている
生活機能が急に低下するきっかけ	事件	身近な人（家族など）との死別、ペットの死、地震や台風などの災害
	転居	周囲からの孤立・不安・孤独感・焦燥感・言葉の壁（方言等）
	疾病	風邪で寝込む、脳血管疾患後遺症による麻痺、入院・手術
	事故	転倒による打撲・骨折、階段からの転落

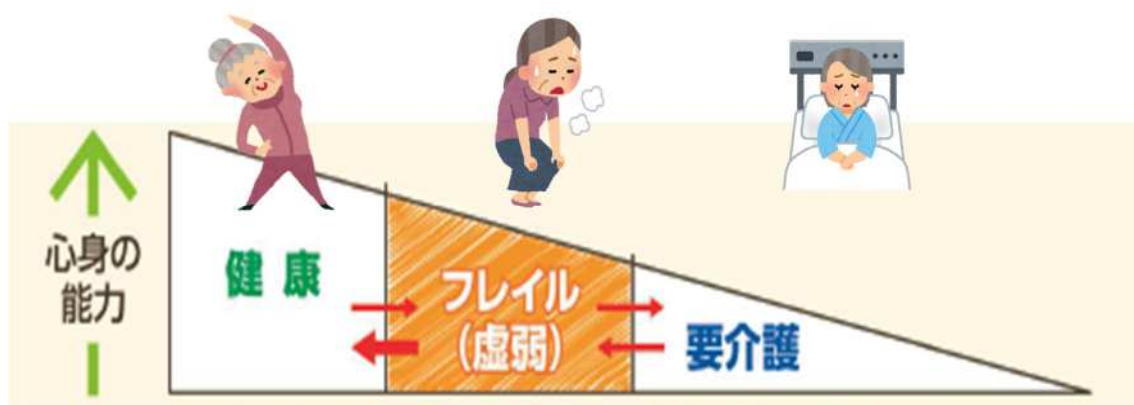
■特に、生活機能が低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要です。単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すのではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質（QOL）の向上を目指すことが重要です。

図表 生活機能の低下に対する高齢者リハビリテーションのイメージ図



フレイルとは

■フレイルとは、日本老年医学会が提唱する‘虚弱（frailty）’のことであり、病気ではないけれど、年齢とともに、筋力や心身の機能が低下し、介護が必要になりやすい状態のことです。しかし、フレイルであることに早めに気づき、適切な対策を取れば元の状態に戻ることができます。要支援者はこのフレイルの状態であることから、適切なサービスや社会資源の活用による対策を取り、生活機能を取り戻す支援を行うことが重要です。



■フレイルの特徴

- ①中間の時期（⇒健康と要介護の中間）
- ②可逆性（⇒様々な機能をまだ戻せる時期）
- ③多面的（⇒複数の要素による負の連鎖）

■フレイルの多面性

「身体」の虚弱（フィジカルフレイル）ロコモ・サルコペニア等

「社会性」の虚弱（ソーシャルフレイル）閉じこもり、貧困、孤食等

「こころ/認知」の虚弱（メンタル/コグニティブ・フレイル）うつ・認知機能低下等

- アセスメントの結果、利用者に複数の要因がある場合は、フレイルのリスクが高まることを認識し、どのように対策を行うのか検討を行うことが重要です。特にオーラルフレイル（口腔機能の些細な衰え）を見逃すと、低栄養や身体面のフレイルにつながっていくため、早期に利用者の変化に気づく必要があります。

■フレイル予防の3つの柱

「栄養（食・口腔機能）」（タンパク質、バランス・歯科口腔の定期的な管理）

「身体活動（運動など）」

「社会参加（就労、余暇活動、ボランティアなど）」

これらを意識して、日常生活に取り入れ活動することがフレイル予防には重要です。特に、人とのつながりの低下や孤食などの社会性の低下からフレイルは始まるため、地域や友人との交流を保てるようなケアマネジメントが求められます。



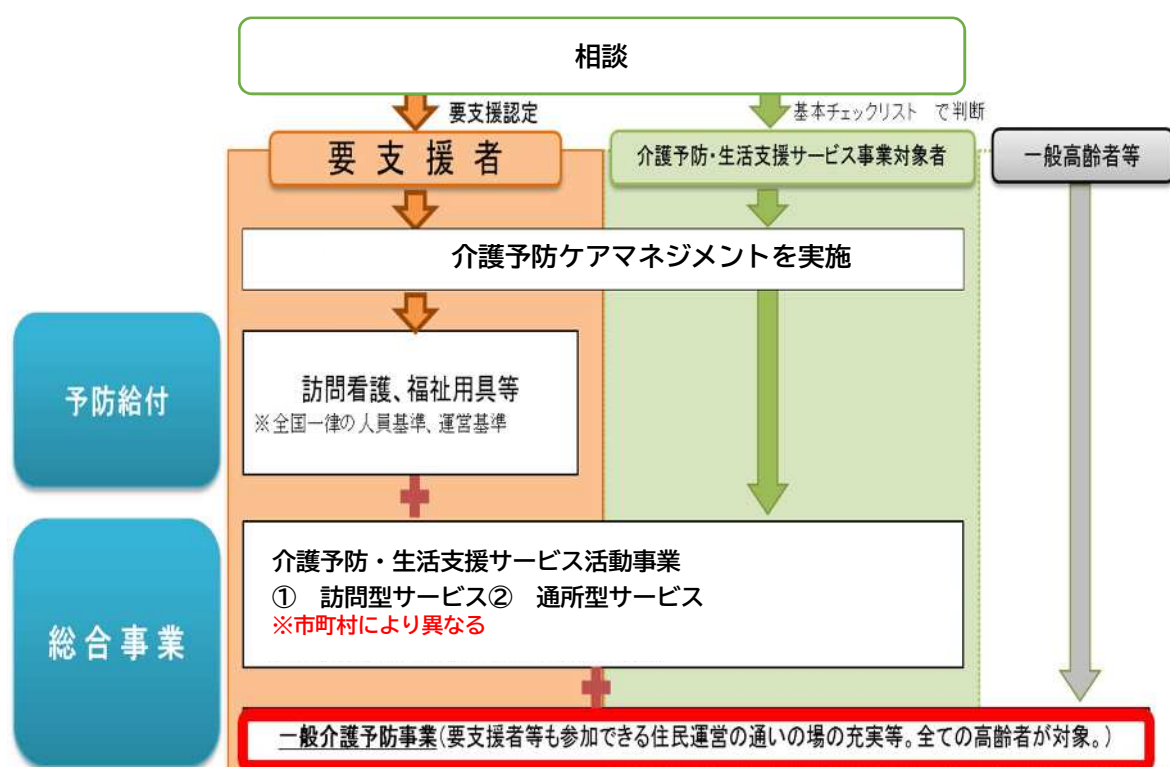
参考：健康長寿ネット より早期からの包括的フレイル予防

3. 介護予防に関する事業・サービス

《介護予防に関する事業・サービスまでの流れ》

- 介護認定審査会の判定に基づき、要支援1、2と判定された方は、介護予防サービスが利用できます。訪問看護や福祉用具等のサービスは「予防給付」、訪問介護と通所介護の2つのサービスは、「総合事業」に位置付けられました。
- 総合事業は、要支援1、2の方だけでなく、要支援認定を受けず、基本チェックリストにより判定された「事業対象者」もサービス利用が可能です。
- 総合事業とは、地域の実情に応じて各市町村が、高齢者が選択できる多様なサービス・活動を充実し、社会参加の促進や介護予防を図るものです。
神戸市の総合事業については、「神戸市介護予防・日常生活支援総合事業の実施内容」を参照してください。
- 総合事業は、介護予防・生活支援サービス活動事業【①訪問型サービス、②通所型サービス、③介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメント業務）】と、一般介護予防事業から構成されます。

図表 介護予防に関する事業・サービス利用までの流れ



≪介護予防サービスの対象者≫

事業・サービス		対象者	介護予防ケア マネジメント の有無
予防給付		要支援者 (要支援１・２)	有
総合事業	介護予防・生活支援 サービス活動事業	要支援者 (要支援１・２) または 事業対象者	有
	一般介護予防事業	活動的な状態にある 高齢者をはじめとした 全ての高齢者	無※

※ 介護予防ケアマネジメントを行う場合もあります。(セルフ型)

■総合事業の介護予防・生活支援サービス活動事業（以下、「サービス活動事業」という。）
 の対象者は下記のいずれかの方です。

- 認定審査会において要支援１または要支援２と判定された方
- 基本チェックリストで生活機能の低下がみられた方（以下、「事業対象者」という。）

≪事業対象者判定の流れ≫

■25項目の基本チェックリストの内容を、本人に面接にて聞き取りを行い、判定します。
 基本チェックリストは、あんしんすこやかセンターでのみ行います。

■基本チェックリストによる判定の流れ（概要）は以下の通りです。

- ① 本人・家族等から、相談の目的や本人の健康状態・生活状況などを丁寧に聞き取り
ます。（総合相談）
- ② 聞き取り内容から今後の支援方針（要介護・要支援認定申請、基本チェックリスト
の実施、一般介護予防事業・関係機関・地域社会資源等の紹介、地域見守り活動等）
を検討します。

⇒サービス活動事業を利用することにより、地域での自立した生活や機能回復が見込まれる場合、介護保険制度の説明を行い、本人の同意を得て、基本チェックリストを実施します。

③あんしんすこやかセンター職員が、本人と面接により、基本チェックリスト項目の聞き取りを行います。

④事業対象者の判定基準に該当した（生活機能の低下がみられ、何らかの支援が必要と考えられる）場合、サービス利用までの今後の流れについて説明し、介護予防ケアマネジメントを開始します。

※第2号被保険者（40 歳～64 歳の方）は、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提であるため、要支援認定を受けることによりサービス事業の利用が可能です。（基本チェックリスト対象外）

■事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定しており、要支援認定非該当者にサービス利用ができるようにするための制度ではありません。安易にサービスを提供し、依存を生まないようにすることが重要です。

■予防給付・サービス活動事業の利用が適切ではない状態像

- ア 誰かに助けってもらうことなく、一人で外出できるほど元気な方
- イ 元気であるが、家事をする習慣がないためにお手伝いを必要とする方
- ウ 認知機能や思考・感情等の障害により予防給付・サービス事業の利用に係る適切な理解が困難である方（目安として認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上）
- エ 短期間で心身の状態が変化することが予測され、それに伴い、要介護度が短期的に重症化するおそれが高く、概ね6か月程度以内に要介護状態等の再評価が必要な方

■ア、イの状態像の方は、将来介護が必要になったときに相談するよう伝えます。相談者の内容に応じて、一般介護予防事業や地域社会資源等の紹介を行うことも考えられます。

■ウ、エの状態像で認定申請を行った場合、介護給付の対象となる場合も鑑み、必要なケアマネジメントが行われるよう適切な対応を行ってください。

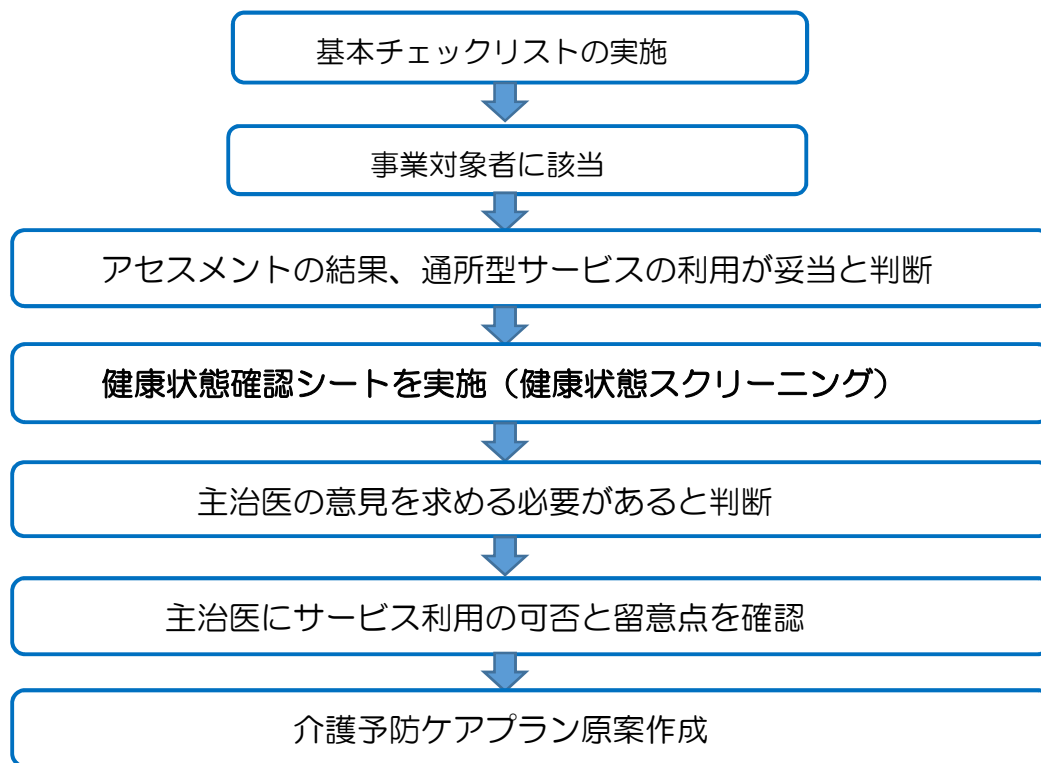
≪事業対象者がサービスを使う際の留意点≫

■事業対象者は、要支援認定を経由していないため主治医意見書がありません。

アセスメントの結果、通所型サービスの利用が望ましいと判断された場合は、「**健康状態確認シート**」を用いて健康状態のスクリーニングを行います。主治医に健康状態を確認する必要があると判断された方は、主治医からの利用の可否の判断や留意点を確認したうえで、介護予防ケアプランを作成し、サービス利用を開始する必要があります。

※健康状態確認シートは、神戸ケアネットでダウンロードが可能です。

図表 「健康状態確認シート」実施の流れ



《予防給付のサービスの種別》 ※要支援者のみ

■予防給付は、介護予防を目的とした、以下のサービスで構成されています。

○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（一部販売も可）	特定介護予防福祉用具販売
○地域密着型介護予防サービス	○介護予防住宅改修
介護予防認知症対応型通所介護	
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共同生活介護	

■「介護予防通所リハビリテーション」については、月額定額報酬になります。利用者の状態に応じて、必要な回数を設定してください。

■「介護予防福祉用具貸与」については、一部販売可能な種目、貸与できない種目があります。ただし例外的に給付できる場合もありますので、利用者の状態像や必要性に合わせて制度の確認が必要です。

《介護予防・生活支援サービス活動事業の種別》 ※要支援者・事業対象者

■サービス活動事業の中には、「訪問型サービス」と「通所型サービス」があります。

■「訪問型サービス」と「通所型サービス」には、幅広い状態像と、多様なニーズに応じた多様なサービスが設けられており、利用者の健康状態・生活状況等を十分にアセスメントした上で、自立支援の観点から利用者に必要なサービスを選択し、提供します。

○訪問型サービス	○通所型サービス
介護予防訪問サービス	介護予防通所サービス
生活支援訪問サービス	フレイル改善通所サービス
住民主体訪問サービス	

■月額定額報酬になります。利用者の状態に応じて、必要な回数を設定してください。

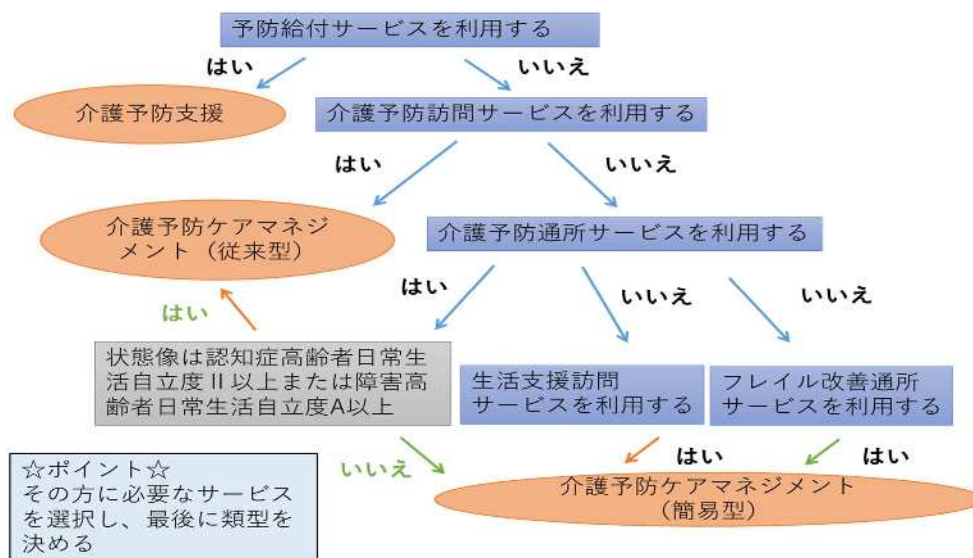
※月額定額報酬のサービスは、複数の事業所を利用することはできず、1つの事業所を選択する必要があります。

※月途中に利用回数の変更があった場合でも、算定する報酬は計画上の報酬区分になります。必要に応じてケアプランを変更の上、翌月から算定報酬の見直しを行ってください。

《介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメント業務の種類）》

- 総合事業のサービスと同様、幅広い状態像と多様なニーズに応じ、ケアマネジメントも多様化されました。予防給付サービス使う場合は「**介護予防支援**」、サービス活動事業のみを利用する場合は「**介護予防ケアマネジメント**」となります。介護予防ケアマネジメントは使うサービスにより「**従来型**」「**簡易型**」「**セルフ型**」となります。
4つの分類を「**類型**」といい、類型ごとにサービス担当者会議やモニタリングの頻度などが異なります。
- 「**介護予防支援**」については、指定介護予防支援事業所（介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所も可）が実施主体となりますが、「**介護予防ケアマネジメント**」はあんしんすこやかセンターが実施主体となります。
- サービスを組み合わせる場合、よりきめ細やかに関わるケアマネジメントを採用します。
（例：介護予防訪問サービスとフレイル改善通所サービスを利用する場合は、「**ケアマネジメント従来型**」）
- 介護予防通所サービスの利用者は、事業対象者から要支援2まで状態像が幅広いことから、利用者の状態像により、ケアマネジメント類型が異なります。
重度（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上、または障害高齢者の日常生活自立度A以上）→「**ケアマネジメント従来型**」
軽度（認知症高齢者の日常生活自立度が自立またはⅠ、かつ障害高齢者の日常生活自立度が自立またはJ）→「**ケアマネジメント簡易型①**」となります。

図表 ケアマネジメント類型の選択について



《介護予防ケアマネジメント類型》

類型	介護予防支援	ケアマネジメント 従来型	ケアマネジメント 簡易型①	ケアマネジメント 簡易型②	ケアマネジメント セルフ型
対象者	要支援者	要支援者・事業対象者（※2）			
サービス 種別	予防給付サービス 介護予防訪問看護・ 介護予防福祉用具貸与・介 護予防通所リハビリテー ション 等	介護予防訪問サービス 介護予防通所サービス （※重度） ※認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上、または 障害高齢者の日常生活自立度A以上	生活支援訪問 サービス 介護予防通所 サービス（※軽度） ※認知症高齢者の日常生活自立度が自立 またはⅠ、かつ障害 高齢者の日常生活自立度が自立またはJ	フレイル改善 通所サービス	住民主体訪問 サービス（※5） （一般介護 予防事業）
ケアマネジメント採用 基準	サービスを組み合わせる場合、よりきめ細やかに関わるケアマネジメントを採用する。 例) 介護予防訪問サービスとフレイル改善通所サービスを利用する場合⇒「ケアマネジメント従来型」				
実施機関	指定介護予防支援事業所	あんしんすこやかセンター			
一部委託	可能			不可（※3）	不可
アセスメントシート	必須			基本チェック リストを活用	基本チェック リストを活用
ケアプラン 様式	マイ・ケアプラン（介護予防サービス・支援計画表） 1・2表			目標シート活用	目標シート活用
ケアプラン 期間	最長1年間			－	－
サービス 担当者的会議	必要		初回は必要 以降は必要時	不要	不要
モニタリング	毎月		3月に1度	適宜	不要
評価表	必要			不要（※4）	不要
報酬	○基本報酬 442単位 ○初回加算 300単位 ○委託連携加算 300単位	○基本報酬 442単位 ○初回加算 300単位 ○委託連携加算 300単位	○基本報酬 353単位 ○初回加算 300単位 ○委託連携加算 300単位		○基本報酬 221単位 ○初回加算 300単位
報酬の算定	サービス利用中				ケアマネジメント開始月のみ（要介護移行時）

※1 自立度は、要支援者の場合、要支援認定等の主治医意見書の判定を採用するが、アセスメント時、利用者の状態が主治医意見書の状態と異なる場合や、事業対象者については、自立度の基準に基づいて介護予防ケアプラン作成者が判定を行う。

※2 事業対象者で通所サービスを利用する場合は、健康状態確認シートを使用し、サービス利用に関して医師の意見を求める。

※3 フレイル改善通所サービスのみ利用の場合は国保連による代理受領委任制度が使えないため、基本的には委託不可。

※4 サービス利用後の支援内容や評価内容は、支援経過記録に記載。

※5 住民主体訪問サービスのみを利用する場合は、「総合事業の対象者の弾力化」により、要介護者となってもセンターが担当する。

※類型を決める際の参考資料

(参考)障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)

生活自立	ランクJ	何らかの身体的障がい等を有するが、日常生活はほぼ自立し、一人で外出する者が該当する。なお「障がい等」とは、疾病や障がい及びそれらの後遺症あるいは老衰により生じた身体機能の低下をいう。 1. バスや電車等の公共交通機関を利用して積極的にまたは、かなり遠くまで外出する場合が該当する。 2. 隣近所への買い物や老人会等への参加等、町内の距離程度の範囲までなら外出する場合が該当する。
準寝たきり	ランクA	屋内での日常生活活動のうち食事、排泄、着替に関しては概ね自分で行い、留守番等をするが、近所に外出する時は介護者の援助を必要とする場合が該当する。 1. 寝たり起きたりはしているものの食事、排泄、着替時はもとより、その他の日中時間帯もベッドから離れている時間が長く、介護者がいればその介助のもと、比較的多く外出する場合が該当する。 2. 日中時間帯、寝たり起きたりの状態にはあるもののベッドからは離れている時間の方が長い、介護者がいてもまれにしか外出しない場合が該当する。
寝たきり	ランクB	座位を保つことを自力で行うか介助を必要とするかどうかで区別する。日常生活活動のうち、食事、排泄、着替のいずれかにおいては、部分的に介助者の援助を必要とし、1日の大半をベッドの上で過ごす場合が該当する。 1. 介助なしに車いすに移乗し、食事、排泄もベッドから離れて行う場合が該当する。 2. 介助のもと車いすに移乗し、食事または排泄に関しても、介護者の援助を必要とする。
	ランクC	日常生活活動の食事、排泄、着替のいずれにおいても介助者の援助を全面的に必要とし、1日中ベッドの上で過ごす。 1. ベッド上で常時臥床しているが、自力で寝返りをうち体位を変える場合が該当する。 2. 自力では寝返りもうつこともなく、ベッド上で常時臥床している場合が該当する。

(参考)認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭内以外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできていたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介助を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

《一般介護予防事業》

■すべての高齢者が対象です。

■高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体のつどいの場等での交流による人と人とのつながりを通じて、生きがい・役割をもって生活できるよう支援することで介護予防につなげます。地域での住民主体の活動を充実させ、様々なニーズを持つ高齢者が通える場を増やすことを目的としています。

■一般介護予防事業は、介護(予防)給付、サービス活動事業との併用が可能です。インフォーマルサービスとして位置づけることにより、介護予防の効果が高まります。

■地域のつどいの場や社会資源はあんしんすこやかセンターが熟知していますので、その情報を活用しましょう。

《サービス利用にあたっての留意点》

- 要支援者は、ADLは自立していますが、I ADLの一部に支障がある方が多い傾向にあります。このような場合、生活の仕方や道具を工夫することで、自立することが期待できます。サービスを提案するよりも前に、生活の工夫ができないかを利用者とともに検討します。
- サービス導入に当たっては、専門的な観点による十分なアセスメントを行い、利用者やその家族の希望しているサービスのみを提供し、介護予防に効果があると思われるサービスを、単にやりたくないという理由だけで組み込まないこと等がないように、適切なケアマネジメントを行う必要があります。
- 地域のつどいの場（一般介護予防事業）等の社会参加を介護予防ケアプランに積極的に位置づけ、日常生活行動の活発化や社会と関わる機会を提供し、生活機能の改善を図る視点が重要です。
- より専門性の高いサービスを利用する場合は、生活機能の維持・向上を図るため、**通所系サービス（介護予防通所リハビリテーション、通所型サービス）を優先して検討**します。介護予防サービスについては、利用者の状態を踏まえつつ、自立支援の観点に立った短期・集中的なサービスとなるようケアマネジメントを行うことが必要です。
- 介護予防サービスについては、個々の事業所のサービスが連動するという認識を持つことが必要です。例えば、「通所型サービス」と「訪問型サービス」を利用している人であれば、「通所型サービス」で身体機能の向上が見られた場合、その向上した機能を更に生かせるよう「訪問型サービス」やセルフケアの内容を変更していく必要があります。

〈通所型サービス〉

- もとの生活を取り戻す支援として「**フレイル改善通所サービス**」を第一選択とします。利用者が、短期間でフレイルを改善し、セルフマネジメント能力を獲得し、再び本人にとって望ましい生活を取り戻すことを目的としています。半年間のサービス終了後も利用者の目標（生きがい、自己実現）に向けた、地域での様々な健康づくりや社会参加（地域のつどいの場等）ができるよう、サービス利用期間中から支援します。

〈訪問型サービス〉

- 「訪問型サービス」は、利用者に自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）があり、それについて同居家族等による支えや、地域の支え合い・支援サービスや他の福祉施策などのサービスが利用できない場合に、ケアマネジメントによる個別の判断を経た上で、サービスが提供されるものです。利用者に対して1対1で提供するサービスであり、ともすれば利用者のホームヘルパー等への依存関係を生みやすいことから、「**本人のできることはできるだけ本人が行う**」ことを基本に、サービスを提供することが求められます。（例えば、調理において、包丁が持てないなら食材を切ることのみ支援する、など。）
- ホームヘルパー等が利用者とともに支援を行う生活支援の内容は、家族支援や地域のインフォーマルサービス等の利用も踏まえつつ、ケアマネジメントの過程でサービス提供の目的を具体的に明確化する必要があります。
- 訪問型サービスには「介護予防訪問サービス」「生活支援訪問サービス」「住民主体訪問サービス」の3種類ありますが、サービスの選択については、アセスメントの結果を勘案し、ケアマネジメントの中で決定します。
- 専門的なサービスである介護予防訪問サービスは、要件に該当する方のみ利用できます。（P20 ●介護予防訪問サービスにおける利用者の状態像と対象者の目安参照）

〈介護予防福祉用具貸与〉

- 福祉用具の利用にあたっては、生活の自立への十分な働きかけなしに福祉用具が提供されるなどの適切な支援が行われないと、自立支援を損ねる恐れもあることから、利用の妥当性、適合性を精査する必要があります。
- 介護予防福祉用具貸与については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換機」、「認知症老人徘徊感知機器」及び「移動用リフト」「自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）」（以下「対象外種目」という。）に対しては、原則として貸与できません。
- しかし、特定の状態像に該当する場合、貸与が可能な場合があります。（軽度者に対する福祉用具貸与例外給付）申請書や必要書類などの詳しい取り扱いについては、神戸市のホームページをご参照ください。

《介護予防訪問サービスにおける利用者の状態像と対象者の目安》

●訪問介護訪問サービス

ホームヘルパーにより、身体介護および生活援助を提供。

《対象者》

対象者の目安	基準
下記要件のいずれかに該当する者 ① 身体介護が必要な方 ② 認知機能の低下による日常生活に支障をきたすような行動や意思疎通の困難さがみられる方 ③ 精神疾患等があり、ヘルパーの交代が病状等の悪化につながる恐れがある等の理由により訪問介護員による専門的な支援が必要と判断された方 ④ 上記①～③に該当しない場合でも、心身の状態像、家族の支援の状況などを十分にアセスメントし、訪問介護員による専門的な支援が必要と判断された方 ※生活支援訪問サービスの対象者であっても、地域においてサービス事業者が確保できない場合は、当分の間、介護予防訪問サービスをご利用いただくことが可能。	① 障害高齢者の日常生活自立度 A 以上かつ身体介護が必要な方 ② 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上または、主治医から認知症の診断を受けている方 ③ 主治医意見書や障害者手帳等により、疾病や障害の程度が確認できること。 ④ （例） ・退院直後で状態が変化しやすく、自立支援に向けた専門的サービスが特に必要な方 ・ゴミ屋敷となっている方や社会と断絶している方などの専門的な支援を必要とする方 ・心疾患や呼吸器疾患、がんなどの疾患により日常生活の動作時の息切れ等により、日常生活に支障がある方 等

●生活支援訪問サービス

市が定める一定の研修を修了した者等により、掃除・買い物などの生活援助を提供。

《対象者》

上記、介護予防訪問サービスの対象者の目安に該当しないが、日常的に生活援助が必要な方。

●住民主体訪問サービス

NPO 法人等のボランティアにより、掃除・買い物などの生活援助を提供。

《対象者》

日常的な生活援助は必要ないが、状況により生活援助が必要な方。

第2章 介護予防ケアマネジメントの進め方

1. 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とは》

■介護予防ケアマネジメントは多様な側面を持つため、一様に定義することは困難ですが、大まかに整理すると次の考え方で表すことができます。

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるように、要介護状態になることをできる限り予防することが重要です。

このためには、「本人ができることはできるだけ本人が行う」ことが基本になります。利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活を分かりやすくイメージできるようにします。

それを踏まえて具体的な日常生活における行為について目標を明確にし、セルフケアや地域のインフォーマルサービス、介護保険サービスを適切に利用する計画を作成、達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う、という一連のサイクルが重要となります。

■介護予防ケアプラン作成者は、利用者や家族と十分なコミュニケーションをとり、介護予防の目的について利用者や家族へ説明したり、生活機能が低下していることを認識してもらえよう支援したり、自立への意欲や家族の支援を引き出し、維持・改善につながるよう支援していくことが重要です。これら一連の流れにおいては、利用者や家族との信頼関係の構築が基本となります。

■介護予防ケアマネジメントにおいては、「地域で生活する高齢者を支援する」という観点からサービスだけでなく、セルフケアや地域のインフォーマルサービス等を組み合わせることが大切です。また、生活機能が改善した場合や要介護状態の悪化に伴う介護給付への移行などを、一貫・継続したケアマネジメントのもとに実施することが重要です。

■生活機能の低下の原因や状態に見合った内容の支援やサービスを適切な時期に提供することにより、状態の維持や改善が期待されます。反対に、不適切なケアマネジメントによるサービスの利用は、結果として意欲の低下、更なる生活機能の低下やサービスへの依存をもたらしてしまうこともあります。そのため、できないことをサービスで補うという補完的なケアマネジメントではなく、生活機能の低下の背景・原因を分析し、課

題を明らかにして少しずつ達成できる「目標」を定めた上で、利用者と介護予防ケアプラン作成者が共に目標へ向けて取り組む**目標志向の考え方**が重要です。

■サービス提供に当たっては、利用者の状態像の特性を踏まえ、「本人のできることはできるだけ本人が行う」ことを基本としつつ、

- ①生活機能の低下の危険性を早期に発見し、集中的な対応を行うこと
- ②サービス提供は、一定期間ごとに見直し、計画的に行うこと
- ③利用者の個別性を重視した効果的なサービス内容を設定すること
- ④改善後の状態維持への支援に努めること

が重要です。

■円滑かつ効果的にケアマネジメントを実施していくためには、主治医、サービス事業者、保健・医療・福祉の関係機関、地域の関係者などの連携も不可欠です。

■このような点を踏まえ、介護予防ケアマネジメントでは、以下の点に留意する必要があります。

＜介護予防ケアマネジメントのポイント＞

○目標の共有と利用者の主体的なサービス利用

利用者とサービス事業者による生活機能向上のための目標の共有及び利用者の主体的なサービス利用を進めることが重要

○将来の改善の見込みに基づいたアセスメント

個々の利用者ごとに、生活機能を向上させるためには、状態像の変化に応じて必要な支援を決定し、適切なサービスを調整し、定期的に見直しを行うことでサービスからの自立を目指す仕組みを構築することが必要

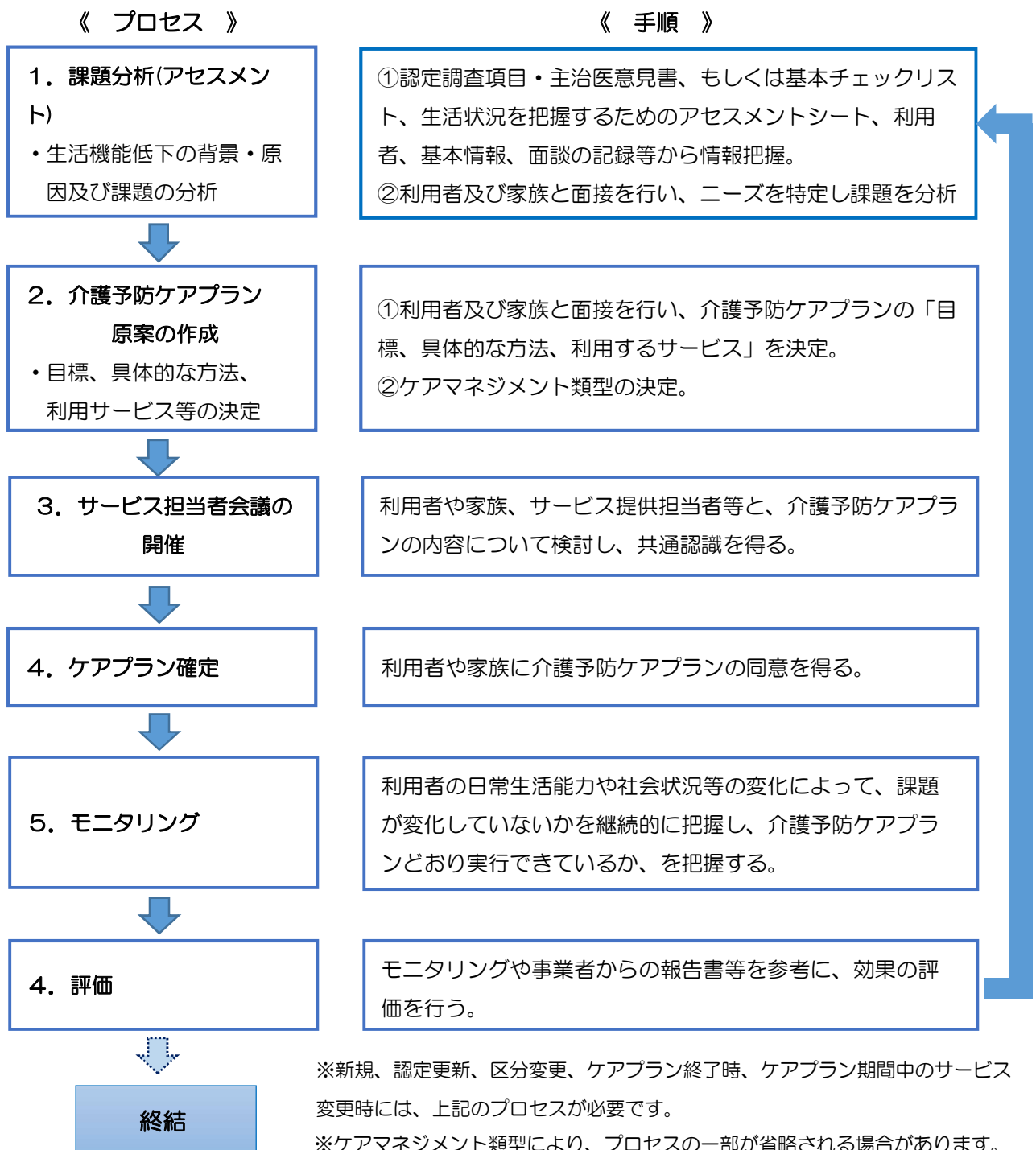
○明確な目標設定をもった介護予防サービス計画づくり

個々の利用者ごとに、生活機能が、いつまでにどの程度向上するのか、又は、どの程度の期間維持できるのかを明らかにし、利用者・家族及びサービス事業者がその目標を共有するとともに、適切に評価することが重要

《介護予防ケアマネジメントの流れ》

■介護予防ケアマネジメントの流れは、まずアセスメントを行い、次に介護予防ケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を開催して検討の上、利用者の同意を得て介護予防ケアプランを確定します。これに基づいて、予防給付または総合事業によるサービスが提供されます。サービス提供の一定期間後に、サービスの効果を評価し、その結果を次のサイクルのアセスメントに活用します。

図表 介護予防ケアマネジメントの手順



2. アセスメント（課題分析）

《基本的な考え方》

- アセスメントは単なる情報収集だけでなく、専門職として利用者の生活における課題について、十分に分析する必要があります。利用者について、その有する能力、置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければなりません。アセスメントにおいて抽出された課題と利用者や家族の意向から、課題解決のために必要な支援やセルフケア行動などの検討を行い、ケアプラン作成に活用します。
- アセスメントは、既存書類からの情報収集で、ある程度の利用者の状態像を把握し、面接では利用者や家族の訴えに耳を傾け、生活機能の低下の状態や状況について理解することが大切です。一方的にあるいは漫然と質問するのではなく、その目的について、利用者や家族へ説明したり、関心を示した内容について話を深めたりすることも、利用者を理解するためには必要なコミュニケーションの取り方です。
- コミュニケーションの過程を通じて、利用者や家族に自立支援や介護予防の必要性を説明したり、生活機能が低下していることを認識できるよう支援するとともに、利用者の自立への意欲・家族の支援などを引き出していく貴重な機会でもあります。総合相談を通じて、基本チェックリストの実施や要介護等認定申請をしていることから、利用者や家族が生活機能の低下を自覚している場合が多いと考えられるため、その部分からインタビューを進めるとよいでしょう。
初回面接では、完璧に情報を収集しようとして、利用者やその家族から強引に聞き出し、利用者を不快にさせないよう信頼関係を作りながら進める事が重要です。
- アセスメントの経過において、かつて利用者が楽しみや生きがいに行っていたことなどについて情報を収集し、その内容を深めていく中で、利用者が「またそのことができるようになりたい」とこれからの生活について主体的かつ積極的に考え、「目標とする生活（望む生活）」について具体的なイメージを抱くことができるようにします。その際、利用者の個別性を重視するとともに、利用者の活動性が向上し、積極的な生活をイメージできるようにアプローチすることが重要です。活動性向上後の目標とする生活（望む生活）のイメージは、利用者やその家族と介護予防ケアプラン作成者が共有しておく必要があります。

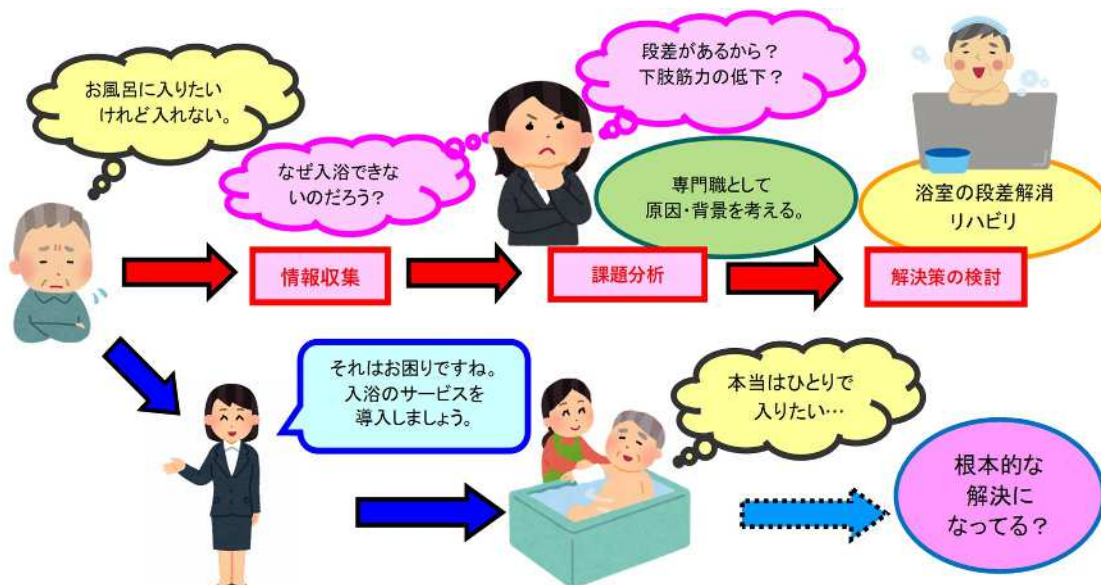
具体的には、以下のようなコミュニケーションを心懸けてください。

- ① 出来ていないことばかりに目を向けず、自分で出来ること、出来そうなこと（潜在能力）を探す。
- ② 目指す生活が表出されにくい場合は、利用者の関心のあることや、今まで行ってきたことから、一緒に考える。
- ③ 家族や友人、仲間との人間関係の中で動機付けが促されたり、取り組みが継続される事を活用し、環境づくりを行う。
- ④ 「生活状況を把握するためのアセスメントシート」の項目を、質問するだけの一方的な面接にならないように留意する。利用者や家族を支援する上で必要な項目を見極めながら、確認を行う。

■医師との連携は、高齢者の状態をアセスメントする上でとても重要です。利用者に安全にサービスを提供するため、医学的な所見から利用者の健康状態を確認したうえで、適切なサービスを決定する必要があります。高齢者は複数の疾病を抱えていることが多く、疾患によっては、主治医意見書を作成した医師以外の医師にも確認を取る場合があります。

■要支援認定の主治医意見書は重要な役割を果たすため、介護予防ケアプラン作成からサービス提供への過程において、主治医との連携は重要になります。特に、介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションなどの医療系サービスを介護予防ケアプランに位置づける場合には、医師による指示が必要です。

図表 直接的な原因・間接的な原因に着目した介護予防ケアマネジメント



3. マイ・ケアプラン（介護予防サービス・支援計画表）の作成

《基本的な考え方》

- アセスメントにおいて抽出された課題の解決や強化を図るためには、利用者や家族と協働で作った目標とする生活をイメージし、アセスメントに基づいて介護予防ケアプランを作成します。
- ケアプランは利用者のためのものであることを忘れず、利用者や家族にとってわかりやすい表現で記載する必要があります。専門用語や略語を使用しないように気をつけてください。
- 本市における介護予防ケアプランの期間は**最長 1 年**ですが、新しくサービスを利用する場合や状態が不安定なとき、サービス利用の目的などに応じて、3 から 6 か月といった短期間の目標を設定するなどし、必要に応じてケアプランの見直しを行うことで、利用者の状態像に合わせた支援を提供できるよう心がける必要があります。
- 利用者自身が取り組む行動、一般介護予防事業や家族の協力、近隣者の見守りなど、地域におけるインフォーマルサービスを積極的に活用するところから検討を始めることが重要です。近隣者による支援は、利用者の心の支えと安心感につながり、より利用者の意欲を高めます。具体的には、民生委員、老人クラブや自治会などの地区組織、福祉団体、さらに様々なボランティアや民間団体等を利用者ニーズに合わせて活用していくことが必要です。しかし、近隣者がその役割を負担に感じると、利用者との関係を保てなくなるため、計画に盛り込むときには配慮が必要です。

＜マイ・ケアプラン作成に当たっての留意点＞

○利用者ができないことを補う形でのサービスは、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合があります。利用者とともに、利用者が「できること」を発見し、生活機能を向上させ、利用者の主体的な活動や地域社会への参加を高めるよう支援を行うことが重要です。

○あんしんすこやかセンターでは、個々人に合ったサービスが提供できるよう、一般介護予防事業や地域のインフォーマルサービスに関する情報の収集やリストづくりなどに日頃から取り組んでいます。指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、あんしんすこやかセンターとの連携等により地域の情報を入手し、利用者と地域のつながりを大切に、介護予防ケアプランに積極的に盛り込んでいけるよう心がけてください。

- 介護予防ケアプランを作成する際には利用者の状態や主訴のみに着目するのではなく、支援が必要な状態に至る直接的及び間接的な原因にも着目して設定することも大切です。
- 介護予防ケアプランの様式およびその記入方法については、36 ページ以降を参照してください。

《目標設定の留意点》

- 生活機能の低下や生じている課題に対し、まずは利用者自身がどのようにになりたいかという目標（望む生活）を掲げることが重要です。目標を達成するために、利用者の意欲を高めるとともに、環境を整えたり、問題や障害となっていることを解決したり、利用者の健全な機能をより強化するための具体的な取り組みが示されているものを目標志向型ケアプランといいます。問題が解決されることを目指すのではなく、問題が解決されることによる生活の質（QOL）の向上を目指すことが重要です。
- 目標は利用者が一定の期間に達成可能であることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要です。達成できない目標を設定することは、評価時点で利用者の自信をなくしたり、意欲の低下にもつながります。実現可能な目標を設定し、1つ1つ積み重ねていくことで達成感や自信を強化することも有効です。
「できないこと」を探してそれを補うサービスを組み込むのではなく、「できること」を一緒に探し、生活機能の向上が図られる目標を立てることが重要です。
- この目標を共有化するため、利用者を中心としたサービス担当者会議等を通じて、主治医やすべてのサービス事業者等が、積極的に介護予防ケアマネジメントに参画する必要があります。また、目標を共有した上で、その達成に向けて各サービス事業者レベルでの具体的な実施目標を検討します。

《介護予防ケアプランに盛り込む内容の留意点》

1. 利用者のセルフケア

生活機能の低下を予防するため、利用者自身にできる生活行為・行動の変容、健康管理・生活習慣の改善などのセルフケアに関する取り組み等は、介護予防の重要な取り組みの1つです。

2. 家族の支援、インフォーマルサービス

家族の支援は重要な要素であり、利用者の意欲を引き出すためにも、家族の支援を明確にする必要があります。また、近隣の住民からの支援も、利用者が友人や地域住民との

つながりの中に自己の役割や生きがいを感じている場合は、インフォーマルサービスの支援者として記入します。

さらに、転倒しやすい室内環境の改善や、高齢者にとって使いやすい家庭用品の工夫なども必要に応じて改善策として盛り込みます。

3. 総合事業または予防給付の内容

生活機能の低下を予防するために利用することが適切と判断されたサービス等を記入します。

※サービス選択に当たっての留意事項は 18 ページをご参照ください。

4. サービス担当者会議

《位置づけと目的》

サービス担当者会議は、以下の4点を主な目的として開催します。

- 利用者やその家族の生活全体およびその課題を共通理解する
- 公的サービス・地域のインフォーマルサービスなどについて情報共有をし、その役割を理解する
- 利用者の課題、生活機能向上の目標、支援方針、支援計画などを**それぞれの専門的な見地から協議する**
- 介護予防ケアプランにおける共通の目標を達成するために必要な、**利用者や家族・サービス提供事業者等の役割を相互に理解し、連携を図る**

《会議の構成員》

- 構成員としては、利用者や家族、介護予防ケアプラン作成者、サービス事業者、主治医、インフォーマルサービスの提供者等が想定されます。
- 介護予防ケアプラン作成者が、議題の内容に従い、効果的な検討や今後の支援につなげられるように参加者を選定します。

＜留意点＞

サービス担当者会議の出席者については、利用者や家族に対する個人情報等の秘密をもらすことがないよう、必要な措置をとることが求められます。特に、閉じこもりやうつのおそれがある場合などには、インフォーマルサービスの支援者が利用者の支援者として重要な役割を果たすため、サービス担当者会議に出席することも想定されますが、この場合には、インフォーマルサービスの支援者も守秘義務が求められます。

《会議の開催時期と内容》

1) 介護予防ケアプラン作成時

介護予防ケアプラン作成時の会議では、主に以下の内容を協議します。

- ① 利用者の生活状況と介護予防ケアプランの内容
- ② サービス提供・支援の順序や調整、提供時の配慮
- ③ 各サービス提供・支援の計画作成のための二次的アセスメント

2) 臨時的開催（目標・サービス内容変更等による介護予防ケアプラン変更時等）

利用者や家族・介護予防ケアプラン作成者・サービス事業者・主治医等のいずれかにより、提供されているサービスが介護予防ケアプランどおりの効果を果たしていないと考えられる場合や、利用者の状態等に変化があり、介護予防ケアプランの変更が必要な場合にも臨時的に開催します。

※サービス担当者会議の開催は、ケアマネジメント類型により省略可能な場合もあります。（状態像もサービスも変わらない等）その場合も、サービス事業者等と利用者の状態を共有するなど、積極的に連携を図ることが重要です。また、その結果を支援経過記録にも記載しましょう。

《開催方法》

■介護予防ケアプラン作成者は、サービス担当者会議の開催目的を利用者やその家族とサービス事業担当者等に伝え、開催についての了解を得ます。

■会議の場は、利用者の自宅やサービス事業所内、主治医の診療所、あんしんすこやかセンター等、利用者や参加者の集まりやすい場所で開催するように工夫します。

《会議の進め方》

■介護予防ケアプラン作成者等が主催者となり、サービス担当者会議の目的を達成するために、作成者が提示した介護予防ケアプランの原案について、各々の立場から意見を述べ、修正しつつ、介護予防ケアプランを最終決定します。

■介護予防ケアプランの変更を要するような状態変化があった場合には、各々の立場で把握している現状について意見を述べ、情報を共通理解しながら、改善策を検討します。

＜サービス担当者会議開催上の留意点＞

○利用者・家族にわかりやすい言葉を使用し（専門用語を使用しない）、利用者・家族の思いを引き出せるよう働きかけることが重要です。

○疾患が理由で生活行為に制限がある場合は、主治医の意見を確認する必要があります。目標を設定する時には、主治医から予後予測に基づいた疾患の説明を受け、利用者が十分に理解したうえで介護予防ケアプランを作成することが大切です。サービス担当者会議でもその意見を踏まえた検討を行う必要があります。意見の確認方法として、受診時の同行や休診時間に主治医に意見照会を行う、訪問診療のタイミングに合わせて利用者の自宅でサービス担当者会議を開催するなどの工夫が必要になります。

○利用者・家族を含む、参加者全員に開催目的や必要性を事前に周知し、決められた時間内で、参加者全員が発言できるようにします。

やむを得ず書面照会のみとなった場合においても、書面照会となった理由および照会した結果、介護予防ケアプラン作成者が考察した内容を介護予防サービス・支援経過記に記入しておく必要があります。

《会議の記録》

■サービス担当者会議の内容や出席者、利用者、関係機関等との連絡や相談内容を「介護予防サービス・支援経過記録」に記載します。

5. モニタリング

《位置づけと目的》

■モニタリングは、利用者自身の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、支援が介護予防ケアプランどおり実行できているか、また支援そのものが適切であるのかを把握する行為です。モニタリングの結果を評価につなげ、介護予防ケアプランの修正や、あらためてアセスメントを行うかどうかの判断材料とします。

＜モニタリングの視点＞

- ①利用者の生活状況に変化がないか。
- ②介護予防ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。
- ③個々のサービス等の提供やその内容が、適切であるかどうか。
- ④利用しているサービスに対して利用者は満足しているか。
- ⑤その他、介護予防ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか。

《実施方法》

■モニタリングは、定期的に利用者宅への訪問等を行い、利用者自身への意見聴取により実施します。電話や訪問等により、**必ず利用者本人に対して**行う必要があります。また、利用者やその家族との日常的な連絡調整、サービス事業者からの報告・連絡や主治医との連携等を通じ、幅広く情報を収集します。実施状況については、「介護予防サービス・支援経過記録」に随時内容を記載します。

運営基準(第三十条十六)には、モニタリングについて下記のように規定されています。

モニタリングの実施規定

- イ 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三月に一回、利用者に面接すること。
- ロ イの規定による面接は、利用者の居宅を訪問することによって行うこと。ただし、次のいずれにも該当する場合であって、サービスの提供を開始する月の翌月から三月毎の期間（以下この号において単に「期間」という。）について、少なくとも連続する二期間に一回、利用者の居宅を訪問し、面接するときは、利用者の居宅を訪問しない期間において、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することが出来る。
 - (1)テレビ電話装置を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。

- (2) サービス担当者会議等において、次にあげる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
- (i) 利用者の心身の状況が安定していること。
 - (ii) 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通を行うことができること。
 - (iii) 担当職員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。
- ハ サービスの評価期間が終了する月及び利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
- ニ 利用者の居宅を訪問しない月（ロ ただし書の規定によりテレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除く。）においては、可能な限り、指定介護予防通所リハビリテーション事業所（指定介護予防サービス等基準第百十七条第一項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。）を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、当該面接が出来ない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。
- ホ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

《実施時期・頻度》

ケアマネジメント類型により、モニタリングの間隔を空けて行うことや、省略する場合があります。省略する場合においても、利用者の健康状態、生活状況などに応じて、モニタリングを実施または利用者から連絡が入る体制を整えておく必要があります。

●介護予防支援業務およびケアマネジメント従来型

運営基準（第三十条十六）のモニタリングの実施規定（P32～33 参照）に基づいてモニタリングを行います。（少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録）
※サービス利用開始月も必要。

●ケアマネジメント簡易型

少なくとも三月に1回、モニタリングを行い、その結果を記録します。サービス開始から六月目に一回（その前後の月も可）、及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接する必要があります。

●ケアマネジメントセルフ型

モニタリングは必須としません。利用者の健康状態、生活状況などに応じて、状況把握に努めることや、利用者や家族またはサービス事業者等から、連絡が入る体制を整えておくようにしてください。

- テレビ電話装置その他通信機器を活用したモニタリングが可能です。（介護予防支援及びケアマネジメント従来型）但し、少なくとも連続する二期間に一回は利用者の居宅を訪問して下さい。

6. 評価

《目的》

■介護予防ケアプラン作成者は、モニタリングやサービス事業者等からの報告等を基に、一定期間後に各利用者の状態を評価します。その目的は、介護予防ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに、必要に応じて今後の介護予防ケアプランを見直すことにより、介護予防の効果を最大限に発揮できるよう、次の段階につなげていくことにあります。

＜評価の視点＞

- **ケアプラン自体の評価**
根拠のあるケアプランだったか、ケアプランが有効に作用したか
- **サービスの評価**
ケアプランに沿ったサービス提供がされているか
- **本人の評価**
生活機能の向上が図れたか、目標とする生活にどれだけ近づいたか

《評価の実施方法》

■評価を行う際には、利用者の状況を適切に把握し、利用者や家族の意見を聴取する必要があるため、利用者宅を訪問して行う必要があります。

■介護予防ケアプランを変更・終了する際には必ず評価表の作成を行います。変更時には、評価の結果を新しい介護予防ケアプランに反映させます。委託を受けた居宅介護支援事業者の介護支援専門員も同様に評価を行い、その結果をあんしんすこやかセンターに報告・相談の上、今後の方針を決定します

＜留意点＞

- 日頃のモニタリングを通して得られた生活機能の変化に着目し評価を行います。
- 目標が達成された場合は、サービスをどのように提供していくのか、あるいはサービスを終了して地域の一般介護予防事業やインフォーマルサービスを活用するかどうかを検討します。
- 目標が達成されない場合は、目標設定の妥当性も含め利用者・家族の認識を確認し原因を一緒に考えます。
- 利用者・家族と介護予防ケアプラン作成者がともに評価し、利用者・家族にとって次のステップへの導入となるようにその評価の過程を大切にします。

図表 介護予防ケアマネジメント実施時期について（例 介護予防ケアプラン期間が1年の場合の考え方）

介護予防支援	ケアマネジメント 従来型	必要プロセス	サービス種別	サービス 提供前	サービス 提供 開始月	2月目 (翌月)	3月目	4月目	5月目	6月目	7月目	8月目	9月目	10月目	11月目	12月目 (評価月)
ケアマネジメント 従来型	※介護予防支援業務にかか る運営基準に準ずる ■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	■予防給付 サービス ■介護予防 訪問サービス ■介護予防通所 サービス※1	サービス 担当者会議	○												○
			モニタリング (記録含む)	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			← 1 回訪問 →	← 前回訪問から三月以内に訪問 →												
			内、訪問	—	〈例〉 ○ テレビ電話等 可	〈例〉 ○ テレビ電話等 可			〈例〉 ○			〈例〉 ○ テレビ電話等 可			〈例〉 ○	
ケアマネジメント 簡易型	■アセスメント ■ケアプラン原案作成 ■サービス担当者会議 または、連絡・連携 ⇒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	■生活支援 訪問サービス ■介護予防通所 サービス※2	サービス 担当者会議	○												△※3
			モニタリング	—		○						○				○
			← 前回モニタリングから三月以内にモニタリング →	6月目を基本とし、その前後の月も可												
			内、訪問	—							○					○
ケアマネジメント セルフ型	■アセスメント（基本CL） ■目標シート（本人） ■事業所との連携、モニタリ ング ■評価	■フレイル 改善通所 サービス	サービス 担当者会議	△※3												定期的な活動状況の把握（必要時訪問）※4
			モニタリング	—												
			内、訪問	—												
			■住民主体 訪問サービス	△※3												
モニタリング	—															
ケアマネジメント セルフ型	初回のみ ケアマネジメント	■アセスメント（基本CL） ■目標シート（本人）	内、訪問	—												
			■一般介護 予防事業	—												

※1 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上または、障害高齢者の日常生活自立度A以上の方

※2 認知症高齢者の日常生活自立度が自立またはⅠかつ、障害高齢者の日常生活自立度が自立またはJの方

※3 本人やサービス提供者等が集まって開催するサービス担当者会議は省略可能だが、サービス開始にあたって必要な情報の共有など、関係期間との連携を図る。

※4 事業所からの報告の確認含む。サービス提供期間中にサービス利用後のインフォォーマルサービス等の提案を行う等。本人の体調不良等の場合は継続利用の可否も含め、必要に応じて訪問し判断する。

第3章 介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法

《1. 介護予防ケアマネジメント関連様式について》

■介護予防ケアマネジメント関連様式は以下の8つです。

- ①利用者基本情報
- ②生活状況を把握するためのアセスメントシート
- ③マイ・ケアプラン(1)(2) (介護予防サービス・支援計画表)
- ④介護予防サービス・支援経過記録
- ⑤介護予防サービス・支援評価表

(場合によって使う様式)

- ⑥基本チェックリスト
- ⑦健康状態確認シート
- ⑧KOBE アクティブシニア目標シート

《関連様式の特徴》

■総合事業によるサービスの多様化により、利用者一人一人の状態に合ったきめ細やかなケアマネジメントが必要とされることから、あんしんすこやかセンター職員へのアンケートやセンター職員等を中心としたワーキングチームにおいて検討を行いました。

■それまでの介護予防ケアプランの課題として、専門職が利用者のために記載している介護予防ケアプランであったにも関わらず、利用者にとっては専門的で難しく、ケアプランを交付しても、評価のときには、目標や内容を忘れていたということがあげられました。そこで、自分のケアプランであると認識でき、より利用者の自立支援を重視した様式への改訂を行いました。また、専門職としての情報収集や課題分析を十分に行い、記載できるよう生活状況を把握するためのアセスメントシートを作成しました。

■本マニュアルで示す様式は国の標準書式例をもとに、神戸市が作成したものです。神戸市における介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、この書式に統一します。

■介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの様式は、以下の理由等から共通の様式としています。

- ア．利用者が生活機能の変化により両制度を行き来する可能性があること
- イ．介護予防ケアマネジメントにおける情報の一貫性・連続性の確保
- ウ．あんしんすこやかセンターにおける両制度の一体的運営への配慮

※介護予防ケアマネジメント関連様式は、神戸ケアネット(神戸市の介護保険のページ)からダウンロードが可能です。

《2. 記入方法》

利用者基本情報

■利用者基本情報は、いわゆるフェイスシートといわれるものであり、利用者の置かれている状態の全体像を客観的な情報を中心にして、簡易に把握するための項目をとりまとめたものです。基本的な情報を把握する過程においては、利用者や家族の認識を察知したり、意欲を引き出すポイントがどこにあるかなどを意識しつつ、会話を進めることが大切です。

■利用者基本情報は、アセスメントの一環として利用者から情報を聴取することが基本です。初回にすべて聞きとって埋める必要はなく、支援する過程で新たに入手した情報を追記していきます。また、情報に変更があった場合には修正を加えるなど、常に新しい情報を記載する必要があります。少なくとも認定更新のタイミングでは情報に変化がないか見直しましょう。

【利用者基本情報番号について】

相談記録としての利用者基本情報を整理するために、利用者基本情報番号を下記の要領で決定します。

★10桁番号(数字のみ)とする。

	①	②	③	④
NO.	XX	XX	XX	OOOO
	区番号	センター	作成年度	センターで番号を決定する 番号

①区の番号：

東灘区：20 灘区：21 中央区：22 兵庫区：24 長田区：25

須磨区：26 垂水区：27 北区：28 西区：29

②センター番号：2桁のあんしんすこやかセンター番号 ※指定介護予防支援事業者(居宅)：00

③作成年度：西暦の下2桁を使う。【例：2020年2月→19(年度)】

④センターで番号0001～9999を決定する。

センター内で一般高齢者、事業対象者、要支援者、要介護者の区分管理を行う。

【利用者基本情報の記入の仕方】

利用者基本情報（表面）

①「NO.」欄

利用者の整理番号（利用者基本情報番号）を記載する。※P37 参照
一部業務委託を受けた指定居宅介護支援事業所は、あんしんすこやかセンター(指定介護予防支援事業者)より番号を取得する。

②「作成担当者」「作成日」欄

利用者基本情報を作成した担当者の氏名と利用者基本情報作成（更新）日を記載する。

《基本情報》

③「相談日」欄

初回の相談日で、この利用者基本情報の内容を得た年月日を記載する。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記入する。また、初回、再来の相談かに○で囲み、再来の場合は、前回の相談日が分かれば記載する。
相談者が利用者本人以外の場合は、相談者の氏名と続柄を記載する。

④「本人の現況」欄

本人の現在の居所について記載する。入院または入所中の場合は、その施設名を記載する。

⑤「本人氏名」欄

利用者名(フリガナ)および性別、生年月日と年齢を記載し、介護保険被保険者証と一致していることを確認する。

⑥「住所」「電話番号」欄

利用者の「住所」を記載する。現在居住している居住地と住民票の住所地が異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。
利用者自宅の電話番号や、携帯電話番号とFAX 番号を分けて記載する。

⑦「日常生活自立度」欄

「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要支援等認定の主治医意見書の3（1）の「日常生活の自立度等について」を参考に、介護予防ケアプラン作成者が、利用者の状態に該当するものに○印を付ける。
事業対象者は、判定基準を確認し、介護予防ケアプラン作成者が判定し記載する。

⑧「認定・総合事業情報」欄

利用者の認定の区分について、「非該当」、「要支援 1」から「要介護5」のいずれかを○で囲む。
基本チェックリストを実施した場合は、事業対象の「該当」・「非該当」のいずれかを○で囲み、あんしんすこやかセンターで基本チェックリストを実施した日を「基本チェックリスト記入日」に記載する。
事業対象者または要支援認定の有効期間と前回の介護度、介護保険負担割合を記載する。

⑨「障害者等認定」欄

障害等の種別について○印で囲む。

障害等級等、そのほか、特記することがあれば空欄に記載する。

⑩「本人の住居環境」欄

住居形態やエレベーターや自室の有無など、該当するものについて○印で囲む。

また、住宅改修の有無についても記載する。

⑪「経済状況」欄

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。

⑫「住所 連絡先」「続柄」欄

来所者または相談者の住所や連絡先、本人との続柄を記載する。

⑬「緊急連絡先」欄

緊急時に確実に連絡が取れる電話番号を確認し、記載する。

高齢者世帯では介護者の体調不良などによる緊急連絡先も想定されるため、連絡先は複数確認することが望ましい。利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合に利用者の自宅以外の連絡先を記載する。また、家族が働いている場合は、自宅の他に携帯電話や家族の職場等、緊急時、確実に連絡が取れる電話番号を記載する。

⑭「家族構成」欄

利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域（〇〇県、△△市など）も可能な範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載する（ジェノグラム等）。なお、家族関係で、特記すべき事項があれば記載する。

利用者基本情報（裏面）※省略可

《介護予防に関する事項》

この情報は、介護予防ケアプランを作成する際に、参考とすることを念頭に必要な情報を記載する。

生活機能の低下や活動範囲の縮小が起きている要因を把握するものであり、特に「これまでの生活」や「趣味・楽しみ・特技」は、利用者の目標設定に活用できる情報としても重要です。

※あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業者）においては、介護予防支援業務等だけではなく、総合相談や権利擁護など他事業においても、初回に利用者に関わった時点で利用者基本情報を作成します。

⑮「これまでの生活」欄

利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。

（職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境等）

⑩「現在の生活状況」（どんな暮らしを送っているか）欄

「1日の生活・過ごし方」

起床から就寝までの1日の流れや日課にしていること（散歩・園芸）等、1日の過ごし方を記載する。例えば1日テレビを見ながら横になっていることが多いなどは、上段に記入し、食事や入浴、家事など毎日の決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記載する。

「趣味・楽しみ・特技」

現在の趣味だけではなく、以前取り組んでいたものも聞き取り記載する。

「友人・地域との関係」

友人や地域との交流頻度や方法、内容を書く。

⑪「病名・既往歴と経過」

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な病名と治療・服の状況について新しいものから順に記載する。

服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付け、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○印を付ける。また、要支援認定の主治医意見書や事業対象者で健康状態確認シート」で連携をした主治医または医療機関に☆を付ける。

⑫「現在利用しているサービス」

利用者が現在利用しているサービスについて、サービス内容と利用頻度について記載する。サービス事業や予防給付などの介護保険等の公的なサービスと、地域、民間の団体やボランティア、友人などによって行われているインフォーマルサービスを分けて記載する。

⑬「個人情報の第三者提供に関する同意」

あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業者）が、介護予防支援または介護予防ケアマネジメントの契約を行う際、個人情報を必要な範囲で第三者に提供することについての同意を得ている場合は、ここで利用者基本情報に同意を得る必要はない。

新たな情報を得た場合には
更新しましょう

利用者基本情報（表面）

作成担当者：

②

《基本情報》 NO. ①

作成日：令和 年 月 日

③ 相談日	年 月 日 ()	来 所 ・ 電 話		初 回 再来 (前回 /)
		その他 ()		
		相談者 () 続柄 ()		
④ 本人の現況	在宅 ・ 入院又は入所中 状況 ()			
⑤ フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳
⑥ 住 所			Tel () 携帯 Fax	日常生活自立度については、自身の目で確認し、判断することも大切。
⑦ 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・C2	
	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	
⑧ 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 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 (前回の介護度) 介護保険負担割合：() 割 基本チェックリスト記入結果： 事業対象 該当 ・ 非該当 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
⑨ 障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、・・・()			
⑩ 本人の 住居環境	持ち家 ・ 借家 / 一戸建て ・ 集合住宅 () 階 / エレベーター 有・無 自室 有・無 / 住宅改修 有・無			
⑪ 経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・			
⑫ 住 所 連 絡 先			続 柄	⑭ 家 族 構 成 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) 本人の育った環境や家族構成 を把握するため同居する人 以外(死亡者含む)も記載。 家族関係等の状況 家族の関わりや関係性と支援 の頻度や内容を把握する。
⑬ 緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先	

アセスメントシートに同様の項目があるため、省略可。
下記の視点をマイ・ケアプランに生かせるよう収集する。

利用者基本情報（裏面）※省略可

《介護予防に関する事項》

⑮ 今までの生活	過去の生活歴も含めて、心身機能の低下が 始まった時期やきっかけ、その原因等について把握する。	
⑯ 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
	生活リズムや活動内容と活動量、役割、加えて食事の回数等問題がないか、人と話す機会がどれくらいあるのか等、現在の本人がどのような人かがわかるよう情報を収集する。	現在のものだけでなく、過去に行っていたことや、将来してみたいことも含める。これらのことは、生活の中の目標になりやすく、本人の意欲にも働きかけることができる。
	友人・地域との関係	友人や地域の人との関係、地域の活動との関わりを聞き取る。本人の強みになっていることが多い項目。近隣に参加できる活動があることは、フレイル予防につながる社会性を維持・継続できる大きな強みになる。

⑰《病名・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	Tel	その他
年 月 日	罹患しているすべての疾患について主治医・治療内容や経過、既往歴について記載。通院頻度や通院方法なども含めて、他の帳票の情報との関連を持って記載する。			治療中 経過
年 月 日	高血圧等の循環器疾患や骨・関節疾患等、運動制限の可能性がある時は、運動の可否について主治医に確認が必要。			治療中 経過 その他

⑱《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
利用者が現在利用しているサービスについて、サービス内容と利用頻度について記載する。公的サービス のみでなく、インフォーマルサービスも記載する。	

⑲あんしんすこやか... 当たり必要があるときは、介護保険サービス事業者、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、「利用者基本情報」の提示及び「介護予防サービス・支援計画表」の提供を行うことに同意します。

令和 年 月 日 利用者氏名(自署)

令和 年 月 日 代筆者氏名(自署) (続柄)

※ 利用者氏名代筆の場合は代筆者氏名及び続柄についても必ず記入してください。

生活状況を把握するためのアセスメントシート

- 要支援者、事業対象者ともに、介護予防ケアプラン作成前のアセスメントを行う際は、「生活状況を把握するためのアセスメントシート」（以下、「アセスメントシート」という。）を用いて、各領域、生活全体の課題分析を行います。

アセスメントシートは、介護予防ケアプラン原案作成・再作成（変更・更新）の都度、使用します。

- アセスメントシートの情報収集は、一度に全て利用者本人から聞き取るというものではなく、認定調査票、主治医意見書、面接記録などといった事前情報とサービス事業者からの情報などの活用や、利用者や家族等と信頼関係を積み重ねながら必要な情報の把握に努めます。

【生活状況を把握するためのアセスメントシートの記入の仕方】

①「利用者氏名」欄

利用者の氏名を記載する。

②「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」欄

判定基準に基づき、それぞれ要支援認定調査資料から転記を行うが、認定調査員の認定調査票と主治医の意見書の判定が異なる場合は、主治医意見書の3（1）の「日常生活の自立度等について」の判定を優先して転記する。

しかし、介護予防ケアプラン作成者がアセスメントを実施する時点において、医師の意見書の判定と利用者本人の状態に大きな違いがある場合は、各判定基準を参考に、介護予防ケアプラン作成者が現在の状態に該当するものに○印を付ける。

事業対象者の場合は、介護予防ケアプラン作成者が、判定基準をもとにアセスメント実施時点の状態で判断し、記載する。

③「記入日・記入者」欄

アセスメントシートを利用して、課題分析を行った日と介護予防ケアプラン作成者（課題分析を行った人）の氏名を記載する。利用者の状態に変化があった際は、新しい情報を更新し、課題分析を行った日を「2回目」以降に記載する。その際は、いつの時点の情報か分かるよう、各回に色分けをして記載する。

アセスメントシートの内容に大きな変更があった場合、または、4回目以降のアセスメントにおいては、新しいシートに更新し、使用する。

④「ご本人の主訴・意向／これからの生活についての希望」欄

利用者の困りごと、主訴を確認し、その困りごとについてどのような意向があるのかを記載する。

希望するサービス内容だけを聞き取るのではなく、利用者がどのような生活を送りたいと考えているのか、望む生活像についても聞き取りを行い、その人らしい、介護予防ケアプランの目標設定に活かす。

⑤「家族の主訴・意向」欄

利用者を支援する家族の思いや希望、意向を聞き取る。ここでは、利用者本人との思いのギャップも把握し、アセスメントを行う。

- ⑥「A 活動面について～・・・D 健康面について」チェック欄
該当するものに✓印を付ける。

⑦「課題・ニーズ等記載欄」欄

⑥で把握した情報を基に各アセスメント領域ごとに、生活上の課題やニーズを分析し記載する。直接的な背景や原因だけでなく間接的な背景や原因を分析する必要がある。

チェック項目をそのまま羅列するのではなく、生活機能の低下の原因と背景を掘り下げて課題分析を行う。また、現状の状態が続くと、今後起こりうる改善の可能性や悪化の危険性も予測して記載する。

各領域の課題やニーズを記載する欄であるが、加えて、チェック項目にない情報について、利用者の情報などを得た場合は、その内容を記載する。

A：活動面について（室内外の移動方法・交通機関の利用など）

自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうかなどの視点でアセスメントを行う。

B：日常生活について（家事や家庭での役割、楽しみなど）

家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等）や住居・経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかなどの視点でアセスメントを行う。

C：社会や人との関わりについて（仕事、地域、家族、趣味など）

状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかなどの視点でアセスメントを行う。

D：健康面について（体調、病気、食事、睡眠、自己管理など）

清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分摂取、排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

⑧「E その他」欄

生活状況全体を理解するために必要な項目を、聞き取りや観察から確認し、アセスメントを行う。

⑨「1日の目標 1年の目標」欄

1日の目標

ここでは、大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される。利用者が達成感・自己効力感を得られるような内容が望まれる。

（記載例）

毎朝、玄関まで新聞を取りに行く。

毎日、犬の散歩を続ける。

1年の目標

利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、利用者の取組によって達成可能な目標とする。介護予防ケアプラン作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

(記載例)

友人と電車に乗って温泉旅行に一度は行く。

〇〇スーパーまで歩いて一人で買い物に行くことができるようになる。

⑩「インフォーマルサービス／自ら取り組んでいること」欄

利用者が現在利用している地域、民間の団体やボランティア、友人などによって行われているインフォーマルサービスなどについて、サービス内容と利用頻度について記載する。

また、利用者が自ら取り組まれている介護予防（健康づくり）や地域での役割、趣味活動についてもこちらに記載する。

⑪「1日の過ごし方」欄

起床から就寝までの普段の過ごし方（食事の時間、日課の時間など）を時系列で記載する。

⑫「主な週間予定」欄

1週間のスケジュールで決まっているものがあれば、記載する。

⑬「備考欄」欄

その他、アセスメントに必要な利用者や家族等に関する情報を記載する。

生活状況を把握するためのアセスメントシート

利用者氏名： ① 様

②	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	初回（黒）： 令和 年 月 日 記入者：
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	2回目（赤）： 令和 年 月 日 記入者： ③
			3回目（青）： 令和 年 月 日 記入者：

ご本人の主訴・意向 これからの生活についての希望	④	利用者の困りごとやそれに対する意向が記載できていますか。 希望するサービス内容だけでなく、どのような生活を送りたいか聞き取れていますか。
家族の主訴・意向	⑤	家族の思いや希望、意向、利用者本人との思いのギャップも把握できていますか。 同居以外の家族の意向も把握していますか。

⑥ A 活動面について：自ら行きたい場所に移動するための手段を取れるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行っているかどうか。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
運動機能 (支えの必要性)	この項目を聞き取ることで、本人の身体状況や活動範囲がわかります。 - 動きにくさがある場合、痛みによるものなのか、可動域制限によるものなのか、その原因が病気によるものなのか、骨折などのけがによるものなのか、廃用症候群などで身体機能が低下し起居動作が不安定な状態など原因や時期などについても確認し、分析できていますか。 - 転倒している場合は、転倒の場所や状況、けがの有無や頻度なども聞き取ることで、転倒防止策についても考えることができます。	⑦ - チェック項目をそのまま羅列するのではなく、各アセスメント項目で把握した情報から、生活上の課題やニーズを分析した結果が記載できていますか。 - 改善の可能性や悪化の危険性を検討していますか？ (例)「〇〇のために〇〇の状態が生じている。この状態が続いたら〇〇のおそれがあると考えられる。」 - 介護サービスを利用する「根拠」が記載できていますか。
歩行状況 (歩行レベル)		
転倒傾向		
移動範囲		
移動手段		

B 日常生活について：家事（買い物・調理・掃除・洗濯・こみ捨て等）や木やペットの世話などを行っているかどうかの状況。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
買い物	この項目を聞き取ることで、本人の生活の状況がわかります。 - 各項目について本人や家族などが何をどのように行っているのか、介助を受けている場合、なぜ介助を受けているのかなどを確認し、分析していますか。 - IADLに影響を及ぼしている個人に起因する要因（心身の機能・意欲等）や環境による要因（人的環境・物理的環境等）まで把握することで、できない行為やあきらめている行為の改善策についても考えることができます。	⑦ - チェック項目をそのまま羅列するのではなく、各アセスメント項目で把握した情報から、生活上の課題やニーズを分析した結果が記載できていますか。 - 改善の可能性や悪化の危険性を検討していますか？ (例)「〇〇のために〇〇の状態が生じている。この状態が続いたら〇〇のおそれがあると考えられる。」 - 介護サービスを利用する「根拠」が記載できていますか。
調理		
洗濯・洗濯物干し		
掃除		
整理整頓・こみ捨て		
金銭管理（家計の管理）		
情報収集		

C 社会や人との関わりについて：状況に見合った社会的に適切な方法で、人々と交流しているか、また家族・近隣の人との人間関係が保たれているか。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の状況や家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうか。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
コミュニケーション		この項目を聞き取ることで、家や地域での役割、家族や友人、地域の知人などとの関わりなどが分かります。 ①コミュニケーション：家族・親戚や友人、地域の知人などとの「意思の伝達」をどのように行っているのか、また支障になるもの（聴力・視力・会話・疾患など）がないかどうかを確認しましょう。 ②社会参加：社会参加の状況について、これまでの関わり方（時期・頻度・役職等）や、現在の状況などを聞き取ります。活動の範囲が縮小していないか、その原因となるものは何か分析していますか。 ③対人関係：家族や友人、地域の知人などとの交流について頻度や方法を確認し、孤独感・不安感などがないかどうかについて分析します。また、家や地域の人が日常生活の一部を支援することや相談相手になることなどについても確認しましょう。 これらは聞き取りをする場合、本人や家族に不快感を与えないよう、なぜ聞く必要があるのか。その目的を伝えて理解を得ましょう。
社会参加	活動性	
	外出頻度	
	主な外出の目的	
対人関係	家族・近隣友人・知人との交流	

D 健康面について：清潔・整容と服薬・定期受診が行われているかどうか。また飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康の自己管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする必要がある。（自己管理または家族による管理）

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
身長・体重	身長（ ）cm	・この項目を聞き取ることで、受診や服薬管理の状況、ADLの状況などが分かります。 ・本人の普段の体調を把握し、本人が望む生活に健康状態がどのように影響を及ぼしているか、また、生活機能や生活行為など他の関連項目とも照らし合わせて、アセスメントできていますか。
病気について	③（ ）先生（ ）回/週・月	
服薬管理	服薬 ☐ 無 ☐ 有 薬の情報（種類・回数など） 服薬状況 ☐ 忘れず飲む ☐ よく忘れる ☐ 時々忘れる ☐ 介助が必要 かかりつけ薬局（ ）	

口腔・嚥下	状態（ 歯科受診 ☐ 無 ☐ 有 かかりつけ医（ 義歯 ☐ 無 ☐ 有 （ ☐ 全義歯 ☐ 部分義歯） ケアの方法（ 嚥下 ☐ 支障なし ☐ 支障あり（状況）
食生活・栄養状況	回数（ ☐ 回/日） 状況： ☐ バランスに気をつけている ☐ 偏りあり ☐ 制限あり（ ☐ ） ☐ その他（ ☐ ） 食形態 ☐ 普通食 ☐ 治療食 ☐ その他（ ☐ ）
水分摂取状況	☐ 気をつけている ☐ 特に気をつけていない 一日摂取量【 ☐ ml】 制限 ☐ 無 ☐ 有 【制限量（ ☐ ）ml/日】
飲酒・喫煙状況	飲酒： ☐ 無 ☐ 有 ☐ やめた 頻度（ ☐ 回/日・ ☐ 週）量（ ☐ /回） 喫煙： ☐ 無 ☐ 有 ☐ やめた 量（ ☐ 本/日・週）期間【 ☐ 】年間
適度な運動	☐ している（内容・頻度： ☐ ） ☐ していない（理由： ☐ ）
適度な休息	☐ 心がけている ☐ つい無理をしてしまう ☐ 睡眠状況（起床： ☐ 時/就寝： ☐ 時）
排泄の状況	排便【 ☐ 回/日】/排尿【 ☐ 回/日】 ☐ 支障なし ☐ 尿漏れ・尿失禁がある ☐ 紙パンツ ☐ 紙パット ☐ ポータブルトイレ
入浴の状況	頻度（ ☐ 回/週・月） ☐ 入浴 ☐ シャワー ☐ 清拭 ☐ 介助が必要
アレルギー	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明 食品・薬剤名等（ ☐ ）
感染症	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明 種類（ ☐ ）
物忘れの状況	☐ 無 ☐ 有（ ☐ ）

⑧ E その他：生活状況全体を理解するために必要な項目を、聞き取りや観察から、ここでアセスメントする。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
住居環境	☐ 持ち家 ☐ 借家 ☐ 戸建て ☐ 集合住宅（ ☐ ）階（エレベーター 有・無）	この項目を聞き取ることで、住居の環境や経済状況がわかります。 ・本人がより自立した生活を送れるよう、生活導線や家具などの配置、段差などや、家族の関わりや支援状況について確認していますか？
居住状況（屋内外）	手すり ☐ 段差 ☐ トイレ ☐ ベッド ☐ その他 ☐	
経済状況	収入 ☐ 介護 ☐ 心配 ☐ 年金 ☐ 生活 ☐ 介護 ☐ ジェ ☐	
家族について		
家族の状況		

精神的な不安 意欲低下	☐ 無 ☐ 有（内容：_____）	
見守りの状況	☐ 無 ☐ 有 ☐ 家族（_____） ☐ 民生委員など（_____） ☐ 隣人・知人（_____） ☐ ICT見守り（_____） ☐ その他（_____）	
近隣の協力者		
緊急時のSOSの発信	☐ 自分なりの対応ができる ☐ 自信がない ☐ 特に考えていない 緊急性の判断： ☐ できる ☐ できにくい	
生活史 （生育歴、学歴、 職歴、嗜好など）	介護が必要となる前の状況を聞き取れていま すか。価値観や意欲を引き出すポイントを意 識し、聞き取る必要があります。	
1日の目標	⑨	1年の目標
インフォーマルサービス 自ら取り組んでいること	⑩ インフォーマルサービス、利用者の自身が取り組む介護予防、地域活動や趣味 についても記載できていますか。	
1日の過ごし方	⑪ 6 9 12 15 18 21 24 起床から就寝までの普段の過ごし方（食事の時間、日課の時間など）を 時系列で記載できていますか。	
⑫ 主な週間予定	月	
	火	
	水	
	木	1週間のスケジュールで決まっているも のがあれば、記載できていますか。
	金	
	土	
	日	
⑬ 備考欄	その他、アセスメントに必要な利用者や家族等に関する情報を記載。 介護者などの「特別に配慮すべきこと」（健康・疾患・ストレス、経 済的負担等）について記載します。	

今後の生活の中で達成したい
目標を記載できていますか。
マイ・ケアプランの目標にも
つながります。

マイ・ケアプラン（介護予防サービス・支援計画表）

- マイ・ケアプラン（介護予防サービス・支援計画表）（以下、「マイ・ケアプラン」という。）は、利用者及び家族の意欲・意向を踏まえ、アセスメントシートを活用し、アセスメント領域毎に課題を分析した結果を基に、具体的な目標や実際の支援計画を立てるものです。
- マイ・ケアプランは、専門職である担当者が記載しますが、利用者本人のためのケアプランであるため、利用者の健康状態や生活状況、目標や介護予防のための具体的な取り組みなどの記載内容は、利用者本人が受け入れやすいよう、わかりやすい表現で記載します。
また、利用者や家族に説明の上し、同意を得たうえで、交付する必要があります。

【介護予防サービス・支援計画表の記入の仕方】

①「NO.」欄

利用者の整理番号（利用者基本情報番号）を記載する。※P37 参照

②「名前」欄

利用者の氏名を記載する。

③「記入日」欄

マイ・ケアプランの原案を作成した日を記載する。

サービス担当者会議等で、原案が変更になった場合は、再作成を行った日を記載する。

④「今の生活や身体の状態（今していること、難しくなっていることなど）」欄

「生活状況を把握するためのアセスメントシート」を用いて、各アセスメント領域において把握した情報やアセスメントした結果を、4つの領域に分け、現状について利用者にわかりやすい言葉で記載する。

アセスメント領域でどのようなことを分析するかについては、以下を参考にし、出来ること、出来ないこと、していること、していないこと等を具体的に記載する。

A：活動面について（室内外の移動方法・交通機関の利用など）

自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているか。

〈確認する項目例〉

☐ 自宅や屋外を歩行すること（杖なし、杖あり、車イスの使用）についての状況

☐ 交通機関を使って移動することや活動範囲についての状況

（記載例）

夏に外出先で転んでからは、一人で外出していない。外出するときは家族と車で出掛けている。

家の中では手すりを持って歩くようにしている。

B：日常生活について（家事や家庭での役割、楽しみなど）

家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等）や住居・経済の管理、花木やペットの世話などを行えているか。

〈確認する項目例〉

☐ 日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況

☐ 献立を考え、調理することについての状況

☐ 家事（家の掃除、洗濯、ゴミ捨て、植物の水やり等）についての状況

☐ 預貯金の出し入れを行うことについての状況

（記載例）

膝が痛くなるまでは、〇〇商店街に毎日買い物に行き、家族の食事を作っていた。

現在は家事全般を家族に任せている。

昼食は家族が作ったものを温めて食べている。

C：社会や人との関わりについて（仕事、地域、家族、趣味など）

状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうか。

〈確認する項目例〉

- ☐ 家族や友人のことを心配したり、相談に応じるなど、関係をつくり、保つことについての状況
- ☐ 家族、友人などと会話や手紙などにより交流することについての状況
- ☐ 仕事や地域、家庭内での役割を持ち、行うことについての状況
- ☐ 趣味や楽しみがあり、続けることについての状況

（記載例）

友人や妹とは週に一回くらい電話をしている。

一人で外出できなくなってから、商店街の顔なじみの人たちとの交流がなくなった。

D：健康面について（体調、病気、食事、睡眠、自己管理など）

清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分摂取、排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

〈確認する項目例〉

- ☐ 入浴またはシャワーの状況
- ☐ 肌や顔、歯、爪などの清潔（手入れ）についての状況
- ☐ 健康のために食事に気をつけることについての状況
- ☐ 健診や受診、内服管理状況

（記載例）

お風呂は家族のいる時間に一人で入る。

家族に付き添ってもらって整形外科に月2回受診し、膝関節症の治療をしている。

家の中しか動かないので、食欲がなく、食事を抜くことがある。

⑤「今の状況に対して希望すること（以前していたこと、続けたいこと）」欄

各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識とその意向について以前していたこと、続けたいこともふまえ、記載する。具体的には、「〇〇でできるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい。」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防ケアプランを立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

（記載例）

外出先で転んでから外に一人で出るのが怖い。今より悪くならないようにしたい。

娘：外出しなくなってから、元気がなくなったように思う。昔のように商店街の人とも交流して元気になってほしい。

⑥「望む生活に必要なこと・解決したいことなど（ニーズ）」欄

（望む生活）…点線の上側

利用者本人が数年先に叶えたい、このように暮らしていたいという、望む生活（**長期目標**）を記載する。特に希望がない場合についても、生活史や利用者本人の発言などから介護予防ケアプラン作成者が提案し、利用者と一緒に決定する。

（望む生活に必要なこと・解決したいことなど）…点線の下側

生活全体の課題を探するため、アセスメントにおいて抽出した、各領域における課題共通の背景等（**ニーズ**）を記載する。

ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題を記載し、目標、具体的方法などは記載しない。利用者が目標達成に向けて前向きに取り組んでいけるように否定的な表現ではなく、ポジティブな表現で記載することもよい。

ここであげる課題に対して、これ以降の介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高いものを記載する。

ただし、意欲の低い利用者の場合、簡単な課題から達成感を持って進む方が介護予防の効果が出ると判断するケースでは、達成可能な課題でもよい。また、介護予防の視点から解決できそうにない課題（坂の上に住宅があり、買い物が困難、疾病・障害によりできないことが明確である等）が挙げた場合には、半年から1年間くらいで解決できそうな生活課題に着目し、目標や具体的な支援につなげていく。

（記載例）

「望む生活」

年に1、2度は家族と旅行できる生活を続けていきたい。

「望む生活に必要なこと・解決したいことなど（ニーズ）」

- ・足の筋肉をつけて、長時間歩くことができる。
- ・体力が回復して、自信をもって外出ができるようになる。
- ・体力をつけるために食事を抜かない。

⑦「望む生活を実現するための目標」欄

「望む生活に必要なこと・解決したいことなど（ニーズ）」に対して、達成すべき目標（短期目標）を記載する。目標は利用者が一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要である。最初から難しい目標を設定するのではなく、達成可能な目標から立案するなどの工夫も必要である。目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。

（記載例）

目標：家族と一緒に〇〇商店街まで歩いて買い物に行くことができるようになる。

⑧「望む生活を実現するための具体的な方法」欄

⑦の短期目標を達成するための具体的な方法を記載する。

生活機能の低下の原因となっていることへの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な方法は、介護保険サービスを利用することではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用について記載する。

(記載例)

庭に1日1回は出て花に水やりをする。
食事をする時間を決めて、3食欠かさず食べる。
椅子に座ったまま行える体操を毎日10分行う。

⑨「備考欄」欄

主治医意見書等により得られた情報を参考に、サービスを利用する上で、注意すべき事柄、急変の可能性がある病状、禁忌事項などを記載する。単に疾患名などを羅列するものではない。また、介護予防ケアプラン担当者から、利用者に対し、ケアプランに取り組むにあたり伝えたいことがあれば記載する。

「災害時の緊急連絡先」「避難先」等を記載する。「避難先」は、近くの学校等の避難所以外にも、安全な場所にある親戚や知人の家なども考えられる。避難ルートや避難時に持参する物(お薬手帳・眼鏡・保険証等)も確認しておく、いざという時に役立つ。

(記載例)

- ・運動をする時は、無理をして膝を痛めないように気をつけて、取り組まれることを応援しています。
- ・狭心症の既往があり、胸痛時には頓服薬の処方があります。
- ・(主治医〇〇医院 〇〇先生より) 膝の痛みもあり、つまずきやすいため、段差があるところでは、転倒しないように気をつけて歩いて下さい。
- ・運動前後には血圧測定をし、運動前に最高血圧が180mmHg以上のときはお休みして下さい。
- ・＜災害時＞ 緊急連絡先：(長女) 〇〇〇〇 078-〇〇〇-〇〇〇〇
避難先：近隣の〇〇宅(妹)
持参物：眼鏡、お薬手帳、保険証

⑩「担当者所属・担当者名」欄

担当あんしんすこやかセンター名および担当者氏名を記載する。指定居宅介護支援事業所に一部委託をしている場合は、所属する指定居宅介護支援事業所名および担当者氏名を記載する。

⑪「初回・継続」欄

初回 … 初めてサービス事業または予防給付を受ける人は「初回」に○印を付ける。
継続 … サービス事業または予防給付を受けており、継続予定の場合は「継続」に○印を付ける。

⑫「認定済・申請中」欄

要支援認定申請および基本チェックリストによる事業対象者の申請状況について、該当するものに○印を付ける。暫定の介護予防ケアプランでサービス利用を開始する場合は、申請中に○印を付け、要支援度または事業対象者と確定後、認定済に○印を付け、介護予防ケアプランを確定させる。

⑬「要支援１・要支援２・事業対象者」欄

該当するものに○印を付ける。

⑭「介護予防支援・従来型・簡易型・セルフ型」欄

マイ・ケアプラン（２）において、利用するサービス種別が決定したのち、該当するものに○印を付ける。

⑮「１.目標 ２. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス」欄

１. 目標

マイ・ケアプラン（１）の「④望む生活を実現するための目標」を転記する。

「望む生活」へできるだけ近づくよう、利用者や家族と話し合いながら目標や具体的な方法について合意していくことは、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要なプロセスである。介護予防ケアプラン作成者の提案が押し付けにならないよう留意し、利用者の意欲や家族の支援を引き出すよう支援する。

２. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス

セルフケアについては、主にマイ・ケアプラン（１）の「⑤望む生活を実現するための具体的な方法」を転記する。

家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力など、誰が、何をするのか具体的に記載する。

⑯「介護保険サービスまたは地域支援事業」欄

利用するサービスの内容を具体的に記載する。目標や具体的な方法について合意が得られ、目標を達成するために最適と思われる内容については⑮「セルフケアや家族の支援・インフォーマルサービス」と⑯「介護保険サービスまたは地域支援事業」にそれぞれ該当する項目欄に記載する。

介護保険外のサービス（医療機関や障害サービス）を利用している場合は「介護保険サービスまたは地域支援事業」の欄に内容を記載する。

〈記載例〉

1. 目標 2. セルフケアや家族支援・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・支援機関・団体名等	期間
1. ○○商店街まで歩いて買い物に行くことができるようになる。 (本人) ・近所でも1日1回は外に出る。 ・食事をする時間を決めて、3食欠かさず食べる。 ・椅子に座ったまま行える体操を毎日10分行う。 (家族) ・休日は一緒に外出し、買い物や食事をする。 (インフォーマルサービス) ・○○集会所のカフェ開催日には隣の○○さんと一緒に参加する。	足の筋力をつけるためのプログラムを提供する。 自宅でできる運動を提案し、実施状況を確認する。 ○○カフェで友人との会話を楽しむ。 定期通院をする。 (骨粗しょう症の治療)	介護予防通所サービス (時間短縮型) 週1回 口腔機能向上加算 送迎なし 介護予防カフェ 月2回 医療保険 月1回	Ｔデイサービスセンター ○○カフェ (○○集会所) ○○病院	令和○年○月○日～ 令和○年○月○日

⑰「サービス種別」欄

⑮「1.目標 2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス」⑯「介護保険サービスまたは地域支援事業」の支援内容に適したサービス種別(正式なサービス名称、回数)を具体的に記載する。

加算についても必ず記載する。ただし、事業所の体制にかかる加算については、記載する必要はない。

介護予防通所サービスは、サービス提供時間が3時間未満の場合は、「**介護予防通所サービス(時間短縮型)**」と記載する。また、**送迎の有無**についても記載する。

介護保険以外のサービス(医療・障害サービス等)の利用がある場合も記載する。

⑱「事業者・支援機関・団体名等」欄

サービス提供を行う「事業所名等」を正確に記載する。また、介護保険制度以外の公的サービスや地域団体等が担う場合についても支援機関名や団体名等を明記する。

⑲「期間」欄

利用者の状態や、目標の内容に応じた「期間」を設定する。

（「〇年〇月〇日～〇年〇月〇日」など）。なお、「期間」の設定においては「要支援認定または事業対象者の有効期間」は越えないよう考慮する。（ケアプランの期間は最長１年。）

⑳「総合的な方針：介護（認知症）予防および改善・支援のポイント」欄

⑮「１.目標 ２.セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス」に対して、利用者や家族、介護予防ケアプラン作成者、サービス提供者等が介護予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。

㉑「初回作成日」欄

２回目以降の介護予防ケアプラン作成の場合、初回作成日を記載する。

途中、要介護者となり、介護予防支援または介護予防ケアマネジメントが中断していた場合は、新たに初回作成日を設定する。

※同じ認定期間内でサービスを中断していた場合は、新たな初回作成日は設けない。

㉒「認定年月日」欄

要支援認定の結果を受けた日または、あんしんすこやかセンターでの基本チェックリスト実施日（事業対象者認定日）を記載する。

㉓「認定有効期間」欄

要支援認定または事業対象者の有効期間を記載する。

㉔「計画に関する同意」欄

介護予防ケアプラン原案の内容を利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。

家族等が代筆した場合は、利用者の氏名、余白に代筆者の氏名、続柄を記入する。

㉕「あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）確認」欄

あんしんすこやかセンターは、介護予防ケアマネジメントの最終的な責任主体であるため、指定居宅介護支援事業所に一部委託をした場合は介護予防ケアプラン等が適切に作成されているかを確認する必要がある。

委託された指定居宅介護支援事業所は、介護予防ケアプラン原案を作成し、あんしんすこやかセンターに介護予防ケアプランについて確認を受ける必要がある。この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防ケアプラン原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

あんしんすこやかセンターの担当者は、確認を行った際、本欄にその確認日を記載し、確認者の署名をする（あんしんすこやかセンターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防ケアプラン原案の確認を行っても差し支えない）。

№ ①

マイ・ケアプラン(1)

(介護予防サービス・支援計画表)

名前 ② 様 記入日 令和 年 ③ 月 日

① 今の生活や身体 の 状況 (今していること、難しくなっていることなど)	② 今の状況に対して希望すること (以前していたこと、続けたいことなど)	③ 望む生活に必要なこと・解決したいこと (ニーズ)
A : 活動面について(室内外の移動方法、交通機関の利用など)		望む生活 【点線の上側】利用者本人が数年先になんえたい、望む生活 (長期目標) を記載できていますか。
B : 日常生活	④	⑥ 【点線の下側】生活全体の課題を探するため、アセスメントにおいて抽出した、各領域における課題共通の背景等(ニーズ) を記載できていますか。
C : 社会や	⑤ アセスメントシートで分析した情報を利用者に分かりやすい表現で記載できていますか。 各アセスメント領域において確認した内容について、以前していたこと、続けたいこと等をふまえ、利用者・家族の認識・意向を記載できていますか。	④ 望む生活を実現するための目標 ⑦ 「望む生活に必要なこと・解決したいことなど(ニーズ)」に対して、達成したい目標(短期目標)を記載できていますか。(最長1年)
D : 健康面について(体調、病気、食事、睡眠、自己管理など)		⑤ 望む生活を実現するための具体的な方法 ⑧ 介護保険サービスを利用することではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用について記載できていますか。
備考欄		担当者所属： ⑩ 担当者名： ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

注：注意すべき事柄や副作用、注意すべき薬、急変の可能性のある病状、禁忌事項、「災害時の緊急連絡先」「避難先」等を記載していただきます。

マイ・ケアプラン（2）

（介護予防サービス・支援計画表）

名前 様

1. 目標	介護保険サービス 地域支援事業	サービス種別	事業者・支援機関 ・団体名等	期間
⑮ 1. 目標 マイ・ケアプラン（1）の「④望む生活を実現するための目標」を転記できていますか。 2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス セルフケアについては、主にマイ・ケアプラン（1）の「⑤望む生活を実現するための具体的な方法」を転記できていますか。 家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力など、誰が、何をするのか具体的に記載できていますか。	⑯ 利用するサービスの内容を具体的に記載できていますか。 例： 下肢の筋力をつけるためのプログラムを提供する。	⑰ ・正式なサービス名称 ・利用回数 ・加算、送迎の有無も記載できていますか。 例：介護予防通所サービス（3時間未満）の場合 「介護予防通所サービス（時間短縮型）」	⑱ サービス提供を行う事業所名等を正確に記載できていますか。 介護保険外のサービスの団体名等も記載できていますか。	⑲ 目標の内容に応じた期間を設定できていますか。 （最長一年）

総合的な方針：介護（認知症）予防および改善・支援のポイント

⑳ ケアチーム全体で取り組むべき方向性や、留意点が記載できていますか。

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

㉔

㉑ 初回作成日 令和 年 月 日

㉒ 認定年月日 令和 年 月 日

㉓ 認定有効期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

令和 年 月 日 氏名

印

【 】 あんしんすこやかセンター（地域包括支援

㉕

令和 年 月 日

印

押印不要

市記入欄

年 月 日 年 月 日

介護予防サービス・支援経過記録

■介護予防サービス・支援経過記録（以下、「支援経過記録」という。）には、支援していく過程で、利用者や家族から得た情報、サービス担当者・主治医等関係機関との専門的な関わりを通じて把握したこと等を整理して時系列に記載します。

■介護予防ケアプラン作成者が専門職として残す公的な記録です。担当者不在時の緊急対応や担当者が増えた場合などでも分かりやすいように記載します。記録を残しておくことは、支援方針の連続性、一貫性を維持すること、適切な支援（妥当性）が行われていたかどうかの検証につながります。

■神戸市における介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、原則、神戸市指定の支援経過記録様式に統一します。

ただし、年月日・方法・目的・内容といった必要事項を漏れなく記載することができている場合に限り、他の支援経過記録様式の使用を可としています。

《支援経過記録を書くポイント》

- ・5W1H（いつ、どこで、誰が、何を、どのように、なぜ行ったのか）を分かる範囲で明確に記載します。例えば、利用者とどこで面接したのかを明確に記載することで、その月にモニタリングを実施できたかが明確になります。同様に、「電話連絡」と記載する際も、利用者と連絡したのか、事業者との連絡なのかを記載することで、支援の経過が分かりやすくなります。モニタリングを行った際は、「モニタリング」と記載しておくといよいでしょう。支援を行う目的や、介護予防ケアプラン作成者として判断した根拠なども記載します。
- ・客観的に書く為に、「見たこと」「聞いたこと」「自分が判断したこと」は区別して書きます。自分の価値観や先入観を入れず、他者が見ても同じものをイメージできるように書くことが大切である。例えば、「部屋が散らかっている」などの主観的な表現を書くのではなく、何が、どのように置かれているか、等の状況が分かるように記載します。
- ・介護予防ケアプラン作成者が判断した事項には、根拠も記載しておく必要がある。例えば「元気そうだった」「特に変更なし」では、何を観察し、どのような状況だったの分からない。そのように判断、認識した事実と根拠も記載します。
- ・利用者や家族へ説明や情報提供を行ったことに対して、十分な理解が得られない場合など、今後の支援の方針などと合わせて記載しておきましょう。
- ・関係機関に働きかけ、情報が十分得られなかった場合、その経過を記載します。
- ・支援した経過は全て「支援経過記録」に書くことになっているが（正式書類）、サービス担当者会議の記録やサービス事業者からの情報提供（報告書や評価表）等に関し別紙を活用した場合は、支援経過記録に「別紙参照」と書いておく。時系列で支援が把握でき、記録が整理できます。

【介護予防サービス・支援経過記録の記入の仕方】

①「NO.」欄

利用者の整理番号（利用者基本情報番号）を記載する。P. 37 参照

「利用者氏名」欄

利用者の氏名を記載する。

②「NO.」欄

介護予防サービス・支援経過記録の通し番号を記載する。

③「計画作成者名」欄

介護予防ケアプラン作成者の氏名を記載する。

④「年月日」欄「方法」欄

訪問、電話、面接での連絡や相談、サービス担当者会議等での決定事項等があった場合、その日付と訪問・電話等の種類を記載する。サービス事業所から連絡があった際は、どこから連絡があったのかも明記する。

⑤「内容」欄

相談やモニタリング、サービス担当者会議等の支援内容や、今後の方針で決定したことなどを記載する。

サービス事業所報告書等が提出された場合は、ここに必要事項を転記する。

〈重要〉

モニタリングの記載をする場合には、単にサービスが継続していることだけの確認だけでなく、介護予防ケアプラン作成者が専門的に観察したことや判断したこと、今後の支援の方針や目標の達成状況なども確認し客観的に記載する。生活機能の状況や課題の変化に留意し、介護予防ケアプランの修正が必要と考えられた場合や、介護予防ケアプランに反映していない特記事項（家族との関係、利用者本人が知らない病名など）についても記録を残すことも重要である。

※モニタリングの内容については、P. 32 参照

※サービス担当者会議の記載を行う場合は、下記の内容を記載する。

- ・出席者（所属、職種、氏名）
- ・開催場所
- ・開催した目的
- ・検討した項目・内容
- ・今後の方針
- ・残された課題
- ・結論

※サービス担当者会議の内容については、P. 29 参照。

5

・訪問、電話、面接、サービス担当者会議など対応が分かるように記載されていますか。

・必要に応じてモニタリングを実施していますか。

・電話、メール、FAXの場合受信、発信が分かるように記載されていますか。

- ・相談内容やモニタリング、事業所からの連絡、サービス担当者会議の内容を記載できていますか。
- ・誰から（誰と）の連絡か、明確に記載されていますか。
- ・モニタリングは、客観的に記載出来ていますか。
- ・介護予防ケアプラン作成者が専門的に観察したことや判断したことも記載出来ていますか。

- ※1 介護予防サービスマネジメント・支援経過は、具体的に、時系列に出来事、訪問の際の観察（生活の充実さの変化を含む）、サービスマネジメント担当者（利用者・家族の考えなど）を記入し、介護予防支援や介護予防ケアマネジメント、各種サービスマネジメントが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マネジメント担当者会議を開催、サービスマネジメント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。
- 2 サーマネジメント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。
- 3 方法については、訪問、電話、サービスマネジメント担当者会議などの種類を記入する。

介護予防サービス・支援評価表

■評価表の作成時期としては、

①介護予防ケアプランに位置づけた「期間」が終了する前

②利用者の状態が変化し、介護予防ケアプランの見直しが必要となった時

サービスを今後も継続していくのか、サービスの提供に効果があったのか見直しを行い、次の支援の方針を立てるために必要です。従って、たとえ短い期間であっても評価が必要です。

■今後の支援の方針などに対して責任を持って最終的に決定するのは指定介護予防支援事業者です。指定居宅介護支援事業所が一部委託を受けた場合には、あんしんすこやかセンターと利用者の状況を事業者からの報告を基に話し合いを行い、方針の統一を図ります。

【介護予防サービス・支援評価表の記入の仕方】

①「NO.」欄

利用者の整理番号（利用者基本情報番号）を記載する。 ※P. 37 参照

②「利用者氏名」欄

利用者の氏名を記載する。

③「計画作成者名」欄

介護予防ケアプラン作成者の氏名を記載する。

④「目標」欄

評価の対象となる「マイ・ケアプラン（２）」の目標と一致させる。

⑤「評価期間」欄

「マイ・ケアプラン（２）」の目標設定期間と一致させる。

介護予防ケアプランの変更や終了等で、当初設定した評価日より前に評価を行う場合は、評価期間の終わりの日を、現在の介護予防ケアプランの終了日と合わせる。

（例）

ケアプラン期間は令和●年４月１日～令和●年９月３０日だったが、

令和●年６月１０日からのケアプランの作成を行った場合。

評価期間：令和●年４月１日～令和●年６月９日

⑥「目標達成状況」欄

評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する。

（記載例）

〇〇商店街に毎週行くことはできなかった。しかし商店街の人たちとの交流は楽しく、一人でも行けるようになりたいとデイケアでの運動に対する意欲が向上してきている。転倒はなかった。

⑦「目標 達成/未達成」欄

目標を達成した場合には、達成または○印、未達成の場合には、未達成または×印を付ける。「一部達成」や「ほぼ達成」または△印とは記載しない。

⑧「目標達成しない原因（本人・家族の意見）」欄

何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。

（記載例）

（本人）はじめの頃は毎週出かけるようにしていたが、風邪をひいたので人の多いところにはあまり行かない方が良くと思って出かけなかった。家で行う運動も忘れてしまう日もあった。

（家族）商店街の人と会った時はとても楽しそうな顔をしているので、連れて行きたいと思ってはいるが、本人が行きたくないといったときは無理に誘わないようにしていた。

⑨「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」欄

何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、介護予防ケアプラン作成者として評価を記載する。

（記載例）

風邪をひいたことをきっかけに、毎週出かけていたリズムが崩れたと共に、また風邪を引くかもしれないという不安で外出を控えていたと思われる。また、支援者側の目標に向けた声かけができていなかった。

⑩「今後の方針」欄

目標達成状況や目標達成しない原因から、目標についての今後の方針を、専門的な観点を踏まえて記載する。

（記載例）

体調を整えることは重要だが、外出することが運動の機会となり、膝の痛みの軽減や下肢の筋力向上につながることを家族にも再認識していただき、商店街には定期的に出かけるようにしていただく。毎週というのが負担になっていた部分もあるので、頻度を減らした目標を設定していく。また、支援者からの声かけを積極的に行う。

⑪「総合的な方針」欄

目標に限らず、利用者の生活全体に対する今後の支援の総合的な支援の方向性について、専門的な観点から方針を記載する。

（記載例）

感染予防を行ってもらいながら、今後も活動範囲を拡大していけるよう支援していく。

⑫「あんしんすこやかセンター意見」欄

指定居宅介護支援事業所へ一部委託した場合に、介護予防ケアプラン作成者に対し、あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業所）の担当職員が特記する事項がある場合は記載する。

⑬「プラン継続・変更・終了」欄

今後の方針が決定したら、介護予防ケアプラン作成者が、「プラン継続/プラン変更/終了」にし点を付ける。サービスに変更がなくても、基本的には、新たな目標が設定されるため、「プラン変更」に印を付ける。

「プラン継続」は、例えば、介護予防ケアプラン期間中に一時的な入院等があり、サービス利用ができなかったが退院後、利用者本人の状態や意向の変化がなく、改めて同じ介護予防ケアプランの目標、内容を実施する場合や、あと少しで目標が達成しそうな段階で、利用者がそのままの目標を希望した場合に選択する。

「プラン終了」は、サービスが不要になり、次の介護予防ケアプランを作成する。

必要がない場合に選択する。（予防給付終了など）

※介護予防ケアプラン作成者が、一部委託を受けている指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の場合、あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業所）の意見を踏まえて判断する。

- ⑭「介護給付、予防給付、介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業、終了」欄今後の方針として介護予防ケアプラン作成者が該当するものにし点をつける。
※介護予防ケアプラン作成者が、一部委託を受けている指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の場合、あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業所）の意見を踏まえて判断する。

次のケアプランを作成する前に
評価していますか。

介護予防サービス・支援評価表

評価日

No.	① 利用者氏名	②	様	③ 計画作成者氏名
-----	---------	---	---	-----------

④ 目標	⑤ 評価期間	⑥ 目標達成状況	⑦ 目標 達成/未達成	⑧ 目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	⑨ 目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	⑩ 今後の方針
評価するマイ・ ケアプラン (2) の目標と 一致しています か。	マイ・ケアプラン(2)の期間 と一致していますか。 ※ケアプラン期間途中で評価 する場合は、評価日までの期 間になっていますか。	評価期間内に目 標がどの程度で きているか、 具体的に記載で きていますか。	・達成 または ○印 ・未達 成また は×印 を記載 できて います か。	目標設定の妥当性 を含め利用者や・家 族の認識を確認し、 原因を記載してい ますか。	利用者・家族の意見を 含め、ケアプラン作成 者としての評価を記 載していますか。	目標達成状況や、目標についての 今後の方針を専門的な観点を踏ま えて記載できていますか。

次のケアプランの方向
性をチェックする。
基本的には目標が変更
となるため「プラン変
更」になる。

次のケアプランで利用する
サービスをチェックする。

総合的な方針 ⑪	地域包括支援センター意見 ⑫	⑬	⑭
目標に限らず、今後の方針について 専門的な観点から方針を記載できて いますか。	指定居宅介護支援事業所に一部委託した場合、介護予防ケアプラン作成 者に対して、あんしんすこやかセンター担当者のコメントがあれば記載。	☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了	☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防・生活支援サービス事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 終了

第4章 介護予防ケアマネジメント関連事項

1. 介護予防ケアマネジメントの実施主体・実施方法

《実施主体・実施方法》

■介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、下記の場合が考えられます。

- ①あんしんすこやかセンターが「介護予防支援」「介護予防ケアマネジメント」を実施する。
- ②あんしんすこやかセンターから、居宅介護支援事業所が委託を受け、「介護予防支援」「介護予防ケアマネジメント（従来型・簡易型①）」を実施する。
- ③介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所が「介護予防支援」を実施する。

※介護予防ケアマネジメント（従来型・簡易型・セルフ型）の実施主体は、あんしんすこやかセンターのみとなります。

対象者	サービス	類型	実施主体
要支援者	予防給付を利用 (サービス活動事業併用含)	介護予防支援	あんしんすこやかセンター 居宅介護支援事業所
	サービス活動事業のみを利用	介護予防ケアマネジメント	あんしん すこやかセンター
事業対象者		介護予防ケアマネジメント	あんしんすこやかセンター

要支援者が予防給付を受けるかによって
取り扱いが変わる

■②③の場合、介護予防支援を行う場合は、居宅介護支援費の算定の取扱件数の算出に当たり、利用者数は、**3分の1を乗じて**件数に加えることとなります。

■介護予防ケアマネジメント（従来型・簡易型①）は、居宅介護支援事業所が委託を受けた場合の受託件数の制限は設けておらず、居宅介護支援費の**逦減制には含まれていません。**

■③の場合、利用者が予防給付の対象となる介護予防サービスを利用しなくなり、サービス活動事業（ヘルプ・デイ）を利用する場合、当該利用者は介護予防ケアマネジメントの対象者となるため、引き続き、当該居宅介護支援事業所による援助を受けようとする場合、あんしんすこやかセンターから介護予防ケアマネジメントの一部を委託する必要があります。当該月のみ予防給付を利用しない場合においても同様です。あんしんすこやかセンターとの連携を密に行ってください。

- ③の場合、利用者にとって必要となるサービスの適切な選択の支援を行う観点や、要支援者の把握のため、あんしんすこやかセンターが包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の内容として**一定の関与**を行い、地域の状況の把握と共に、必要な助言を行う必要があります。そのため、利用者の住所を担当するあんしんすこやかセンターに新規ケースの初回のみケアプランと利用者基本情報（コピー）を提出します。また、自立・要介護・死亡・転居等要支援者ではなくなった場合も、あんしんすこやかセンターへ連絡する必要があります。

2. 指定居宅介護支援事業者への業務委託

《業務委託の範囲》

- あんしんすこやかセンターは、介護予防支援または介護予防ケアマネジメント業務の一部を指定居宅介護支援事業者（**介護予防支援の指定を受けた指定居宅介護支援事業者も含む**）に委託することができます。
- 利用者が従前介護給付を利用していた場合や家族に介護給付利用者がいる場合等に、同じ居宅介護支援事業所に引き続き、予防給付やサービス事業に係る利用計画の作成を依頼できるようにすることで、介護給付と予防給付またはサービス事業の移行を円滑に行うことができます。
- 居宅介護支援事業所へ委託できるのは、介護予防支援業務と、介護予防ケアマネジメントのうち従来型および簡易型①の類型です。
- 簡易型②フレイル改善通所サービスのみを利用する方の介護予防ケアプラン作成は、介護予防に関する専門的な助言やサービス終了後の社会参加への支援が必要なことから、あんしんすこやかセンターにおいて担当します。
- ケアマネジメントセルフ型についても、一般介護予防事業などのインフォーマルサービスを活用するため、地域情報を把握しているあんしんすこやかセンターにおいて担当します。

《業務委託の要件》

■業務を委託できる指定居宅介護支援事業者の要件として、基本的には中立性・公正性が担保され、介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの業務を円滑に遂行できる能力のある事業者であることが必要です。

■神戸市内に居住する被保険者の介護予防支援および介護予防ケアマネジメント業務を受託する市内外の介護予防ケアプラン担当者は、「神戸市介護予防支援業務従事者証」を保有している必要があります。業務を委託する際には、委託元であるあんしんすこやかセンターが、本従事者証の有無を確認する必要があります。

《業務委託に際しての留意点》

■あんしんすこやかセンターは、委託先の指定居宅介護支援事業所が業務を適切に行っているかについて確認することが必要です。具体的には、委託事業者が作成した介護予防ケアプラン原案の適切性や内容の妥当性の確認を行い、助言します。

その際、介護予防ケアマネジメントの視点からは以下の指標が考えられます。

- ① 生活機能低下の現状と背景を捉えているか。
- ② 利用者や家族の認識や意向の把握は正確か。
- ③ 課題は要支援・要介護状態に陥る可能性の予測から導かれているか。
- ④ 目標は、利用者や家族の意向も踏まえた、具体的なものになっているか。
- ⑤ 具体策は、目標達成の手段として効果的・効率的であるか。
- ⑥ 地域の社会資源を活用し、活動性を高めるケアプランとなっているか。

■その他の確認方法としては、評価表・支援経過記録の確認や、適宜サービス担当者会議への出席・同行訪問などがあります。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント帳票早見表

	帳票名称	保管の状況		契約終了時の居宅の取り扱い※1
		地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	
様式1	認定結果の連絡票	写	原本	廃棄処分
	利用者基本情報	原本	写	センターへ返還
	基本チェックリスト（事業対象者のみ）	原本	写：赤スタンプ	センターへ返還
	主治医意見書	原本	写：赤スタンプ	センターへ返還
	認定調査票	原本	写：赤スタンプ	センターへ返還
	健康状態確認シート	原本	写	廃棄処分
	マイ・ケアプラン（介護予防サービス・支援計画表）	原本	写	廃棄処分
	生活状況を把握するためのアセスメントシート	原本※2	写	廃棄処分
	介護予防サービス・支援経過記録 （経過記録の中に別添参照と記載がある場合は参照書類も添付して提出する。）	写 評価毎受理	原本	センターへ返還
様式2	サービス提供事業者の評価連絡票		原本	廃棄処分
	介護予防サービス・支援評価表	原本	写	廃棄処分
	サービス利用票・別表（予定）		原本	廃棄処分
	サービス利用票・別表（実績入り）	写	原本	廃棄処分
	サービス提供票（予定）		原本	廃棄処分
	サービス提供票（実績入り）		原本	廃棄処分
様式3-1	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書	原本	写	居宅で保管
様式3-2	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求明細書	原本	写	居宅で保管
様式4	委任状（必要な場合のみ使用）	原本	写	居宅で保管
	介護予防福祉用具貸与の例外規定に関する文書（市の確認通知等）	写	原本	センターへ返還

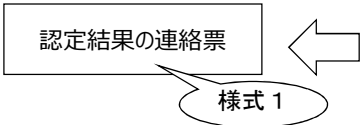
※1 契約終了時の取り扱い

居宅介護支援事業所は委託業務が終了次第、個人情報の取り扱いに関する契約に基づき帳票類はセンターへ返還するか、または廃棄処分を実施する必要がある。

※2 アセスメントシートは3回目まで記載ができることから、1～2回目までは委託先の居宅介護支援事業者が原本を保管し、あんしんすこやかセンターへ写を提出する。3回目記入後、シートの原本をあんしんすこやかセンターに提出する。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント一部委託の業務の流れ

この流れ図は基本的なパターンを示しています。○共通 ●要支援者 ☆事業対象者

事業の流れ	地域包括支援センター (以下、「センター」と略す。)	一部委託の場合は 居宅介護支援事業所が行う (以下、「居宅」と略す。)	サービス 事業者
0. 連絡票による 情報提供		○担当している利用者が更新・変更申請で新たに「要支援 1・2・非該当（自立）」の認定結果を受けた場合は、利用者に同意を得たうえで、連絡票に必要事項を記入しセンターへ連絡する。FAX 利用可。	
0. 基本チェック リストの実施	☆利用者本人へ制度説明の上、対面にて基本チェックリストを聞き取る。 ☆判定結果の説明を行う。 ☆（事業対象者に該当した場合） 介護保険課に①基本チェックリスト②被保険者証③介護予防ケアマネジメント依頼届出書を送付。 保険者が最終判定を行う旨説明する。 ☆利用申込者に預り証・基本チェックリスト（本人控）を渡す。 ☆事業対象者と印字された被保険者証が本人宛に届くこと、届き次第センターへの連絡を促す。	○要支援相当の方で、基本チェックリストの相談を受けた場合は、利用者に同意を得た上で、センターへの連絡と居所の地域を担当するセンターを案内する。 ☆本人から、被保険者証が届いたと連絡を受けた場合は、センターへ連絡する。	
1. 利用申込の 受付	○被保険者証を確認する。 ●利用申込者に預り証を渡す。 ●利用申込者に介護予防サービス計画作成依頼届出書への必要事項の記入を求め、被保険者証とともに神戸市（認定事務センター）へ送付する。		
2. 契約の締結	○利用申込者にサービス利用契約書と重要事項説明書等を交付、説明し同意を得る。 ○利用者の希望する居宅が受託可能かどうかを確認する。 ○委託契約書にて居宅と契約締結する。 * なお契約期間内は同一の事業者間で 2 人目の介護予防ケアプラン作成時の再契約は不要。		
3. 利用者基本 情報の作成 と主治医意 見書等の入 手	●センター名を赤スタンプで押印した認定調査票（写）及び主治医意見書（写）を居宅へ渡す。 ☆センター名を赤スタンプで押印した基本チェックリスト（センター控）（写）を居宅に渡す。 利用者基本情報（原本）	認定調査 主治医意見書（写）* 赤スタンプ 又は 基本チェックリスト ●認定調査票（写）及び主治医意見書（写）の内容を確認する。 ☆基本チェックリスト（写）の内容を確認する。 ○利用者基本情報を作成する。 センターへ利用者基本情報（原本）を渡す。	

4. アセスメントの実施 介護予防ケアプラン原案の作成	○必要な場合、利用者基本情報に追加記入する。 利用者の同意署名は不要。（利用者との契約時に個人情報使用への同意を得ているため） 利用者基本情報（写）を居宅に渡す。 介護予防ケアプラン（原案） アセスメントシート（原本） ←	→ 利用者基本情報（写） ○アセスメントシートを用いて、アセスメントを実施した後、利用者と調整し合意した結果に基づき、介護予防サービス・支援計画表（以下、介護予防ケアプランという。）原案を作成しアセスメントシートと一緒にセンターに渡す。	
5. 介護予防ケアプラン原案の承認	○アセスメントシート及び介護予防ケアプラン（原案）が適切に作成されているか、内容が妥当か確認する。 ○ケアマネジメント類型を確認する。 ○介護予防ケアプラン（原案）のセンター名欄に確認日を記入し確認者がサインする。 ※センターは受け取り次第確認し、居宅へ返却。		
6. サービス担当者会議	○サービス担当者会議に適時参加する。	○サービス担当者会議の開催等により、専門的意見を聴取する。 （目的を共有し、役割分担を確認する。） ○介護予防ケアプランについて、利用者やサービス事業者との共通理解を図り、サービス利用頻度や内容等を決定する。 ○介護予防ケアプランに、必要な修正を加え計画を最終的に決定する。 <介護予防サービス・支援経過記録記入>	○サービス担当者会議に参加する。 ○専門的見地から、意見を述べる。 ○介護予防ケアプランについて共通理解の上、サービス利用頻度や内容等を決定する。
7. 介護予防ケアプランの説明・同意		○介護予防ケアプランの内容を交付し、利用者及び家族に説明、同意を得る。 （利用者の署名は必要。家族等が代筆した場合は、利用者の氏名と代筆者の氏名、続柄を記入する。）	
8. アセスメントシート及び介護予防ケアプランの提出	アセスメントシート（写） 介護予防ケアプラン（原本） 利用者のサイン入り センター職員確認日と確認者サイン入り ← ○アセスメントシート（写）と介護予防ケアプラン（原本）を保管する。 ※アセスメントシート3回目記入後は（原本）を提出してもらい、センターに保管する。	○介護予防ケアプランの複写を必要分行う。 センターへ（原本）を渡す。 ○アセスメントシートの1から2回目は（写）をセンターに渡す。 ※アセスメントシートを3回目まで記入した後はシート（原本）をセンター渡し（写）を保管する。 ○介護予防ケアプラン（写）を保管する ○利用者及びサービス担当者等に介護予防ケアプラン（写）を渡す。 介護予防ケアプラン（写） 利用者のサイン入り センター職員確認日と確認者サイン入り	○介護予防ケアプラン（写）を保管する。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント一部委託の業務の流れ
この流れ図は基本的なパターンを示しています。 ○共通 ●要支援者 ☆事業対象者

事業の流れ	地域包括支援センター (以下、「センター」と略す。)	一部委託の場合は 居宅介護支援事業所が行う (以下、「居宅」と略す。)	サービス 事業者
9. サービス利用票・ 別表（予定）、 サービス提供票の 送付		○サービス利用票・別表（予定）を作成する。 ○サービス提供票をサービス提供事業者に送付する。 サービス提供票	○事前アセスメント 介護予防ケアプラン やサービス担当者会 議の結果を踏まえ、 サービス提供前にア セスメントを行い、必 要なサービスにおい ては「個別サービス 計画」を立てる。 ○「個別サービス計 画書」について居宅 に連絡する。
10. 介護予防サービ スの利用		○サービス利用開始後、利用者及びサービス 事業者によりサービス利用状況を確認・調整す る。 <介護予防サービス・支援経過記録記入>	○サービスの実施 個別サービス計画に 基づき、サービス提 供を行う。必要に応 じて、個別サービス 計画書を見直し変 更が生じた場合は 居宅へ連絡する。 ○モニタリング・報告 サービス実施後、そ の実施状況をモニタ リングし、記録すると ともにその結果を居 宅に報告する。
11. モニタリング ※類型により 異なる		○ケアマネジメント類型に沿った、モニタリングを 実施する。 <介護予防サービス・支援経過記録記入>	
12. サービス提供票 (実績入り)の提出		サービス提供票 (実績入り)(原本) おおむね翌月 2 日まで	○サービス提供票 (実績入り)を作成 し、居宅へ渡す。
13. サービス利用票・ 別表(実績入り) の提出	サービス利用票・別表 (実績入り) 翌月5日まで	○サービス提供票(実績入り)をもとにサービス 利用票・別表(実績入り)を作成し、1 部を 保管し 1 部をセンターへ送付する。	
14. 給付管理	○毎月 10 日までに給付管理票を作成し国 保連に提出する。		

15. 委託料請求	○委託料請求書と請求明細書の原本を保管する。必要時、委任状(原本)を保管する。	○委託料請求書が請求明細書の(原本)をセンターに渡し(写)を保管する。 ○委託契約書の契約印と委託料の請求印を別にする時は、委任状(原本)をセンターへ提出し(写)を保管する。	様式3-1 様式3-2 様式4 (必要時のみ)
16. 評価と介護予防支援経過記録の提出	介護予防サービス・支援評価表(原本) 介護予防サービス・支援経過記録(写) ○介護予防サービス・支援評価表の内容について確認し、確認日と確認者の氏名を記入する。必要な場合のみ意見欄に意見を記入し、(原本)を保管し(写)を居宅へ渡す。 ○介護予防サービス・支援経過記録(写)を保管する。	○介護予防ケアプラン終了毎に、計画の達成状況について評価を行い、介護予防支援・サービス評価表に記入してセンターへ渡す。 ○介護予防サービス・支援経過記録(写)をセンターへ渡し、(原本)を保管する。 介護予防サービス・支援評価表(写) センター職員氏名と確認日入り ○介護予防サービス・支援評価表(写)を保管する。	様式2 ○サービス提供事業者評価連絡票を使用して報告してもよい。 事業社独自の既存の様式がある場合、それを使用してもよい。
17. 利用者、サービス提供事業者との日常の連絡・調整		○随時対応し、介護予防ケアプランの変更がある場合など、必要に応じてセンターに報告する。(特にフレイル改善通所サービスの利用希望があった場合) ●変更申請等を行う場合は必ずセンターへ連絡する。	
18. 更新申請代行	●原則センターが神戸市へ認定申請書の提出をする。	●認定申請書への記入(本人署名含む)及びセンターへの提出に協力する。 ●利用者の希望や変更申請等で居宅が申請代行をした場合はセンターへ報告する。	
19. 委託契約による介護予防支援業務・介護予防ケアマネジメント終了時	○居宅より別紙「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント帳票早見表」のとり、帳票類を回収する。	○別紙「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント帳票早見表」のとり、センターへ以下の帳票類を返却する。 ・認定調査票(写)＊赤スタンプ付 ・主治医意見書(写)＊赤スタンプ付 ・基本チェックリスト(写)＊赤スタンプ付(事業対象者のみ) ・利用者基本情報(写) ・アセスメントシート(原本) ・介護予防サービス・支援経過記録(原本) ○以下の書類は居宅で廃棄処分とする。 ・アセスメントシート(写) ・サービス提供事業者の評価連絡票(原本) ・介護予防ケアプラン(写) ・介護予防サービス・支援評価表(写) ・健康状態確認シート(写) ・サービス利用票・別表(予定)(原本) ・サービス利用票・別表(実績入り)(原本) ・サービス提供票(予定)(原本) ・サービス提供票(実績入り)(原本)	

(留意点) 介護予防福祉用具貸与の例外規定に関する文書(市の確認通知等)がある場合は、介護予防サービス・支援経過記録(写)の提出と合わせてセンターは例外規定に関する文書の(写)を受理し居宅は(原本)を保管する。委託契約による介護予防支援業務の終了時に(原本)をセンターへ渡す。

3. 個人情報保護についての留意点

■介護予防ケアプラン作成者は、利用者の心身の状況や、家族の状況等を幅広く知りうる立場にあります。その情報管理には、万全を期することが求められます。

■運営基準（第二十二条）には、秘密の保持について下記のように規定されています。

指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成十八年三月十四日）（厚生労働省令第三十七号）

（秘密保持）

第二十二条 指定介護予防支援事業所の担当職員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

2 指定介護予防支援事業者は、担当職員その他の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じなければならない。

3 指定介護予防支援事業者は、サービス担当者会議（第三十条第九号に規定するサービス担当者会議をいう。）等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

※一部業務委託を受けた指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員にも、同様に秘密の保持が課せられます。

ポイント（確認例）

- ・正式な書類の用紙に、裏紙を使用していないか。
- ・個人情報記載された紙を裏紙に使用していないか。
- ・ケース記録の持ち出しをしていないか。持ち出しの必要があるときは、管理者の許可を得ているか。
- ・個人情報記載された書類は適切に保管しているか。（鍵のかかる棚などへ保管）
- ・廃棄文書の取り扱いは適切にできているか。（保管・処理方法等）
- ・同法人で複数の事業所がある場合の書類の保管方法が適切であるか。（別の事業所の書類を見ることができる状況ではないか。）
- ・個別対応のメモの管理が適切であるか。
- ・パソコンのウイルス対策を実施しているか。
- ・パソコンの個人情報の保護について対策をおこなっているかどうか。（パスワードの設定、外部接続媒体の使用ルールを定めている等。）
- ・個人情報の入っているパソコンをインターネットに接続していないか。

4. 介護予防ケアプラン等の自己作成（セルフケアプラン）について

■予防給付におけるケアマネジメント(介護予防支援業務)は、利用者があらかじめ自ら作成したケアプランを届け出て、当該ケアプランの内容について神戸市が専門的な見地から確認を行った場合には、当該介護予防ケアプランに基づいた予防給付が提供される仕組みを設けています。希望者については、区役所で手続きを行うよう案内します。(ケアマネジャーと同等の知識を持つ必要があることや、毎月給付管理の手続きが区役所で発生します。)

■サービス活動事業のみを利用する利用者に対する介護予防ケアマネジメントは、第1号介護予防支援事業として、あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）によって行われるものとされており、指定介護予防支援事業者により行われる指定介護予防支援とは異なります。国のガイドラインにおいては、ケアプランの自己作成に基づくサービス事業の利用は想定されていません。

予防給付においてセルフプランを作成されていた方が、サービス事業のみを利用する場合は、あんしんすこやかセンターによる介護予防ケアマネジメントに移行してください。

介護予防ケアマネジメント 関連様式集

- ・利用者基本情報（表・裏）
- ・生活状況を把握するためのアセスメントシート
- ・マイ・ケアプラン（１）（２）
（介護予防サービス・支援計画表）
- ・介護予防サービス・支援経過記録
- ・介護予防サービス・支援評価表
- ・基本チェックリスト
- ・神戸市健康状態確認シート
- ・KOBE アクティブシニア目標シート

利用者基本情報（表面）

作成担当者：

《基本情報》 NO.

作 成 日 令和 年 月 日

相 談 日	年 月 日 ()	来 所 ・ 電 話 その他 () ----- 相談者 () 続柄 ()	初 回 再来 (前回 /)
本人の現況	在宅 ・ 入院又は入所中 状況 ()		
ﾌｧﾐﾘ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳
住 所			Tel () 携帯 () 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・C2	
	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 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 (前回の介護度) 介護保険負担割合：() 割 基本チェックリスト記入結果： 事業対象 該当 ・ 非該当 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	持ち家 ・ 借家 / 一戸建て ・ 集合住宅 () 階 / エレベーター 有・無 自室 有・無 / 住宅改修 有・無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・		
住 所 連 絡 先			続 柄
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先

◎=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)

家族構成

家族関係等の状況

利用者基本情報（裏面）

《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	

《病名・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

あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）が行う事業の実施に当たり必要があるときは、介護保険サービス事業者、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、「利用者基本情報」の提示及び「介護予防サービス・支援計画表」の提供を行うことに同意します。

令和 年 月 日 利用者氏名（自署）

令和 年 月 日 代筆者氏名（自署）（続柄）

※ 利用者氏名代筆の場合は代筆者氏名及び続柄についても必ず記入してください。

生活状況を把握するためのアセスメントシート

利用者氏名： 様

障害高齢者の 日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・ B1・B2・C1・C2	初 回 （黒）： 令和 年 月 日 記入者：
認知症高齢者の 日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・ Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	2回目 （赤）： 令和 年 月 日 記入者：
		3回目 （青）： 令和 年 月 日 記入者：
ご本人の主訴・意向 これからの生活についての希望		
家族の主訴・意向		

A 活動面について：自ら行きたい場所へ移動するための手段を取れるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行っているかどうか。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
運動機能 （支えの必要性）	立ち上がり： ☐ なし ☐ あり 片足立ち　： ☐ なし ☐ あり	
歩行状況 （歩行レベル）	室内： ☐ 自立 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 手押し車 ☐ その他（ ） 屋外： ☐ 自立 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 手押し車 ☐ その他（ ）	
転倒傾向	転倒 ☐ 無 ☐ 有 （状況など： ） つまずき ☐ 無 ☐ 有 （状況など： ）	
移動範囲	☐ 近隣中心 ☐ 区内 ☐ 市内 ☐ 市外も可	
移動手段	☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー ☐ 自転車 ☐ 車（ 運転・同乗 ） ☐ 徒歩 ☐ その他（ ）	

B 日常生活について：家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等）や、住居、経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかどうかの状況。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
買い物	☐ 自分 状況（ ☐ 家族 ☐ 知人 ☐ その他（ ）	
調理	☐ 自分 状況（ ☐ 家族 ☐ 知人 ☐ その他（ ）	
洗濯・洗濯物干し	☐ 自分 状況（ ☐ 家族 ☐ 知人 ☐ その他（ ）	
掃除	☐ 自分 状況（ ☐ 家族 ☐ 知人 ☐ その他（ ）	
整理整頓・ごみ捨て	☐ 自分 状況（ ☐ 家族 ☐ 知人 ☐ その他（ ）	
金銭管理（家計の管理）	☐ 自分 状況（ ☐ 家族 ☐ その他（ ）	
情報収集	☐ 新聞 ☐ テレビ・ラジオ ☐ 人づて ☐ 近隣の広報 ☐ インターネット ☐ 関心がない ☐ その他（ ）	

C 社会や人との関わりについて：状況に見合った社会的に適切な方法で、人々と交流しているか、また家族・近隣の人との人間関係が保たれているか。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の状況や家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうか。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
コミュニケーション	☐ 自己の意思の表出ができる ☐ 他者の話の内容が理解できる ☐ その他状況（ ）	
	視力 ☐ 支障なし ☐ 支障あり ☐ その他状況（ ）	
	聴力 ☐ 支障なし ☐ 支障あり ☐ その他状況（ ）	
社会参加	活動性 ☐ 趣味や楽しみ、特技がある（ ） ☐ 仕事をしている ☐ 地域活動やボランティア活動に参加している ☐ その他（ ） ☐ 特にない	
	外出頻度 ☐ ほぼ毎日 ☐ 週2～3回 ☐ 週1回程度 ☐ 月に2～3回 ☐ 殆ど外出しない	
	主な外出の目的 ☐ 趣味・楽しみ（ ） ☐ 仕事 ☐ 地域活動等への参加 ☐ 買い物 ☐ 通院 ☐ その他（ ）	
対人関係	家族・近隣 友人・知人 との交流 状況	

D 健康面について：清潔・整容と服薬・定期受診が行われているかどうか。また飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康の自己管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする必要がある。（自己管理または家族による管理）

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
身長・体重	身長（ ）cm	
	体重（ ）kg	
病気について	病 名（ ）	
	既往歴（ ）	
	病識 ☐ 無 ☐ 有 かかりつけ医(病院・医 院 名 / 担 当 医 師 名)(受 診 頻 度) ① () / 先生 (回 / 週・月) ② () / 先生 (回 / 週・月) ③ () / 先生 (回 / 週・月)	
服薬管理	服薬 ☐ 無 ☐ 有 薬の情報(種類・回数など)	
	服薬状況 ☐ 忘れず飲む ☐ よく忘れる ☐ 時々忘れる ☐ 介助が必要	
	かかりつけ薬局（ ）	

口腔・嚥下	状態（ 歯科受診 ☐ 無 ☐ 有 かかりつけ医（ 義歯 ☐ 無 ☐ 有 （ ☐ 全義歯 ☐ 部分義歯） ケアの方法（ 嚥下 ☐ 支障なし ☐ 支障あり（状況）
食生活・栄養状況	回数（ 状況： ☐ バランスに気をつけている ☐ 偏りあり ☐ 制限あり（ ☐ その他（ 食形態 ☐ 普通食 ☐ 治療食 ☐ その他（
水分摂取状況	☐ 気をつけている ☐ 特に気をつけていない 一日摂取量【 制限 ☐ 無 ☐ 有 【制限量（ ）ml/日】
飲酒・喫煙状況	飲酒： ☐ 無 ☐ 有 ☐ やめた 頻度（ 日・ 週）量（ /回） 喫煙： ☐ 無 ☐ 有 ☐ やめた 量（ 本/日・週）期間[]年間
適度な運動	☐ している（内容・頻度： ） ☐ していない（理由： ）
適度な休息	☐ 心がけている ☐ つい無理をしてしまう ☐ 睡眠状況（起床： 時/就寝： 時）
排泄の状況	排便【 回/ 日】 / 排尿【 回/日】 ☐ 支障なし ☐ 尿漏れ・尿失禁がある ☐ 紙パンツ ☐ 紙パット ☐ ポータブルトイレ
入浴の状況	頻度（ 回/ 週 ・ 月） ☐ 入浴 ☐ シャワー ☐ 清拭 ☐ 介助が必要
アレルギー	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明 食品・薬剤名等（ ）
感染症	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明 種類（ ）
物忘れの状況	☐ 無 ☐ 有（ ）

E その他：生活状況全体を理解するために必要な項目を、聞き取りや観察から、ここでアセスメントする。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
住居環境	☐ 持ち家 ☐ 借家 ☐ 戸建て ☐ 集合住宅（ ）階（エレベーター 有・無）	
居住状況（屋内外）	手すり ☐ 無 ☐ 有（ ） 段差 ☐ 無 ☐ 有（ ） トイレ ☐ 和式 ☐ 洋式 ベッドの使用 ☐ 無 ☐ 有（種類： ） その他（ ）	
経済状況	収入（ 円/ 月・年）主な使途（ ） 介護保険負担割合（ ）割 心配なこと（ ） 年金（ 国民年金・厚生年金・障害年金・ 生活保護受給 ☐ 無 ☐ 有 介護に費やせる予算（ ）円/月	
家族について	ジェノグラム： キーパーソン：☆	
家族の状況		

マイ・ケアプラン（１）

（介護予防サービス・支援計画表）

№.

名前様 記入日 令和 年 月 日

①今の生活や身体 の状況 (今していること、 難しくなっていることなど)	②今の状況に対して希望すること (以前していたこと、 続けたいことなど)	③望む生活に必要なこと・ 解決したいこと (ニーズ)
A : 活動面について(室内外の移動方法、 交通機関の利用など)		望む生活
B : 日常生活について(家事や家庭での役割、 楽しみなど)		
C : 社会や人との関わりについて(仕事、 地域、家族、趣味など)		④望む生活を実現するための目標
D : 健康面について(体調、病気、食事、 睡眠、自己管理など)		⑤望む生活を実現するための具体的な方法
備考欄		担当者所属：
		担当者名：

初回・継続 / 認定済・申請中 / 要支援１・要支援２・事業対象者 / 介護予防支援・従来型・簡易型・セルフ型

マイ・ケアプラン（2）
（介護予防サービス・支援計画表）

名前		様		
1. 目標	介護保険サービス 地域支援事業	サービス種別	事業者・支援機関 ・団体名等	期間
2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス				

総合的な方針：介護（認知症）予防および改善・支援のポイント		計画に関する同意	
		上記計画について、同意いたします。	
		令和 年 月 日 氏名	印

初回作成日	令和 年 月 日
認定年月日	令和 年 月 日
認定有効期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日

市記入欄	年 月 日	年 月 日	年 月 日

神戸市 基本チェックリスト（事業対象者申請用）

（様式１）

※申請を行う際は、原本を神戸市へお送りください。

被保険者番号												事業対象者	
フリガナ											生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和	年 月 日
被保険者氏名													
住所 (居所)	〒 —										電話番号： _____		

いずれかに ☒ チェックしてください。

チェックリスト実施日	令和 年 月 日	申請区分	☐ 1. 新規 ☐ 2. 更新 ☐ 3. 基本CL移行
事業者番号		センター名	あんしんすこやかセンター (地域包括支援センター)
実施者氏名	フルネームで記載してください		☐ 該当 ☐ 非該当

NO	質問項目	回答欄(いずれかにチェック)				小計欄
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	/5
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	B A
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分くらい続けて歩いていますか	☐	0.はい	☐	1.いいえ	
9	この1年間に転んだことはありますか	☐	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か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	☐	1.はい	☐	0.いいえ	C /20
12	肥満度(BMI)は18.5未満ですか BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: _____ 小数点第2位以下切り捨て	☐	1.はい	☐	0.いいえ	
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	D /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	
16	週に1回以上は外出していますか	☐	0.はい	☐	1.いいえ	E /2
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等の物忘れがあるとされますか	☐	1.はい	☐	0.いいえ	F /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	☐	0.はい	☐	1.いいえ	
20	今日が何月何日かわからないときがありますか	☐	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	G /5
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	

● 記入内容の確認と個人情報提供についての同意

神戸市長 宛 私は上記内容に相違ないことを確認するとともに、この基本チェックリストに記入した情報を介護予防ケアマネジメントに利用することを目的に、介護保険サービス提供事業者、指定居宅支援事業所、他の地域包括支援センター、関係医療機関へ提供することに同意します。 令和 年 月 日 氏名（本人署名） _____	市受付
--	-------------------------

表 1 事業対象者に該当する基準

①質問項目No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	総合
②質問項目No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	運動
③質問項目No.11～12 の 2 項目のすべてに該当	栄養
④質問項目No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	口腔
⑤質問項目No.16 に該当	外出
⑥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	もの忘れ
⑦質問項目No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当	こころ

（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。

（参考）特定高齢者該当は①～④までだった。該当項目が変更になっているため注意！

神戸市 健康状態確認シート

被保険者番号									
被保険者氏名									
生年月日									
M・T・S 年 月 日									
健康状態確認シート_実施事業者番号/事業者名									
健康状態確認シート_実施日									
健康状態確認シート_実施者名									
年 月 日									

※ 基準に該当しない場合、
医師の判断は必須としない。

質問項目		医師の判断を求める基準	
かかりつけ医で定期的に受診している、又は、ここ1年間で健康診査等を受けた。	はい	いいえ	「いいえ」の場合 医師の判断が必要。

- 「はい」の場合 → 「A」以降の質問へ
 ■ 「いいえ」の場合 → 「D」へ（「A～C」への回答は不要です。） ※ 医師の判断が必要となります。

A この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をしましたか？ → 「はい」の場合、以下の中から当てはまる理由に○をつける。		はい	いいえ	(1) Aが「はい」、かつ、その理由が「その他」以外 医師の判断が必要。 (2) Aが「はい」、かつ、その理由が「その他」 ケアプラン作成者にて、再度聴き取り等をおこなったうえで、必要があれば医師の判断を求める。
重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）				
心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）				
糖尿病、呼吸器疾患などのため				
骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため その他（具体的にご記入ください） （ ）				
B かかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されているか。 → 「はい」の場合、以下の中から当てはまる理由に○をつける。		はい	いいえ	(1) Bが「はい」、かつ、その理由が「その他」以外 医師の判断が必要。 (2) Bが「はい」、かつ、その理由が「その他」 ケアプラン作成者にて、再度聴き取り等をおこなったうえで、必要があれば医師の判断を求める。
重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）				
心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）				
糖尿病、呼吸器疾患などのため				
骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため その他（具体的にご記入ください） （ ）				
C 以下の質問に「はい」「いいえ」または「わからない」の当てはまる項目に○をつける。				
C1 この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こした。	はい	いいえ		(1) C1が「はい」 医師の判断が必要。 (2) C2 ～ 4 が「はい」もしくは「不明」 ケアプラン作成者にて、再度聴き取り等をおこなったうえで、必要があれば医師の判断を求める。 (3) C5、6について 第1号通所事業参加時の体調管理等の参考とする。
C2 重い高血圧（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）がある。	はい	いいえ	不明	
C3 糖尿病で目が見え難くなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘された。	はい	いいえ	不明	
C4 この1年間で心電図に異常があるといわれた。	はい	いいえ	不明	
C5 家事や買い物、散歩などでひどく息切れを感じる。	はい	いいえ		
C6 この1ヶ月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いている。	はい	いいえ		
D 自分の身体を丈夫にし、張りのある生活を送るための取り組みに興味があるか。 → 以下の質問に「はい」または「いいえ」の当てはまる項目に○をつける。				
D1 足腰の衰えを予防するための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ		(1) D1～5について 第1号通所事業の参加にあたり、基本チェックリストの結果に加え「D」の回答を介護予防ケアプラン原案作成の参考とする。
D2 口の機能や肺炎の予防のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ		
D3 栄養と体力の改善のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ		
D4 認知症予防のために脳機能を高める取り組みをしてみたい。	はい	いいえ		
D5 気のあった人たちと仲間つくりをしてみたい。	はい	いいえ		

KOBEアクティブシニア目標シート

作成日 年 月 日 | 氏名



今の自分の体調や、今後の生活を考えるきっかけとして、目標シートを書いてみましょう。

生活状況

- 1 生活や身体で困っている、難しくなっていること
-最近の体調の変化などを振り返りましょう-

- 2 今後の生活で工夫できそうなこと
-周囲の人にも工夫の仕方を相談してみましょう-

- 3 介護が必要にならないために、現在取り組んでいること -健康のために気をつけていること-

目標

- 4 よりよい暮らしのための目標と取り組み
-続けたい、再びやってみたい、新たに始めてみたいことその実現のために取り組みたいこと-

目標達成までの期間

1か月 ・ 3か月

6か月 ・ 1年

振り返り

- 5 取り組みをした振り返り -目標の期間が終わった後に、振り返って感想を書いてみましょう-

達成状況



できた



少しできた



できなかった

----- 以下、あんしんすこやかセンターに相談した場合職員が記入します -----

住所

被保険者番号

サービス名

サービス利用開始日 / / 記入日 / /

メッセージ

担当者()

参考様式

「神戸市介護予防支援業務等従事者証」の取り扱いについて

＜従事者証に関する留意事項＞

1. 従事者証の携帯及び提示

指定介護予防支援業務及び神戸市の定める介護予防ケアマネジメント（以下、「介護予防支援業務等」という。）を行う従事者（以下、「従事者」という。）は、介護予防支援業務等を行う際、常に従事者証を携帯し、要支援者及び事業対象者（以下、「利用者」という。）並びにその家族に対し、従事者証及び従事者の所属する事業者（以下、「事業者」という。）の発行する職員証等を提示してください。

2. 担当従事者のあんしんすこやかセンターへの連絡

介護予防支援業務等を受託した指定居宅介護支援事業者は、次のいずれかに該当する場合、利用者の居住地を担当するあんしんすこやかセンターへ従事者名を連絡してください。

- （１）従事者が新たに利用者を担当する場合
- （２）利用者を担当する従事者を変更する場合
- （３）利用者を担当する従事者が従事者の資格を喪失した場合

3. 従事者証の取り扱いについて

従事者証は従事者個人に対して交付しているため、事業者が変更になっても介護予防支援業務等を行う際は、神戸市への返却は必要ありません。

ただし、今後介護予防支援業務等に従事しない場合は、速やかに神戸市に返却して下さい。

なお、下記の手続きが必要な場合には、事業者へ届出を行うよう依頼してください。

＜届出に関する留意事項＞

1. 従事者の届出について

事業者は、従事者が今後介護予防支援業務等に従事しない場合、「神戸市介護予防支援業務等従事者届出（喪失）（第2号様式）」に記載及び従事者証を添付し、提出してください。

なお、第2号様式については、神戸ケアネットからダウンロードが可能です。

2. 従事者証の再発行について

事業者は、次のいずれかに該当する場合は、速やかに「神戸市介護予防支援業務等従事者証再発行申請書（第3号様式）」により従事者証の再発行申請を提出してください。

なお、第3号様式については、神戸ケアネットからダウンロードが可能です。

- （１）従事者の氏名に変更があった場合
- （２）従事者証を紛失・破損等した場合 等

【問い合わせ先】神戸市中央区加納町6丁目5-1

神戸市福祉局介護保険課

078-322-6902

神戸市介護予防支援業務等従事者届出（喪失）

神戸市長 あて

神戸市介護予防支援業務等従事者に関する要綱第5条及び第7条の規定に基づき
神戸市介護予防支援業務等従事者等について次のとおり届け出ます。

【従事者】

従事者番号	氏名

【返却する従事者証】

従事者証を添付して下さい。
未添付の場合は、その理由をご記入下さい。

()

事業所番号

所在地

法人名

事業所名

代表者名

(Tel: - - / 担当者:)

----- 以下は記入しないで下さい -----

登録年月日	従事者番号

受付年月日

第3号様式

神戸市介護予防支援業務等従事者証再発行申請書

年 月 日

神戸市長 あて

下記のとおり、神戸市介護予防支援業務等従事者証の再発行をお願いいたします。

従事者氏名	
生年月日	
従事者番号	
再発行理由	☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 氏名変更 ☐ その他（ ）

事業所番号 _____

所在地 _____

事業所名 _____

代表者氏名 _____

(TEL: - - / 担当者:)

----- 以下は記入しないで下さい -----

上記申請のとおり再発行してよろしいか（伺）

課長	係長	

☐ 従事者証発送（ 年 月 日）

受付年月日

居宅介護支援事業者名	
電話番号	
担当者	

⇒

あんしんすこやかセンター名	
電話番号	
FAX	

-「要支援1・2・非該当(自立)」認定結果の連絡票-

いつもお世話になります。下記の方が、「要支援1・2、非該当」の認定となりましたので、ご本人様の了解を得て代わりにご連絡します。

【利用者情報】※個人情報のため、ご記入できる範囲で結構です。

ふりがな		性別		() 才
氏名		男 女	生年月日	M・T・S 年 月 日
住所				
電話		認定結果	要支援1・要支援2・非該当	
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	前回認定結果		
サービスの利用の有無	利用している ・ 利用していない			
利用中のサービスの種類	訪問介護・通所(介護・リハ)・福祉用具貸与・他()			
ご本人以外との連絡の必要性	必要・不要	区分	同居 ・ 独居	
必要な場合の連絡先	続柄()		TEL ()	

【委託について】※どちらかに○印を入れてください。

介護予防支援の委託を 受けられる ・ 受けられない

【その他連絡事項】

※FAX送信する場合は番号をよく確認し誤送信のないようにお願いします。

依頼日	年 月 日	⇔	回答日	年 月 日
ケアプラン作成 事業所名			サービス提供事業者名	
担当者名			担当者名	
電 話			電 話	

サービス提供事業者の評価連絡票

【利用者情報】

ふりがな		生年月日	M・T・S	(才)	年 月 日生
利用者氏名	(男・女)				

【サービス提供事業所の目標】

1	達成 未達成
2	達成 未達成
3	達成 未達成

【評価内容】

1	利用者の満足度はどうか。	満足	ふつう	不満足
2	利用者の心身状況について変化はないか。	ある		ない
3	介護者の状況に変化はないか。	ある		ない
4	サービス変更の必要性はないか。	ある		ない

自由記載

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書

--	--	--

請 求 金 額	円
---------	---

年 月 日

あんしんすこやかセンター
管 理 者 あて

(指定居宅介護支援事業者)

介護保険事業者番号

--

住所

契約者名

代表者名

印

電話番号

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料

年 月決定分

請 求 内 訳 書					
1. 継続分	円	×		件＝	円
2. 初回分	円	×		件＝	円
3. 継続分(簡易型)	円	×		件＝	円
4. 初回分(簡易型)	円	×		件＝	円
5. 合計(消費税相当額を含む)					円

[振込先口座]

銀行名		支店名	
預金種目		口座番号	
口座名義 (カナ)			

(注)

1. 請求印は契約書と同じものを押印してください。
2. 様式3-2(指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求明細書)を添付してください。
3. 金額等の修正をする場合は、訂正箇所にも二重線を引き、訂正印(請求印と同じ印)を必ず押印してください。(修正液等による修正は不可です。)
4. 請求者欄に変更のある場合は、届け出てください。

以下は記入しないでください

支払い日	年 月 日	担当者		管理者	
------	-------	-----	--	-----	--

年 月 日

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求明細書

--	--	--

集計年月

年

月

事業所番号		事業者名	
-------	--	------	--

No.	被保険者番号	氏 名	提供月	初回	継続	介護予 防支援	従来型	簡易型	備考
1			年 月						
2			年 月						
3			年 月						
4			年 月						
5			年 月						
6			年 月						
7			年 月						
8			年 月						
9			年 月						
10			年 月						
11			年 月						
12			年 月						
13			年 月						
14			年 月						
15			年 月						
合計									

請 求 内 訳 書

1. 継続分	円	×		件	＝		円
2. 初回分	円	×		件	＝		円
3. 継続分（簡易型）	円	×		件	＝		円
4. 初回分（簡易型）	円	×		件	＝		円
5. 合計（消費税相当額を含む）							円

私は下記のことを代理人と定め、
関する権限を委任します。

との下記事項に

1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料の受領に関する件
2 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求に関する件
3 振込み口座指定の件
4 その他（ ）

年 月 日

委任者

住所

商号又は名称

委任者職氏名

委任者印



受任者

住所

商号又は名称

受任者職氏名

受任者印

[illegible]