

書式集

新しい総合事業実施に伴う
介護予防ケアマネジメントについて《手引き書》別冊

平成28年12月作成

目次

◆「2 総合事業窓口対応」関連書式	1
◆「3 介護予防ケアマネジメント」関連書式	7
◆「4 報酬請求、支払い」関連書式	32
◆「5 前橋市の指定以外のサービス」関連書式	43

対象者確認シート

年 月 日 市窓口・包括・プランチ・居宅

氏 名 (1号・2号)

被保険者番号

※第2号被保険者は認定申請

1. 申請の動機

2. ①現病 ※がん末期は認定申請

--

②状況

--

3. チェックフロー

困りごとや生活上の支障があるか。

☐ ある () ☐ ない

一般介護予防事業

歩行状態

☐ 連続で歩ける (杖やシルバーカーにつかまるのも可) ☐ 歩けない (車椅子使用等)

認定申請

もの忘れ

☐ ない、または年齢相応 (生活に支障なし) ☐ 生活に支障がある

認定申請

希望するサービス

《総合事業サービス》

☐ 訪問型サービス
☐ 通所型サービス
☐ 配食サービス

《予防給付サービス》

<input type="checkbox"/> 通所リハ	<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> 住宅改修
<input type="checkbox"/> 訪問リハ	<input type="checkbox"/> 認知症デイ	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 小規模多機能	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> グループホーム	
<input type="checkbox"/> その他 ()		

総合事業のみ

予防給付のみ

基本チェックリスト実施申込書

※相談者の住所地の地域包括支援センターへ送付

両方利用

認定申請

※市役所1階介護保険室または各支所へ申請 (シートの提出は不要)

基本チェックリスト実施申込書

※対象者の住所地の地域包括支援センターへ提出
(新規相談の場合は対象者確認シートも包括へ提出)

受付場所		受付者	書式2-2
担当包括支援センター			

受付日		平成 年 月 日	被保険者番号			
対象者	フリガナ					
	氏名		生年月日			性別
			明・大・昭 年 月 日生			男・女
	住所	〒 前橋市 町 電話番号				
提出者	フリガナ		対象者(本人)との関係			
	氏名					
	住所	〒 ー 電話番号				
	代行事業所名	基本チェックリスト実施時の同行 有 ・ 無				

サービスの利用にあたり、基本チェックリストの実施を申し込みます。

氏 名

《 確認事項 》

現在の状況	要介護認定	なし 要支援：1・2 要介護：1・2・3・4・5
		有効期間： 年 月 日まで
	生活場所	自宅 ・ その他
		入院中： 退院予定日： 年 月 日 リハビリ(予定)： 有 ・ 無
	本人の状態	
立会い者		あり ⇒氏名 被保険者との関係() なし _____
日中連絡の取れる電話番号(携帯可)		— — — —
連絡の取れる時間帯		□いつでも可
実施場所		□自宅 □自宅以外の場所：

様

月 日 ご相談を受けさせていただいた際に、
『基本チェックリスト実施申込書』をご提出いただきました。

後日、地域包括支援センター（ ）の職員から
訪問をさせていただくため、連絡がいきます。



《 問い合わせ先 》

日常生活圏域別	センター名称	住所	連絡先
北部・中部 南部・文京	前橋市地域包括支援センター中央	大手町二丁目 12-1	027-898-6275
若宮・城東 中川	前橋市地域包括支援センター中央東	日吉町二丁目 20-14	027-260-6815
上川淵・下川淵	前橋市地域包括支援センター南部	朝倉町 830-1	027-265-1700
桂萱	前橋市地域包括支援センター桂萱	江木町 1225-1	027-264-0808
東	前橋市地域包括支援センター東	川曲町536	027-280-5590
元総社・総社 清里	前橋市地域包括支援センター西部	大友町三丁目 22-9	027-255-3100
南橋	前橋市地域包括支援センター南橋	関根町668	027-235-3577
永明	前橋市地域包括支援センター永明	天川大島町 三丁目705	027-290-2880
城南	前橋市地域包括支援センター城南	上増田町 600	027-267-9898
大胡・粕川 宮城	前橋市地域包括支援センター東部	堀越町 1658-1	027-283-8655
芳賀・富士見	前橋市地域包括支援センター北部	金丸町 252-1	027-230-2001

基本チェックリスト

○回答欄の「はい」または「いいえ」を○で囲んでください。

住 所			実施者	
氏 名	(男・女)	被保険者番号	包括名称	
			記入日	平成 年 月 日
			生年月日	(明治・大正・昭和) 年 月 日

No.	質 問 項 目	回 答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
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 c m 体重 k g (BMI=)(注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今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。

分類	全体像	運動器機能向上	栄養改善	口腔機能向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
問No.	問 1～20	問 6～10	問 11～12	問 13～15	問 16～17	問 18～20	問 21～25
該当 (1の数)	10項目以上で 該当	3項目以上で 該当	2項目以上で 該当	2項目以上で 該当	問 16に該当	1項目以上で 該当	2項目以上で 該当
	／ 20	／ 5	／ 2	／ 3	／ 2	／ 3	／ 5

総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象候補者となった場合には、基本チェックリストの記入内容等について、介護高齢課、地域包括支援センター及び委託の場合は居宅介護支援事業所へ提供することに同意します。

様式第21号

個 人 番 号		<input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書									
被保険者氏名		被保険者番号								区 分	
フリガナ										<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更	
		生年月日								性 別	
		明・大・昭 年 月 日								男・女	
居宅(介護予防)サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する事業者											
事業所名 ※要支援認定者及び事業対象者の場合は地域包括支援センター名	〒 ()		介護保険事業所番号								
事業所の所在地											
電話番号			※小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)の場合どちらかに印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者(73) <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者(75)								
事業所を変更する場合の事由等 ※事業所を変更する場合のみ記入してください。											
小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無 ※利用開始月と同一月の他の居宅サービス等の利用について記入してください。		<input type="checkbox"/> 1利用なし <input type="checkbox"/> 2利用あり(利用したサービス:)									
(あて先)前橋市長 上記のとおり、居宅(介護予防)サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼することについて届出ます。 平成 年 月 日 住所 被保険者 氏名 ⑩ 電話番号 ()											
提出代行者 氏名 電話番号 () 被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 上記事業者 <input type="checkbox"/> その他()											
保険者確認欄	届出方法 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> その他() 対応日 年 月 日 処理者()、 <input type="checkbox"/> 保険証交付()										
	被保険者資格 <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 未回収(再交付、認定申請同時または資格者証) 認定等 <input type="checkbox"/> 認定申請中(新規・区変) <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 事業対象者(基本チェックリスト・基本チェックリスト実施申込書)										
	その他 ()										

〈注意〉

- この届出書は、要介護認定の申請時又は居宅サービス計画・介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第、速やかに前橋市へ被保険者証及び基本チェックリスト(事業対象者のみ)を添えて、提出してください。
- 居宅サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときは、「事業所を変更する場合の事由等」の欄に記入のうえ、前橋市に届け出てください。
- 届出のない場合、サービスに係る費用をいったん全額自己負担していただくことがあります。要介護(支援)認定(更新・変更・転入)申請中のサービス利用についても、利用する日の同月中に必ず届け出てください。

届出書の記入方法

届 出 書 名

表題の届出書名のいずれかに□を付してください。

区 分

初めて届け出をする場合は、「新規」に□を付し、すでに届け出をしている指定居宅介護支援事業者等を変更する場合は、「変更」に□を付してください。

被保険者氏名・被保険者番号・生年月日・性別等

利用者ご本人の氏名等、もれなく記入してください。

居宅(介護予防)サービス計画の作成及び介護予防ケアマネジメントを依頼する(変更)する業者

<要介護認定を受けている方の場合>

指定居宅介護支援事業者一覧表などから、事業所へ直接連絡し、事業所名、所在地、電話番号、介護保険事業所番号等の必要事項を記入し、前橋市へ提出してください。

<要支援認定を受けている方、または基本チェックリストにより事業対象となった方の場合>

①介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターに依頼したい場合
地域包括支援センターへ直接連絡し、必要事項を記入し、前橋市へ提出してください。

②介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業者に依頼したい場合
(前橋市地域包括支援センターからの委託)

お願いしたい居宅介護支援事業者へ直接連絡してください。

↓

この「届出書」と「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント依頼申出書」に必要事項を記入し、居宅介護支援事業者へ提出してください。

↓

居宅介護支援事業者が「申出書」とこの「届出書」を地域包括支援センターに提出してください。

↓

地域包括支援センターがこの「届出書」を前橋市へ提出してください。

※小規模多機能型居宅介護(介護予防も含む)を利用する場合

・小規模多機能型居宅介護事業者(介護予防も含む)へ直接連絡し、必要事項を確認し記入して、市へ提出してください。

・小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無を記入してください。

(注) 居宅サービス等：居宅(介護予防)サービスのうち、居宅療養管理指導及び特定施設入所者生活介護を除いたサービス。

地域密着型サービス(介護予防を含む)のうち、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、短期利用型の認知症対応型共同生活介護。

事業所を変更する場合の事由等

居宅(介護予防)サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者を変更する場合のみ記入してください。

被保険者住所・氏名・電話番号、印

もれなく記入してください。押印は、被保険者本人の押印が必要です。被保険者本人以外が提出を代行する場合、提出代行者の欄ももれなく記入してください。

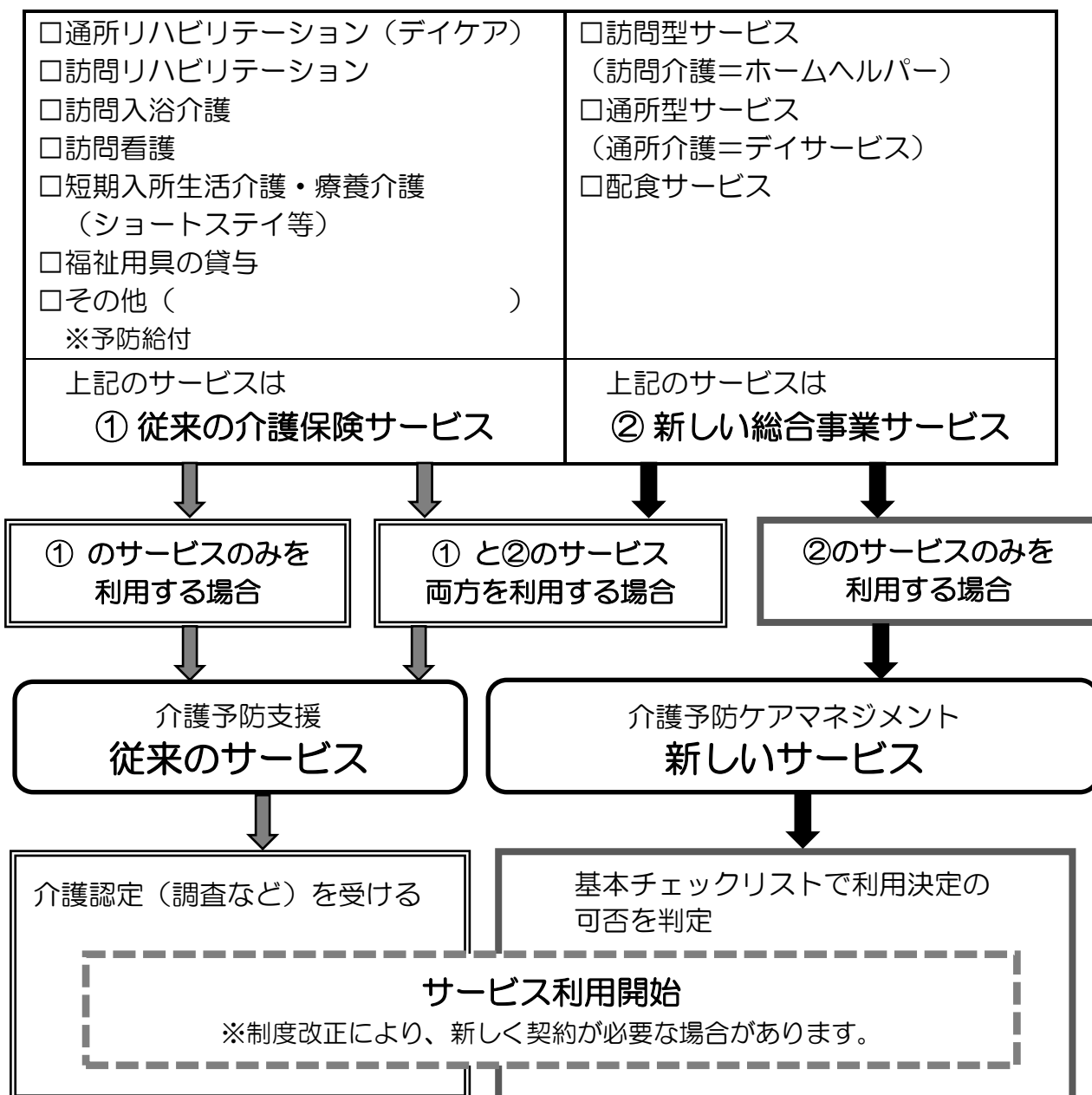
要支援 1・2 の認定を受けている皆さまへ

介護予防サービスの仕組みが変わります

訪問介護（ホームヘルパー）と通所介護（デイサービス）が前橋市の事業になります。

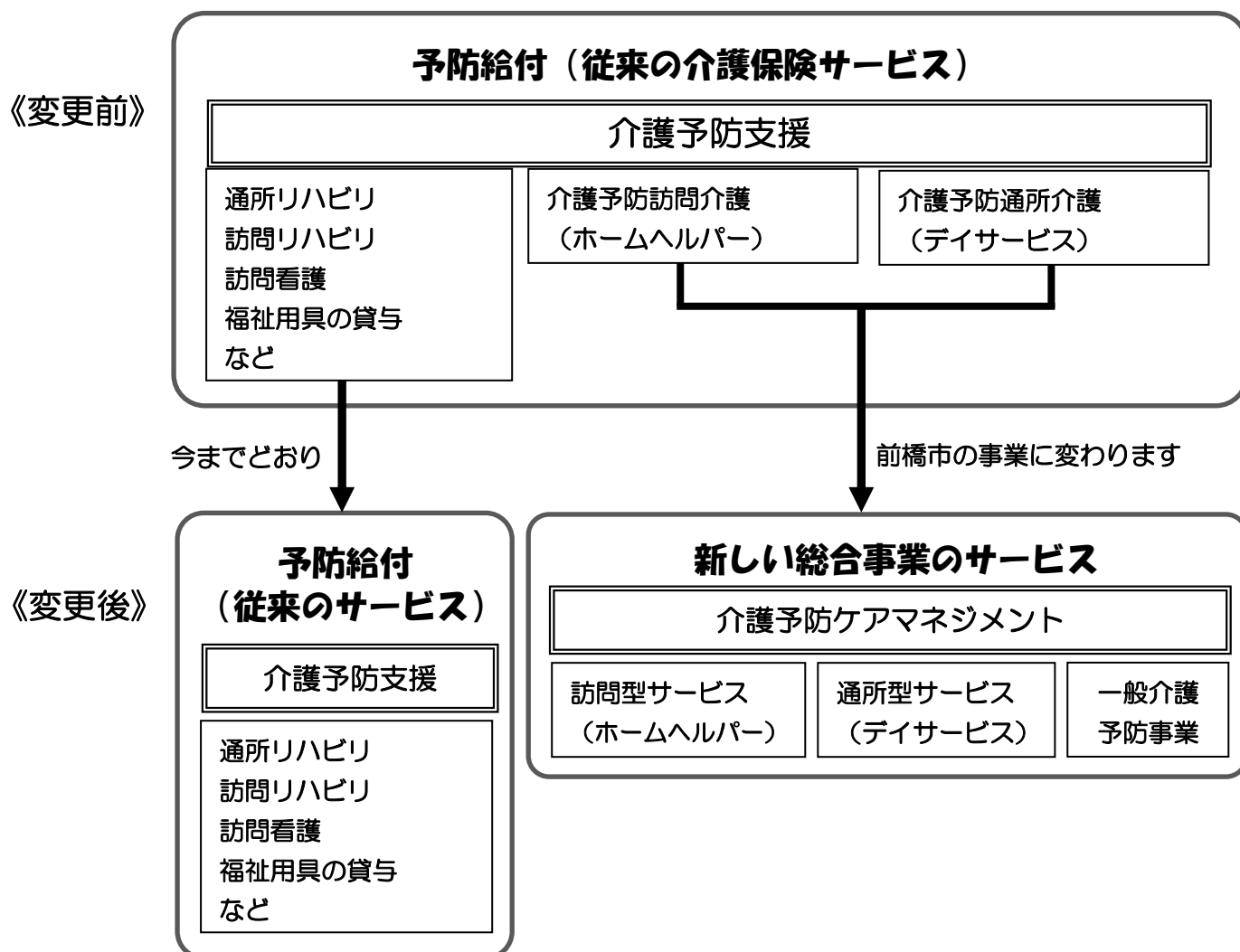
- 介護保険法が改正され、今まで全国一律、同じ仕組みで提供していた介護予防サービスのうち、訪問介護（ホームヘルパー）と通所介護（デイサービス）について、前橋市の事業として提供することになりました。
- 被保険者証の認定期間の開始日が平成 29 年 4 月 1 日以降になる方から、新しい制度に変わります。
- 新しい制度に変わっても、引き続き必要なサービスを利用することができます。

▼▼ 利用するサービスを確認しましょう ▼▼



介護予防サービスの制度変更について

要支援 1 または 要支援 2の方



◆予防給付のサービスを利用する方が、同時に新しい総合事業のサービスを利用する場合は、介護予防支援となります。

新しい総合事業の特徴

- 迅速にサービスの利用開始ができます
- サービスの内容や料金が多様化します
- 自立に向けた次のステップを目指します
- 必要なときにはいつでも要介護認定申請が可能です

新しい総合事業の対象者となった後や、サービスを利用し始めた後も、必要な時にはいつでも要介護認定申請が可能です。新しい総合事業のみを利用する場合は、基本チェックリストで、要介護認定を省略できます。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント依頼申出書

被保険者氏名				被保険者番号							
フリガナ											
				生年月日				性 別			
				明・大・昭 年 月 日				男・女			
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者											
事業者の事業所名								事業所印または 介護支援専門員個人印			
事業所の所在地											
電話番号 ()											
担当介護支援専門員名											
事業所番号				4 3							
<p>(あて先) 前橋市地域包括支援センター〇〇 センター長</p> <p>上記の居宅介護支援事業者に介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを依頼することを申し出ます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>電話番号 ()</p> <p>被保険者</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: center;">印</p>											

注1 この申出書は、居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書、介護保険被保険者証と共に担当地域包括支援センターへ提出してください。

介護予防支援事業・介護予防ケアマネジメント事業利用申込書

平成 年 月 日

(あて先) 前橋市地域包括支援センター〇〇

〇〇法人	〇〇〇
〇〇〇	〇 〇 〇 〇

利 用 者 住 所

氏 名 印

利 用 者 住 所

代 理 人

氏 名 印 (続柄

家族代表 住 所

氏 名 印 (続柄

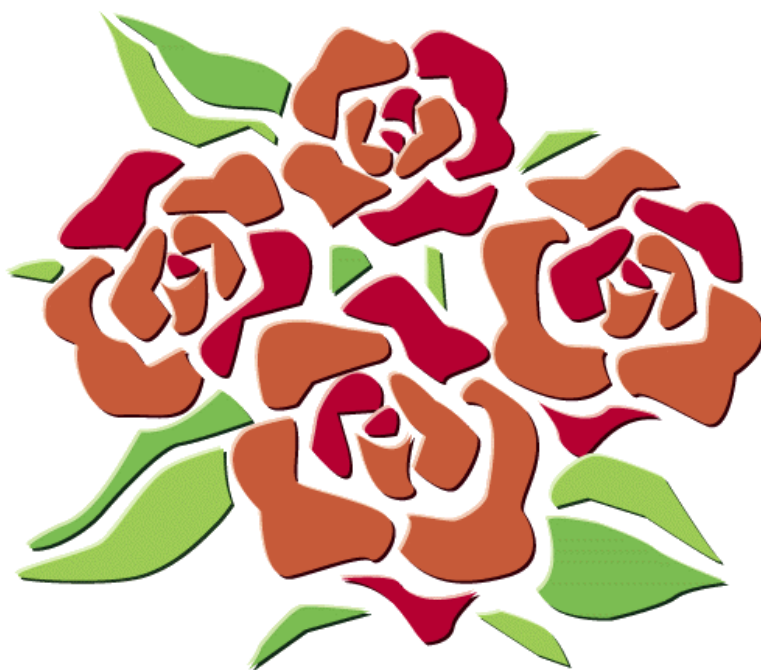
(注)「家族代表」欄は、重要事項説明等の内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整等を行える家族の代表です。なお、家族代表は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

別紙『重要事項説明書』及び『個人情報利用同意書』の説明を受け、同意しましたので、前橋市地域包括支援センター〇〇による「介護予防支援事業」または、「介護予防ケアマネジメント事業」の利用について申し込みます。

利 用 者	被保険者番号											生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日
	フリガナ												
	氏 名											性 別	男 ・ 女
	住 所												
		電話番号 ()											
	要支援状態区分	要支援1		要支援2		事業対象者							
	対象要件	有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日										基本チェックリスト実施日 平成 年 月 日	

介護予防支援事業または、介護予防ケアマネジメント事業の一部を居宅介護支援事業所へ委託する場合の委託先	事業所名	
	事業所住所	

介護予防支援及び
介護予防ケアマネジメント
重 要 事 項 説 明 書



前橋市地域包括支援センター〇〇

あなたに説明する重要事項は以下のとおりです。

1. 事業所の概要

事業所名	マエバシシ チイキホウカツシエンセンター〇〇〇〇 前橋市地域包括支援センター〇〇	
管理者の役職	(センター長)	(管理者)
事業所の所在地	〒	
代表電話番号/FAX 番号	TEL	FAX
介護保険の指定番号		
指定年月日		

2. 事業の目的と運営方針

目的	利用者が、介護予防に資する保健医療サービスまたは福祉サービスの適切な利用等をできるよう、介護予防サービス・支援計画書(介護予防ケアマネジメント結果等記録表)の作成等を行います。
運営方針	<p>(1) 利用者が可能な限り居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮します。</p> <p>(2) 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、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。</p> <p>(3) 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、利用者に提供される指定介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。</p> <p>(4) 前橋市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、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等の連携に努めます。</p> <p>(5) 前橋市地域包括支援センター運営協議会で適当と認めた指定居宅介護支援事業者へ介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの一部を委託します。</p>

3. 職員の体制に関する事項

所属する担当職員の 人数・構成	保健師等の人数	
	主任介護支援専門員等の人数	
	社会福祉士等の人数	
	その他の職員の人数	

4. サービスの内容等に関する事項

営業時間 (窓口対応可能時間)	月～金曜	
	休日	
サービス提供地域	前橋市〇〇圏域(前橋市日常生活圏域による)	
損害賠償保険について	前橋市地域包括支援センター〇〇(以下、「事業者」とする)の責任により生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。	
苦情・相談対応窓口の 名称・連絡先・対応時間	事業所に設置された苦情・相談対応窓口	管理者
		連絡先電話番号
	行政機関に設置された苦情・相談対応窓口	名 称 前橋市福祉部介護高齢課
		連絡先電話番号 (027-224-1111)
	国保連苦情・相談対応窓口(介護サービス苦情相談窓口)	名 称 群馬県国民健康保険団体連合会
		連絡先電話番号 (027-290-1323)
	その他苦情受付機関	名 称 群馬県社会福祉協議会
		連絡先電話番号 (027-255-6669)
事故発生時の対応	担当職員は、利用者に対する指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供により事故が発生した場合には速やかに管理者、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、前橋市に報告します。	
秘密の保持	担当職員は、業務上知り得た利用者やその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、介護予防サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合には、事前に同意を得た上で個人情報を使用させていただきます。(別紙・個人情報同意書に記載)	

利用料	事業者が提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに対する料金規定は【介護予防重要事項説明書別紙】のとおりです。	
サービス提供の終了について	サービス提供の終了	<p>(1) 利用者の要介護認定区分が要介護となった場合</p> <p>(2) 事業対象者に該当せず、かつ要介護認定区分が非該当となった場合</p> <p>(3) 利用者が施設等に入所した場合</p> <p>(4) 利用者が他の市町村に転出した場合又は他の圏域に転居した場合</p> <p>(5) 利用者が利用の終了を申し出た場合</p> <p>(6) 利用者が死亡した場合</p>
	利用者による解約	利用者は、その担当職員が、正当な理由がなくこれに定める介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントをしない場合、若しくは担当職員が故意又は過失により、利用者またはその家族等の身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行った等の場合、サービス提供の利用を解約することができます。
	事業者による解除	事業者は、利用者又は、その家族が担当職員等に対して、生命・身体・財産・信用を傷つけ、又は著しい不信行為を行う等の場合、文書で通知することにより、サービス利用の提供を解除することがあります。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供開始に当たり、利用者に対して本書面に基いて、重要な事項を説明しました。

平成 年 月 日

事業所

所在地

説明者氏名

印

【重要事項説明書 別紙】

料 金

- ◆当事業者が提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントAに対する料金規定は下表のとおりです。

料金項目	単位数	1単位当たりの単価	料金
① 介護予防支援 及び 介護予防ケアマネジメントA	430単位	×10.21円	4,390円
② 初回加算	300単位		3,063円
③ 介護予防小規模多機能型 居宅介護事業所連携加算	300単位		3,063円

初回利用月は、①+②で7,453円、2か月目以降の利用月は、4,390円
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携をした月は、上記に3,063円
を加算します。

- ◆当事業者が提供する介護予防ケアマネジメントB及びCに対する料金規定は下表のとおりです。

料金項目	単位数	1単位当たりの単価	料金
① 簡略化した介護予防ケアマネジメントB	330単位	×10.21円	3,369円
② 初回のみ介護予防ケアマネジメントC	330単位		3,369円
③ 初回加算	300単位		3,063円
④ 介護予防小規模多機能型 居宅介護事業所連携加算	300単位		3,063円

ケアマネジメントBについては、初回利用月は、①+③で6,432円、2か月目以降の利用月は、3,369円、
ケアマネジメントCについては、初回利用時は、②+③で6,432円、
それ以降は3,369円、
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携をした月は、上記に3,063円
を加算します。

ただし介護保険法等関係法令の改正により、利用料の改定が必要になった場合には、
契約締結後においても、改定後の金額に変更となることがあります。

要支援認定を受けられた方及び、基本チェックリストの結果で事業対象者となった方は
介護保険制度から全額給付されるので、自己負担はありません。

白
紙

介護予防サービス等についてのご説明

前橋市地域包括支援センター〇〇が、利用する方に提供するサービスは、次のとおりです。

1. 提供するサービス

- 1) 介護予防サービス・支援計画書（介護予防ケアマネジメント結果等記録表）作成
- 2) 居宅サービス事業者との契約締結に関する必要な援助
- 3) 関連事業者等の連絡調整
- 4) 給付管理票の作成・提出
- 5) サービス提供の効果判定

2. サービス提供の目的

サービスの提供にあたっては、利用する方の要支援状態の軽減もしくは、悪化の防止につながるように、適切にサービス提供します。

3. 介護予防サービス・支援計画書（介護予防ケアマネジメント結果等記録表）の作成から、サービスをご利用いただくまでの手順は次の通りです。

《介護予防支援・介護予防ケアマネジメントA》

- ① 担当者がご自宅を訪問し、利用するご本人やご家族から、健康状態や生活状況、サービスに対する要望などのお話を伺います。
↓
- ② 利用する方の同意を得て、主治医へ意見をお尋ねすることがあります。
↓
- ③ 利用するサービスが円滑に提供されるよう、サービス提供事業者等が集まり、打ち合わせ会（サービス担当者会議）をします。
↓
- ④ 介護予防サービス支援計画の内容、利用料などについて説明し、利用するご本人やご家族の同意が得られた後、介護予防サービス・支援計画書（介護予防ケアマネジメント結果等記録表）をお渡しします。
↓
- ⑤ サービスをご利用していただけます。

《介護予防ケアマネジメントB・C》

- ① 担当者がご自宅を訪問し、利用するご本人やご家族から、健康状態や生活状況、サービスに対する要望などのお話を伺います。
↓
- ② 利用する方の同意を得て、主治医へ意見をお尋ねすることがあります。
↓
- ③ 介護予防サービス支援計画の内容、利用料などについて説明し、利用するご本人やご家族の同意が得られた後、介護予防サービス・支援計画書（介護予防ケアマネジメント結果等記録表）をお渡しします。
↓
- ④ サービスをご利用していただけます。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント 個人情報利用同意書

私の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用目的

- (1) サービスの提供を受けるに当たって、担当職員とサービス事業者及び関係機関等との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- (2) 上記(1)ほか、居宅介護支援事業所又は、サービス事業所及び関係機関等との連絡調整のために必要な場合
- (3) 現にサービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又は、ケガ等で病院へ行ったときで医師・看護師等に説明する場合

2. 使用する個人情報

- (1) 介護保険認定情報(認定結果、認定調査票、主治医意見書、認定審査会意見)
または、基本チェックリスト情報
- (2) 基本情報
- (3) アセスメント
- (4) 経過記録
- (5) 介護予防サービス・支援計画書(介護予防ケアマネジメント結果等記録表)
- (6) サービス利用結果

3. 個人情報を提供する事業所等

- (1) 介護予防サービス・支援計画書(介護予防ケアマネジメント結果等記録表)に掲載されているサービス事業所、関係機関、関係者
- (2) 受託した居宅介護支援事業所
- (3) 病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合)

4. 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

5. 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

担当する職員は

名 前 _____

事業所名 _____

電話番号等

連絡先 _____

ご遠慮なく、ご連絡ください。



介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. _____

利用者名 _____ 様 (男・女) _____ 歳 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：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

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

目標とする生活 _____

1 日		1 年											
アセスメント領域と現在の状況		本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
								目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について			<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、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来自らうべき支援が実施できない場合】
適切な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印 _____

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

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

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相 談 日	平成 年 月 日 ()		来 所・電 話 その他 ()		初 回 再来 (前 / /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()					
フリガナ 本人氏名			男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳		
住 所				Tel	()	
				Fax	()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度		自立・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・2			
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M			
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支 1・要支 2・要介 1・要介 2・要介 3・要介 4・要介 5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度：) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日					
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、その他 ()					
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室 (有・無) () 階、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					
来 所 者 (相談者)			続 柄	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)						
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先			
				家族関係等の状況		

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活 状況（どんな 暮らしを送 っているか）	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 （主治医・意見作成者に☆）		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、**基本チェックリスト記入内容**、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、**総合事業におけるサービス事業等実施者**、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名

印

基本チェックリスト

○回答欄の「はい」または「いいえ」を○で囲んでください。

住 所			記 入 日	平成 年 月 日
氏 名	(男・女)	被保険者番号	生年月日	(明治・大正・昭和) 年 月 日

No.	質 問 項 目	回 答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
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 c m 体重 kg (BMI=)(注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今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。

分類	全体像	運動器機能向上	栄養改善	口腔機能向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
問No.	問1～20	問6～10	問11～12	問13～15	問16～17	問18～20	問21～25
該当 (1の数)	10項目以上で 該当	3項目以上で 該当	2項目以上で 該当	2項目以上で 該当	問16に該当	1項目以上で 該当	2項目以上で 該当
	／20	／5	／2	／3	／2	／3	／5

興味・関心チェックシート

記入日： 年 月 日

氏名： 年齢： 歳 性別： 男 ・ 女

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×を付けてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けた
リハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会(2014.3)

興味・関心チェックシートの項目

生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く	ADL		
一人でお風呂に入る			
自分で服を着る			
：			
料理を作る	IADL		
買い物			
電車・バスでの外出			
孫の世話			
：			
家族・親戚との団らん	参加		
ボランティア			
：			
読書	趣味		
パソコン			
：			
畑仕事	仕事		
賃金を伴う仕事			

興味・関心チェックシートの記入方法

- ① 各項目ごと、現在している生活行為には、その頻度に関係なく「している」の欄に○を記入。
- ② 「していない」項目については、それを「してみたい」か意向を聞く。
してみたいものには、「してみたい」の欄に○を記入。
- ③ 興味の有無を確認。
している、していない、してみたい、できる、できてないに関係なく、興味がある場合は「興味がある」の欄に○を記入。
- ④ いずれにも該当しない場合は、「している」の欄に×を記入。
- ⑤ 空欄には、リスト以外の生活行為や趣味活動など、私用する場に応じて追記する。

月分・利用実績報告書

参考資料 3-2

事業所配付用

事業所配付用	事業所番号	1	0	2	0	1	2	事業所名	前橋市	事業所番号	1	0	0	1	0	0	1	4	作成者登録番号		
被保険者番号								フリガナ 被保険者氏名		事業者名								作成者			
生年月日	明大昭	年	月	日	(歳)	性別	男 女	対象要件 いずれかに○	事業対象者 要支援1 要支援2	チェック実施日	H	年	月	日	～	年	月	日	区分支給 限度額	5,003	単位/月

職員名は消さずに
送信してください

提供時間	サービス内容	サービス コード	事業所 (利用先)	日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	合計 利用単位数	
9:30 ~ 10:15	訪問型サービスⅠ	A1	大手町ヘルパーステーション	曜日					金											金											1,168	
	通所型C 楽楽食教室	—	市高齢福祉課	予定					1							1															4	
				実績					0							1															3	
	訪問型C 我が家でピンジャン!	—	市高齢福祉課	予定																											—	
				実績																											—	
				予定																												
				実績																												
				予定																												
				実績																												
				合計																												

報告される事業者名・担当者名は必ず記載してください。報告書を読んで、連絡することもあります

曜日は記入・未記入どちらでもOKです

事業所名	通所型C 楽楽食教室	サービス担当者	報告日	合計単位数
			5月1日	

① サービス中の様子

② 計画通りにサービス利用はできているか

③ 計画変更の必要性や気づいたことなど

・送迎の様子・バイタルサイン
・屋食の様子や食事時の摂取量
・レクリエーション参加の様子
・他の利用者との交流の様子など
気がついたことを記載します

・サービス担当者会議で合意した目標に向かっているでしょうか? (本人の様子や支援内容)
・個別サービス計画通り支援が実行されていますか? (専門職の意見を教えてください)
・来月の目標などもありましたら、記載してください

・新たな目標は発生していませんか?
・個別サービス計画の変更はありませんか?

提供に際し、該当になるいずれかに○を付けてください。
7級地人件費割合: 10.21・10.17・10.14
介護職員処遇改善加算: 無・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ

訪問型サービス

サービス名称	適応事業所	内容	利用実績報告書の記載	
			サービス内容	サービスコード 利用単位数
訪問型サービスⅠ (介護予防訪問介護相当サービス)	みなし指定事業所 みなし指定事業所以外	事業対象者・要支援1.2の者が、週1回程度の訪問型サービスを利用した場合	訪問型サービスⅠ	A1 A2 1,168単位/月
訪問型サービスⅡ (介護予防訪問介護相当サービス)	みなし指定事業所 みなし指定事業所以外	事業対象者・要支援1.2の者が、週2回程度の訪問型サービスを利用した場合	訪問型サービスⅡ	A1 A2 2,335単位/月
訪問型サービスⅢ (介護予防訪問介護相当サービス)	みなし指定事業所 みなし指定事業所以外	要支援2の者が、週2回を超える程度の訪問型サービスを利用した場合	訪問型サービスⅢ	A1 A2 3,704単位/月
訪問型サービスⅣ/2 訪問型サービスⅤ/2 訪問型サービスⅥ/2 (訪問型サービスA-1)	新規指定事業者	事業対象者・要支援1.2の者が、訪問型サービス(A-1)を利用した場合 ※事業対象者・要支援1は10回まで、要支援2は12回まで	訪問型サービスⅣ/2 訪問型サービスⅤ/2 訪問型サービスⅥ/2	A2 233単位/回
訪問型サービスⅣ/3 訪問型サービスⅤ/3 訪問型サービスⅥ/3 (訪問型サービスA-2)	新規指定事業者	事業対象者・要支援1.2の者が、訪問型サービス(A-2)を利用した場合 ※事業対象者・要支援1は10回まで、要支援2は12回まで	訪問型サービスⅣ/3 訪問型サービスⅤ/3 訪問型サービスⅥ/3	A2 200単位/回

利用実績報告書の記載		
サービス内容	事業所(利用先)	利用単位数
総合事業 訪問型C 我が家でピンジャン!	— 市介護高齢課	—

通所型サービス

サービス名称	適応事業所	内容	利用実績報告書の記載	
			サービス内容	サービスコード 利用単位数
通所型サービス1 (介護予防通所介護相当サービス)	みなし指定事業所 みなし指定事業所以外	事業対象者・要支援1.2の者が、週1回程度の通所型サービスを利用した場合	通所型サービス1	A5 A6 1,647単位/月
通所型サービス2 (介護予防通所介護相当サービス)	みなし指定事業所 みなし指定事業所以外	事業対象者・要支援1.2の者が、週2回程度の通所型サービスを利用した場合	通所型サービス2	A5 A6 3,377単位/月

利用実績報告書の記載		
サービス内容	事業所(利用先)	利用単位数
通所型サービスA	— 後日、ホームページにて提示します	—

利用実績報告書の記載			サービスコード	事業者(利用先)	利用単位数	会場
サービス内容						
歩行・動作軽やかスクール 通所型C				市介護高齢課	—	市総合福祉会館 健康増進室
通所型C 脳活教室				市介護高齢課		
通所型C 栄養食教室				市介護高齢課		
通所型C ひざ・腰らくらく教室				柔道整復師会		
						群馬県 柔道整復師会館

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表

評価日

利用者名

殿

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成／未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

地域包括支援センター意見		
総合的な方針		<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了
		<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了

No. _____

利用者名

様 (男・女) 歳

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
計画作成（変更）日
年
月
日
（初回作成日）
年
月
日

把握経路
1. 本人・家族からの相談
2. 医療機関からの情報提供
3. 民生委員からの情報提供
4. 地域住民からの情報提供
5. 訪問活動による実態把握
6. 居宅ケアマネからの移行
7. 包括からの移行
8. その他（ ）

[illegible]

基本チェックリスト結果（アセスメント時）							実施日				年	月	日		
	全体像	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		全体像	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	/20	/5	/2	/3	/2	/3	/5	予防給付または 地域支援事業	/20	/5	/2	/3	/2	/3	/5

健康状態について □主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点		計画に関する同意					
		上記計画について、同意いたします。					
		平成	年	月	日	氏名	印

今後の 支援	総合的な方針	地域包括支援センター意見	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更(プラン期間終了による変更・提供事業者変更・その他) <input type="checkbox"/> 終了 改善{一般介護予防事業・セルフケア・趣味活動の参加・その他(悪化{介護保険認定に移行・その他(その他{入院・転居・本人の意思による中止・死亡・その他(<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了