

介護予防 ケアマネジメント関係

介護予防ケアマネジメントについて

介護予防ケアマネジメント(予防給付では介護予防支援)とは

地域包括支援センターが要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態に置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成するものである。

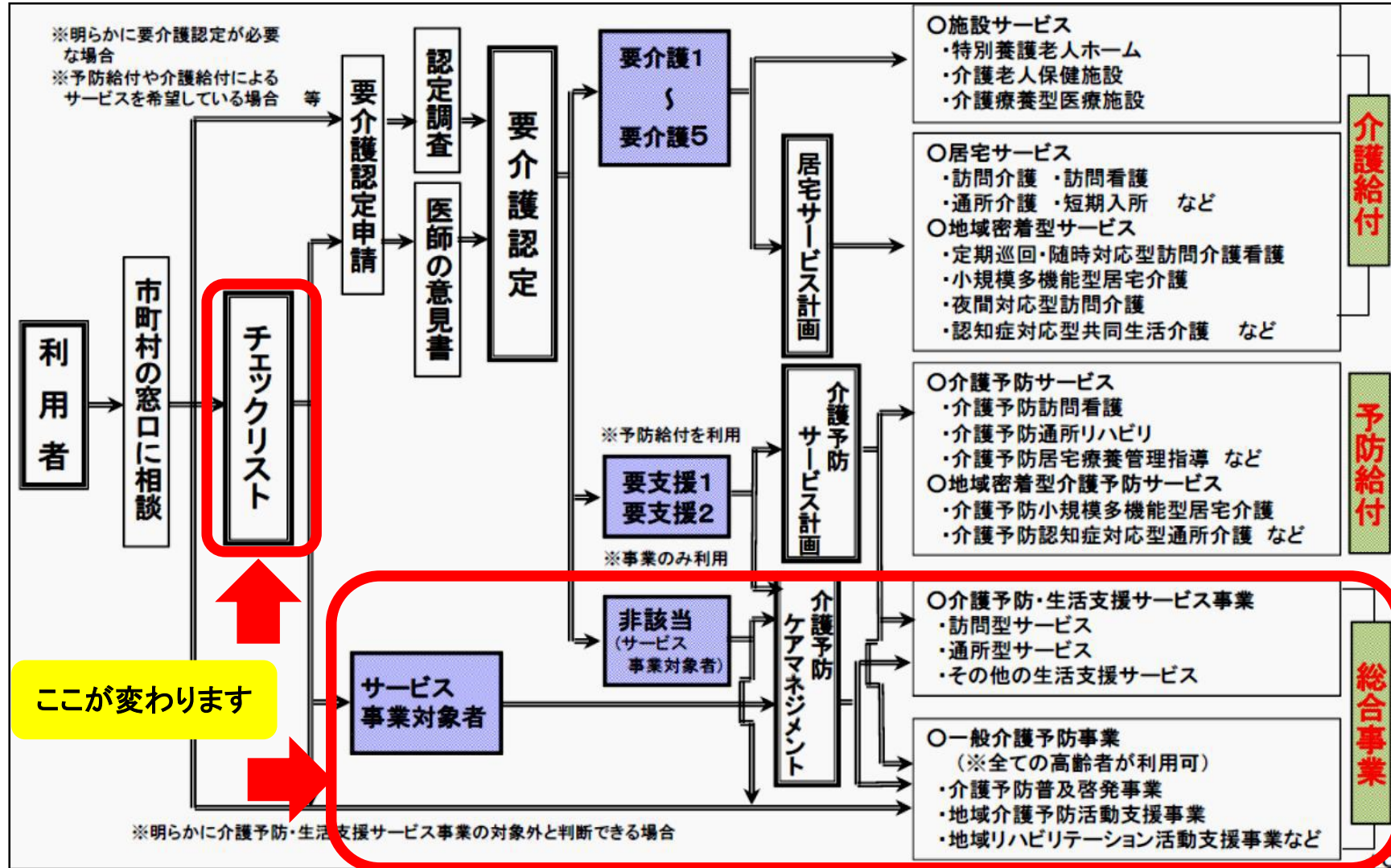
■ 基本的な考え方 ■

★高齢者自身が地域において自立した日常生活を送れるように支援する

★ケアマネジメントの中で、高齢者自身が目標をたて、その目標達成に向けて必要なサービスを利用しながら取り組みを実施していく支援をする

★事業の利用が終了した後も、習慣化され継続する必要があるため、事業の利用支援だけでなく、家庭や地域でのセルフケアなど様々な支援につなげる必要がある。

総合事業実施後の手続き



介護予防ケアマネジメントについて

種 類	要支援者 (給付のみ)	要支援者 (給付＋事業)	要支援者 (事業のみ)	事業対象者
介護予防ケアマネジメント (介護予防ケアマネジメント)	×	×	○	○
介護予防支援(予防給付) (介護予防サービス計画)	○	○	×	×

■ 介護予防ケアマネジメントの実施主体 ■

- 対象者が居住する住所地を担当する地域包括支援センター
- 地域包括支援センターから委託を受けた指定居宅介護支援事業所

介護予防ケアマネジメントの類型

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
	原則的な介護予防ケアマネジメント	簡略化した介護予防ケアマネジメント	初回のみ介護予防ケアマネジメント
ケアマネジメントのプロセス	<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ●訪問型サービスC,通所型サービスCを利用する場合 ●その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	ケアマネジメントA又はC以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合(指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等)	ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	○
サービス担当者会議	○	必要時	
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプランの確定・交付 [利用者・サービス提供者へ]	○	○	
利用するサービス提供者等への説明・送付			○
モニタリング [給付管理]	○(3か月)	○(適宜)	必要時

区分支給限度額

利用者区分	サービス利用のパターン例		ケアマネジメント費	支給限度額
事業対象者	事業(訪問介護のみ)		介護予防ケアマネジメント費	5,003単位
	事業(通所介護のみ)			
	事業(訪問介護+通所介護)			
要支援1	給付 +	給付のみ	介護予防支援費	5,003単位
		事業(訪問介護のみ)		
		事業(通所介護のみ)		
		事業(訪問介護+通所介護)		
	事業(訪問介護+通所介護)		介護予防ケアマネジメント費	
要支援2	給付 +	給付のみ	介護予防支援費	10,473単位
		事業(訪問介護のみ)		
		事業(通所介護のみ)		
		事業(訪問介護+通所介護)		
	事業(訪問介護+通所介護)		介護予防ケアマネジメント費	

サービス種類コードと単価

区分		サービス種類 コード	単価(月)	サービス利用パターン例	
事業対象者	介護予防ケアマネ ジメント費 (ケアマネジメントA)	AF	430単位	事業(訪問介護)のみ	
				事業(通所介護)のみ	
				事業(訪問介護+通所介護)	
要支援1 ・ 要支援2	介護予防支援費	46	430単位	給付のみ	
				給付と	事業(訪問介護)
					事業(通所介護)
	事業(訪問介護+通所介護)				
	介護予防ケアマネ ジメント費 (ケアマネジメントA)	AF	430単位	事業(訪問介護)のみ	
				事業(通所介護)のみ	
事業(訪問介護+通所介護)					

※介護予防初回加算、介護予防小規模多機能連携加算(共に300単位)も現行同様に算定可能

⇒介護予防ケアマネジメント費(ケアマネジメントA)の場合は、サービス種類コードを「46」ではなく、「AF」にして請求

ケアマネジメント 初回加算の取扱い

○基本的には指定介護予防支援における初回加算の基準に準じる

- ①新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合
- ②要介護者が要支援認定になる場合、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

※総合事業前に予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間が終了した翌月から、サービス事業対象者として総合事業のサービスを利用する場合、初回加算を算定することはできない。

要介護認定の申請期間中のサービス利用と費用の関係 ①

～事業対象者が介護保険を申請し、「非該当」または「要支援」となった場合～

利用サービス	認定結果		要支援認定者
	費用請求区分	非該当者(事業対象者)	
給付のみ	給付サービス費	全額自己負担	予防給付
	ケアマネジメント費	全額自己負担	
給付と 総合事業を併用	給付サービス費	全額自己負担	予防給付
	総合事業(現行相当サービス費)	総合事業	総合事業
	ケアマネジメント費	総合事業	予防給付
総合事業 のみ	総合事業(現行相当サービス費)	総合事業	総合事業
	ケアマネジメント費		

- ★ 上記はそれぞれの指定を受けていることが前提
- ★ 月の途中で対象区分に変更がある場合は、月末における対象区分に応じたケアマネジメント費で算定するものとする。

要介護認定の申請期間中のサービス利用と費用の関係 ② ～事業対象者が介護保険を申請し、「要介護」となった場合～

★ 介護保険申請日から認定日前日までのサービス費の支払い方法

利用サービス	費用請求区分	申請日に遡って 要介護として取り扱う場合	申請日から認定日の前日 まで事業対象者として取り 扱う場合
給付のみ	給付サービス費	介護給付	
	ケアマネジメント費		
給付と総合事業 を併用	給付サービス費	介護給付	
	総合事業(現行相当サービス費)		
	ケアマネジメント費		
総合事業のみ	総合事業(現行相当サービス費)	介護給付	総合事業
	ケアマネジメント費		



★現行相当サービス(介護報酬基準相当)のみ、「介護給付」または「事業」のいずれかを選択できる。

★上記のいずれの場合もアセスメント～担当者会議等適切なケアマネジメントをすべて行っていることが前提。

ケアマネジメント A（原則的な介護予防ケアマネジメント）の実施手順

※ケアマネジメントに関する様式は、予防給付で用いている様式を活用

介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の提出

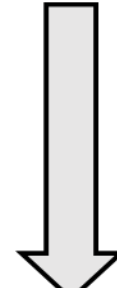


☆地域包括支援センターが市に提出する。

☆「要支援者」は、必要に応じて「認定調査結果」「主治医意見書」を開示
請求する。 *従前どおり

☆「事業対象者」は、基本チェックリストを受け取る。

アセスメント（課題分析）



☆利用者宅を訪問し、利用者及び家族と面談し、「アセスメントシート（*）」
で状況を聞き取る。 *事業対象者利用

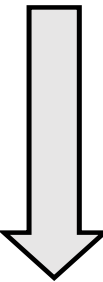
D	清潔・整容と服薬・定期受診が行われているかどうか。 また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康の自己管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする必要がある。(自己管理または家族による管理)	受診の状況	<input type="checkbox"/> 定期的に受診している	<input type="checkbox"/> 必要時に受診している	<input type="checkbox"/> 受診しない
		服薬管理の状況	<input type="checkbox"/> 指示通り飲む	<input type="checkbox"/> 他者の指示があれば飲む	<input type="checkbox"/> できない
		健診の状況	<input type="checkbox"/> 健康診断を受けている	<input type="checkbox"/> 受けていない	
		口腔機能の状況	<input type="checkbox"/> 痛みがある(<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 粘膜)	<input type="checkbox"/> くちの渴き	<input type="checkbox"/> 義歯が合わない
			<input type="checkbox"/> 硬い物が食べにくい	<input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい	<input type="checkbox"/> 臭いが気になる
		歯の手入れ(義歯含む)	頻度(<input type="text"/> 回 / 日・週・月)	方法(<input type="text"/>)	
		食生活・栄養状況	回数(<input type="text"/> 回 / 日)	状況: <input type="checkbox"/> バランスを気づかう <input type="checkbox"/> 偏っている <input type="checkbox"/> 食事量減少 <input type="checkbox"/> 関心なし	
		水分摂取の状況	<input type="checkbox"/> 気をつけている(<input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> 特に気をつけていない	
		飲酒状況・喫煙状況	<input type="checkbox"/> 飲酒:頻度(<input type="text"/> 回 / 日・週)	量(<input type="text"/> / 回)	<input type="checkbox"/> 喫煙:量(<input type="text"/> 本 / 日・週)
		適度な運動	<input type="checkbox"/> している(<input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> していない(理由: <input type="text"/>)	
		適度な休養	<input type="checkbox"/> 心がけている	<input type="checkbox"/> つい無理をしてしまう	
		排泄の状況	<input type="checkbox"/> 支障ない	<input type="checkbox"/> 尿漏れ・尿失禁がある	(気がかりなこと <input type="text"/>)
		入浴の状況	頻度(<input type="text"/> 回 / 週・月)	方法: <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭など	
生活リズム	<input type="checkbox"/> 保たれている(起床: <input type="text"/> 時 / 就寝: <input type="text"/> 時)	<input type="checkbox"/> あまり保たれていない(<input type="text"/>)			
物忘れの状況	物忘れ: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	本人の認識: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
E	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。	居住環境	室内 (<input type="text"/>)	屋外 (<input type="text"/>)	
		経済状況	収入(<input type="text"/> 円)	主な用途(<input type="text"/>)	心配なこと(<input type="text"/>)
		家族の状況	(<input type="text"/>)		
		家族の介護力	<input type="checkbox"/> 期待できる	<input type="checkbox"/> 期待できない(理由: <input type="text"/>)	
		虐待の可能性	<input type="checkbox"/> みられない	<input type="checkbox"/> 要注意(根拠: <input type="text"/>)	
		精神的な不安・意欲低下	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> みられる(内容: <input type="text"/>)	
		見守りの状況	<input type="checkbox"/> ある(<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 民生委員等 <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> IT見守り <input type="checkbox"/> その他)	<input type="checkbox"/> ない	
		緊急時のSOS発信	<input type="checkbox"/> 自分なりの対応ができる	<input type="checkbox"/> 自信がない	<input type="checkbox"/> 特に考えていない
			緊急性の判断: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できにくい		
価値観	大切にしたいこと(<input type="text"/>)				
	嫌なこと(<input type="text"/>)				

領域	視 点
移動 A に運動 して	<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>◆運動器 最低、確認が必要な項目</p> <p><input type="checkbox"/>立ち上がり・片足立ちが介助やどこかにつかまるなど支えなしに出来る</p> <p>●バランスや関節・筋力に問題があり、転倒傾向が大きいと考える</p> <p><input type="checkbox"/>歩行状況(歩行レベル)・・・室内() 野外()</p> <p>●持久力不足や痛み等の運動の継続性が困難でADLへの影響と考える</p> <p><input type="checkbox"/>公共交通機関を使つての外出が介助なしにできる</p> <p>●生活能力や生活範囲の制限が考えられ、移動手段の工夫が必要になる</p> </div> <p><input type="checkbox"/>転倒傾向 <input type="checkbox"/>移動範囲 <input type="checkbox"/>移動手段</p>
	<p>家事(買い物・調理・掃除・選択・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</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>◆栄養 最低、確認が必要な項目: 献立を考え、調理することについての状況</p> <p><input type="checkbox"/>買い物 <input type="checkbox"/>献立を考える <input type="checkbox"/>調理 → 自分で食事の用意をしているか</p> <p>●調理技術および食事選択能力に問題があると判断する</p> <p><input type="checkbox"/>最終的に「食べるのが楽しい」と感じているか</p> <p>●軽度のうつ状態の可能性および食環境に問題があると判断する</p> </div> <p><input type="checkbox"/>洗濯 <input type="checkbox"/>掃除 <input type="checkbox"/>整理整頓 <input type="checkbox"/>ごみ捨て</p> <p><input type="checkbox"/>身だしなみへの関心 <input type="checkbox"/>電気機器類の操作 <input type="checkbox"/>火の始末 <input type="checkbox"/>電話の利用</p> <p><input type="checkbox"/>金銭管理(家計の管理) <input type="checkbox"/>役所や金融機関等の手続き(重要な手続き)</p> <p><input type="checkbox"/>悪質商法への注意 <input type="checkbox"/>情報への関心</p>
B 日常生活・家庭生活について	<p>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</p> <p>家族・近隣の人との人間関係が保たれているか</p> <p>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意欲・関わりの変化(頻度等)はどうか</p> <p>家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度、また、喪失感、孤独感等はどうか</p> <p>社会参加</p> <p><input type="checkbox"/>活動性 <input type="checkbox"/>外出頻度 <input type="checkbox"/>外出目的</p> <p>対人関係: 内容、頻度、依存性等</p> <p><input type="checkbox"/>家族との交流 <input type="checkbox"/>近隣との交流 <input type="checkbox"/>友人・知人との交流</p> <p>コミュニケーション</p> <p><input type="checkbox"/>自己の意思の表出ができる</p> <p><input type="checkbox"/>他者の話の内容が理解できる</p>
	<p>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</p> <p>家族・近隣の人との人間関係が保たれているか</p> <p>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意欲・関わりの変化(頻度等)はどうか</p> <p>家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度、また、喪失感、孤独感等はどうか</p> <p>社会参加</p> <p><input type="checkbox"/>活動性 <input type="checkbox"/>外出頻度 <input type="checkbox"/>外出目的</p> <p>対人関係: 内容、頻度、依存性等</p> <p><input type="checkbox"/>家族との交流 <input type="checkbox"/>近隣との交流 <input type="checkbox"/>友人・知人との交流</p> <p>コミュニケーション</p> <p><input type="checkbox"/>自己の意思の表出ができる</p> <p><input type="checkbox"/>他者の話の内容が理解できる</p>

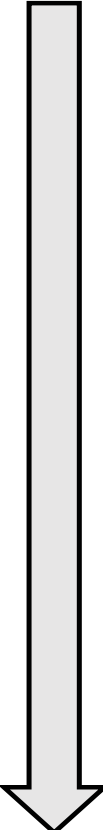
アセスメントのポイント

D 健康管理について	<p>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)</p> <p><input type="checkbox"/>受診状況 <input type="checkbox"/>服薬管理の状況 <input type="checkbox"/>健診の状況</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>◆口腔機能 最低、確認が必要な項目</p> <p><input type="checkbox"/>口の中(歯や歯ぐき・粘膜など)に痛みがある</p> <p>⇒歯科疾患が考えられるため、歯科治療を勧奨する</p> <p><input type="checkbox"/>入れ歯が合わない、痛みがある</p> <p>⇒義歯の不調による摂食障害が考えられるため、歯科受診を勧奨する</p> <p><input type="checkbox"/>食事を食べる時、食べるものが限られる又はやわらかいものしか噛めない</p> <p>⇒器質的又は機能的な問題があると判断する</p> <p><input type="checkbox"/>口の臭いや入れ歯の臭いが気になる</p> <p>⇒口腔ケアの必要性があると判断する</p> </div> <p><input type="checkbox"/>歯の手入れ(義歯含む)</p> <p>◆栄養 最低、確認が必要な項目: 健康のために食事に気をつけることについての状況</p> <p>低栄養予防が日常の食習慣(疾病による食事療法等は除く)を改善することで実施可能かどうかを判定する</p> <p><input type="checkbox"/>食事の回数が1日2回以下でないか</p> <p><input type="checkbox"/>以前に比べて食べる量が減っていないか</p> <p><input type="checkbox"/>水分摂取状況(具体的に確認する)</p> <p><input type="checkbox"/>飲酒状況 <input type="checkbox"/>喫煙状況 <input type="checkbox"/>過度な運動</p> <p><input type="checkbox"/>適度な休養 <input type="checkbox"/>排泄の状況: 失禁の状況、コントロール状況、頻度など</p> <p><input type="checkbox"/>入浴状況 <input type="checkbox"/>生活リズム <input type="checkbox"/>物忘れの状況</p>
	<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/>居住環境 ... 室内() 屋外()</p> <p><input type="checkbox"/>経済状況</p> <p><input type="checkbox"/>家族の状況</p> <p><input type="checkbox"/>家族の介護力</p> <p><input type="checkbox"/>虐待の可能性</p> <p><input type="checkbox"/>精神的な不安・意欲低下</p> <p><input type="checkbox"/>見守りの状況</p> <p><input type="checkbox"/>緊急時のSOS発信</p> <p><input type="checkbox"/>価値観(何を大切にしたいか、どんなことが嫌か)</p> <p><input type="checkbox"/>役割</p> <p><input type="checkbox"/>趣味、楽しみ、生きがい</p>
E その他	<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/>居住環境 ... 室内() 屋外()</p> <p><input type="checkbox"/>経済状況</p> <p><input type="checkbox"/>家族の状況</p> <p><input type="checkbox"/>家族の介護力</p> <p><input type="checkbox"/>虐待の可能性</p> <p><input type="checkbox"/>精神的な不安・意欲低下</p> <p><input type="checkbox"/>見守りの状況</p> <p><input type="checkbox"/>緊急時のSOS発信</p> <p><input type="checkbox"/>価値観(何を大切にしたいか、どんなことが嫌か)</p> <p><input type="checkbox"/>役割</p> <p><input type="checkbox"/>趣味、楽しみ、生きがい</p>

ケアプラン原案作成

- 
- ☆ケアプランの期間は最長 1 年とする。
 - ☆アセスメントの状況により、ケアプラン作成。
 - ※計画書は、群馬県版/全国版 どちらでも可

サービス担当者会議、利用者への説明・同意、ケアプランの確定・交付

- 
- ☆サービス担当者会議の開催。
 - ☆ケアプランの内容を利用者・家族に説明し、同意を得る。
 - ☆サービス担当者会議にて変更された内容があれば修正を加え、ケアプランの最終的に決定する。
 - ☆利用者・サービス提供事業所それぞれにケアプランを交付する。
 - ☆サービス担当者会議の内容は、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録等に記載する。
 - ☆ケアプランの原本（利用者の署名・捺印があるもの）は、地域包括支援センターで保管する。

①表紙 **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)** 初回 紹介 継続 認定済 申請中

NO: 状態区分 要支援1 要支援2 事業対象者

利用者氏名 : 様 被保険者番号 : 生年月日 : 年 月 日 (満 歳)
 認定年月日 : 平成 年 月 日 認定有効期間 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
 計画作成者氏名 : 担当地域包括支援センター名 :
 計画作成事業者 : (事業所名) (所在地) (電話番号)
 計画作成(変更)日 : 平成 年 月 日 (初回作成日) 平成 年 月 日

目標とする生活 生活に対する意向や希望	本人の希望(こんな風にしたい)	1日 1年	1日の生活をどのように作っていくか					
	家族の希望(こんな生活をしてほしい・こんな風にかかわりたい)		週や月、年単位でしたいこと					

健康状態	主治医意見書・健診結果・観察等を踏まえた留意点	必要な事業プログラム 予防給付又は 地域支援事業	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
	主治医のアドバイス		／ 5	／ 2	／ 3	／ 2	／ 3	／ 5
		介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定						

総合的な支援の方法
 改善・予防のポイント(支援の方向性・留意点など)
 妥当な支援の実施に向けた方針【本来行うべき支援ができない場合に記入】

1週間の予定 (利用するサービス)	月	火	水	木	金	土	日
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

【地域包括支援センター記入欄】
 意見 :
 平成 年 月 日 確認 担当者名 :

【利用者記入欄】
 私はこの介護予防サービス・支援計画書(①、②、③)について同意します。
 平成 年 月 日 氏名 : 印

②アセスメント表

アセスメント実施年月日 : 平成 年 月 日 利用者名 : 様

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		総合的課題	
何をして、何をしていないか？		今していない理由？	今後どうしたいですか？	有無	背景・原因の分析、改善可能性の評価	望む生活に必要なこと	
運動・移動 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 交通機関での移動 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(具体的内容)	【本人】	【本人】	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	①	
		【家族】	【家族】				
日常生活(家庭生活) <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> その他の家事 <input type="checkbox"/> 預金管理 <input type="checkbox"/> 世話(花・ペット) <input type="checkbox"/>		【本人】	【本人】	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他		②
		【家族】	【家族】				
社会参加・対人関係・コミュニケーション <input type="checkbox"/> 相談ごと <input type="checkbox"/> 来訪・訪問 <input type="checkbox"/> 会話・手紙 <input type="checkbox"/> 仕事・地域の役割 <input type="checkbox"/>		【本人】	【本人】	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他		
		【家族】	【家族】				
健康管理 <input type="checkbox"/> 入浴・清潔 <input type="checkbox"/> 身だしなみ <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 健診受診 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/>		【本人】	【本人】	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	③	
		【家族】	【家族】				
その他(例 趣味・生きがい) <input type="checkbox"/> 以前のこと <input type="checkbox"/> 今のこと <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		【本人】	【本人】	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他		
		【家族】	【家族】				

③ケアプラン

総合的課題に対する目標と具体策の提案			支 援 計 画					
目標の提案 (評価可能で、具体的)	具体策の提案 (様々な角度からの支援内容)	本人・家族等の意向 (合意のない理由・根拠等)	合意できた目標	支援方法	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 (頻度)	事業所 (利用先)	期間
①	本人	本人	目標	本人(セルフケア)				
				家族				
	家族	家族	支援のポイント	地域				
	その他	()		保険外サービス				
②	本人	本人	目標	本人(セルフケア)				
				家族				
	家族	家族	支援のポイント	地域				
	その他	()		保険外サービス				
③	本人	本人	目標	本人(セルフケア)				
				家族				
	家族	家族	支援のポイント	地域				
	その他	()		保険外サービス				

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

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

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

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

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

地域包括支援センター

【意見】

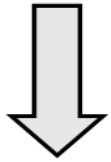
【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

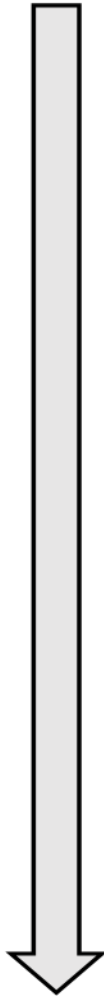
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印 _____

サービスの利用開始



☆各サービス提供者よりサービスを実施する。

モニタリング



☆サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握する。

☆利用者及び家族より直接聴取する他、サービス提供者から状況を聴取する。

☆モニタリングの時期

介護予防支援と同様に、1回/月、訪問・電話・サービス提供事業所での面接等によりモニタリングを実施する。

少なくとも3か月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった時には、訪問して面接する。

*利用者の状況の変化があった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。

☆モニタリングの記録を「介護予防支援サービス計画・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）モニタリング・評価表（※みどり市様式）」に記載する。

利用者氏名 _____ 被保険者番号 0000 担当介護支援専門員名 _____

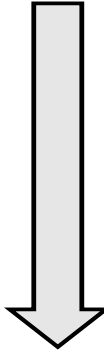
認定期間 平成 ____ 年 ____ 月～平成 ____ 年 ____ 月

							サービス計画評価表 (評価月のみ記入)		
モニタリング 月日	モニタリング の方法	利用者の健康 状態	サービス利用の状況	利用者・家族の満足度	今後の対応	評価に関連 する事項	評価月: 平成 ____ 年 ____ 月	評価者:	
							目標	目標の達成度	目標達成状況とその理由
	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり	<input type="checkbox"/> 計画通りに提供されている <input type="checkbox"/> 計画通りに提供されないことがある	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> ある程度満足 <input type="checkbox"/> 満足していない	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 一部変更 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 中止		①	<input type="checkbox"/> 達成された <input type="checkbox"/> ほぼ達成された <input type="checkbox"/> 達成困難	
	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり	<input type="checkbox"/> 計画通りに提供されている <input type="checkbox"/> 計画通りに提供されないことがある	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> ある程度満足 <input type="checkbox"/> 満足していない	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 一部変更 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 中止		②	<input type="checkbox"/> 達成された <input type="checkbox"/> ほぼ達成された <input type="checkbox"/> 達成困難	
	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり	<input type="checkbox"/> 計画通りに提供されている <input type="checkbox"/> 計画通りに提供されないことがある	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> ある程度満足 <input type="checkbox"/> 満足していない	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 一部変更 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 中止		③	<input type="checkbox"/> 達成された <input type="checkbox"/> ほぼ達成された <input type="checkbox"/> 達成困難	
							* 今後の支援方針		
							* 地域包括支援センターの意見		
	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり	<input type="checkbox"/> 計画通りに提供されている <input type="checkbox"/> 計画通りに提供されないことがある	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> ある程度満足 <input type="checkbox"/> 満足していない	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 一部変更 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 中止		<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
							地域包括支援センター確認印		

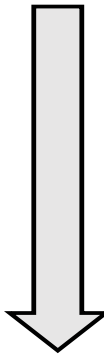
利用者基本情報									
《基本情報》								作成者	
相談日	年 月 日 ()			来所・電話 その他()		初回 再来(前 /)			
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()								
本人氏名	フリガナ		男・女	M・S・T		年 月 日生()歳			
住所	TEL		()						
	FAX		()						
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度			自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
	認知症高齢者の日常生活自立度			自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M					
認定・総合事業情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5								
	有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度)								
	基本チェックリスト記入結果 : 事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし								
基本チェックリスト記入日 : 年 月 日									
障害等認定	身障()、療育()、精神()、難病()、… ()								
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無()階、住宅改修の有無								
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護 …								
来所者(相談者)				家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーン 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				家族構成					
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・意見書作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中	
				経観中	
				その他	
年 月 日			Tel	治療中	
				経観中	
				その他	
年 月 日			Tel	治療中	
				経観中	
				その他	
年 月 日			Tel	治療中	
				経観中	
				その他	
《現在利用しているサービス》					
公的サービス			非公的サービス		
地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。					
平成 年 月 日 氏名 印					

中間評価

- 
- ☆おおむね6か月に1回は、目標の達成状況について評価を行う。
 - ☆評価結果は、「介護予防支援サービス計画・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）モニタリング・評価表（※みどり市様式）」に記録する。
 - ☆中間評価をもとにケアプランを見直す。

期間終了評価

- 
- ☆ケアプラン期間終了時、プランの目標が達成されたかを評価し、今後の方針を検討する。
 - ☆評価結果は、「介護予防支援サービス計画・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）モニタリング・評価表（※みどり市様式）」に記載する。

地域包括支援センターから委託を受けた指定居宅介護支援事業所については、従前の介護予防支援業務の基本的な流れに準じて介護予防支援ケアマネジメントを実施する。