

- 介護予防支援業務に係る関係様式例の提示について（平成18年3月31日老振発0331009号）（抄）

新	旧
<p>(介護予防支援業務に係る関連様式例記載要領)</p> <p>1 「利用者基本情報」</p> <p>①～⑱ (略)</p> <p>⑳ 「個人情報の第三者提供に関する同意」</p> <p>事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意を得る。</p> <p>2 「介護予防サービス・支援計画書」</p> <p>①～⑦ (略)</p> <p>⑧ 「計画作成者」</p> <p>当該介護予防サービス計画作成者（<u>介護予防支援事業所の担当者名</u>）の氏名を記載する。なお、<u>地域包括支援センターの設置者である介護予防支援事業者が、介護予防支援業務を委託する場合には、委託を受けた指定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。</u></p> <p>⑨ 「委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）」</p>	<p>(介護予防支援業務に係る関連様式例記載要領)</p> <p>1 「利用者基本情報」</p> <p>①～⑱ (略)</p> <p>⑳ 「個人情報の第三者提供に関する同意」</p> <p><u>地域包括支援センターが行う事業の実施に</u>当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意を得る。</p> <p>2 「介護予防サービス・支援計画書」</p> <p>①～⑦ (略)</p> <p>⑧ 「計画作成者」</p> <p>当該介護予防サービス計画作成者（<u>地域包括支援センター担当者名</u>）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務を委託する場合には、担当介護支援専門員名もあわせて記載する。</p> <p>⑨ 「委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）」</p>

地域包括支援センターの設置者である介護予防支援事業者にが、介護予防支援業務を委託する場合は、当該介護予防サービス計画作成者の所属する介護予防支援事業者・事業所名及び所在地（住所と電話番号）を記載する。

⑩ 「担当地域包括支援センター」

地域包括支援センターの設置者である介護予防支援事業者が、介護予防支援業務を委託する場合に、当該利用者が利用する地域包括支援センター名を記載する。

⑪～⑰ （略）

⑱ 「課題に対する目標と具体策の提案」

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、介護予防支援業務を委託する場合における地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。このため、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。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていること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

介護予防支援業務を委託する場合は、当該介護予防サービス計画作成者の所属する介護予防支援事業者・事業所名及び所在地（住所と電話番号）を記載する。

⑩ 「担当地域包括支援センター」

介護予防支援業務を委託する場合に、当該利用者が利用する地域包括支援センター名を記載する。

⑪～⑰ （略）

⑱ 「課題に対する目標と具体策の提案」

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。このため、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。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていること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。

体策を考える。

具体的な支援やサービスは、二次予防事業や介護保険サービスだけではなく、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も記載する。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が介護予防サービス計画の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。

⑲～⑳ (略)

㉑ 「地域包括支援センターの意見」

予防給付の場合で、指定居宅介護支援事業者が指定介護予防支援事業者である地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用する。この場合、その介護予防支援の最終的な責任主体である当該地域包括支援センターは、介護予防サービス計画が適切に作成されているかを確認する必要がある。

このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防サービス計画原案を作成し、介護予防サービス計画書について当該地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした当該地域包括支援センターの担当

具体的な支援やサービスは、二次予防事業や介護保険サービスだけではなく、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も記載する。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が介護予防サービス計画の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。

⑲～⑳ (略)

㉑ 「地域包括支援センターの意見・確認印」

予防給付の場合で、指定居宅介護支援事業者が指定介護予防支援事業者である地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用する。この場合、その介護予防支援の最終的な責任主体である当該地域包括支援センターは、介護予防サービス計画が適切に作成されているかを確認する必要がある。

このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防サービス計画原案を作成し、介護予防サービス計画書について当該地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした当該地域包括支援センターの担当

者がその氏名を記載する（当該地域包括支援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サービス計画原案の確認を行っても差し支えない）。

この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

⑩ （略）

3 「介護予防支援経過記録」

① （略）

② 「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画作成者（介護予防支援事業所の担当者名）の氏名を記載する。なお、地域包括支援センターの設置者である介護予防支援事業者において、介護予防支援業務を委託する場合には、委託を受けた指定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

③ （略）

4 「介護予防サービス・支援評価表」

① （略）

② 「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画作成者（介護予防支援事業所の担当者名）の氏名を記載する。なお、地域包括支援センターの設置者である介護予防支援事業者において、介護予防支援業務を委

者がその氏名を記載する（当該地域包括支援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サービス計画原案の確認を行っても差し支えない）。

この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

⑩ （略）

3 「介護予防支援経過記録」

① （略）

② 「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務を委託する場合には、委託を受けた指定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

③ （略）

4 「介護予防サービス・支援評価表」

① （略）

② 「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務を委託する場合には、担当介護支援専門員名を記載する。

託する場合には、委託を受けた指定居宅介護支援事業所の担当
介護支援専門員名を記載する。

③～⑪ (略)

⑫ 「介護予防支援事業者意見」

介護予防サービス計画に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持・悪化等の判定をし、その根拠も記載する。特に、地域包括支援センターの設置者である介護予防支援事業者において、介護予防支援業務を委託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、地域包括支援センターと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の方針の統一を図る必要がある。

介護予防支援事業者意見を参考に今後の方針で該当するものにレ印を付す。

③～⑪ (略)

⑫ 「地域包括支援センター意見」

介護予防サービス計画に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持・悪化等の判定をし、その根拠も記載する。特に、介護予防支援業務を委託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、地域包括支援センターと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の方針の統一を図る必要がある。

地域包括支援センター意見を参考に今後の方針で該当するものにレ印を付す。

(別紙)

[介護予防支援業務に係る関連様式例及び記入要領]

利用者基本情報 (表面)

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳	
住 所		Tel () Fax ()		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	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)			
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、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

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

《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 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 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

介護予防支援事業者が行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

介護予防サービス・支援計画書

No. _____

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

利用者名 _____ 様 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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					

健康状態について

主治医意見書、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（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書き下さい。
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

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

地域包括支援センター ※委託の場合	【意見】
----------------------	------

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

介護予防支援・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	目標体制状況	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

総合的な方針	<b style="color: red;">介護予防支援事業者意見	<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"/> 二次予防事業 <input type="checkbox"/> 一次予防事業 <input type="checkbox"/> 終了
--------	--	---	---