

### 3 介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について

老振発第0331009号  
平成18年3月31日

都道府県  
各 指定都市 介護保険主管部(局)長 殿  
中核市

厚生労働省老健局振興課長

#### 介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について

標記について、今般下記のとおり定めたので御承知の上、管下市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

なお、当該様式は介護予防サービス・支援計画書の適切な作成等を担保するための標準様式例であり、その内容については介護予防ケアマネジメントに当たっての必要最低限の内容として提示するものである。そのため、当該様式に記載する情報を基本としつつ、新たな様式や項目の追加、紙面の構成や紙面の大きさを変更するなど創意工夫を行うことは差し支えない旨、念のため申し添える。

#### 記

- ・ 介護予防支援業務に係る関連様式例及び記入要領（別紙）

なお、介護予防支援においては、月に1回介護予防サービス事業者から報告を徴することにより、利用実績等を把握することとなるが、その内容について利用者に確認する必要がある場合等の給付管理業務を行う上で作成されるサービス利用票については、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成11年11月12日老企29厚生省老人保健福祉局企画課長通知）において規定している第7表「サービス利用票」及び第8表「サービス利用票別表」を適宜簡略化して使用することは差し支えない。

(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)			<b>家族構成</b> ◎回=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

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

平成 年 月 日 氏名 印

介護予防サービス・支援計画書

NO. \_\_\_\_\_

利用者名	様	認定年月日	平成 年 月 日	認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	地域支援事業
------	---	-------	----------	---------	--------------	----------	---------	-----------	--------

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) \_\_\_\_\_

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

目標とする生活	
1日	1年

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	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、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援ができない場合】  
 妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発性の改善・予防のポイント

基本チェックリストの(該当した実測項目数)／(実測項目数)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	【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