

大阪市

介護予防・日常生活支援総合事業における
介護予防ケアマネジメント

(第1号介護予防支援事業)
事業実施マニュアル

別冊 関係様式集

令和7年4月

大阪市 福祉局

関係様式集

介護予防ケアマネジメント事業実施マニュアル			
資料 No.	帳票名	担当	
1	(資料1) 利用者基本情報	包括システム	
2	(資料2) 基本チェックリスト	帳票	
3	(資料3) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)(支援経過記録)	包括システム	
4	(資料4) 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)	包括システム	
5	(資料5) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表	包括システム	
6	A-1 指定介護予防支援(第1号介護予防支援事業含む)重要事項説明書	ケアマネジメント関係	地域包括ケア推進課様式
7	A-2 指定介護予防支援(第1号介護予防支援事業含む)契約書		地域包括ケア推進課様式
8	A-3 個人情報の利用に関する同意書		地域包括ケア推進課様式
9	A-4 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		介護保険課様式
10	A-5 委任状		地域包括ケア推進課様式
11	A-6 要介護認定等の情報提供に係る申出書		介護保険課様式
12	A-7 指定介護予防支援(第1号介護予防支援事業含む)変更契約書		地域包括ケア推進課様式
13	B-1 指定介護予防支援(第1号介護予防支援事業含む)業務一部委託に係る契約書	一部委託関係	地域包括ケア推進課様式
14	B-2 原案作成委託料支払依頼書・代理受領委任状		国保連
15	B-3 指定介護予防支援(第1号介護予防支援事業含む)業務に係る一部委託事業者の証		地域包括ケア推進課様式
16	B-4 指定介護予防支援(第1号介護予防支援事業含む)業務に係る一部委託事業者通知書		地域包括ケア推進課様式
17	課題整理総括表	振分添付	-
18	大阪市介護予防ケアマネジメント検討依頼書		地域包括ケア推進課様式
19	選択型通所サービス健診受診票	選択型通所健診	地域包括ケア推進課様式
20	選択型通所サービス健診の依頼について		地域包括ケア推進課様式
21	選択型通所サービス健診等取扱医療機関一覧		地域包括ケア推進課様式
22	サポート型訪問サービス事業対象者送付票	地域包括ケア推進課様式	
23	選択型通所サービス計画兼 モニタリング(評価)報告書	介護保険課様式	
24	介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)報告書	地域包括ケア推進課様式	

利用者基本情報

資料1

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 /)	
フリガナ 本人氏名		男・女	生年月日	保険者番号	
			M・T・S 年 月 日	被保険者番号	
			() 歳	住所地特例	
住 所			Tel ()		
			Fax ()		
マーク			世帯状況		
本人の現況					
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) 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					
経済状況					
家族構成図			家族関係等の状況		
来 所 者 (相 談 者)	氏名・続柄	住所		連絡先	

緊急連絡先	氏名・続柄	住所	連絡先

《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のか)	1日の生活・すごし方		
	時間	本人	介護者・家族
	趣味・楽しみ・特技		
	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 経過中 その他	
年 月 日			☐ Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日			☐ Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日			☐ Tel	治療中 経過中 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者等実施者、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。

令和 年 月 日 氏名

基本チェックリスト

資料2

要支援認定等の情報	1. 有	要支援1・要支援2	2. なし	☐ うち非該当	介護保険被保険者番号										
氏名	(フリガナ)		明・大・昭 年()月()日生(歳)		住所	(〒 -) 大阪市 区		(☎ -)							
		1 男 ・ 2 女													

回答欄の「はい」「いいえ」の前にある数字に「○」をつけ、「1」の個数をそれぞれの項目欄に記入してください

質問項目		回答		1の個数	
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	ア〜キに該当しているかを 確認し、該当するものを 実線で囲んでください ↓ ア 3 個 以上
2	日用品の買い物をしていますか	0 はい	1 いいえ		
3	預貯金のお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	/ 5	イ 2 個 以上
7	椅子に座った状態からなに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ヶ月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか	1 はい	0 いいえ	/ 2	ウ 2 個 以上
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)	1 18.5未満	0 18.5以上		
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	/ 3	エ No.16該当
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	/ 2	オ 1 個 以上
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されますか	1 はい	0 いいえ	/ 3	カ 10 個 以上
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		
		No. 1〜20の合計		/ 20	
21	() 毎日の生活に充実感がない	1 はい	0 いいえ	/ 5	キ 2 個 以上 ア〜キのいずれかに該当した場合「介護予防・生活支援サービスの利用を希望するか」「お住まいの地域を担当する地域包括支援センター、各区保健福祉センターへの情報提供に同意するか」を確認してください
22	() 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	() 2 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	() 自分が役に立つ人間だと思えない	1 はい	0 いいえ		
25	() わけもなく疲れたような感じがする	1 はい	0 いいえ		
介護予防・生活支援サービスの利用を希望されますか		はい	いいえ		

この結果をお住まいの地域を担当する地域包括支援センター、各区保健福祉センターに情報提供することに同意しますか（介護予防・生活支援サービスの利用にあたっては、地域包括支援センター等の介護予防ケアマネジメントが必要です）	1. 情報提供に同意する
	2. 情報提供に同意しない (事業対象者としてサービスの利用ができません)

実施機関記入欄	実施日	令和 年 月 日	< 旨の届 地域包括支援センター確認印 >
	実施機関名 (○をつけてください)	1. () 区保健福祉センター 2. () 地域包括支援センター ☐ 選択型通所サービス健診受診票 発行済み 受診予定医療機関 () ☐ 選択型通所サービス健診受診票 未発行理由: ☐ 不要 ☐ 拒否 ☐ その他 ()	

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

記録日	時間	支援経過記録
利用者		
記入者		
事業区分		
分類		
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	

介護予防ケアマネジメント事業実施マニュアル 資料

A表 No. _____ 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) (1) 計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者名 _____ 様	<table><tr><td>初回・紹介・継続</td><td>認定済・申請中</td><td>要支援1・要支援2 事業対象者</td><td></td></tr></table>	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2 事業対象者	
初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2 事業対象者			
認定年月日 _____	認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日				
計画作成者 _____	計画作成事業者 _____				
初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	事業所名及び所在地(連絡先) _____				

【目標とする生活】

1日	
1年	

【総合的な方針(生活不活発病の改善予防のポイント)】

--

【地域包括支援センター記入欄】

担当地域 包括支援 センター	名称	
	意見	

介護予防サービス・支援計画書について 説明を受け内容に同意し、受領しました。	説明・同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 続柄() _____
---	---

B表 No. _____ 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) (2) 計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者名 _____ 様

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2 事業対象者	
----------	---------	--------------------	--

【健康状態について:主治医意見書、健診結果、監察結果等を踏まえた留意】 【必要な事業プログラム】基本チェックリストの(該当した項目数)/(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	物忘れ防止	うつ予防
予防給付 地域支援	/5	/2	/3	/2	/3	/5

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
【運動・移動について】		☐ 有 ☐ 無			
【日常生活(家庭生活)について】		☐ 有 ☐ 無			
【社会参加、対人関係・コミュニケーションについて】		☐ 有 ☐ 無			
【健康管理について】		☐ 有 ☐ 無			

介護予防ケアマネジメント事業実施マニュアル 資料4

C表 No. _____ 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) (3) 計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者名 _____ 様

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2 事業対象者	
----------	---------	--------------------	--

目標								
	目標についての 支援のポイント	具体的な支援の内容		※1	サービス種別	サービス提供者	頻度	期間

※1 "予防給付"サービスには「予」、"総合事業"には「総」を記入。

【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

--

D表

No. _____

週間サービス計画表

介護予防ケアマネジメント事業実施マニュアル 資料4

利用者名 _____

様 _____

作成年月日 _____

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外
のサービス

No. _____

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表

介護予防ケアマネジメント事業実施マニュアル 資料5
評価日 _____

利用者名 _____ 様

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

総合的な方針	地域包括支援センター意見	
	☐ 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

No. _____

介護予防支援・サービス評価表

評価日 _____

利用者名 _____ 様

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
●「介護予防サービス・支援計画表」に記載していえる合意を得られた最終の具体的な目標を転記する。	●「介護予防サービス・支援計画表」の「期間」欄からサービス提供開始月の最も早い月からサービス提供終了月の最も遅い月を評価期間として転記する。	●評価期間内に目標がどの程度達成できているか、生活機能がどれだけ向上・維持できたのかを具体的に転記する。 ●評価の際は、サービス事業者が行う事前アセスメント、事後アセスメントの結果等からの情報を集約し、ケアプラン作成者のモニタリングと併せて利用者の生活機能全体に関する評価を行う。 [達成した場合] 例) ・1人で～まで行くことができた。 [達成できなかった場合] 例) ・～までには○○のため、いけなかったが、××まで行くことができた。 ・1人では行けないが、誰かが付き添えれば行けるようになった。	●目標を達成した場合には○印。 ●未達成の場合には×印をつける。	●何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性を含め利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。 例) ・もう少しで○○まで歩けると思っていたが、天気の良い日が続き、思ったように外出できなかった。	●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、ケアプラン作成者としての評価を記載する。 ●本人・家族の意見、事業所からのモニタリング結果も含め、目標設定の妥当性やサービスの入れ方について評価する。もしくは、新たな課題の発生がなかったかも含めて分析する。 例) ・□□が原因で～をしづらなくなったために、目標の☆☆には至らなかったが、××の段階までは到達できた。 ・目標達成のために歩行距離を伸ばそうと頑張っていたが、外出時に転倒したこと、不安が壮大し、意欲が低下してしまい、当初の目標に届かなかった。支援経過において、目標のハードルを少し下げなどの工夫を検討する必要があるのではないかと考える。	●ケアプラン作成者としての意見をまとめる。 ●目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。 例) ・当初の目標は達成され、歩行能力の改善も見られており、ご本人の生活意欲も向上している。そのため、あきらめかけていたハイキングなどへの再開にも希望を持ち始めている。デイケアでの運度の選択メニューに関しては、もう少し継続し歩行能力の状況を勘案しながら、終了時期の検討を行っていく。 ●基本的に「プラン変更」になる。 「継続」はまれなケース。例えばケアプラン中に一時的な入院等があり、プランのサービス利用ができなかったが、退院後本人の状態、意向の変化がなく、改めて同じケアプラン内容を実施する場合など。 「終了」はサービスが不要になり、プランニングの必要がなくなった時。 ●目標達成した場合、地域包括支援センターの意見を参考に今後の方針で該当するものにレ点をつける。
総合的な方針		●居宅介護支援事業所に委託した場合に、ケアプラン作成者に対して、記載する。介護予防ケアプランに対する対象者の状況や事業所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。ケアプラン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されたケアプラン作成者の方針の統一をはかる必要がある。		地域包括支援センター意見	□□プラン継続 □□プラン変更	☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防特定高齢者施策 ☐ 介護予防一般高齢者施策 ☐ 終了

指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）重要事項説明書

あなた（またはあなたのご家族）が利用しようと考えておられる指定介護予防支援業務又は介護予防ケアマネジメント業務について、契約を結ぶ前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、大阪市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等を定める条例（平成26年大阪市条例第21号）及び大阪市第1号介護予防支援事業実施要領に基づき、指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）契約締結に際して、事業者があらかじめ説明しなければならない内容を記したものです。

1 指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）を提供する事業者

事業者名称	法人
代表者氏名	
法人所在地 (連絡先)	大阪市 区 (※法人登記簿記載の所在地を記載) 電話 06 - - FAX 06 - -

2 ご利用者への指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）提供を担当する事業所

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	地域包括支援センター
指定介護予防支援事業所番号	大阪市指定 第 号
事業所所在地 (連絡先)	大阪市 区 電話 06 - - (FAX 06 - -)
管理者	管理者名
事業所の通常の事業実施地域	大阪市 区 地域

(2) 事業の目的及び運営方針

事業の目的

- 指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）の提供にあたっては、ご利用者の意思及び人格を尊重し、ご利用者の日常生活の自立のため介護予防の効果的かつ自立を最大限に引き出すための支援を行い、利用者の立場に立って介護予防サービス及びサービス・活動事業の種類、内容等の計画を作成するとともに、サービスの提供が確保されるように介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うことを目的とします。

運営方針

- 当事業者は、ご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。
- 当事業者は、利用者の心身の状況やおかれている環境などに応じて、ご利用者やご家族の意向などを基に、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、また医療サービスとの連携に十分に配慮します。
- 当事業者は、ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立つとともに、ご利用者に提供される介護予防サービスなどが特定の種類または特定の介護予防サービス事業者等に不当に偏することのないよう公正中立に行います。
- 当事業者は、提供する介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- 当事業者の運営にあたっては在宅介護支援センター、指定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り組み等との連携に努めます。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

- ・ 営業日 月曜日～土曜日（ただし国民の祝日・休日、12月29日～1月3日までを除く）
- ・ 営業時間 午前9時～午後 時 分

(4) 事業所の職員体制

- ・ 管理者（常勤・兼務） 1名

※職務内容を記載してください。

- ・ 介護予防支援計画作成者（常勤 名以上・非常勤 名以上）
（資格）保健師、看護師、主任介護支援専門員、社会福祉士、介護支援専門員
- ※職務内容を記載してください。

3 指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）の内容、利用料・その他の費用について

・ 指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）の内容

- ①介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの作成
- ②介護予防サービス事業者等との連絡調整
- ③サービス実施状況の把握、評価
- ④利用者状況の把握
- ⑤給付管理
- ⑥要支援認定申請に対する協力、援助
- ⑦相談業務

- ・ ①～⑦の業務の一部を、大阪市地域包括支援センター運営協議会において認められた居宅介護支援事業者
に委託することができます。

・ 提供方法

別紙に掲げる「指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）業務の実施方法等について」を参照
ください。

・ 料金(令和7年4月1日現在)

		介護予防支援（※）	第1号介護予防支援事業（※）
・ 1ヶ月あたりの料金		4,915円	4,915円
(参考)	下記①②の内1項目未実施による 減算後の料金	4,870円	4,870円
	下記①②の内2項目未実施による 減算後の料金	4,826円	4,826円
	①業務継続計画未実施減算 ②高齢者虐待防止措置未実施減算		
・ 初回加算		3,336円	3,336円
・ 委託連携加算		3,336円	3,336円

※介護予防支援及び第1号介護予防支援事業については、ご利用者の自己負担はございません。

ただし、介護予防支援については、保険料の滞納により、法定代理受領ができなくなる場合には前記
の料金をいただきます。（その際、料金支払い時に事業者が発行するサービス提供証明書を、後日区役
所の介護保険担当窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。）

・ 利用料金の変更

今後、介護報酬の改定があった場合、変更された額にあわせてご利用者様の利用料金は変更します。
その内容について、文書にて通知します。

4 その他の費用について

ご利用者の居宅等が、通常の事業の実施地域以外の場合、交通費の実費を請求いたします。

5 ご利用者の居宅への訪問頻度のめやす

職員が利用者の状況把握のため、利用者の居宅に訪問する頻度の目安

- ・職員が居宅等に訪問する頻度の目安は少なくとも3月に1回、また、下記に掲げる要件を設けた上でモニタリングを行う場合は、少なくとも2期間（6月）に1回、訪問します。
 - ・テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用することについて利用者の同意を得ること。
 - ・サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
- ①利用者の状態が安定していること。
 - ②利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること（家族のサポートがある場合も含む）。
 - ③テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること。

※ここに記載する訪問頻度の目安回数以外にも、利用者からの依頼や介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）業務の遂行に不可欠と認められる場合で利用者の承諾を得た場合には、職員は利用者の居宅を訪問することがあります。

6 利用料、その他の費用の請求および支払方法について

① 利用料、その他の費用の請求

- ・利用料、その他の費用はご利用者負担のある支援業務提供毎に計算し、ご利用のあった月の合計金額により請求いたします。
- ・請求書は、利用明細を添えて利用のあった月の翌月（請求月） 日までにご利用者あてお届けします。ただし、請求額のない月はお届けしません。

② 利用料、その他の費用の支払い

- ・利用者負担のある支援業務提供の都度お渡しする利用者控えと内容を照合の上、請求月の 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。
 - （ア）事業者指定口座への振込（銀行、郵便局）
 - （イ）現金支払い
 - ・お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。
- ※利用料、その他の費用の支払いについて、支払期日から2月以上遅延し、さらに支払いの催告から14日以内にお支払いがない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくこととなります。

7 介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）の提供にあたっての留意事項

- (1)利用者は職員に対して、複数の指定介護予防サービス事業者等の紹介を求めることや、介護予防サービス計画に位置付けられた指定介護予防サービス事業者等の選定理由について、説明を求めることができますので、必要があれば遠慮なく申し出てください。
- (2)利用者の要支援認定の有効期間を確認した上で、要支援認定の更新の申請が遅くとも 当該利用者が受けている要支援認定等の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行います。
- (3)利用者が病院等に入院しなければならない場合には、病院等と情報共有を図ることで 退院後の在宅生活への円滑な移行を支援するため、担当する職員の名前や連絡先を病院等へ伝えてください。
- (4)単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すのではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指します。
- (5)利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援します。
- (6)具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有します。
- (7)利用者の自立を最大限に引き出すよう支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮します。
- (8)サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における 様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用します。
- (9)介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個性を重視した効果的なものとします。
- (10)機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めます。

8 高齢者虐待防止について

- ・事業者は利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	(職・氏名を記載する)
虐待防止に関する担当者	(職・氏名を記載する)

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 虐待の未然防止、早期発見のための対策を検討する委員会を設立します。
- (6) 虐待の未然防止、早期発見のための指針を作成します。
- (7) 虐待等が発生した場合は、迅速かつ適切な対応に努めます。

9 身体拘束について

- (1) 利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。
- (2) 緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う場合にあっては、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- (3) 緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の3つの要件を満たすことについて、組織等として要件の確認等を慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録します。

10 秘密の保持と個人情報の保護について

- ・ご利用者およびそのご家族に関する秘密の保持について

- ①事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ②事業者及び事業者の使用する者（以下「従業員」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ③また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。ただし、指定介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務の一部を委託する居宅介護支援事業者には、介護予防サービス提供のために必要なご利用者およびご家族に関する情報を提供します。
- ④事業者は、従業員に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。

- ・個人情報の保護について

- ①事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。
- ②事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。また、指定介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務の一部を委託する居宅介護支援事業者も同等の個人情報の保護を行います。
- ③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

11 事故発生時の対応について

当事業所がご利用者に対して行う指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）の提供により、事故が発生した場合には、速やかにご利用者の家族・市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、当事業所がご利用者に対して行った指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険者名
保険名
補償の概要

12 身分証携行義務

職員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

13 業務継続計画の策定等

- (1)感染症や災害に係る業務継続計画を策定します。
- (2)感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に行います。
- (3)感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

14 衛生管理等

- (1)感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (2)感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- (3)感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- (4)介護支援専門員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (5)事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

15 指定介護支援業務（第1号介護予防支援事業含む）に関する相談、苦情について

介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）業務に関する相談、苦情等は下記の窓口までお申し出ください。

苦情又は相談があった場合には、ご利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行い、苦情に対する問題点を把握した上で検討を行い、再発防止の対応策を決めていきます。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整をおこなうとともに、ご利用者へは必ず対応策を含めた結果報告を行います。

【センターの窓口】 地域包括支援センター 担当者（管理者）	所在地 _____区_____ 電話番号 _____ファックス番号 _____ 受付時間 _____ ※ _____
【区役所（保険者）の窓口】 _____区保健福祉センター地域保健福祉担当 介護保険業務担当	所在地 _____区_____ 電話番号 _____ファックス番号 _____ 受付時間 月～金 9:00～17:30 ※祝日、年末年始（12月29日から1月3日）を除く
【市役所の窓口】 大阪市福祉局高齢者施策部介護保険課 （指定・指導グループ）	所在地 大阪市中央区船場中央3丁目1番7-331 電話番号 06-6241-6310 ガイダンス「4番」→「1番」 FAX番号 06-6241-6608 受付時間 月～金 9:00～17:30
おおさか介護サービス相談センター	所在地 大阪市天王寺区東高津町12-10 大阪市立社会福祉センター308 電話番号 6766-3800 ファックス番号 6766-3822 受付時間 月～金 9:00～17:00 ※祝日、年末年始（12月29日から1月3日）を除く
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪市中央区常磐町1-3-8 中央大通FNビル 電話番号 6949-5418 ファックス番号 6949-5417 受付時間 月～金 9:00～17:00 ※祝日、年末年始（12月29日から1月3日）を除く

16 重要事項説明の年月日

・この重要事項説明書の説明年月日 年 月 日

上記内容について、大阪市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等を定める条例（平成26年大阪市条例第21号）及び大阪市第1号介護予防支援事業実施要領に基づき、利用者に説明を行いました。

・事業者

所在地	大阪市 区
法人名	法人
代表者名	
事業所名	地域包括支援センター
説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

・ご利用者

住所
氏名

・代理人

住所
氏名

(別 紙) 指定介護予防支援（第 1 号介護予防支援事業含む）業務の実施方法等について

1 介護予防サービス計画の作成について

- ① 事業者は、介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの原案作成に際しては、次の点に配慮します。
 - ア ご利用者の居宅への訪問、ご利用者及びそのご家族に面接によりご利用者のおかれている環境、立場の十分な理解と課題の把握に努めます。
 - イ 利用する介護予防サービス及びサービス・活動事業の選択にあたっては、当該地域における介護予防サービス事業者等に関する情報をご利用者またはそのご家族に提供します。
 - ウ ご利用者に対して介護予防サービス等の内容が特定の種類、事業者に不当に偏るような誘導または指示を行いません。
 - エ 事業者は、介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの原案が、ご利用者の実状に見合ったサービスの提供となるよう、サービスなどの担当者から、専門的な見地からの情報を求めます。
- ② ご利用者が介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望する場合には、ご利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めます。
- ③ 事業者は、介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの原案について、介護保険給付の有無、利用料等のご利用者のサービス選択に資する内容をご利用者またはそのご家族に対して説明します。
 - ア 事業者は、ご利用者の介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの原案への同意を確認したあと、原案に基づく介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランを作成し、あらためてご利用者の同意を確認します。
 - イ ご利用者は、事業者が作成した介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの原案への同意がない場合には、事業者に対して介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの原案の再作成を依頼することができます。
 - ウ ご利用者は、ケアプランに位置付けるサービス事業者について複数の事業所の情報提供を求めることができるとともに、ケアプランに位置付けた事業所の選定理由の説明を求めることができます。

2 サービス実施状況の把握、評価について

- ① 事業者は、介護予防サービス計画又は介護予防ケアプラン作成後も、ご利用者またはそのご家族、さらに介護予防サービス事業者等と継続的に連絡を取り、介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの実施状況の把握に努めるとともに、目標に沿ったサービスが提供されるよう介護予防サービス事業者等との調整を行います。
- ② 事業者は、介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランが効果的なものとして提供されるよう、ご利用者の状態を定期的に評価します。

3 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの変更について

事業者が介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの変更の必要性を認めた場合、または事業者が介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの変更が必要と判断した場合は、事業者とご利用者双方の合意をもって介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの変更を、この指定介護予防支援（第 1 号介護予防支援事業含む）業務の実施方法等の手順に従って実施します。

4 給付管理について

事業者は、介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン作成後、その内容に基づき毎月給付管理票を作成し、国民健康保険団体連合会に提出します。

5 要介護認定などの協力について

- ① 事業者は、ご利用者の要支援認定の更新申請及び状態の変化に伴う区分変更の申請が円滑に行われるよう必要な協力を行います。
- ② 事業者は、ご利用者が希望する場合は、要介護または要支援認定の申請をご利用者に代わって行います。

★(R6.4.1～この内容を利用者に説明し、理解を得ることは事業者の努力義務)

6 当事業所の介護予防サービス計画及び介護予防ケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況

- ①前6ヶ月間に作成した予防サービス計画及び介護予防ケアプランにおける訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合

訪問介護〇〇% 通所介護〇〇% 地域密着型通所介護〇〇% 福祉用具貸与〇〇%

- ②前6ヶ月に作成した予防介護サービス計画及び介護予防ケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

訪問介護	〇〇事業所 ●%	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%
通所介護	△△事業所 ●%	××事業所 ●%	〇〇事業所 ●%
地域密着型通所介護	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%	××事業所 ●%
福祉用具貸与	××事業所 ●%	〇〇事業所 ●%	□□事業所 ●%

判定期間 令和 年度

前期 (3月1日～8月末日)

後期 (9月1日～2月末日)

指定介護予防支援（第 1 号介護予防支援事業含む）契約書

様(以下「ご利用者」という。)と、 _____地域包括支援センター(以下「センター」という。)は、センターがご利用者に対して行う介護保険法（以下「法」という。)第 8 条の 2 第 16 項に規定される指定介護予防支援（法第 115 条の 45 第 1 項に規定される第 1 号介護予防支援事業含む。以下「本件業務」という。)について、各々対等の立場でその内容を確認し、次のとおり契約を締結し、信義に従い、誠実にこれを履行します。

(目的等)

第 1 条 センターは、要支援状態の悪化の防止に資するよう、ご利用者が可能な限りその居宅において、その尊厳を保持され、自立した日常生活を営まれることができるよう、適切な保健医療及び福祉との連携に配慮し、介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランを作成するとともに、指定サービス等の提供が確保されるようサービス提供事業者と連絡調整その他の便宜を提供します。また、ご利用者はこれらの業務の遂行に必要な協力を行うとともに、ご利用者が費用負担しなければならない所定の利用料、その他の費用を支払います。

(業務の内容)

第 2 条 本件業務の内容は、下記のとおりとします。

- ① 介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランの作成
- ② 指定介護保険サービス事業者等との連絡調整
- ③ サービス実施状況の把握、評価
- ④ 利用者状況の把握
- ⑤ 給付管理
- ⑥ 要支援認定申請に対する協力、援助
- ⑦ 相談業務

(業務の実施者)

第 2 条の 2 センターはご利用者に対して指定介護予防支援（第 1 号介護予防支援事業含む）に関して前条に定める業務を実施します。ただし、別途ご利用者が法第 115 条の 22 に規定される指定介護予防支援事業者の指定を受けた指定居宅介護支援事業者との契約により指定介護予防支援に関するサービスの提供を受ける場合については、この限りではありません。

(業務の委託)

第 3 条 センターは本件業務の一部を居宅介護支援事業所に委託することができます。

(契約期間)

第 4 条 契約期間は、令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日からご利用者の要支援認定有効期間満了まで（ご利用者が事業対象者の場合は、令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日から令和 ____ 年 3 月 31 日まで）とします。契約満了日の 2 日前までに、ご利用者がセンターに対して、契約終了を申し出ないかぎり、この契約は自動更新します。この自動更新による契約の期間は、ご利用者の次の要支援認定の有効期間の満了日まで（ご利用者が事業対象者の場合は、契約終了日の翌日から起算して 1 年間）とします。

(契約の解約)

第 5 条 ご利用者は、契約期間中にこの契約を解約しようとする場合は、センターに対して契約終了を希望する日の 7 日前までにその旨を申し出なければなりません。ただし、ご利用者の病状の急変、緊急の入院等やむを得ない事情がある場合はこの限りではありません。

2 前項の規定に関わらず、ご利用者は、次の各号に掲げる場合は、センターに申し出を行うことにより、直ちにこの契約を解約することができます。

- (1) センターが正当な理由なく指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）の提供を行わない場合
- (2) センターが明らかな守秘義務に反した場合
- (3) センターがご利用者やそのご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- (4) その他センターがこの契約に定める指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）の提供を適切に行い得ない状況に陥った場合

第6条 センターは、センターの休廃止等この契約に基づく指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）の提供が困難になるなどやむを得ない事情がある場合は、ご利用者に対してこの契約の解約を予定する日から1か月以上の期間において、ご利用者に解約理由を示した書面を通知することにより、この契約を解約することができます。

2 前項の規定にかかわらず、ご利用者又はそのご家族などがセンターやその従事者に対してこの契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合は、センターは直ちにこの契約を解約することができます。

(契約の自動終了)

第7条 前2条の規定のよるほか、次の各号に掲げる場合は、この契約は終了するものとします。

- (1) ご利用者の介護認定区分が「要介護」と判定された場合
- (2) ご利用者が死亡した場合
- (3) ご利用者がセンターの担当圏域外へ転居した場合
- (4) ご利用者が転出し、大阪市の被保険者でなくなった場合

(指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）の担当者)

第8条 センターは、第3条の規定により本件業務の一部を委託する場合の居宅介護支援事業者をご利用者の意向に沿って選定し、その者の名称をご利用者に書面により通知します。

2 センターは、第3条の規定により本業務の一部を委託する場合の居宅介護支援事業者を変更する場合は、その理由を明らかにし、当該変更後の居宅介護支援事業者の名称を書面によりご利用者に通知します。

(指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）の実施方法)

第9条 センターがご利用者に対して提供する本件業務は、別紙記載の「指定介護予防支援業務（第1号介護予防支援事業含む）の実施方法等について」に基づき実施します。

2 ご利用者またはそのご家族は、センターが提供する本件業務の内容が「指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）業務の実施方法等について」に基づいて実施されていないと認められる場合には、センターに対して説明を求め、必要に応じて改善を申し出ることができます。

(指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）の提供内容の記録)

第10条 センターは、本件業務の提供内容に関する記録を行うとともに、支援を提供した日から5年間保存します。

2 ご利用者は、センターが保管するこの記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

(秘密保持及び個人情報の保護)

第 11 条 センター及びその従事者は、本件業務を提供する上で知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏えいしません。この秘密を保持する義務は契約終了後も継続します。

2 センターは、ご利用者からあらかじめ書面で同意を得ない限り、サービス担当者会議等においてご利用者の個人情報を用いません。また、ご利用者のご家族の個人情報についてもあらかじめ書面で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において当該ご家族の個人情報を用いません。

3 センターは、ご利用者及びそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物(磁気媒体情報及び伝送情報を含む)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも第三者への漏えいを防止します。

(職員証携帯)

第 12 条 センターの従事者は、常に職員証を携帯し、ご利用者またはご利用者のご家族から提示を求められた時は、いつでも職員証を提示します。

(利用上の注意義務等)

第 13 条 ご利用者は、本件業務の実施および安全衛生等の管理上、必要があると認められる場合は、ご利用者のプライバシー等の保護について、十分な配慮をしたうえで、センター及びその従事者がご利用者の居宅内に立ち入り、必要な措置をとることを認めることとします。

2 ご利用者の心身の状況等により特段の配慮が必要な場合には、ご利用者及びそのご家族とセンターとが、本件業務の内容について介護保険法令やその他の法令の定めるところに従い、協議の上決定します。

(賠償責任)

第 14 条 センターは、本件業務の提供にともなって、センターの責めに帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合は、その責任の範囲においてご利用者に対して損害を賠償します。

(相談・苦情対応)

第 15 条 センターはご利用者からの相談・苦情の窓口を設置し、自ら提供した本件業務及び介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランに位置づけた指定介護予防サービス又はサービス・活動事業に関するご利用者の要望、苦情等に対し迅速かつ適切に対応します。

(契約内容の履行と契約外事項の取扱い)

第 16 条 ご利用者及びセンターは、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

2 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意をもって協議のうえ定めます。

(合意裁判管轄)

第 17 条 この契約について、やむを得ず訴訟となる場合はセンターの所在地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを、ご利用者及びセンターはあらかじめ合意します。

以上の契約を証するため本書2通を作成し、ご利用者、センターが記名押印の上、1通ずつ保有します。

令和 年 月 日

<契約者>

(指定介護予防支援事業所名)

_____地域包括支援センター (指定事業所番号: _____)

所在地 大阪市_____区_____

事業者名 _____法人_____

代表者 _____ 印

○本件業務の一部を委託する場合の居宅介護支援事業所に関する記載

事業所名 (指定事業所番号: _____)

事業所所在地

事業所責任者名

<ご利用者>

住所

氏名 _____ 印

<代理人>

住所

氏名 _____ 印

本件業務に関する相談、苦情等は下記の窓口までお申し出ください。

【センターの窓口】 _____地域包括支援センター 担当者 (管理者)	所在地 _____区_____ 電話番号 _____ファックス番号_____ 受付時間 _____ ※ _____
【市町村の窓口】 _____区保健福祉センター 介護保険業務担当	所在地 _____区_____ 電話番号 _____ファックス番号_____ 受付時間 月～金 9:00～17:30 ※祝日、年末年始(12月29日から1月3日)を除く
おおさか介護サービス 相談センター	所在地 大阪市天王寺区東高津町12-10 大阪市立社会福祉センター308 電話番号 06-6766-3800 ファックス番号 06-6766-3822 受付時間 月～金 9:00～17:00 ※祝日、年末年始(12月29日から1月3日)を除く
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪府中央区常盤町1-3-8 中央大通F Nビル 電話番号 6949-5418 ファックス番号 6949-5417 受付時間 月～金 9:00～17:00 ※祝日、年末年始(12月29日から1月3日)を除く

個人情報の利用に関する同意書

私及びその家族は、〇〇地域包括支援センターが行う介護予防サービス計画（介護予防ケアマネジメント）作成に必要な場合及びこれに沿った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、介護支援専門員や介護サービス事業者、主治医及び関係機関との連絡調整等において必要な場合に、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、主治医意見書、利用者基本情報、アセスメントシート、基本チェックリスト、介護予防サービス計画（介護予防ケアマネジメント）・経過記録等の個人に関する記録を、〇〇地域包括支援センターが、介護支援専門員、介護サービス事業者、主治医、その他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。

ただし、利用の期間は契約の開始日から契約の終了日までとします。

令和 年 月 日

ご本人

住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____

家族（続柄 _____ ）

住所 _____

氏名 _____

家族（続柄 _____ ）

住所 _____

氏名 _____

家族（続柄 _____ ）

住所 _____

氏名 _____

家族（続柄 _____ ）

住所 _____

氏名 _____

家族（続柄 _____ ）

住所 _____

氏名 _____

家族（続柄 _____ ）

住所 _____

氏名 _____

個人情報の利用に関する同意書

私は、私の介護予防サービス計画（介護予防ケアマネジメント）が、〇〇地域包括支援センターが行う「自立支援型ケアマネジメント検討会議」の対象となり、会議での検討及び概ね 1 年後に行うモニタリングの実施において必要な場合に、診療情報提供書等の個人に関する記録を、〇〇地域包括支援センターが、主治医その他本件業務に関係する者から、提供を受けることに同意します。

ただし、利用の期間は、契約の開始日から契約終了日以降 1 年間とします。

令和 年 月 日

ご本人

住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____

自立支援型ケアマネジメント検討会議について

検討会議

この「検討会議」は、地域ケア会議の1つであり、介護保険法第115条の48に規定する会議です。検討会議出席者には、守秘義務が規定されています。

大阪市では「自立支援型ケアマネジメント検討会議」を開催しています。
会議では、医師やリハビリテーション専門職から助言をもらいながら、どのようなサービスを組み合わせ利用すれば、住み慣れた自宅でより元気な生活を続けられるかを考えます。
この会議は介護保険の保険者である大阪市が主体となって取り組む事業であり、大阪市が事業を委託している地域包括支援センターで開催します。

対象者説明

検討会議後、おおむね3か月以内に助言内容の説明をします。

※この説明に同意された場合において、助言内容に基づくケアプランの変更を行うことになります。

モニタリング



おおむね1年後に、心身や生活の状況等を確認します。

ちょっと話



これまで検討した方の1年後のモニタリング結果では、【リハビリや運動】、【医療】、【食生活】、【社会参加】の助言を取り入れた方は、取り入れられなかった方と比べて、心身の状況に変化がより現れた結果となっています。



個人情報の利用に関する同意書

1 指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業）

私及びその家族は、〇〇地域包括支援センターが行う介護予防サービス計画（介護予防ケアマネジメント）作成に必要な場合及びこれに沿った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、介護支援専門員や介護サービス事業者、主治医及び関係機関との連絡調整等において必要な場合に、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、主治医意見書、利用者基本情報、アセスメントシート、基本チェックリスト、介護予防サービス計画（介護予防ケアマネジメント）・経過記録等の個人に関する記録を、〇〇地域包括支援センターが、介護支援専門員、介護サービス事業者、主治医、その他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。

ただし、利用の期間は契約の開始日から契約の終了日までとします。

2 自立支援型ケアマネジメント検討会議

私は、私の介護予防サービス計画（介護予防ケアマネジメント）が、〇〇地域包括支援センターが行う「自立支援型ケアマネジメント検討会議」の対象となり、会議での検討及び概ね1年後に行うモニタリングの実施において必要な場合に、診療情報提供書等の個人に関する記録を、〇〇地域包括支援センターが、主治医その他本件業務に関係する者から、提供を受けることに同意します。

ただし、利用の期間は、契約の開始日から契約終了日以降1年間とします。

令和 年 月 日

ご本人 1、2に同意 ☐ 、 1のみ同意 ☐ 、 2のみ同意 ☐

住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____

家族（続柄 _____ ）

住所 _____

氏名 _____

家族（続柄 _____ ）

住所 _____

氏名 _____

家族（続柄 _____ ）

住所 _____

氏名 _____

家族（続柄 _____ ）

住所 _____

氏名 _____

自立支援型ケアマネジメント検討会議について

検討会議

この「検討会議」は、地域ケア会議の1つであり、介護保険法第115条の48に規定する会議です。検討会議出席者には、守秘義務が規定されています。

大阪市では「自立支援型ケアマネジメント検討会議」を開催しています。
会議では、医師やリハビリテーション専門職から助言をもらいながら、どのようなサービスを組み合わせ利用すれば、住み慣れた自宅でより元気な生活を続けられるかを考えます。
この会議は介護保険の保険者である大阪市が主体となって取り組む事業であり、大阪市が事業を委託している地域包括支援センターで開催します。

対象者説明

検討会議後、おおむね3か月以内に助言内容の説明をします。

※この説明に同意された場合において、助言内容に基づくケアプランの変更を行うことになります。

モニタリング



おおむね1年後に、心身や生活の状況等を確認します。

ちょっと話



これまで検討した方の1年後のモニタリング結果では、【リハビリや運動】、【医療】、【食生活】、【社会参加】の助言を取り入れた方は、取り入れられなかった方と比べて、心身の状況に変化がより現れた結果となっています。



記入欄		提出者		委任状		提出者の確認		入力日		
☐ 本人 ☐ 家族・親族 ☐ 代理人 ☐ 事業所 ☐ 成年後見人 ☐ その他（ ）		☐ あり ☐ なし	☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 介護保険被保険者証 ☐ その他（ ）							
										提出方法
		課長	課長代理							係長
決裁欄										

居宅サービス計画作成

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

A-4

区分

新規

変更

被保険者氏名		被保険者番号		0 0 0 1 2 3 4 5 6 7									
フリガナ カイゴ タロウ		個人番号		1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 1 1									
介護 太郎		生年月日		明・大 昭 10年 3 月 3 日									
計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する事業者													
事業者の事業所名及び事業者番号				事業所の所在地									
2 7 ● ● ● ● ● ● ● ●				〒 5 4 1 - 0 0 4 1									
中之島ケアプランセンター				大阪市中北区北浜〇-△-□									
				電話番号 ()									
計画作成開始日		令和〇〇年〇〇月〇〇日		チェックリスト実施日		令和 年 月 日							
計画作成区分		※該当する区分に ☒ をつけてください。 [前回届出] (新規の場合は記入不要です。) [今回届出] ☐ 居宅介護支援事業所 ☒ 居宅介護支援事業所 ☐ 自己作成 → ☐ 自己作成 ☐ 介護予防支援事業所 ☐ 介護予防支援事業所											
変更理由		※変更の場合のみ記入してください。											
小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無		※月途中で小規模多機能型居宅介護を利用 ☐ 居宅サービス等の利用あり 利用したサービス { (看護)小規模多機能型居宅介護の利用時は必ずご記入ください。 } ☐ 居宅サービス等の利用なし											
大阪市長 上記の (居宅介護支援事業者) に (居宅サービス計画の作成) を依頼することを届出します。 (介護予防支援事業者) (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) 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 被保険者 住所 大阪市北区中之島1-3-20 氏名 介護 太郎 電話番号 06 (1234) 5678													

- (注意) 1 この届出書は、要介護(要支援)認定の申請時または、居宅・介護予防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者が決まり次第速やかにお住まいの区の保健福祉センター(介護保険業務担当)へ提出してください。
- 2 居宅・介護予防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者を変更する場合には、計画作成開始日又はチェックリスト実施日を記入のうえ、必ずお住まいの区の保健福祉センター(介護保険業務担当)に届け出てください。届出のない場合は、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 事業者等が提出する場合は、委任状が必要です。
- 4 計画作成区分は、小規模多機能型居宅介護事業所を利用している場合は居宅介護支援事業所に介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を利用している場合は介護予防支援事業所に☒をつけてください。
- 5 小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型サービス(夜間訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。

市 記入欄

提出者		委任状		提出者の確認		入力日	
☐ 本人 ☐ 家族・親族 ☐ 代理人 ☐ 事業所 ☐ 成年後見人 ☐ その他 ()		☐ あり ☐ なし 提出方法 ☐ 窓口 ☐ 郵送		☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 介護保険被保険者証 ☐ その他			
決裁欄	課長	課長代理	係長	係員	備考		

委任状

A-5

令和 年 月 日

(宛先) 大阪市長

住 所 大阪市

被保険者番号

被保険者氏名

私は、次の者を代理人と定め、

☐ 介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更）の届出

☐

について、委任します。

記

住 所 大阪市_____

氏 名 _____地域包括支援センター

以上

要介護認定等の情報提供に係る申出書

A-6

令和 年 月 日

(あて先)大阪市 区保健福祉センター所長

私は、次により介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する情報の提供を申出ます。
なお、情報の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任で情報を適正に管理することを約します。

申出者	氏名		本人との関係	☐ 本人 ☐ 親族() ☐ 介護保険事業者 (指定事業種別を記載) ()
	事業者名 代表者または管理者名			
	事業者番号			
	住所 (所在地)			

被保険者	氏名		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
	住所	大阪市 区		
提供目的	☐ 居宅(介護予防)サービス計画作成及び介護予防ケアマネジメントのため		☐ 施設サービス計画等の作成のため	
	☐ 要介護・要支援認定に関する相談などのため			
	☐ 特別養護老人ホームへの入所申込みのため			
提供情報	☐ 認定調査票 (☐ 概況調査 ☐ 基本調査 ☐ 特記事項)			
	☐ 主治医意見書			
	☐ 介護認定審査会資料 ☐ 審査判定議事録(本人関連部分のみ)			

【本人証明欄】

私は、申出者が次の者であることを証明するとともに、大阪市が保有する私の前記情報について、申出者に提供することに同意します。

- ☐私の親族()
- ☐私と契約を締結した又は契約予定の居宅介護支援・介護予防支援事業者(地域包括支援センター)
- ☐私と契約を締結した又は契約予定の(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者
- ☐私と契約を締結した又は契約予定の複合型サービス事業者
- ☐私と契約を締結した介護保険施設事業者(別添の契約書写しのとおり)
- ☐私と契約を締結した地域密着型介護老人福祉施設事業者(別添の契約書写しのとおり)
- ☐私と契約を締結した(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業者(別添の契約書写しのとおり)
- ☐私と契約を締結した地域密着型特定施設入居者生活介護事業者(別添の契約書写しのとおり)
- ☐私と契約を締結した(介護予防)特定施設入居者生活介護事業者(別添の契約書写しのとおり)

本人氏名

指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）変更契約書

令和 年 月 日付で 様（以下「ご利用者様」という）と、
地域包括支援センター（以下「センター」という）との間に締結した、指定介護予防支援
（第1号介護予防支援事業含む）契約の一部を次のとおり変更します。

この契約に定める指定介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）の業務の一部を委託する場合の居宅介護支援事業所に関する記載の居宅介護支援事業所名

・ 削 除

・ 変 更

事業所名
指定事業所番号
事業所所在地
事業所責任者
事業者名

契約変更開始日 令和 年 月 日

この契約締結の証として、本書を2通作成し、ご利用者、センター双方が記名押印のうえ、各自1通を所持するものとします。

令和 年 月 日

（指定介護予防支援事業所名）

_____地域包括支援センター（指定事業所番号：_____）

所 在 地 大阪市_____

事業者名 _____法人_____

代表者名 会 長 _____印

ご利用者

住 所

氏 名

印

代 理 人

住 所

氏 名

印

指定介護予防支援（第 1 号介護予防支援事業含む）業務一部委託に係る契約書

地域包括支援センターが、介護保険法(平成 9 年法律第 123 号)第 115 条の 22 に規定する指定介護予防支援事業所の指定を受け作成する指定介護予防支援（第 1 号介護予防支援事業含む）業務（以下、「本件業務」という。）の一部を法第 115 条の 23 第 3 項の規定及び大阪市第 1 号介護予防支援事業実施要領に基づき指定居宅介護支援事業所に委託することに関して、大阪市指定介護予防支援事業所_____地域包括支援センター（以下「甲」という。）と、指定居宅介護支援事業所(以下「乙」という。)は、次のとおり契約を締結し、信義に従い誠実にこれを履行する。

（目的等）

第 1 条 甲と乙は、大阪市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等を定める条例（平成 26 年大阪市条例第 21 号）に基づき、協働して、利用者が可能な限りその居宅において、その尊厳を保持し、自立した日常生活を営むことができるよう、医療との連携に配慮し、利用者の選択に基づいた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た介護予防サービス計画を作成するとともに、指定介護予防サービス等の提供が確保されるようサービス提供事業者と連絡調整その他の便宜を提供する。

（委託者・受託者の責務）

第 2 条 乙は、甲から委託を受けた本件業務（以下、「本件委託業務」という。）の実施にあたって、常に中立・公正で利用者の立場に立って円滑、適切に行うことに努めなければならない。

2 甲は、本件業務の実施主体であることを認識し、常に本件委託業務の適切性や妥当性を確認しなければならない。

（本件委託業務の範囲及び内容等）

第 3 条 本件委託業務の範囲及び内容等は、次に掲げるとおりとする。

(1) 本件委託業務の内容

- ① 重要事項説明
- ② 契約の締結
- ③ アセスメントの実施
- ④ 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン原案の作成
- ⑤ サービス担当者会議の開催
- ⑥ 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン原案の説明・同意
- ⑦ 介護予防サービス計画書及び介護予防ケアプランの交付
- ⑧ サービス提供の連絡・調整
- ⑨ モニタリング
- ⑩ 評価
- ⑪ 給付管理業務
- ⑫ その他日常の利用者、サービス提供事業者との連絡・調整

(2) 利用者ごとの本件委託業務の履行

乙は、甲から利用者ごとの本件委託業務を受けた後、速やかに本件委託業務を履行しなければならない。

（実施の方法）

第 4 条 甲は、乙に対し本件委託業務の対象となる利用者を通知する。乙は、当該通知を受けて速やかに当該利用者を訪問し、本件委託業務を実施する。

2 乙は、介護予防サービス計画又は介護予防ケアプラン原案を作成した後、その内容について甲の定める方法で甲に報告しなければならない。

- 3 乙は、利用者の状況についてモニタリング・評価を実施した場合は、その内容について甲の定める方法で甲に報告しなければならない。
- 4 乙は、乙が担当する利用者が介護予防サービス等を利用した場合は、甲の定める方法で甲に報告しなければならない。

(サービス計画及び介護予防ケアプランの修正)

- 第5条 甲は、乙から介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアプランの原案又は介護予防サービス計画表第7・8表及び実績(給付管理票原案)(以下、「介護予防サービス計画等」という。)の提出を受けたときは、その内容を調査し、修正が必要な場合は、その旨を乙に通知するものとする。
- 2 乙は、前項の通知を受けた時は、必要に応じて甲の定める方法で介護予防サービス計画等を修正し、速やかに甲に報告しなければならない。

(契約期間)

- 第6条 契約期間は、令和____年____月____日から令和____年3月31日までとする。
ただし、甲、乙いずれかより契約期間満了の日の1ヶ月前までに契約終了を申し出ない時は、この契約は自動更新する。
- 2 前項の自動更新による契約の期間は、契約期間満了の日の翌日から起算して1年間とする。

(受託の辞退)

- 第7条 乙は、契約期間中に、休止、廃業等やむを得ない事由により、本件委託業務の受託を辞退しようとするときは、その1ヶ月前までに甲にその旨の申し出を行い、その承認を受けなければならない。
- 2 乙は、前項の規定により本件委託業務の受託を辞退する場合は、利用者に不利益が生じないよう甲乙双方協議の上、適切な対応を講じるものとする。

(受託者の義務)

- 第8条 乙は、乙が雇用する介護支援専門員に本件委託業務を行わせるものとする。
- 2 乙は、介護支援専門員に常に携帯用介護支援専門員登録証明書を携行させなければならない。
 - 3 乙は、本件委託業務に従事する者について、人権等に関わる研修の機会を確保し、もってその資質の向上に努めるものとする。

(契約の変更)

- 第9条 甲は、関係法令の改正その他やむを得ない事由のため甲において必要と認めるときは、本契約の条項を変更することができる。
- 2 甲は、本契約を変更する場合は、乙に対して、あらかじめ、文書で通知する。

(委託金額)

- 第10条 甲は、本件委託業務の実施に係る委託料として、次に定めるところにより算定される額を乙に支払う。
- 給付管理業務 1件あたり 4,325 円(消費税及び地方消費税含む)
初回加算 1,301 円(消費税及び地方消費税含む)
委託連携加算 2,936 円(消費税及び地方消費税含む)

(委託金額の請求及び支払)

- 第11条 乙は、担当する利用者が介護予防サービス等を利用した場合は、当該月の委託料を、甲が定める期日までに甲に請求するものとする。その際、乙は、利用者の当該月のサービス利用実績について記載した必要書類を合わせて提出しなければならない。
- 2 甲は、前項に規定する請求を受けた時は、その内容を調査し、請求書を受理した日

の属する月の翌月の末日までに、乙に対して委託料を支払うものとする。

ただし、甲が、大阪市から前項に規定する委託料の請求に係る介護報酬又は委託料の支払を受けることができない場合においては、当該介護報酬又は委託料の支払を受けた月の末日までに乙に支払う。

- 3 委託料は、甲の代理受領者として大阪府国民健康保険団体連合会から乙に支払われ、請求書を受領した翌月の介護報酬支払日に乙の登録済口座に振り込まれる。なお、請求額と振込額に差が生じた場合は、甲と乙で調整する。

※乙の所在地が大阪府外の場合、または事情により大阪府国民健康保険団体連合会から代理受領ができない場合は、甲の定める方法により、支払いを行う。

(再委託等の禁止)

- 第 12 条 乙は、この契約の履行にあたり、本件委託業務の全部又は一部を第三者に委任し、又は請け負わせてはならない。

(事故発生時の報告)

- 第 13 条 乙は、本件委託業務の処理に関し、事故その他契約の履行を行い難い事由が生じたときは、直ちに甲に報告し、その指示に従うものとする。

(調査及び報告)

- 第 14 条 甲は、必要があると認めるときは、乙に対して立ち入り調査し、本業務の処理状況について報告を求めることができる。

(不履行責任)

- 第 15 条 乙は、本件委託業務について、契約条項に定められたとおり履行できなかったときは、遅滞なく甲に報告しなければならない。

- 2 乙は、前項の場合において甲に損害を与えたときは、その損害を賠償しなければならない。

(善管注意義務)

- 第 16 条 乙は、常に善良なる管理者の注意をもって本件委託業務を履行する責めを負うものとする。

(契約の解除)

- 第 17 条 甲は、乙が次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約を解除することができる。

- (1) この契約に違反したとき。
- (2) 指定居宅介護支援事業者等の指定を取り消されたとき。
- (3) 大阪市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例（平成 26 年大阪市条例第 20 号）に違反し、委託業務を適正に実施することが困難であると認められるとき。
- (4) 本契約に関して乙又は乙の従事者に、不正又は不当な行為があったとき。
- (5) 大阪市地域包括支援センター運営協議会において、委託が適当でない判断されたとき。

(損害賠償)

- 第 18 条 乙は、その責めに帰すべき事由により本件委託業務の処理に関し甲又は第三者に損害を与えたときは、その損害を賠償しなければならない。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

- 第 19 条 乙及び乙が使用する者は、本件委託業務を実施する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏えいしてはならない。

- 2 前項の規定は、この契約の終了後も継続するものとする。

- 3 乙は、甲が利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者の個人情報を用いてはならない。また家族の個人情報についても、あらかじめ、文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議においてその個人情報を用いてはならない。
- 4 乙は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物(磁気媒体情報及び伝送情報を含む)について、善良な管理者の注意を持って管理し、また処分する際にも第三者への漏えいを防止する責務を負うものとする。
- 5 乙は、この契約が終了し、又は解除されたときは、甲から提供された、又は乙自らが収集若しくは作成した個人情報が記録された資料等を、速やかに甲に返還し、又は漏えいをきたさない方法で確実に処分しなければならない。
ただし、甲が別に指示したときは、その指示に従うものとする。
- 6 乙は、本件委託業務を行う上で知り得た個人情報を、本来の目的とする以外のものに利用してはならない。
- 7 乙は、この契約書に定める個人情報の取扱いについて違反する事態が生じ、又は生じるおそれがあることを知ったときは、速やかに、甲に報告し、その指示に従わなければならない。

(関係書類の整備)

第20条 乙は、本件委託業務の実施状況等を明らかにした書類を整備し、これを支援の提供の日から5年間保存しなければならない。

(疑義等の決定)

第21条 本契約に定めのない事項及び本契約に関し疑義が生じた場合は、甲乙協議の上、定めるものとする。ただし、協議の内容に関しては甲の所在する保険者に報告するものとする。

(合意裁判管轄)

第22条 本契約について、やむを得ず訴訟となる場合は、甲の所在地を管轄する裁判所を第1審管轄裁判所とすることとする。

この契約の締結の証として、本書2通を作成し、甲・乙記名押印のうえ、各1通を保有するものとする。

令和 年 月 日

甲 (指定介護予防支援事業所名) _____ 地域包括支援センター
所在地 大阪市 _____ 区 _____
事業者名 _____ 法人 _____
代表者 _____ 印

乙 事業所名 _____
所在地 _____
事業者名 _____
代表者 _____ 印

原案作成委託料支払依頼書

令和 年 月 日

大阪府国民健康保険団体連合会
理事長 ○○ ○○ 様

名 称 社会福祉法人 ○○○○会
住 所
代表者 印

次の地域包括支援センターに係る介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費に関して、給付管理票及び委託先支援者情報に記載のある居宅介護支援事業者への原案作成料の支払いを依頼します。

なお、貴会が原案作成料を支払するにあたっては、当法人において、別紙代理受領委任状を徴していることを誓約いたします。

事業所番号	
住 所	
地域包括支援センター名	

代理受領委任状

大阪府国民健康保険団体連合会
理事長 ○○ ○○ 様

令和 年 月 日

下記受任者をもって代理人と定め、受領すべき介護報酬から原案作成料を受領する権限を委任します。

なお、受任者の代理権消滅については、貴連合会に対し、委任者より委任状を解除した旨の文書を送達することをもって受任者の代理権が消滅したものといたします。

(委任者) 事業所番号

住 所 _____

事業所名 区地域包括支援センター

〇〇法人 〇〇〇〇

開設者名 会長 印

(受任者) 事業所番号 _____

住 所 _____

事業所名

開 設 者 名 印

指定介護予防支援（第 1 号介護予防支援事業含む）業務に係る
一部委託事業者の証第_____号
令和____年__月__日

居宅介護支援事業所名

事業所番号

事業所の所在地

〒

電話番号

○ ○地域包括支援センター

○○法人

代表者 ○ ○ 印

下記被保険者に係る指定介護予防支援（第 1 号介護予防支援事業含む）業務の一部を委託する事業者であることを証します。

記

被保険者氏名	
被保険者番号	
生 年 月 日	
住 所	

指定介護予防支援（第 1 号介護予防支援事業含む）業務に係る
一部委託事業者通知書

第_____号
令和____年__月__日

様
(被保険者番号)

☐ ☐ 地域包括支援センター
☐ ☐ 法人
代表者 ☐ ☐ 印

指定介護予防支援（第 1 号介護予防支援事業含む）業務の一部を委託する事業者は下記のとおりです。

記

事業所名	
事業所番号	
住 所	
電話番号	
代表者名	

課題整理総括表

利用者名 殿

作成日 / /

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②		③	
		④	⑤		⑥	
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容等)
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助	改善 維持 悪化
	屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助	改善 維持 悪化
食事	食事内容	支障なし		支障あり		改善 維持 悪化
	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助	改善 維持 悪化
	調理	自立	見守り	一部介助	全介助	改善 維持 悪化
排泄	排尿・排便	支障なし		支障あり		改善 維持 悪化
	排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助	改善 維持 悪化
口腔	口腔衛生	支障なし		支障あり		改善 維持 悪化
	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助	改善 維持 悪化
服薬		自立	見守り	一部介助	全介助	改善 維持 悪化
入浴		自立	見守り	一部介助	全介助	改善 維持 悪化
更衣		自立	見守り	一部介助	全介助	改善 維持 悪化
掃除		自立	見守り	一部介助	全介助	改善 維持 悪化
洗濯		自立	見守り	一部介助	全介助	改善 維持 悪化
整理・物品の管理		自立	見守り	一部介助	全介助	改善 維持 悪化
金銭管理		自立	見守り	一部介助	全介助	改善 維持 悪化
買物		自立	見守り	一部介助	全介助	改善 維持 悪化
コミュニケーション能力		支障なし		支障あり		改善 維持 悪化
認知		支障なし		支障あり		改善 維持 悪化
社会との関わり		支障なし		支障あり		改善 維持 悪化
褥瘡・皮膚の問題		支障なし		支障あり		改善 維持 悪化
行動・心理症状(BPSD)		支障なし		支障あり		改善 維持 悪化
介護力(家族関係含む)		支障なし		支障あり		改善 維持 悪化
居住環境		支障なし		支障あり		改善 維持 悪化
						改善 維持 悪化

利用者及び家族の 生活に対する意向		
見 通 し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「－」印を記入。

大阪市介護予防ケアマネジメント検討依頼書

依頼日 年 月 日

次の件について、訪問型サービスの提供の必要性の検討を依頼します。

〇〇区〇〇地域包括支援センター

被保険者番号		被保険者氏名	
認定区分	要支援1 ・ 要支援2	認定有効期間	・ ・ ・ ～ ・ ・ ・

添付書類 利用者基本情報、認定調査票(写)、主治医意見書(写)、ケアプラン原案(利用想定)、現行ケアプラン、課題整理総括表

主治医意見書	区 分							
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

利用対象者の状態像の確認

H29.3末時点で既に訪問介護又介護予防訪問介護のサービスを利用していたか	1. はい	2. いいえ
---------------------------------------	-------	--------

主治医意見書の「認知症高齢者の日常生活自立度」がランク「Ⅱa」以上又は「M」となっているか	1. はい	2. いいえ
---	-------	--------

認定調査票 1-12 視力について		
1. 普通（日常生活に支障がない）	2. 約1m離れた視力確認表の図が見える	3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える
4. ほとんど見えない	5. 見えているのか判断不能	

認定調査票 1-13 聴力について		
1. 普通	2. 普通の声がやっと聞き取れる	3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる
4. ほとんど聞こえない	5. 聞こえているのか判断不能	

認定調査票 3-1 意思伝達について		
1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる	2. ときどき伝達できる	3. ほとんど伝達できない
		4. できない

認定調査票 3-4 短期記憶(面接調査の直前に何をしていたかを思い出す)について	1. できる	2. できない
--	--------	---------

認定調査票 4-7 介護に抵抗することについて	1. ない	2. ときどきある	3. ある
-------------------------	-------	-----------	-------

認定調査票 5-3 日常の意思決定について		
1. できる（特別な場合でもできる）	2. 特別な場合を除いてできる	
3. 日常的に困難	4. できない	

主治医意見書 3-(3) 認知症の周辺症状	1. 無	2. 有
-----------------------	------	------

主治医意見書 3-(4) その他の精神・神経症状	1. 無	2. 有
--------------------------	------	------

主治医意見書の「障害高齢者の日常生活自立度」がランク「B」以上となっているか	1. はい	2. いいえ
--	-------	--------

1-7 歩行について	1. つかまらなくてできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
------------	---------------	----------------	---------

2-2 移動について	1. 介助されていない	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
------------	-------------	---------	---------	--------

2-3 えん下について	1. できる	2. 見守り等	3. できない
-------------	--------	---------	---------

2-4 食事摂取について	1. 介助されていない	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------------	-------------	---------	---------	--------

2-5 排尿について	1. 介助されていない	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
------------	-------------	---------	---------	--------

2-6 排便について	1. 介助されていない	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
------------	-------------	---------	---------	--------

介護予防型訪問サービスを利用する必要性

【担当ケアマネジャー記載欄】
介護予防型訪問サービスを利用する必要性について、具体的に記載してください。

事業者名		担当ケアマネジャー氏名	
------	--	-------------	--

【地域包括支援センター記載欄】
担当ケアマネ記載の内容を踏まえ、地域包括支援センターとして、意見を記載してください。

地域包括支援センター名		記載者氏名	
-------------	--	-------	--

選択型通所サービス健診受診票

介護予防ケアマネジメント事業実施マニュアル 資料19

【発行元記入欄】		【発行日】		年	月	日
		【発行元】（		）地域包括支援センター		
		連絡先（☎		—	）担当（	
介護保険被保険者番号						
介護認定（		要支援1		要支援2		事業対象者（
受診者名	（フリガナ）	明治・大正・昭和		住（〒 — ）		
		年 月 日生（ 歳）		大阪市 区		
1男・2女				（☎ — ）		

診察・検査結果等		
理学的検査	心電図検査	
関節・筋力	所見	
1 所見あり 2 所見なし	判定	
部位・症状等		血液検査
		血清アルブミン
		g/dl
		赤血球数
×	×万/mm ³	
	ヘモグロビン値	
	g/dl	
	ヘマトクリット値	
	%	

既往歴	1.高血圧 2.脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血） 3.呼吸器疾患 4.心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞） 5.糖尿病 6.肝臓病 7.腎臓病 8.脂質異常症 9.貧血 10.骨粗鬆症 11.その他（ ） 99.なし									
現症状	1.頭痛 2.耳なり 3.めまい・ふらつき 4.息切れ 5.どうき 6.胸を急に締めつけられる感じ 7.手足のしびれ 8.手足のまひ 9.食欲不振 10.むくみ 11.尿回数多い 12.その他（ ） 99.なし									
治療状況	<table border="1"> <tr> <th>血 圧</th> <th>再計測</th> </tr> <tr> <td>1.現在治療をしている</td> <td rowspan="3">/</td> </tr> <tr> <td>2.服薬はしていないが経過観察中</td> </tr> <tr> <td>3.治療中の病気はない</td> </tr> <tr> <td></td> <td>mmHg</td> <td>mmHg</td> </tr> </table>	血 圧	再計測	1.現在治療をしている	/	2.服薬はしていないが経過観察中	3.治療中の病気はない		mmHg	mmHg
血 圧	再計測									
1.現在治療をしている	/									
2.服薬はしていないが経過観察中										
3.治療中の病気はない										
	mmHg	mmHg								

選択型通所サービス利用の適否判定および留意事項	
① 上記の者は、利用が望ましい 留意事項 ☐ 無 ☐ 有 （有の場合、留意事項を下記にご記入ください） （ ）	判定医師名
② 上記の者は、症状悪化のおそれや安全上の理由により、利用が望ましくない	

健診実施年月日	年 月 日
医療機関コード（右詰めで記入）	
実施機関名 所在地 電話番号	

〔参考〕 実施した検査の値からわかること

血 圧

基準値は、収縮期血圧（最大血圧）が130未満、拡張期血圧（最小血圧）が85未満です。
選択型通所サービス（運動器の機能向上プログラム）に安全に参加していただくための基準になります。

血液検査

項 目	基 準 値	説 明
血清アルブミン	3.8～5.2 g/dl	体の栄養状態を知る目安で、低い場合は低栄養が疑われます。
赤血球数	男 410～530 万/ mm^3	赤血球数・ヘモグロビン値・ヘマトクリット値、あわせて貧血の状態を示しており、低い場合は貧血、高い場合は多血症等が疑われます。
	女 380～480 万/ mm^3	
ヘモグロビン値	男 13.1～17.9 g/dl	
	女 12.1～15.9 g/dl	
ヘマトクリット値	男 39～52 %	
	女 35～48 %	

年 月 日

取扱医療機関 様

大阪市福祉局高齢者施策部
地域包括ケア推進課

選択型通所サービス健診の依頼について

平素は本市の保健福祉施策の推進にご理解・ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、別紙の方は、介護保険の選択型通所サービス事業の運動器の機能向上プログラムを受けることを希望されております。

つきましては、利用にあたり、ご本人の状態をご高診いただきますとともに、診察結果につきましては、別紙「選択型通所サービス健診受診票」にご記入の上、経費請求とあわせて次の関係部署へご送付くださいますよう、お願い申し上げます。

- | | | |
|--|---|-------------------|
| 1. 「選択型通所サービス健診受診票」 1 枚目 | → | 健診実施機関で保存 |
| 2. 「選択型通所サービス健診受診票」 2 枚目 | → | 大阪市福祉局へ送付 |
| 3. 「選択型通所サービス健診受診票」 3 枚目
「選択型通所サービス健診経費請求書」 | → | 大阪府医師会地域医療 I 課へ送付 |
| 4. 「選択型通所サービス健診受診票」 4 枚目 | → | 本人へ結果として渡す |

＊ 添付書類

- ①選択型通所サービス健診受診票
- ②基本チェックリスト（実施済み）

【実施機関名】

【担当者名】

【連絡先】

経費請求に関する問い合わせ先

大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課

TEL 6208-9957・9962

FAX 6202-6964

令和7年〇月△日現在

【〇〇区】 令和7年度 選択型通所サービス健診取扱医療機関一覧

- 受診の際は、お渡しさせていただきました書類一式（依頼文書、選択型通所サービス健診受診票、基本チェックリスト）を、必ず持参してください。
- 予約等が必要な場合がありますので、受診を希望する医療機関に受付時間・曜日等を事前に必ず確認してください。
- 大阪市内であれば他区の医療機関でも受診することができます。（選択型通所サービス健診取扱医療機関に限る）
- 健診の結果等につきましては、健診をお勧めした地域包括支援センター及び選択型通所サービスの事業者へ情報提供します。

No.	医療機関名	住 所	電話番号
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			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			

(様式7-①)

(様式7-②)

**選択型通所サービス計画(運動器の機能向上プログラム)
兼 モニタリング(評価)報告書**

氏名 _____ 生年月日 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

要支援1 ・ 要支援2 ・ 事業対象者 _____ 担当圏域 _____ 地域包括支援センター
(一部委託事業所 _____)

① 目標とする生活および生活機能上改善したい課題(ご本人が地域包括支援センターと立てた目標・課題)

② ①の目標を達成する為の、運動器の機能向上における目標(ご本人が事業所と立てた目標)

③ 身体評価		事前アセスメント時(年 月 日)	事後アセスメント時(年 月 日)
上半身	痛みの部位	なし ・ あり()	なし ・ あり()
	痛みの程度	なし ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度	なし ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度
	日常生活での支障	支障なし ・ ときどき支障を感じる ・ 常に支障を感じる	支障なし ・ ときどき支障を感じる ・ 常に支障を感じる
下半身	痛みの部位	なし ・ あり()	なし ・ あり()
	痛みの程度	なし ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度	なし ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度
	日常生活での支障	支障なし ・ ときどき支障を感じる ・ 常に支障を感じる	支障なし ・ ときどき支障を感じる ・ 常に支障を感じる
転倒リスク(10個以上はリスク大)		個／21個	個／21個
体力測定結果	身長	cm	cm
	体重	kg	kg
	開眼片足立ち(左・右)	秒	秒
	握力(左・右)	kg	kg
	5m歩行	秒	秒
	タイム・アップ&ゴー	秒	秒
*体力測定については、厚生労働省「介護予防マニュアル改訂版(平成24年3月)」参照のこと			
【運動に際して考慮すべきリスク】		※痛みの状態や関節可動域、筋力、姿勢、基本動作能力、既往歴などから分析	

④ ②を達成するにあたっての運動機能の改善目標(③等客観的指標を参考の事)

全身	体幹	上肢	下肢	その他

⑤ ④の目標達成のための運動処方

	第1期(1回目～5回目)	第2期(6回目～9回目)	第3期(10回目～14回目)
日にち	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
事業所での運動処方 (内容・回数・時間等)			
自宅での運動処方 (内容・回数・時間等)			
	※ご本人へ交付した処方資料添付のこと	※ご本人へ交付した処方資料添付のこと	※ご本人へ交付した処方資料添付のこと

上記内容について説明を受け、これに同意し、交付を受けました 年 月 日 ご本人ご氏名

評価			
次月への課題			今後自宅で継続する運動処方 ※ご本人へ交付した処方資料添付のこと

⑥ 回次	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
実施日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

⑦ 終了時の評価(課題の達成度等)

③の身体評価… 改善 維持 悪化(理由)

②について、ご本人の達成感… よくできた あまりできなかった できなかった

②について、事業者が見た客観的達成度…
達成 不十分 (理由)

⑧ ⑦を踏まえ、ご本人に説明した内容(ご本人と事業者で振返った内容、今後継続する活動など)

上記内容について説明を受け、報告書の交付を受けました 年 月 日 ご本人ご氏名

⑨ 地域包括支援センターへの引継ぎ内容(今後の地域での生活において、留意事項等)

作成日 年 月 日 サービス提供事業者
作成担当者氏名

☐ 地域包括支援センターへ写しの提供 ☐ ご本人への写しの提供

選択型通所サービス計画(栄養改善プログラム)
兼 モニタリング(評価)報告書

氏名 _____ 生年月日 明・大・昭 年 月 日生 歳

要支援1 ・ 要支援2 ・ 事業対象者 _____ 担当圏域 _____ 地域包括支援センター
(一部委託事業所 _____)

① 目標とする生活および生活機能上改善したい課題(ご本人が地域包括支援センターと立てた目標・課題)

② ①の目標を達成する為の、栄養改善における目標(ご本人が事業所と立てた目標)

栄養改善のためのチェック	事前アセスメント	事後アセスメント
実施年月日	年 月 日	年 月 日
1. 1日3食決まった時間に食べていますか	1.はい 0.いいえ	1.はい 0.いいえ
2. 毎食、主食(ごはん・パン・めん類)を食べていますか	1.はい 0.いいえ	1.はい 0.いいえ
3. 毎食、主菜(魚・肉・卵・大豆製品)を食べていますか	1.はい 0.いいえ	1.はい 0.いいえ
4. 毎食、副菜(野菜・海藻・きのこ)を食べていますか	1.はい 0.いいえ	1.はい 0.いいえ
5. 毎日、牛乳・乳製品をとっていますか	1.はい 0.いいえ	1.はい 0.いいえ
6. お水やお茶を1日に1リットル程度は飲んでいますか	1.はい 0.いいえ	1.はい 0.いいえ
7. 自分の健康状態をよくするために、 自分で食事の調整ができると思っていますか	3.できると思う 2.たぶんできると思う 1.たぶんできないと思う 0.できないと思う	3.できると思う 2.たぶんできると思う 1.たぶんできないと思う 0.できないと思う
	点/9点	点/9点

③ 課題把握のためのアセスメント

1. 医師に食事療法をするように何か指示されていることがありますか	いいえ・はい()
2. 自分で食べ物を買いに行ったり、食事の支度をするのに不自由を感じていますか	いいえ・はい()
3. 毎日の食事は誰がつくっていますか	本人・その他 ()
4. 普段の食事は誰かと一緒に食べていますか	はい()・ いいえ
5. 外食はどれくらいしますか	ほとんどしない・週()回程度
6. 市販弁当・配食サービス・惣菜を利用しますか	ほとんど利用しない・週()回程度
【その他(特記すべき事項等)】 ※便秘、下痢、習慣飲酒、栄養補助食品の使用など	

④ ②を達成するために改善する課題

--

⑤ ④の課題解決のために取り組むこと

期間	1か月目	2か月目	3か月目
	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
内容 頻度 等			
	※ご本人へ交付した処方資料添付のこと	※ご本人へ交付した処方資料添付のこと	※ご本人へ交付した処方資料添付のこと

上記内容について説明を受け、これに同意し、交付を受けました _____ 年 月 日 ご本人ご氏名 _____

氏 名 _____

⑥ 栄養改善プログラム個人記録

参加	1回目	2回目	3回目
	年 月 日()	年 月 日()	年 月 日()
	体重()kg	体重()kg	体重()kg
参加時 本人の 様子	体調	体調 課題に対する取組など	体調 課題に対する取組など
実施 指導 内容	プログラム ご自宅で取り組むこと（次月への課題など）	プログラム ご自宅で取り組むこと（次月への課題など）	プログラム ご自宅で取り組むこと（次月への課題など）
	※ご本人へ交付した処方資料添付のこと	※ご本人へ交付した処方資料添付のこと	※ご本人へ交付した処方資料添付のこと
各回の 評価			

⑦ 終了時の総合評価

【評価】	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
【目標に対する達成度】	☐ 達成 ☐ 不十分（理由 _____）
【ご本人の達成感】	☐ よくできた ☐ あまりできなかった ☐ できなかった
【コメント】 	

⑧ ⑦を踏まえ、ご本人に説明した内容(ご本人と事業者で振返った内容、今後継続することなど)

上記内容について説明を受け、報告書の交付を受けました _____ 年 _____ 月 _____ 日 ご本人ご氏名 _____

⑨ 地域包括支援センターへの引継ぎ内容(今後の地域での生活において、留意事項等)

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 サービス提供事業者 _____

作成担当者氏名 _____

☐ 地域包括支援センターへ写しの提供 ☐ ご本人への写しの提供

選択型通所サービス計画(口腔機能向上プログラム)
兼 モニタリング(評価)報告書

氏名 _____ 生年月日 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

要支援1 ・ 要支援2 ・ 事業対象者 _____

担当圏域 _____

地域包括支援センター _____

(一部委託事業所 _____)

① 目標とする生活および生活機能上改善したい課題(ご本人が地域包括支援センターと立てた目標・課題)

② ①の目標を達成する為の、口腔機能向上における目標(ご本人が事業所と立てた目標)

③ 課題把握のためのアセスメント

観察項目等		評価項目	事前	事後
①基本チェックリストの3項目課題確認 (該当する場合は✓を)	No.13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか		☐	☐
	No.14 お茶や汁物でむせることがありますか		☐	☐
	No.15 口の渇きが気になりますか		☐	☐
②咬筋の触診(咬合力)	1 なし 2 弱い 3 強い			
③口臭	1 感じる 2 多少感じる 3 感じない			
④歯や義歯のよごれ	1 ある 2 多少ある 3 ない			
⑤舌の汚れ	1 ある 2 多少ある 3 ない			
⑥ブクブクうがい(空ブクブクでも可)	1 できない 2 やや不十分 3 できる			
オーラルディアドコネシス (口腔器官の巧緻性、運動速度)	10秒間に「パ」「タ」「カ」をそれぞれ何回言えるかを測定する	パ	回	回
		タ	回	回
		カ	回	回
反復唾液嚥下テスト	30秒間に空嚥下(生唾を飲む)が何回できるかを観察する		回	回
【その他の問題点等】				

④ ②を達成するために改善する課題

⑤ ④の課題解決のために取り組むこと

期間	1か月目	2か月目	3か月目
	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
内容 頻度 等			
	※ご本人へ交付した処方資料添付のこと	※ご本人へ交付した処方資料添付のこと	※ご本人へ交付した処方資料添付のこと

上記内容について説明を受け、これに同意し、交付を受けました _____ 年 _____ 月 _____ 日 ご本人ご氏名 _____

氏 名

⑥ 口腔機能向上プログラム個人記録

参加	1回目	2回目	3回目
	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()
参加時 本人の 様子	体調	体調 課題に対する取組など	体調 課題に対する取組など
実施 指導 内容	プログラム ご自宅で取り組むこと（次月への課題など） ※ご本人へ交付した処方資料添付のこと	プログラム ご自宅で取り組むこと（次月への課題など） ※ご本人へ交付した処方資料添付のこと	プログラム ご自宅で取り組むこと（次月への課題など） ※ご本人へ交付した処方資料添付のこと
各回の 評価			

⑦ 事後の評価（本人からの聴取で口腔機能向上プログラム参加前と比較してあてはまるものをチェック）

☐ 固い物がかめるようになった	☐ むせが減った	☐ 口の渴きが減った
☐ 食事がよりおいしくなった	☐ 口の中に食べ物が残らなくなった	☐ 食べこぼしが減った
		☐ 話しやすくなった
【総合評価】	☐ 改善	☐ 維持
	☐ 悪化	
【目標に対する達成度】	☐ 達成	☐ 不十分（理由
		）
【ご本人の達成感】	☐ よくできた	☐ あまりできなかった
	☐ できなかった	
【コメント】		

⑧ ⑦を踏まえ、ご本人に説明した内容（ご本人と事業者で振返った内容、今後継続することなど）

--

上記内容について説明を受け、報告書の交付を受けました 年 月 日 ご本人ご氏名

⑨ 地域包括支援センターへの引継ぎ内容（今後の地域での生活において、留意事項等）

--

作成日 年 月 日

サービス提供事業者

作成担当者氏名

☐ 地域包括支援センターへ写しの提供☐ ご本人への写しの提供

介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）報告書

報告日	年	月	日
区	地域包括支援センター		

地域包括支援センターにおいて、介護予防型訪問サービスが必要と判断しましたので報告します。

年度ー包括ー事例No	ー				
年齢		介護度等		日常生活 自立度	障がい自立度
性別					認知症自立度
介護予防型訪問サービスが必要な理由					
※ケアマネジャー意見					
判断日	年	月	日		
介護予防型訪問サービスが必要とした判断根拠 (複数チェック可)	身体機能等の課題				
	☐ 1 歩行不安定 ☐ 2 一人で外出できない ☐ 3 麻痺・拘縮 ☐ 4 一人で入浴できない ☐ 5 疾患による骨折のリスク ☐ 6 転倒のリスクがある ☐ 7 服薬管理ができない ☐ 8 その他 ()				
	認知面・精神面の課題				
	☐ 1 認知機能の低下 ☐ 2 精神不安定 ☐ 3 その他 ()				
	生活環境等に関する課題				
	☐ 1 住宅環境の問題 ☐ 2 家族環境の変化 ☐ 3 その他 ()				
ケアマネジャーへの助言内容 (複数チェック可)	食生活・口腔機能に関する課題				
	☐ 1 低栄養状態 ☐ 2 食生活の偏り等 ☐ 3 義歯のかみ合わせ ☐ 4 その他 ()				
	1 買い物同行 2 通院介助 3 衣服の着脱介助 4 洗身介助 5 主治医連絡 6 訪問看護の導入 7 リハビリテーション職による助言 8 訪問歯科診療 9 歯科衛生士による指導 10 薬剤師による指導 11 栄養士による指導 12 住宅改修 13 インフォーマルサービスの紹介 14 その他 ()				
	介護予防型訪問サービスとして提供が必要と認めたサービス		今後検討が必要と考えられるサービス		
	※選択した理由を記載				
認めた期間					

※判断した日が属する月の翌月末に福祉局地域包括ケア推進課に報告する。

報告先：chiikihoukatsu@city.osaka.lg.jp

介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）報告書

報告日 令和 7 年 5 月 10 日
区 地域包括支援センター

地域包括支援センターにおいて、介護予防型訪問サービスが必要と判断しましたので報告します。

年度一包括一事例No		R7		淀屋橋		1	
年齢	78	介護度等	要支援 1	日常生活自立度	障がい自立度	J1	
性別	男性				認知症自立度	自立	
介護予防型訪問サービスが必要な理由	2か月ほど前より両変形性膝関節症による痛みが悪化し、自宅内では壁づたいに移動しているが、自宅内で時々転倒している。押し車があれば一人で徒歩50m程の近医への受診はできるが、一番近いスーパーまでは坂道を越えなければならず、ふらつきもあることから一人での買い物は難しい。自分でやりたい気持ちはあるものの、転倒の不安から外出を控え、最近では活動の減少から食欲もない。浴槽が深く一人で入浴することも困難となっている。こういった状況から買い物や入浴の介助の支援をしつつ、本人の自立に向け、今後リハビリテーション職の助言や住宅改修等の検討が必要である。						
※ケアマネジャー意見							
判断日	令和 7 年 4 月 5 日						
介護予防型訪問サービスが必要とした判断根拠 (複数チェック可)	身体機能等の課題						
	☒ 1 歩行不安定 ☐ 2 一人で外出できない ☐ 3 麻痺・拘縮 ☒ 4 一人で入浴できない ☐ 5 疾患による骨折のリスク ☒ 6 転倒のリスクがある ☐ 7 服薬管理ができない ☐ 8 その他 ()						
	認知面・精神面の課題						
	☐ 1 認知機能の低下 ☐ 2 精神不安定 ☐ 3 その他 ()						
	生活環境等に関する課題						
	☒ 1 住宅環境の問題 ☐ 2 家族環境の変化 ☐ 3 その他 ()						
ケアマネジャーへの助言内容 (複数チェック可)	食生活・口腔機能に関する課題						
	☒ 1 低栄養状態 ☐ 2 食生活の偏り等 ☐ 3 義歯のかみ合わせ ☐ 4 その他 ()						
	1 買い物同行 2 通院介助 3 衣服の着脱介助 4 洗身介助 5 主治医連絡 6 訪問看護の導入 7 リハビリテーション職による助言 8 訪問歯科診療 9 歯科衛生士による指導 10 薬剤師による指導 11 栄養士による指導 12 住宅改修 13 インフォーマルサービスの紹介 14 その他 ()						
※選択した理由を記載	介護予防型訪問サービスとして提供が必要と認めたサービス			今後検討が必要と考えられるサービス			
	1 4 5 7			11 12			
認めた期間		2025/10/31					

※判断した日が属する月の翌月末に福祉局地域包括ケア推進課に報告する。

報告先：chiikihoukatsu@city.osaka.lg.jp

介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）報告書

～記載時の注意点について～

〔資料24〕の記載例を参考

	記載時の注意点	記載例
介護予防型訪問サービスが必要とした理由	❖現在の身体状況、心理状況、生活環境など 本人の生活上の困りごとや支障がある原因 等	2か月ほど前より両変形性膝関節症による痛みが悪化し、自宅では壁づたいに移動しているが、室内で時々転倒している。
	❖普段の生活の中で、 本人ができること 等	押し車があれば一人で徒歩50m程の近医への受診はできるが、
	❖本人の意思や意欲はどうか、目標となるような内容等	自分でやりたい気持ちはあるものの、
	❖生活環境上でのリスクや 本人の活動を阻害している要因 等	一番近いスーパーまでは坂道を超えなければならず、ふらつきもあることから一人での買い物は難しい。 転倒の不安から外出を控えている。 最近は活動が減少し、食欲もない。 浴槽が深く一人で入浴することも困難となっている。
	❖上記の状況から、現状において必要な支援、介護予防型訪問サービスが必要と考えられる内容等	こういった状況から買い物や入浴の介助の支援をしつつ、リハ職や住宅改修等の検討が必要である
根拠判断	❖上記の状況から、 必要と考えられる項目 を選択 ❖判断根拠となるものであることから、本人の状況に応じた内容とする	歩行不安定・一人で入浴できない・転倒のリスクがある・住宅環境の問題・食生活の偏り等
ケアマネへの助言内容	早期に取り入れを認めたサービス	
	❖上記の状況から、 現状に即したサービス を選択	1 買い物同行 4 洗身介助 5 主治医連絡 7 リハ職による助言
	今後検討が必要と思われるサービス	
	❖上記の状況から、 残存機能の維持、向上、悪化の防止等の視点において必要と考えられるサービス について検討し選択	11 栄養士による指導 12 住宅改修
期間	❖介護予防型サービスを導入することで、 生活上等の課題の改善が可能と見込まれる期間 ※必要に応じて、認定期間中の見直し必要	令和7年10月31日まで

※本人の状況から判断根拠が必要と考えられるサービスとの整合性をもたせること。