

第4章 介護予防ケアマネジメント関連様式と記入の仕方

1. 尼崎市介護予防ケアマネジメント関連標準様式

様式は尼崎市ホームページからダウンロードできます。

掲載ページ⇒トップページ >くらし・手続き >高齢者支援 >介護保険制度のしくみ >尼崎市介護予防・日常生活支援総合事業 もしくは ID 検索

(1)	利用者基本情報
(2)	基本チェックリスト
(3)	アセスメントシート（事業所で使用しているもので可）
(4)	興味・関心チェックシート
(5)	バランス食事チェックシート（尼崎市独自様式）
(6)	介護予防サービス・支援計画書
(7)	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 （別表）サービス担当者会議録
(8)	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
(9)	介護予防・総合事業サービス実績報告書（尼崎市独自様式）
(10)	介護予防ケアプラン提出書類チェックシート（尼崎市独自様式）

(9) はサービス提供事業者から介護予防ケアプランを作成した担当ケアマネジャーに提出する様式です。

(10) は受託先居宅介護支援事業者から包括Cへ書類を提出する際に活用するチェックシートです。提出書類に不足や不備がないように、すべての書類をそろえ、提出のご協力をお願いします。

(1) 利用者基本情報

利用者基本情報

①作成担当者：

《基本情報》NO.

② 相談日	年 月 日 ()	来 所・電 話 その他 ()	初 回 再来 (前 /)			
③ 本人の現況	在宅・入院又は入所中 (〇〇病院、△老健)					
④ツガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳			
⑤住 所	被保険証の住所=住民票の住所 (現在の住所)		Tel ⑥ () Fax ()			
⑦日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
⑧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					
⑨障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()					
⑩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					
⑪経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・()		金額が分かれば 記載			
⑫ 来 所 者 (相談者)	<p>家族構成</p> <p>⑮</p> <p>◎=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)</p> <p>ジェノグラムで記載 家族の居住地や年齢 等、分かる範囲で記載</p> <p>家族関係等の状況</p>					
⑬住 所 連 絡 先				続柄		
⑭ 緊急連絡先				氏名	続柄	住所・連絡先
				携帯番号、勤務先番号を 記載。連絡先としてメー ルアドレスも記載		

《介護予防に関する事項》

⑩ 今までの生活	生活歴、主要な出来事、現在の状態になる前の約1年～10年ほど前の暮らしぶりや家族関係等を記載する		
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・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	⑪ 1日の流れ、過ごし方を記載。時間別に本人、家族が行っていることを記載する		⑫ 現在の状況や以前取り組んでいたことも記載する
	時間	本人	介護者・家族
	○時	朝食	長女
毎日の決まった生活行為	○時		食事づくり
	○時	散歩	通院付き添い
			友人・地域との関係
			⑬ 地域での役割、関係性、交流頻度等

《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)

⑭ 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			治療中 経観中 その他	「治療中」服薬等の治療を受けている 「経過中」治療はなく受診のみ 「その他」治療なし
年 月 日			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
⑮ サービス内容、頻度	⑯ 地域の集い場、サロン等

⑰ 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、基本情報、アセスメントシート記入内容、要介護認定、要介護認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果、事業者、利用者、事業者、地域包括支援センターが契約する際に個人情報の第三者提供に関する同意を得ている場合は記載不要

本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業等実施者、介護保険施設、主治医その他関係者等に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

【利用者基本情報の記入の仕方】

《基本情報》

① 「作成担当者」

利用者基本情報の作成者の氏名を記載する。

② 「相談日」

初回の相談日で、利用者基本情報を作成した年月日を記載する。相談の方法として、来所や電話等の種別を記入し、再来の場合は、前回の相談日がわかれば記載する。

③ 「本人の現況」

本人の現在の居所について記載する。入院または入所中の場合はその施設名を記載する。

④ 「本人氏名」

利用者名(フリガナ)および性別を記載する。介護保険被保険者証と一致していることを確認し、生年月日と年齢を記載する。

⑤ 「住所」

利用者の現在の居住地を書く。住民票の住所と異なる場合は、介護保険被保険者証の住所を記載し、()書きで現在の居住地を記入する。

⑥ 「電話番号」

利用者との連絡の取れる電話番号を記載する。

⑦ 「日常生活自立度」

「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要支援認定で用いられた主治医意見書の3(1)の「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに○印を付ける。

⑧ 「認定情報」

利用者の要介護認定等の区分について、「非該当」「要支援1」～「要介護5」のいずれかを○で囲む。また認定有効期間と前回の介護度を記載する。

要支援認定のない場合は、基本チェックリストの記入結果により、「事業対象者の該当あり」または「事業対象者の該当なし」のいずれかを○で囲み、基本チェックリストの実施日を記入する。

⑨ 「障害等認定」

障害等の種別について○印で囲む。障害等級等、特記することがあれば空欄に記載する。

⑩ 「本人の住居環境」

該当するものについて○印で囲む。自室の有無、自室のある場合は階を記載する。また住宅改修の有無についても記載する。

⑪ 「経済状況」

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。

⑫ 「来所者(相談者)」

来所者または相談者について氏名を記載する。

⑬ 「住所 連絡先」「続柄」

来所者または相談者の住所、連絡先及び本人との続柄を記載する。

⑭ 「緊急連絡先」

緊急時に確実に連絡が取れる電話番号を記載する。連絡先は複数確認することが望ましい。利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合に利用者の自宅以外の連絡先を記載する。また、家族が働いている場合は、携帯電話や家族の職場等確実に連絡が取れる電話番号を記載する。

⑮「家族構成」

利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載し、現在利用者と同居している家族は○で囲む。利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載する。

《介護予防に関する事項》

⑯「今までの生活」

利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。

職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載する。

⑰「現在の生活状況（どのような暮らしを送っているか）」

「1日の生活・過ごし方」

起床から就寝までの1日の流れや食事・買い物・仕事や日課にしていることなど、1日の過ごし方を記載する。上段には、生活全般に関する様子を記入し、食事や入浴、家事など毎日の決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記載する。

のちにアセスメントの領域の「日常生活（家庭生活）について」で、この領域をアセスメントすることを念頭に必要な情報を記載する。

⑱「趣味・楽しみ・特技」

現在の趣味だけではなく、以前取り組んでいたものも聞き取り記載する。

⑲「友人・地域との関係」

友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

《現病歴・既往歴と経過》

⑳「病名・既往歴と経過」

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往症と治療・服薬の状況について時間の経過順に記載する。

服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付け、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、「経過観察中」に○印を付ける。その他の状況の場合には「その他」○印を付ける。また、主治医意見書を記載した医療機関または医師に☆印を付ける。

《現在利用しているサービス》

㉑「現在利用しているサービス」

利用者が現在利用している支援について、サービスの種別と利用頻度について記載する。サービス・事業は行政の行う一般施策のような公的サービスとボランティアや友人などによって行われている非公的支援を分けて記載する。

㉒「個人情報の第三者提供に関する同意」

地域包括支援センターが、介護予防支援または介護予防ケアマネジメントの契約を行う際、個人情報を必要な範囲で第三者に提供することについての同意を得ている場合は、ここで利用者基本情報に同意を得る必要はない。

(2)基本チェックリスト

基本チェックリスト

名前： _____

記入日： _____年 _____月 _____日

	No.	質問項目	回答	
			(いずれかに○をお付け下さい)	
日常生活	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
運動機能	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
栄養	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 (注) (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。		
口腔	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
閉じこもり	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
認知機能	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
こころの健康	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

この表における該当 (No. 12に限る。) とは、BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合をいう。

【基本チェックリストの記入の仕方】

【共通事項】		
<p>①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適切な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。</p> <p>②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。</p> <p>③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。</p> <p>④項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。</p>		
質問項目	質問項目の趣旨	
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	<p>家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。</p> <p><u>様々な手段を使っ ての外出ができて いるか。必ずしもバ スや電車である必 要はない。</u></p>
2	日用品の買い物をしていますか <u>距離は関係ない</u>	<p>自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。<u>電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」</u> 生協、通販等</p>
3	預貯金の出し入れをしていますか	<p>自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。</p> <p><u>生活機能全般をエッセック</u> <u>金銭管理が できているか</u></p>
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。

6～10の質問項目は、運動機能について尋ねています。			
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。	足の筋力や持久力をチェック
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	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るかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。	
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。	
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。 自転車での転倒も含む	
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。	
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。			
11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。	栄養状態をチェック
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。	
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。	咀嚼機能 嚥下機能 をチェック
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。	
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。	

仕事、買物、散歩、通院等

16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。				
16	週に1回以上は <u>外出</u> していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。	} 社会参加活動 意欲をキック	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。		
18~20の質問項目は認知症について尋ねています。				
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	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。	} 短期記憶 見当識 機能をチェック	
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	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。		
21~25の質問項目は、うつについて尋ねています。				
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	} 日常生活における活気や将来に対する不安をキック	} 21~25 一時的なものではなく「 <u>ここ2週間、継続</u> して感じているか」に留意する。	
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			
23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる			
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない			} 自宅や地域で自分の役割はあると感じているか?と置き換えて聞いても可。
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする			

3. アセスメントシート

生活状況を把握するためのアセスメントシート

記入者：様

日付：令和 年 月 日

領域	視点	アセスメント項目
A 運動に動いて	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えているかどうか。	運動機能（支えの必要性） 立ち上がり： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 片足立ち： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 歩行状況（歩行レベル） 室内（ ） 屋外（ ） 転倒傾向 転倒（ ） つまずき（ ） 移動範囲 <input type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 区内・市内くらい <input type="checkbox"/> 市外まで 移動手段 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車（運転） <input type="checkbox"/> 車（同乗） <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族
	B 日常生活・家庭生活について	家事（買い物・調理・掃除・洗濯・こみ捨て等）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。 <input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> あまり感じない（ <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 迷う <input type="checkbox"/> 難しい（何が： <input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 火の消し忘れ等の経験がある <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない（理由： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない（理由： <input type="checkbox"/> 一人で行える <input type="checkbox"/> 人に尋ねながらしている <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 注意している <input type="checkbox"/> 注意していない <input type="checkbox"/> 被害経験がある <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> テレビ・ラジオ <input type="checkbox"/> 人づて <input type="checkbox"/> 近隣の広報 <input type="checkbox"/> 関心がない この様式は尾崎市地域包括支援センターで使用している様式です。（アセスメントシートは事業所で使用している様式でも可）
C 社会参加・対人関係・コミュニケーション	状況に合わせた社会的に適切な方法で、人々と交流している、また家族・近隣のひととの人間関係が保たれているか。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の状況や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうか。	<input type="checkbox"/> 趣味や楽しみがある) <input type="checkbox"/> 仕事をしている <input type="checkbox"/> 地域活動やボランティア活動に参加している <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> 殆ど出ない <input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> その他（) <input type="checkbox"/> 自己の意思の表出ができる <input type="checkbox"/> 他者の話の内容が理解できる
	社会参加・対人関係	活動性 <input type="checkbox"/> 趣味や楽しみがある) <input type="checkbox"/> 仕事をしている <input type="checkbox"/> 地域活動やボランティア活動に参加している <input type="checkbox"/> 特にない 外出頻度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> 殆ど出ない 外出目的 <input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> その他（) 家族との交流 <input type="checkbox"/> 自己の意思の表出ができる <input type="checkbox"/> 他者の話の内容が理解できる 近隣との交流 <input type="checkbox"/> 趣味や楽しみがある) <input type="checkbox"/> 仕事をしている <input type="checkbox"/> 地域活動やボランティア活動に参加している <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> 殆ど出ない <input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> その他（) <input type="checkbox"/> 自己の意思の表出ができる <input type="checkbox"/> 他者の話の内容が理解できる

<p>清潔・整容と服薬・定期健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る場合、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>D 健康管理について</p> <p>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 <input type="checkbox"/> 指示通り飲める <input type="checkbox"/> 他者の指示があれば飲める <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 健康診断を受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <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"/> ぐちの湧き <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> 硬いものが食べにくい <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</p> <p>歯の手入れ（義歯含む） 頻度（ ） 方法（ ） 食生活・栄養状況 回数（ ）状況 <input type="checkbox"/> バランスに気をつけている <input type="checkbox"/> 偏っている <input type="checkbox"/> 食量減少 <input type="checkbox"/> 関心がない 水分摂取の状況 <input type="checkbox"/> 気をつけている（ ） <input type="checkbox"/> 特に気をつけていない <input type="checkbox"/> 飲酒状況・喫煙状況 飲酒：頻度（ ）量（ ） 喫煙：量（ ） <input type="checkbox"/> している（ ） <input type="checkbox"/> していない（理由： ） <input type="checkbox"/> 心がけている <input type="checkbox"/> つい無理をしてしまう <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： ） 入浴の状況 頻度（ ） 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（ ） <input type="checkbox"/> あまり保たれていない（ ） 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</p>	<p>居室（ ） 屋内（ ） 屋外（ ） 収入（ ） 主な使途（ ） 心配なこと（ ） <input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない（理由） <input type="checkbox"/> みられない <input type="checkbox"/> 要注意（根拠： ） <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> みられる（内容： ） <input type="checkbox"/> ある（<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 民生委員等 <input type="checkbox"/> 近隣住人 <input type="checkbox"/> IT見守り <input type="checkbox"/> その他： ） <input type="checkbox"/> ない <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 大切にしたいこと（ ） 嫌なこと（ ）</p> <p>本人の主訴や意向 家族の主訴や意向 これからの生活についての希望 現在利用しているサービスなど 全体的な印象</p>
<p>E その他</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>	

4. 興味・関心チェックシート

【興味・関心チェックシートの活用について】

興味・関心チェックシートは主に人間関係や社会参加、趣味・楽しみを把握するためのものと言えます。基本チェックリストでは把握しきれない「日々の過ごし方と楽しみ方」を引き出すには、とても有用なものです。

利用者本人が日常生活上実際に「している」こと、実際にはしていないが「してみたい」と思っていること、してみたいまでは思わないものの「興味がある」と思っていることに関して、利用者の記入または聞き取りにより作成します。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ます。

「している」「してみたい」「興味がある」の3つから1つを選ぶようになっていますが、それだけではなぜ「している」（していない）のか、なぜ「してみたい」「興味がある」のかなどは分かりません。また、いつまでに（時期）、どこで（場所）、誰と（家族や友人）などもはっきりしません。チェックの内容から、動機づけられる事柄につなげていきます。

例えば…

・「している」という回答に、単純に自立と決めつけず、「どのようにされていますか？」「どのように工夫したり、周囲の方にお手伝いしてもらったりしていますか？」と質問をすることで深めます。

・「してみたい」という回答に、「していないのはどのような理由なのか」「自分なりにどのように工夫したり、周囲の方にお手伝いをしてもらえたらできそうですか？」「いつまでにやれるようになりたいと思っていますか？」と質問で、やりたい思いを聞きつつ、何を改善すればやれるようになるかを一緒に考えます。

・「興味がある」という回答に、「いつから興味があったのか？」「興味がある理由」などの質問から、意欲を引き出すポイントをつかんでいきましょう。

興味・関心チェックシート

作成日： 令和 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・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×をつけてください。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・麻雀・ゲーム等			
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・相撲等観戦			
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			

5. バランス食事チェックシート

【バランス食事チェックシート(尼崎市独自様式)の活用について】

高齢者は栄養状態が不十分だと筋力の低下を招いたり病状の悪化を招いたり様々な悪影響を及ぼします。そのような状態では心身機能の向上のためのリハビリテーションなども十分な成果を出せず、健康を損なうだけでなく ADL や QOL の低下を招くこととなります。

一週間の食事を見直すことで、食事についての総合的なアセスメントを行うことができます。利用者や家族が記入する、もしくは利用者と一緒に記入することで、日頃の食生活を振り返り、健康管理を考える機会となり、食生活の評価や低栄養につながる要因等を把握し、改善につなげていくことができます。

食事の聞き取りから…

- ・ 栄養バランスのとれた食事がとれているか。偏った食生活となっていないか。
- ・ 体重の増減に食事内容や食事量の影響がないか。
- ・ 食事をとる時間や回数から、服薬管理に影響がないか。
- ・ やわらかいものばかり好んで食べている場合等には口腔機能の状況も確認。
- ・ 食事の用意は誰がどのように行っているか。
- ・ おいしく楽しく食べられる食事の機会(だれかと一緒に楽しく食べる食事)はあるか。

等

バランス食事チェックシート（おもて） まずは3日間のセルフチェック

	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	4月 1日 (水)
朝食	魚 <input type="checkbox"/> 油 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 海藻 <input type="checkbox"/> 芋 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/>	魚 <input type="checkbox"/> 油 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 海藻 <input type="checkbox"/> 芋 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/>	魚 <input type="checkbox"/> 油 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 海藻 <input type="checkbox"/> 芋 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/>	魚 <input type="checkbox"/> 油 <input checked="" type="checkbox"/> 肉 <input checked="" type="checkbox"/> 牛乳 <input checked="" type="checkbox"/> 野菜 <input checked="" type="checkbox"/> 海藻 <input checked="" type="checkbox"/> 芋 <input type="checkbox"/> 卵 <input checked="" type="checkbox"/> 大豆 <input checked="" type="checkbox"/> 果物 <input checked="" type="checkbox"/>
昼食	今日、食べたものを <input checked="" type="checkbox"/>	今日、食べたものを <input checked="" type="checkbox"/>	今日、食べたものを <input checked="" type="checkbox"/>	食パン 目玉焼き ヨーグルト コーヒー わかめうどん いなりずし 「うどん」の 具が何かわか るように入 入る
夕食				弁当 ごはん とんかつ 切り干し大根 ほうれん草の お浸し 大豆の煮もの
間食				りんご アイスクリーム 冷やっこ ビール 弁当もおかず が分かるよう に入

合言葉は「さあにぎやかにいただく」。毎日7種類以上を目指しましょう。

さかな	あぶら	にく	ぎゅうにゅう	やさい	かいそう	いも	たまご	だいず	くだもの
魚	油	肉	牛乳	野菜	海藻	芋	卵	大豆	果物
イカ、えび、貝なども	炒め物、ドレッシング、バターなども	ハム、ベーコンなどの加工品も	チーズ、ヨーグルトなどの乳製品も	人参、小松菜、かぼちゃなどの緑黄色野菜	わかめ、のり、ひじきなど	じゃがいも、さつまいも、里いもなど	たまご	豆腐、豆乳、納豆など	くだもの

バランス食事チェックシート（うら） できれば7日間のセルフチェック

	月 日 () ()	月 日 () ()	月 日 () ()	月 日 () ()	月 日 () ()
朝食	<input type="checkbox"/> 魚 <input type="checkbox"/> 油 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 海藻 <input type="checkbox"/> 芋 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 果物 今日、食べたものを☑	<input type="checkbox"/> 魚 <input type="checkbox"/> 油 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 海藻 <input type="checkbox"/> 芋 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 果物 今日、食べたものを☑	<input type="checkbox"/> 魚 <input type="checkbox"/> 油 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 海藻 <input type="checkbox"/> 芋 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 果物 今日、食べたものを☑	<input type="checkbox"/> 魚 <input type="checkbox"/> 油 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 海藻 <input type="checkbox"/> 芋 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 果物 今日、食べたものを☑	<input type="checkbox"/> 魚 <input type="checkbox"/> 油 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 海藻 <input type="checkbox"/> 芋 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 果物 今日、食べたものを☑
昼食					
夕食					
間食					

合言葉は「さあにぎやか^にに^いただ^く」。毎日7種類以上を目指しましょう。

さ ^{かな}	あ ^{ぶら}	にく	ぎ ^{ゆうにゆう}	や ^{さい}	か ^{いそう}	い ^も	た ^{まご}	だ ^{いず}	く ^{だもの}
魚	油	肉	牛乳	野菜	海藻	芋	卵	大豆	果物
イカ、えび、貝なども	炒め物、ドレッシング、バターなども	ハム、ベーコンなどの加工品も	チーズ、ヨーグルトなどの乳製品も	人参、小松菜、かぼちゃなどの緑黄色野菜	わかめ、のり、ひじきなど	じゃがいも、さつまいも、里いもなど	たまご	豆腐、豆乳、納豆など	くだもの

介護予防サービス・支援計画書

6. 介護予防サービス・支援計画書

No. _____

利用者名 ① 殿 認定年月日 ② 年 月 日 認定の有効期間 ③ 年 月 日 ~ 年 月 日 ④ 初回・紹介・継続 ⑤ 認定済・申請中 ⑥ 要支援1・要支援2 地域支援事業

計画作成者氏名 ⑦ _____ 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） ⑧ _____

計画作成（変更）日 ⑩ 年 月 日 担当地域包括支援センター： ⑨ _____

目標とする生活 ⑪ _____

1日 _____ 1年 _____

⑭ 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				期間	
							目標についてのポイント	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）
⑮ (運動・移動について)	⑲	□有 □無 ⑳	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚
(日常生活（家庭生活）について)		□有 □無				()						
⑰ (社会参加、対人関係・コミュニケーションについて)		□有 □無				()						
⑱ (健康管理について)		□有 □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
 ⑬ _____

【本来自らうべき支援が実施できない場合】
 ⑭ 適切な支援の実施に向けた方針
 ⑮ _____

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント
 ⑯ _____

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

⑬	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
／5	／2	／3	／2	／3	／3	／5

計画に関する同意
 ⑰ _____
 上記計画について、同意いたします。
 ⑱ _____ 年 月 日

地域包括支援センター 意見
 ⑲ _____

【介護予防サービス・支援計画書の記入の仕方について】

「NO.」

利用者の整理番号を記載する。

①「利用者名」

利用者名を記載する。

②「認定年月日」

当該利用者の要支援認定の結果を受けた日を記載する。

③「認定の有効期間」

当該利用者の認定の有効期間を日付で記載する。

④「初回・紹介・継続」

「初回」：当該利用者が、初めて介護予防ケアマネジメントおよび予防給付を受ける場合は「初回」に○を付ける。

「紹介」：介護予防ケアマネジメントを受けていたが、予防給付を受けるように紹介された場合、又は、予防給付を受けていたが、介護予防ケアマネジメントを受けるように紹介された場合は「紹介」に○を付ける。

「継続」：介護予防ケアマネジメントを受けており、今後も継続、または予防給付を受けており、今後も継続して受ける予定の場合は「継続」に○を付ける。

⑤「認定済・申請中」

該当するものに○を付ける。

「新規申請中」「区分変更申請中」「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は「申請中」に○を付ける。認定を受けていない場合は○を付けない。

⑥「要支援1・要支援2 地域支援事業」

該当するものに○を付ける。「事業対象者」は「地域支援事業」に○を付ける。

⑦「計画作成者」

計画作成者の氏名を記載する。

⑧「委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）」

委託の場合は、当該計画作成者の所属する居宅介護支援事業所の事業所名と所在地（住所と電話番号）を記載する。

⑨「担当地域包括支援センター」

当該利用者を担当する地域包括支援センター名を記載する。

⑩「計画作成（変更）日（初回作成日）」

計画を作成した日を記載する。2回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載する。

⑪「目標とする生活」

利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思・意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。

利用者にとっては介護予防への最初の取り組みである「目標とする生活」のイメージについて記載する。イメージが具体的に表せない利用者の中には、利用者基本情報の「趣味・楽しみ・特技」を用いる、又は興味関心シートを用いるなどして、利用者が具体的なイメージを持てるように

支援することも必要である。

具体的にどのような生活を送りたいかは、1日単位でも1年単位の場合でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述する。漠然としてイメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活のレベルでともに考える。1日及び1年単位の両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならないものではない。

「1日」

大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もあり得る。また、利用者が達成感・自己効力感が得られるような内容が望ましい。

記載例	・ 毎朝玄関まで新聞を取りに行く。 ・ 1日1回は外出する。
-----	-----------------------------------

「1年」

利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントや利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

記載例	・ 家族と1泊2日で〇〇温泉の旅行ができる。 ・ 孫と一緒に甲子園球場に野球観戦へ行く。
-----	---

⑫ 「健康状態について」

「主治医意見書」や主治医等から直接得られた情報を基本に介護予防ケアプランを立てる上で留意すべき情報について記載する。

具体的には「狭心症の既往があり、胸痛時に薬を内服することになっている」「血圧が高めなので運動系のサービス前後は血圧測定が必要」など、副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項などを記載する。

⑬ 基本チェックリスト結果

基本チェックリストのリスクをプログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として「3/5」のように枠内に記入する。

⑭ 「アセスメント領域と現在の状況」

アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。

各アセスメント領域において「現在、自分で(自力で)実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について、その領域全般について聴取する。アセスメントは、課題分析アセスメントを基にするなどして、基本チェックリストの回答状況、主治医意見書等の情報も加味して行う。

聴取するにあたって利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。

利用者・家族からの情報だけでなく、計画作成者が観察した状況についても記載する。

⑮「運動・移動について」

自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか、自転車等の乗り物を操作する、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えているかどうかについて確認する。

<確認する項目例>

- ・居室内や屋外での移動(自立歩行、杖歩行、用具を用いた移動など)を記載。
- ・交通機関を使って移動することについての状況
- ・日常生活においてよく行く場所への移動手段について

記載例 ・転倒後は、一人で外出することはなくなり、屋内は手すりを利用、転倒の不安が強
く、外出する時は家族に付き添ってもらい歩く。

⑯「日常生活(家庭生活)について」

家事(買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等)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について確認する必要がある。

<確認する項目例>

- ・日常に必要な品物を自分で買うこと
- ・献立を考え自分で選んで買うこと
- ・家事(家の掃除、洗濯、ゴミ捨て、植木の水やり等)についての状況
- ・預貯金の出し入れを行うこと

記載例 ・近くのスーパーに自転車で買い物に出かけ、総菜を買って食べている。重い物を運
んだり、力を使ったりすることが負担になっている。
・昼食は家族が作ったものを温めて食べている。

⑰「社会参加、対人関係・コミュニケーションについて」

状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。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状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要がある。

<確認する項目例>

- ・家族や友人のことを心配したり、相談に応じるなど関係づくりを保つこと
- ・友人を招いたり、友人の家を訪問すること
- ・家族、友人などとの会話や手紙などにより交流すること
- ・仕事や地域、家庭内での役割を持ち、行うこと
- ・趣味や楽しみがあり、続けていること

記載例 ・ほとんど外出しないが、妻が誘い、買い物には週1～2回程度出掛ける。
・商店街の顔なじみの人たちとの交流がなくなった。

⑱「健康管理について」

清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。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。特に、高齢者の体調に影響する食事・水分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

<確認する項目例>

- ・定期的な入浴の状況
- ・肌や顔、歯、爪等の手入れについての状況
- ・健康のために食事に気をつけること
- ・検診を受けているか
- ・薬を飲み忘れず、管理すること

記載例 ・入浴は家族のいる時間に自分でできる。
・薬の飲み忘れがあり、妻が準備し、服用している。

⑱「本人・家族の意欲・意向」

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。具体的には、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい。」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防ケアプランを立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることがケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

記載例 ・本人：一度、道で転倒してから、一人で外出するのが怖い。これ以上悪くならないようにしたい。
・家族：外出しなくなってから元気がないように思う。以前のように商店街の人とも交流できたら元気になるのではないかな。

⑳「領域における課題（背景・原因）」

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状態等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。ここには、現在課題となっていること、或はその状態でいると将来どのようなことが起こるかなど課題を予測して記載する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□有」に■印を付す。

利用者が課題を理解し、主体的な取り組みができるよう、利用者にわかりやすいような表現を使うことが望ましい。

記載例 ・膝の痛みや転倒の不安から外出機会が減り、足の筋力が低下している。この状態が続けば更に筋力が低下し、転倒する可能性が高くなる。

㉑「総合的課題」

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探すため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合

して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付す。

ただし意欲の低い利用者の場合や、簡単な課題を持って進むほうが介護予防の効果がでると判断する場合は、達成可能な課題順でもよい。また、介護予防の視点から解決できそうにない課題が上があった場合には、半年間くらいで解決できそうな生活課題に着目し、目標や具体的な支援に繋げていく。

記載例	・膝の痛みや転倒の不安から外出機会が減り、友人との交流機会がなくなっている。この状態が続けば更に筋力が低下する可能性がある。
-----	--

② 「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。

具体的な支援やサービスは、生活機能の低下を補うサービス事業や一般介護予防事業や介護保険サービスだけ記入するのではなく、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。

記載例	・目標：天気の良い日に庭先の花の手入れを行う。週1回家族が休みの時に一緒に近所のスーパーまで歩いて買い物に行く。 ・具体策：膝の痛みについて主治医と相談して、毎日10分間、膝上げ運動を10回2セット行う。椅子に座ってできる調理を行う。
-----	--

③ 「具体策についての意向 本人・家族」

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点を確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「毎日体操が必要だと思う」「できるだけ体操に行きたい」等と記載する。合意が得られなかった場合は、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。

④ 「目標」

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載

する。当初から「課題に対する目標と具体策」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよい。

記載例 ・天気のいい日に庭先の花の手入れを行う。家族と一緒に近所のスーパーまで歩いて買いものに行く。

⑳ 「目標についての支援のポイント」

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記入する。

目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、様々な次元の項目が書かれることがある。

記載例 ・なじみの場所への外出から慣れていく。
・定期的に運動する機会をつくり、筋力・体力を維持・向上させる。

㉑ 「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）」

本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。

㉒ 「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス）」

予防給付、地域支援事業のサービスの内容を記載し、どちらのサービス・事業を利用するかわかるように○印で囲むものとする。両方利用の場合は両方を○印で囲む。

具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。

しかし、サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適切な資源やサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う予防給付サービスや代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。

㉓ 「サービス種別」

「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」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

記載例 ・訪問型（標準型・専門型）サービス、通所型サービス・運動機能向上加算
・介護予防通所リハビリテーション・いきいき百歳体操・地域の給食会など

㉔ 「事業所(利用先)」

具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。また、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても明記する。

㉕ 「期間」

「期間」は、「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する（「○か月」「○月○日～○月○日」など記載する）。

なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

また、「支援内容」に掲げた地域資源の利用やサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するか提案があれば記載する。

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、または地域支援事業（総合事業サービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
<p>（本人）家でできる体操を毎日行う。近所の体操教室に通う。料理の準備をする。</p> <p>（家族）本人が外出する時同行する。料理を一緒にする。</p> <p>自立支援の観点からセルフケア等から順に検討していく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・友達と一緒に近所の体操に通う。 ・脚の筋力をつけるためのプログラムを提供する。また自宅でする運動を教えてもらう。 	<p>いきいき百歳体操</p> <p>介護予防通所リハビリテーション</p>	<p>〇〇団地〇〇グループ</p> <p>〇〇リハビリセンター</p>	<p>1/週（木） 令和〇年〇月〇日 ～ 令和〇年〇月〇日</p> <p>令和〇年〇月〇日 ～ 令和〇年〇月〇日</p>

③①「総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」

記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別な留意点、チーム全体での留意点などを記載する。

③②本来行うことが妥当な支援が実施できていない場合に妥当な支援の実施に向けた方針

本来の支援ができない場合で、

- ・利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援ができるよう働きかける具体的な手順や方針を記載する。その内容の実現に向けた方向性を示す。
- ・本来必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。

記載例	<ul style="list-style-type: none"> ・ふれあいサロンなどが近所になく、外出の機会が持てない。地域資源開発が必要。 ・人との交流を好まないため、通所系サービス利用には消極的である。先に自宅内で運動を実施、効果を見ながら、通所も誘っていく。 ・近所にいき百がないので、いき百ができるまで、通所リハに通う。
-----	--

③③「地域包括支援センターの意見」

指定居宅介護支援事業者が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、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し、確認した担当者氏名を記載する。必要な場合のみ意見欄に意見を記入する。（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、利用者へ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。

③④「計画に関する同意」

介護予防ケアプラン原案の内容を当該利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者氏名を記入してもらう。計画作成を委託している場合は、利用者氏名が記入された原本を地域包括支援センターに提出、地域包括支援センターは、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの利用終了後、5年間書類を保存する。居宅介護支援事業者は委託期間中、写しを保管する。

このページは
白紙です

(7)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

利用者氏名

計画作成者氏名

年月日	内容	年月日	内容
	<p>支援経過は計画作成者が専門職として残す記録です。公的記録ともなりますので、計画作成者が変更してもわかりやすいように記載します。記録を残しておくことは、支援方針の連続性、一貫性を維持すること、適切な支援(妥当性)が行われているかどうかの検証にもつながります。</p>	○. 4. 5	<p>(記載例) ○○訪問介護事業所○○管理者から電話連絡 本日のサービス提供時に、○日夕方、一人で散歩中に転倒し、右足首に痛みがあると本人から報告があった。自宅内の歩行には支障ない様子であったが、しばらく外出を控えると話され、買い物支援は代行で実施。明日、長女と○○整形受診予定とのこと。</p>
	<p>《記録のポイント》 ①タイトルをつける 「モニタリング」○○サービスに電話「長女から電話」「認定調査立会い」「サービス担当者会議 会議録別紙参照」等 ②5W1Hを明記する いつ・どこで・誰が・何を・どのように・なぜ行ったのかをわかる範囲で明確に記載します。 ③客観的に書く 「見たこと」「聞いたこと」と「自分が判断したこと」は区別して書きます。 例：部屋が散らかっているという書き方でなく、「何がどのように置かれているか」を客観的に状況が分かるように書きます。 ④根拠を書く 計画作成者が判断したことに対して根拠を書きます。「特変なし」「元気そうであった」ではなく、何を観察したのか、状況把握したのかわかりません。そのように判断した根拠も記載します。 例：本人から「立ち座りの時に膝が痛む。痛み止めや湿布を使っているけどあまり変わらない」と話す。動作時の痛みが確認できる。痛み止め等の効果もあまりない様子で主治医への相談の必要性あり。</p>	○. 4. 7	<p>長女から連絡 受診結果は右足首の捻挫。しばらくは散歩は控えるよう医師から説明あり、しばらく買い物支援は代行での依頼あり。 ○○訪問介護事業所へ連絡済。</p>
		○. 4. 25	<p>モニタリング(自宅訪問し、本人・長女と面談) 転倒時の様子と経過聞き取り 細い歩道で、前方からの自転車に気づかず、びっくりしてつまずき、転倒。一人で歩いて帰宅したが、右足首に痛みが1週間程度続いた。現在は痛みはなし。湿布も使っていない。 長女より「診察でも、夕方の散歩はやめて、明るい時間に散歩をするように先生からも言われました」。本人も「屋に散歩することにした。近所の○○公園までの散歩を再開している。」と笑って話す。 ヘルパーとの買い物同行は来週から再開希望。 散歩の距離は短くなったが続けることが目標であると共有。 ○○訪問介護事業所へ来月から買い物同行での支援を依頼済。</p>

※ 介護予防支援・介護予防マネジメント(第1号介護予防事業)経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援・介護予防マネジメントや各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

※ サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

(8) 評価表

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

評価を行った日を記載。

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
<p>ケアプランの目標を記載。</p>	<p>ケアプランの期間を記載 変更の場合は変更日まで を記載。</p>	<p>評価期間内に目標がどの 程度達成できている か、具体的に記載。</p>	<p>達成 ○ 未達成 ×</p>	<p>達成しない場合に記載 なぜ、目標が達成されなかった のか、目標設定の妥当性を含め て、原因を記載。 本人・家族 の認識</p>	<p>達成しない原因 から、今後の方針について 専門的観点を踏まえ記載。</p>	<p>達成状況、達成しない原因 から、今後の方針について 専門的観点を踏まえ記載。</p> <p>(委託の場合)支援による効果、状態 の維持悪化等の意見を包括が記入。 結果、プランの今後の状況について ☑します。</p>

総合的な方針

評価のまとめとして、支
援計画全体の方針を専門
的観点から記載。

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

(9)介護予防・総合事業サービス実績報告書

尼崎市では介護予防サービス及び総合事業サービスの実績報告について、事業所間での事務簡素化のため、「介護予防・総合事業サービス実績報告書」（以下実績報告書）という。）を採用しています。実績報告書は、サービス事業者が計画作成者あてに1か月のサービスの実績を報告するものです。

月額報酬で費用を請求するサービス（訪問型サービス・通所型サービス・通所リハビリ）、福祉用具貸与は、計画作成者が初回のみサービス提供票を送付しますが、サービス内容の変化がない限り計画が終了するまで提供票を省略します。よって、サービス事業所は毎月提供票で実績を報告する代わりに、実績報告書を計画作成担当に送付します。併せて、実績報告書にて、利用者の様子やサービスの実施状況（時間や曜日等）も報告します。

また、事業者がモニタリングを行った結果の報告をする際にも利用することができます。

提供票を使用するサービス

月額報酬ではなく、回数ごとに費用を請求するサービス（訪問看護・訪問リハビリ・短期入所等）は提供票を送付、サービス事業所は提供票に実績を記入して報告します。この場合は、提供票の欄外等にサービス事業者が把握している利用者の様子やサービスの実施状況を記載して計画作成者に報告します。

算定単位が変更した場合

サービス事業所の運営体制の変更等により、加算が変更するなどした場合、月額報酬のサービスの場合は実績報告書にて、回数で算定するサービスは提供票にて計画作成者に報告します。

《サービス提供票の使用について》

毎月提供票を送付、提供票で実績報告するサービス	サービス提供票を必要時（※）送付するサービス
介護予防訪問看護	訪問型サービス
介護予防訪問リハビリテーション	通所型サービス
介護予防短期入所生活介護	介護予防通所リハビリテーション
介護予防短期入所療養介護	介護予防福祉用具貸与
介護予防認知症対応型通所介護	
介護予防訪問入浴	

※ 必要時サービス提供票を送付する月とは、以下のような場合です。

- ① 介護予防プランを作成した月：新規利用・更新時・区分変更時・プラン内容変更時
訪問型・通所型サービスで利用回数が変わり報酬単価が変更するときは提供票を送付しますが、曜日や時間変更のみで報酬単位に影響がない場合は、提供票は使用しません。
- ② 介護予防短期入所生活介護・介護予防短期入所療養介護を利用する月
月額定額サービスが日割になるため送付します。
- ③ 区分支給限度額を超える月
区分支給限度額を超える月については全ての事業所に提供票を用いて確認します。

介護予防ケアプラン提出書類チェックシート

宛先(○で囲む)：中央東・中央西・小田南・小田北・大庄南・大庄北
立花南・立花北・武庫東・武庫西・園田南・園田北

事業所名		担当ケアマネ名	
利用者名		プラン開始年月日	年 月 日から
受付日	年 月 日	受付者	

注意) 提出書類は不備や不足がないように、下記項目の全ての書類をそろえ、提出のご協力をお願いします。

提出書類は内容を確認後、担当地域包括支援センターから修正及び再提出を求められることがあります。

「提出の時期」に○、該当する提出書類「委託先欄」に☑を記入、この用紙を表紙にして書類を提出してください。

提出の時期 (○で囲む)		初 回		更新・区変		プラン変更		事業所内 担当者変更		終了
		居宅	包括 C	居宅	包括 C	居宅	包括 C	居宅	包括 C	居宅
①利用者基本情報 ※1	原本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	—	
②基本チェックリスト	原本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	—	
③主治医意見書・ 認定情報	原本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
④アセスメントシート	原本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	—	
⑤介護予防サービス・ 支援計画書(要署名)	原本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	—	
⑥支援経過記録	原本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
別 サービス担当者 会議録※2	原本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	—	
⑦利用票・利用票別表	写し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑧評価表	原本	—	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>
⑨介護保険被保険者証	写し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	—			
⑩介護保険負担割合証	写し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	負担割合証の内容に変更が生じた場合には随時、写しを提出ください。						
⑪軽度者に対する福祉 用具貸与のための理由 書(書類一式)	写し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	—	

※1 プラン変更時等、記載情報に変更があった場合は作成し、提出ください。

※2 支援経過記録内に記載でも可。

地域包括支援センターの担当地域

住所変更された場合、担当の地域包括支援センターが変わる場合があります。住所が変わった場合は必ず担当の地域包括支援センターにご確認ください。

地区	施設情報	担当地域
中央	① 中央東地域包括支援センター 所在地 東本町4-103-11 (特別養護老人ホームほがらか苑内) ☎06-4868-8300 FAX 06-4868-8303	大高洲町/開明町/神田北通1~6丁目/神田中通1~6丁目/神田南通1~3丁目/北城内/北大物町/北初島町/玄番北之町/玄番南之町/汐町/昭南通1~7丁目/昭南通3~7丁目/建家町/大物町1丁目4番12~31号・5~19番・2丁目/築地/寺町/中在家町/西海岸町/西桜木町/西高洲町/西大物町/西本町/西本町北通/西松島町/西御園町/西向島町/東海岸町/東桜木町/東高洲町/東大物町(1丁目1番街区を除く)/東難波町5丁目/東初島町/東浜町/東本町/東松島町/東御園町/東向島西之町/東向島東之町/船出/御園町/南城内/南竹谷町/南初島町
	② 中央西地域包括支援センター 所在地 神田中通9-291 (ナニワ診療所内) ☎06-6430-5615 FAX 06-6430-7720	神田北通7~9丁目/神田中通7~9丁目/神田南通4~6丁目/北竹谷町/昭南通8~9丁目/昭南通8~9丁目/竹谷町/西難波町/東難波町1~4丁目/扶桑町/宮内町/蓬川荘園
小田	③ 小田南地域包括支援センター 所在地 金楽寺町2-7-7 (喜楽苑地域ケアセンターあんしん24内) ☎06-6488-0180 FAX 06-6488-0190	今福/梶ヶ島/金楽寺町/杭瀬北新町/杭瀬寺島/杭瀬本町/杭瀬南新町/大物町1丁目1~3番・4番1~11号/長洲中通/長洲西通/長洲東通/長洲本通/西長洲町/東大物町1丁目1番街区
	④ 小田北地域包括支援センター 所在地 潮江1-15-2-120 (尼崎中央病院北東) ☎06-6498-5111 FAX 06-6492-1100	神崎町/久々知/久々知西町/潮江/下坂部1~3丁目・4丁目1~10番・14番/常光寺/善法寺町/高田町/次屋/西川/額田町/浜/名神町3丁目/弥生ヶ丘町
大庄	⑤ 大庄南地域包括支援センター 所在地 大庄西町4-3-9 (老人保健施設サンプラザ平成内) ☎06-6417-0125 FAX 06-4950-4715	扇町/大島/大庄中通/大庄西町/大浜町/末広町/鶴町/道意町/中浜町/西/平左衛門町/又兵衛/丸島町/武庫川町/元浜町
	⑥ 大庄北地域包括支援センター 所在地 崇徳院2-159 (KマンションJIN II 1F) ☎06-6430-0511 FAX 06-6430-0512	稲葉荘/稲葉元町/大庄川田町/大庄北/琴浦町/水明町/崇徳院/菜切山町/西立花町2丁目14番・20~27番・33~35番・3丁目12~14番・17~20番・4~5丁目/浜田町/蓬川町
立花	⑦ 立花南地域包括支援センター 所在地 大西町3-17-18 (~あなたの街の相談室~介護と医療の窓口内) ☎06-6428-7112 FAX 06-6423-0130	大西町/尾浜町/栗山町/三反田町/立花町1~2丁目・3丁目1~9番・4丁目/七松町/西立花町1丁目・2丁目1~13番・15~19番・28~32番・3丁目1~11番・15~16番/東七松町/水堂町1~2丁目・4丁目11番1~4号・18~26号/南塚口町5丁目13~17番・6丁目10番・7丁目/南七松町/名神町1~2丁目
	⑧ 立花北地域包括支援センター 所在地 富松町3-3-6 (デイサービスセンター南野の庭内) ☎06-6422-3333 FAX 06-6422-0025	上ノ島町/立花町3丁目10~37番/塚口町/塚口本町1~7丁目/富松町/水堂町3丁目/南塚口町8丁目/南武庫之荘2~3丁目/武庫之荘東2丁目/武庫之荘本町3丁目1~14番
武庫	⑨ 武庫東地域包括支援センター 所在地 南武庫之荘1-25-18 (阪急武庫之荘駅南西) ☎06-4962-5308 FAX 06-4962-5309	水堂町4丁目(11番は5~17号のみ)/南武庫之荘1丁目・4~5丁目/武庫之荘/武庫之荘西/武庫之荘東1丁目/武庫之荘本町1~2丁目・3丁目15~26番
	⑩ 武庫西地域包括支援センター 所在地 武庫元町1-26-3 (西武庫交番東) ☎06-6438-3955 FAX 06-6438-3956	常松/常吉/西昆陽/南武庫之荘6~12丁目/武庫町/武庫元町/武庫豊町/武庫の里
園田	⑪ 園田南地域包括支援センター 所在地 小中島2-10-20 (特別養護老人ホーム園田苑南西) ☎06-6494-8087 FAX 06-6494-8086	上坂部/瓦宮/口田中/小中島/下坂部4丁目11~13番/戸ノ内/戸ノ内町/若王寺/東園田町8~9丁目/東塚口町/御園/南塚口町1~4丁目・5丁目1~12番・6丁目1~9番
	⑫ 園田北地域包括支援センター 所在地 田能5-10-25 (特別養護老人ホーム春日苑内) ☎06-6498-0826 FAX 06-6498-0909	猪名寺/食満/椎堂/田能/塚口本町8丁目/東園田町1~7丁目/南清水

【介護保険事業担当課】 FAX:06-6489-7505 (共通)

介護保険制度に関すること	06-6489-6343
資格に関すること	06-6489-6375
保険料の賦課・減免等・徴収に関すること	06-6489-6376
要介護認定審査に関すること	06-6489-6374
要介護認定調査に関すること	06-6489-6922
保険給付支給に関すること	06-6489-6350
ケアプランに関すること	06-6489-6322

包括支援担当

〒660-8501 尼崎市東七松町1丁目23番1号 北館3階

電話:06-6489-6356

Fax:06-6489-6528

Mail:ama-koureikaigo@city.amagasaki.hyogo.jp