

本庄市介護予防ケアマネジメント マニュアル（各種様式・参考資料）



令和 8 年 6 月
本庄市福祉部高齢者福祉課

目次

各種様式・参考資料

1	基本チェックリスト実施マニュアル	P 1
2	利用者基本情報	P 1 2
3	利用者基本情報の記入の仕方	P 1 4
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）	P 1 7
5	介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書	P 1 8
6	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	P 1 9
7	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントサービス利用契約書	P 2 0
8	【別紙】介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント説明書（兼重要事項説明書）	P 2 3
9	個人情報使用同意書（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用）	P 2 9
10	介護保険認定審査に係る資料提供申請書	P 3 0
11	課題整理総括表	P 3 1
12	訪問型サービスを利用する際のチェック表	P 3 2
13	通所型サービスを利用する際のチェック表	P 3 3
14	介護予防支援サービス利用計画・実績票	P 3 4
15	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業） 経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）	P 3 5
16	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表	P 3 6
17	給付管理入力票	P 3 7
18	記入例（適格請求書発行事業所用）介護予防支援委託料請求依頼書・請求書	P 3 9
19	（適格請求書発行事業所用）介護予防支援委託料請求依頼書	P 4 0
20	（適格請求書発行事業所用）介護予防支援委託料請求書	P 4 1
21	別紙1（介護予防支援）	P 4 2

2 2 記入例（適格請求書発行事業所用）

介護予防ケアマネジメント委託料請求依頼書 ・ 請求書	 P 4 3
2 3 （適格請求書発行事業所用）介護予防ケアマネジメント委託料請求依頼書	 P 4 4
2 4 （適格請求書発行事業所用）介護予防ケアマネジメント委託料請求書	P 4 5
2 5 別紙 2（介護予防ケアマネジメント）	 P 4 6
2 6 個人の情報の提供に関する同意書（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用）	... P 4 7
2 7 はにぼんがおすすめするセルフマネジメント	 P 4 8
2 8 おすすめ筋トレメニュー	 P 4 9
2 9 生活力アップサポートサービス	 P 5 0
3 0 元気アップサポートサービス	 P 5 1
3 1 短期集中サポートサービス	 P 5 2
3 2 暫定ケアプランの取扱いについて	 P 5 3
3 3 遡って届出を行う場合について	 P 5 4
3 4 介護保険要介護（要支援）新規認定申請の申請日（受付日）について（通知）	 P 5 5

基本チェックリスト実施マニュアル

（地域包括支援センター・委託居宅介護支援事業所）

令和8年6月

本庄市高齢者福祉課

基本チェックリストの実施について

1 基本チェックリストとは

基本チェックリストは全部で25項目の質問で構成され、チェックした項目から、「生活機能全般」「運動機能」「栄養状態」「口腔機能」「閉じこもり」「認知症」「うつ」のそれぞれにおけるリスクを判定するツールです。

基本チェックリストを実施した結果、いずれかのリスク判定基準に該当した場合、「事業対象者」として認定され、総合事業のサービスを利用することができます。

2 基本チェックリスト実施対象者

- ①要支援認定を受けた方で総合事業サービスのみ利用又はこれから総合事業サービスのみ利用予定の方
- ②新規の方で地域包括支援センター職員（以下「センター職員」という。）が基本チェックリストの実施を判断した方

【事業対象者】

- ①サービス事業支給費の支給限度額は、要支援1の介護予防サービス費等区分支給限度基準額に相当する額になります。
- ②利用できるサービスは介護予防・日常生活支援総合事業サービス（訪問型サービス、通所型サービス）です。ショートステイや福祉用具などの予防給付のサービスを利用する場合は、要支援認定を受ける必要があります。
- ③事業対象者となった後でも、必要な場合はいつでも要支援要介護認定申請ができます。
- ④第2号被保険者は基本チェックリストは実施できないため、従来どおり要支援要介護認定申請をしてください。

3 基本チェックリストの実施

【更新の方の場合】（2 基本チェックリスト実施対象者 ①）

- ①市から、地域包括支援センターに更新対象者でサービスを利用していない方と総合事業サービスのみを利用している方の通知をお渡しします。
- ②地域包括支援センターが、更新対象者でサービスを利用していない方と総合事業サービスのみ利用している方の自宅を訪問し、下記のア～エについて説明し、同意を得た場合に基本チェックリストを実施します。
同意を得られなかった場合は要支援認定申請をしていただきます。
（居宅介護支援事業所が地域包括支援センターから委託を受けて介護予防ケアマネジメントを実施している場合は、居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーと地域包括支援センター職員で訪問します。）

- ア 基本チェックリストを用いて事業対象者となることで、更新申請よりも手続きが簡単になります。
- イ 事業対象者となってサービス利用した後も、必要時には要支援・要介護認定申請が可能です。
- ウ 基本チェックリストの判定が、非該当となった場合は一般介護予防事業は利用できます。
- エ 総合事業サービスは介護予防ケアマネジメントに基づいて、本人の有する能力に応じて自立に向けて行うサービスです。

③「基本チェックリストの考え方」を参考に本人に質問項目に回答してもらいます。

④③で基本チェックリストを実施し事業対象者と判断された場合、総合事業サービスを利用できます。事業対象者とならなかった場合、一般介護予防事業を勧めてください。

⑤本人に「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」を記入してもらいます。

⑥記入した基本チェックリストと「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」を介護保険被保険者証を添えて、本庄市高齢者福祉課又は支所市民福祉課窓口に提出してください。

（※本人家族等に持参してもらう場合は、基本チェックリストの「※担当地域包括支援センター」欄に地域包括支援センターの名称とセンター職員の名前を記入し、本人家族等に渡してください。記入されてない場合、担当センターに確認します。）

⑦「事業対象者」の介護保険被保険者証を窓口で交付又は本人の自宅に郵送します。

【新規の方の場合】（2 基本チェックリスト実施対象者 ②）

①地域包括支援センターが、新規の方の自宅を訪問し、上記のア～エについて説明し、同意を得た場合に基本チェックリストを実施します。

同意を得られなかった場合は要支援認定申請をしていただきます。

②【更新の方の場合】の③～⑥まで同じ流れになります。

③「事業対象者」の介護保険被保険者証及び負担割合証を、窓口で交付又は本人の自宅に郵送します。

【被保険者証について】

被保険者証の「認定の有効期間」始まりの部分に日付印を押印します。

※事業対象者は認定有効期限がないため、被保険者証に印字されません。

新規の方の場合は基本チェックリスト実施日から事業対象者となりますが、更新の方の場合、要支援認定期間の終了した翌日から事業対象者とするため、本人やサービス事業者等に誤解がないように押印します。

基本チェックリスト

被保険者 番号		記入日	令和	年	月	日	※担当地域包 括支援センター (記入不要)	
氏名		住所	本庄市					
生年 月日	大正 昭和	年	月	日生	電話	—	性別	男・女
記入者	氏名	(続柄)	記入者 電話	—	自治会名			
希望する サービス	1. 通所型サービス 2. 訪問型サービス 3. その他()	世帯状況	1. ひとり暮らし 2. 2人以上で65歳以上のみ 3. その他()					

NO	質問項目	回答		判定	
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	日用品の買い物をしていますか	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		
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 3/5 以上	
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		
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	20	()/2
12	身長 cm 体重 Kg (BMI =) (注)				2/2
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	10/20 以上	()/3 2/3 以上
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		
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 1/3 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		
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		()/5 2/5 以上
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		

(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

介護予防サービス等の利用や介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、基本チェックリストを地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者、サービス事業者へ提供することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 _____

判定基準	リスク該当項目
質問項目No.1～20 までの20項目のうち10項目以上に該当	生活機能全般
質問項目No.6～10 までの5項目のうち3項目以上に該当	運動機能
質問項目No.11～12 までの2項目のうちすべてに該当	栄養状態
質問項目No.13～15 までの3項目のうち2項目以上に該当	口腔機能
質問項目No.16に該当	閉じこもり
質問項目No.18～20 までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	認知症
質問項目No.21～25 までの5項目のうち2項目以上に該当	うつ

■基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- 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。それが適当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。
- 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。
- 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。
- ④各質問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。

	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	【基本】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。 【本庄市】徒歩での外出は「いいえ」になります。1人で自転車やバイク等の乗り物を運転して外出する場合は「はい」、自分でタクシーやはにぽん号を予約して外出する場合も「はい」になります。近所の人との外出は「いいえ」になります。
2	日用品の買い物をしていますか	【基本】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。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。 【本庄市】トイレットペーパーや洗剤などの日用品の買物をしていれば「はい」になります。食料品は除きます。家族等と一緒に出かけte自分で選んで買い物をしている場合も「はい」になります。生協などで自分で選んで注文している場合も「はい」になります。

3	預貯金の出し入れをしていますか	【基本】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。 【本庄市】家族等に送迎してもらって出し入れを行っている場合も「はい」となります。 管理ができていなくても預貯金の出し入れをしていれば「はい」とします。
4	友人の家を月1回以上訪ねていますか	【基本】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。 【本庄市】近所の集まりや散歩中の立ち話等、近所との関わりが持てていれば「はい」とします。
5	家族や友人の相談にのっていますか	【基本】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から10の質問項目は、運動器の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	【基本】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。 【本庄市】段差のあるところやスロープなどを昇る際に手すり等を使用する場合は「いいえ」となります。
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。	【基本】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。 【本庄市】膝に手をつく場合も「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	【基本】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。 【本庄市】途中で止まったり休む場合は「いいえ」になります。杖や歩行器を使用している場合も「はい」になります。

9	この1年間に転んだことがありますか	【基本】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。 【本庄市】倒れて手をついたり膝をついた場合も「はい」になります。ふらついたり、よろけた場合は「いいえ」になります。はっきりしない場合も「いいえ」になります。
10	転倒に対する不安は大きいですか	【基本】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。 【本庄市】転倒することに不安がある場合は「はい」とします。
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ヶ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	【基本】6ヶ月で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ヶ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	【基本】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。 【本庄市】身長、体重ともおよその数値でよい。
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	【基本】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」になります。 【本庄市】入れ歯の噛みあわせが悪くなった場合は「はい」とします。
14	お茶や汁物でむせることがありますか	【基本】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。 【本庄市】本人の主観に基づき時々むせることがあると感じている場合「はい」とします。
15	口の渇きが気になりますか	【基本】口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。 【本庄市】判断に迷う場合、唾液が出れば「いいえ」とします。
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回以上は外出していますか	【基本】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。 【本庄市】敷地の外に出た場合「はい」とします。

17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	【基本】 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」とします。 【本庄市】 買い物等に行かなくなったような場合は「はい」とします。
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	【基本】 本人は物忘れがあると思っていなくても、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。 【本庄市】 周りの人がいない場合は「いいえ」となります。包括が訪問したときに「何度も同じ事を言っている」と感じた場合は「はい」となります。
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	【基本】 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。 【本庄市】 携帯電話に自分で登録した番号に電話をかける場合は「はい」とします。誰かに登録してもらった場合は「いいえ」となります。部屋の壁に貼ってある電話番号を見て電話をかける場合は「はい」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	【基本】 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。 【本庄市】 カレンダー等を見て分かれば「いいえ」とします。
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	【基本】 ここ 2 週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。 【本庄市】 判断に迷う場合、精神的に落ち込んでいなければ「いいえ」とします。 2 週間を超えて精神的に落ち込んでいる状況がある場合は「はい」となります。また 2 週間以内であっても「はい」とします。
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）以前は楽にでき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	
25	（ここ 2 週間）わけもなく疲れたような感じがする	



要支援認定の更新手続きが簡単になります！

****基本チェックリストによる判定でサービスの利用ができます****

◆基本チェックリストって？

基本チェックリストは全部で25項目の質問で構成され、チェックした項目から、「生活機能全般」「運動機能」「栄養状態」「口腔機能」「閉じこもり」「認知症」「うつ」のそれぞれにおけるリスクを判定します。

基本チェックリストを実施した結果、いずれかのリスク判定基準に該当した場合、「事業対象者」として認定され、介護予防・日常生活支援総合事業サービスを引続き利用することができます。

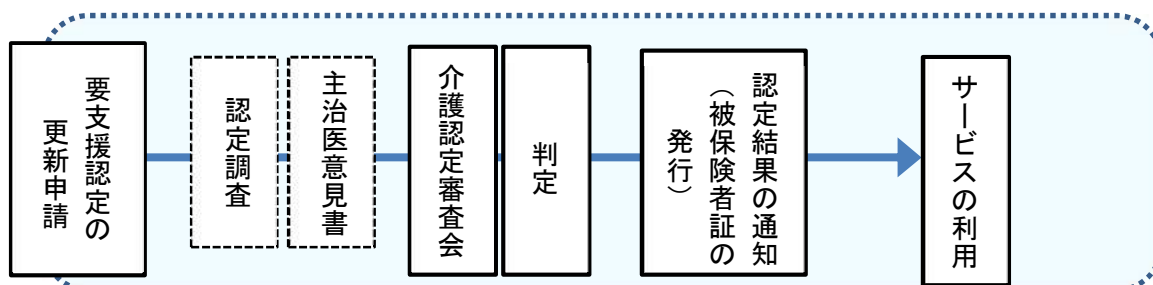
◆利用できる介護予防・日常生活支援総合事業サービス

今まで利用しているサービス(訪問型サービス・通所型サービス)を引続き利用することができます。

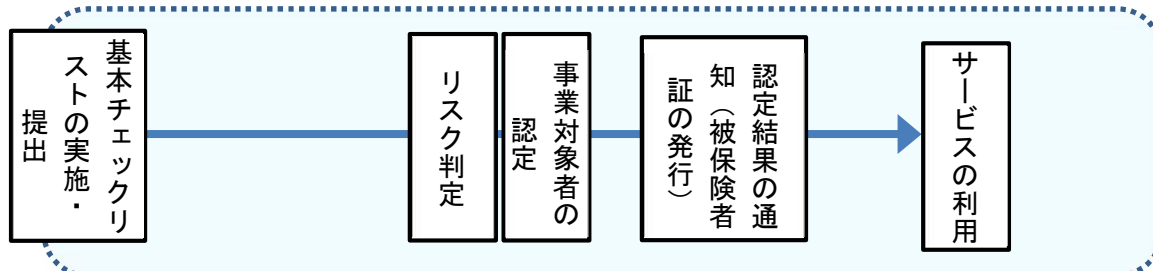
◆サービスの利用の流れ

基本チェックリストの場合、認定調査などの手続きが簡略化され、認定までの手続きの負担が軽減されます。

＜要支援更新申請の場合＞



＜基本チェックリスト実施の場合＞



- 🍀 今までどおりケアマネジャー等が行う介護予防ケアマネジメントに基づいてサービスを利用します。
- 🍀 ご本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用してください。達成後はさらなる自立に向け目標を見直します。
- 🍀 必要な場合はいつでも要支援要介護認定申請ができます。

【お問い合わせ先】

本庄市高齢者福祉課 0495-25-1722

本庄西地域包括支援センター本庄市社会福祉協議会 0495-22-7088/本庄東地域包括支援センター安誠園 0495-22-6262

本庄南地域包括支援センターシャローム 0495-23-9580

/児玉地域包括支援センター 0495-73-1545

利用者基本情報

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・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支 1・要支 2・要介 1・要介 2・要介 3・要介 4・要介 5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・・			
来 所 者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 家族関係等の状況	
住 所 連 絡 先		続柄		
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 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・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

印

【利用者基本情報の記入の仕方】

利用者基本情報（表面）

①「作成担当者」

利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。

②「相談日」

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

相談者が利用者本人以外の場合は、相談者の氏名と続柄を記載する。

③「本人の現況」

利用者本人の現在の居所について記載する。入院または入院中の場合は、その施設名を記載する。

④「本人氏名」

利用者氏名（フリガナ）及び性別、生年月日と年齢を記載し、介護保険被保険者証と一致していることを確認する。

⑤「住所」

利用者の現在居住している居住地を記載すること。住民票の住所地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。

⑥「電話番号」

利用者と連絡の取れる電話番号を記載する。

⑦「日常生活自立度」

利用者の「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、要支援等認定の主治医意見書の3（1）の「日常生活の自立度等について」を参考に、介護予防ケアプラン作成者が、現在の状態に該当するものに○印を付ける。

事業対象者は、判定基準を確認し、介護予防ケアプラン作成者が判定し記載する。

⑧「認定・総合事業情報」

利用者の要介護認定の区分について、該当するものを○で囲む。また、認定有効期間と前回の介護度を記載する。

基本チェックリストを実施した場合は、「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、実施日を記載する。

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、自室のある場合は自室のある階を記載する。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確認し、記載する。高齢者世帯等では介護者の体調不良などによる緊急連絡先も想定されるため、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、自宅の他に携帯電話や家族の職場等、緊急時、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する。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（ジェノグラム等）。なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載する。

利用者基本情報（裏面）

《介護予防に関する事項》

この情報は、介護予防ケアプランを作成する際に、参考とすることを念頭に必要な情報を記載する。

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（どんな暮らしを送っているか）」

「1日の生活・すごし方」

起床から就寝までの1日の流れや日課にしていること（散歩・園芸）等、1日の過ごし方を記載する。

例えば1日テレビを見ながら横になっていることが多いなど生活全般に関する様子は、上段に記入し、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。

「趣味・楽しみ・特技」

現在の趣味等だけではなく、以前取り組んでいたものも聞き取り記載する。

「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。

⑱「現病歴・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、利用者の主な病名と治療・

服薬の状況について新しいものから順に記載する。

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、経観中（経過観察中）に○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ついては☆印を付ける。

⑱「現在利用しているサービス」

利用者が現在利用しているサービスについて、サービス内容と利用頻度について記載する。

サービス事業や予防給付などの介護保険等の公的なサービスと、地域、民間の団体やボランティア、友人などによって行われている非公式なサービス（インフォーマルサービス）を分けて記載する。

⑳「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、総合事業におけるサービス・活動事業等実施者、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を得る。

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

NO. _____

利用者名 _____

様 _____

設定年月日 _____

設定の有効期間 _____

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 目標と真実策 の提案	具体策についての 意向 本人・家族	目 標	支 援 計 画				事業所	期 間
							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 ンフォーマルサポー ス	介護保険 サービス または地域支援事 業	サービス 種別		
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						()					

健康状態について
口主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

総合的な方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント

【本来的な支援が実施できない場合】
必要な支援の実施に向けた方針

【意見】
地域包括支援センター

【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。

令和 年 月 日 氏 名 印

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数)を記入してください。
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
/5	/2	/3	/2	/3	/5

様式第27号（第34条関係）

様式第27号（第34条関係）

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

		区 分	
		新規・変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		個 人 番 号	
		生 年 月 日	
		年 月 日	
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業所			
介護予防支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地	〒
		電話番号（ ）	
介護予防支援事業所番号		サービス開始（変更）年月日	
		年 月 日	
介護予防支援事業所等を変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所			
※居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	〒
		電話番号（ ）	
居宅介護支援事業所番号		サービス開始（変更）年月日	
		年 月 日	
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
（あて先）本庄市長 上記の介護予防支援事業所に介護予防サービス計画の作成を依頼することを届け出します。 年 月 日 〒			
被保険者	住 所 氏 名	電話番号（ ）	
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業所が介護予防支援の提供に当たり、被保険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を当該介護予防支援事業所に必要な範囲で提示することに同意します。 年 月 日 氏名			
（注意） 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、又は介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに本庄市へ提出してください。 2 介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず本庄市へ届け出てください。 届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。			
保険者確認欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所番号		

様式第5号（第13条関係）

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

		区 分	
		新規 ・ 変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		個 人 番 号	
		生 年 月 日	
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒
		電話番号	
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号		サービス開始（変更）年月日	
		年 月 日	
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	〒
		電話番号	
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
本庄市長 様 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に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ことを届け出します。 年 月 日			
被保険者住所氏名	電話番号		
確認欄	☐ 被保険者証資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号		

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名

- （注意） 1 この届出書は、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所等が決まり次第速やかに本庄市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず本庄市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントサービス利用契約書

_____（以下「利用者」といいます。）と 社会福祉法人 ○○○（以下「事業者」といいます。）は、事業者が利用者に対して行う介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについて、次のとおり契約します。

（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの目的）

第1条 事業者は、介護保険法等関連法令（以下「法令」といいます。）及びこの契約に従い、利用者に対し、要介護状態の予防と、可能な限り居宅において自立した日常生活を営み続けるために利用者の選択に基づいて必要な介護予防サービス等が適切に利用できるよう、介護予防サービス・支援計画書を作成します。また、当該計画に基づいて適切な介護予防サービス等の提供が確保されるよう、サービス事業者及び関連機関との連絡調整その他の適宜の提供を行います。

2 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容の詳細は、別紙に記載のとおりとします。

（契約の有効期間）

第2条 この契約の期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとします。ただし、有効期間満了日までに、利用者からの意志表示がない場合は、この契約は自動的に更新されるものとし、以降も同様とします。

（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの担当者）

第3条 事業者は、法令に定める地域包括支援センターの職員または地域包括支援センターが委託した居宅介護支援事業所の介護支援専門員を、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの担当者として選任し、適切な介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに努めます。

2 事業者は、前項の担当者を選任し、又は変更する場合には、利用者の状況とその意向に配慮して行い、事業者側の事情により担当者を変更する場合には、あらかじめ利用者に連絡をします。

3 事業者は、担当者に対し、専門職として常に利用者の立場に立ち、誠意をもってその職務を遂行するよう指導するとともに、必要な対応を行います。

（介護予防サービス・支援計画書の変更等）

第4条 事業者は、利用者が介護予防サービス・支援計画書の変更を希望する場合には、速やかに自立した日常生活に向けての検討を行い、必要に応じてその変更に向けた手続きをするとともに、これに基づき介護予防サービス等が円滑に提供されるようサービス事業者等への連絡調整を行います。

2 事業者は、利用者が介護予防サービス・支援計画書の範囲内でサービス内容等の変更を希望する場合には、速やかにサービス事業者への連絡調整等を行います。

（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの記録等）

第5条 事業者は、利用者との合意のもとで介護予防サービス・支援計画書を作成して、利用者にその写し交付します。

2 事業者は、定期的に、介護予防サービス・支援計画書に記載したサービス提供の目的等の達成状況等を評価し、その結果を介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント経過記録等の書面に記載するとともに、介護予防・支援計画書の変更が生ずる場合は、必要に応じて介護予防サービス・支援計画書を追記・修正し、利用者に説明のうえ、その写

しを交付します。

- 3 事業者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント経過記録等の書面を作成した後5年間これを保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

(利用者の解約等)

- 第6条 利用者は、少なくとも1か月前までに事業者に予告することにより、いつでも、この契約を解約することができます。
- 2 利用者は、事業者が定められたサービスを提供しなかった場合その他この契約に違反した場合には、直ちにこの契約を解除することができます。

(事業者の解除)

- 第7条 事業者は、利用者の著しい不信行為によりこの契約を継続することが困難となった場合には、その理由を記載した文書を交付することにより、この契約を解除することができます。

(契約の終了)

- 第8条 利用者が医療施設等に入院(所)し、又は要支援認定が受けられなかったこと等により、相当期間以上にわたり、この契約が目的とするサービスの利用が困難となった場合には、この契約を終了するものとします。この場合には、事業者は利用者に対し速やかにその旨を通知することとします。
- 2 事業者は、この契約が終了する場合で、必要があると認められるときは、利用者が指定する居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者及び地域包括支援センター、並びに医療機関等の関係機関への関係記録の写しの引継ぎ等の調整を行うものとします。

(秘密保持)

- 第9条 事業者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- 2 事業者は、担当職員その他の従業者であった者が、正当な理由がある場合を除き、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。
- 3 事業者は、あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合には、利用者にサービスを提供する事業者との連絡調整その他必要な範囲で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

(虐待防止)

- 第10条 事業者は、利用者の人権の擁護及び虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発、普及するための研修を実施する等の措置を講じます。
- 2 事業者は、利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- 3 事業者は、担当職員その他の従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市に通報します。
- 4 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- 5 事業者は、次の通り虐待防止責任者を定めます。役職：●● 氏名：●●●●

(苦情対応)

第11条 利用者は、提供された介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関して苦情がある場合又は事業者が作成した介護予防サービス・支援計画書に基づいて提供された介護予防サービス等に苦情がある場合には、事業者、市に対して、いつでも苦情を申し出ることができます。また、国民健康保険団体連合会に対しても、いつでも苦情を申し出ることができます。

2 事業者、苦情対応の窓口及びその連絡先を明らかにし、苦情の申し出又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。

3 事業者は、利用者が苦情申し出等を行ったことを理由として何らかの不利益な取り扱いをすることはありません。

(その他)

第12条 事業者、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施に際して利用者のけがや体調の急変が合った場合には、医師や家族への連絡その他適切な措置を迅速に行います。

2 事業者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施に際して利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

(契約外の事項)

第13条 本契約に定めのない事項については、法令の定めるところに従い、利用者及び事業者の協議により定めます。

上記のとおり、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの契約を締結します。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名

印

上記代理人（代理人を選任した場合）

住 所

氏 名

印

(事業者)

所在地

事業者名

代表者名

【別紙】

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント説明書（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. あなたのお住まいの地域を担当する地域包括支援センター

センター名称		介護保険指定 事業所番号	(本庄市指定)
法人名			
代表者名			
所在地			
連絡先	電話 FAX		
営業日	曜日から曜日まで ただし、年末年始()を除きます。		
営業時間	午前 時 分から午後 時 分まで		
職員体制	管理者 保健師 主任介護支援専門員 社会福祉士（各1名以上）		

2. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを行う事業者とその事業所

①介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターから受託する事業者

事業者の名称			
代表者名			
所在地 (連絡先)	電話 FAX		

②介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供する事業所

事業所の名称		介護保険指定 事業所番号	番号
代表者名			
所在地 (連絡先)	電話 FAX		
担当者名			
営業日			
営業時間			

3. サービスの対象者

要支援者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下、「事業対象者」という。）を対象者とします。

4. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの種類とその内容

介護予防支援 介護予防ケアマネジメントの種類	説 明
■介護予防支援 ■介護予防ケアマネジメント A （原則的な介護予防ケアマネジメント） ・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合等を実施	■ 現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様 ■ アセスメント ⇒介護予防サービス・支援計画書原案作成 ⇒サービス担当国会議 ⇒利用者への説明・同意 ⇒介護予防サービス・支援計画書の確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 ⇒サービス利用開始 ⇒モニタリング【給付管理】 ⇒評価 ■ 面接によるモニタリングは、少なくとも3か月ごとに実施 ■ 利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。
■介護予防ケアマネジメント B （簡略化した介護予防ケアマネジメント） ・指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等を実施	■ サービス担当国会議を省略したケアプランの作成 ■ アセスメント ⇒介護予防サービス・支援計画書原案作成 （⇒サービス担当国会議） ⇒利用者への説明・同意 ⇒介護予防サービス・支援計画書の確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 ⇒サービス利用開始 （⇒モニタリング【適宜】） ⇒評価
■介護予防ケアマネジメント C （初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス）	■ ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービスや配食などその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 ■ 初回のみ、アセスメント ⇒ケアマネジメント結果案の作成 ⇒利用者への説明・同意 ⇒提供者への説明・送付 ■ モニタリング等を行わない ■ 適切なサービス提供につながるよう、ケアマネジメントの結果をサービス提供者に送付または本人が持参（利用者の同意必要）

5. サービスの内容

- (1) 事業者は、利用者自らが要介護状態になることを予防し、居宅において日常生活を営むために必要なサービスを適切に利用できるよう、利用者の心身の状況等を勘案して、その上で利用するサービスの種類及び内容、担当する者等を定めた介護予防サービス・支援計画書を作成するとともに、これに基づいてサービス提供が確保されるよう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います。
- (2) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、利用者の生活機能の状況等を勘案し、適切な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努力します。
- (3) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、提供されるサービスが特定の種類又は特定のサービス事業者に不当に偏ることがないように、公正中立を行います。
- (4) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、医療サービスとの連携に十分配慮いたします。
- (5) 事業者は、介護予防サービス・支援計画書の作成後においても、利用者やその家族、サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、介護予防サービス・支援計画書の実施状況を把握するとともに、利用者について解決すべき課題を把握し、必要に応じて介護予防サービス・支援計画書の変更、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います。
- (6) 前項の介護予防サービス・支援計画書の実施状況、解決すべき課題等について適切な記録を作成・保管し、利用者に対して継続的に情報提供し、説明等を行います。

6. 介護予防サービス・支援計画原案の作成

- (1) 介護予防サービス・支援計画書原案の作成は、これらの業務を行う事業者（または事業者が委託した居宅介護支援事業所）」と利用者と契約を締結して作成します。
- (2) 介護予防サービス・支援計画書原案作成の業務を受託した居宅介護支援事業者は、本契約の趣旨を尊重して介護予防サービス・支援計画書原案作成業務に従事することとします。
- (3) 事業者は、介護予防サービス・支援計画書原案作成について、居宅介護支援事業者に助言・指導するとともに、作成された介護予防サービス・支援計画書原案について内容の妥当性を評価し意見を付します。

7. 介護予防サービス・支援計画作成の担当者

事業所	
所在地	
電話番号	
担当者	

8. 市町村への届出

この介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのサービスを受ける際には、その旨を市町村に届け出て、被保険者証に記載する必要があります。具体的な手続は上記の担当者もしくは介護支援専門員にご相談ください。

9. 利用料金

事業者が提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに対する料金規定は【重要事項説明書別表】（27頁）のとおりです（なお、料金は変更する場合がありますので、変更時にはお知らせします）。

10. 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合には、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	()

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口にご連絡願います。

【地域包括支援センター】 名称	所在地 電話番号 FAX番号 対応時間
【事業所】 名称	所在地 電話番号 FAX番号 対応時間

(2) 公的機関においても、次の機関においても苦情申出等ができます。

本庄市高齢者福祉課 高齢者包括支援係	所在地 本庄市本庄 3-5-3 電話番号 0495-25-1722 FAX番号 0495-23-1963 対応時間 8:30~17:15 (土・日・祝日・12/29~1/3を除く)
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情対応係	所在地 さいたま市中央区大字下落合 1704 電話番号 048-824-2568 FAX番号 048-824-2561 対応時間 8:30~正午、13:00~17:00 (土・日・祝日を除く)

※国保連は、介護予防支援に関する苦情のみの対応になります。

12. 秘密保持

事業者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

事業者は、担当職員その他の従業者であった者が、正当な理由がある場合を除き、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じます。

事業者は、あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合には、利用者にサービスを提供する事業者との連絡調整その他必要な範囲で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

【重要事項説明書別表】（令和8年6月1日現在）

1. 料金

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの利用料は、1カ月あたりの料金となっています。
ただし、法定代理受領により事業者の介護予防支援等に対し介護保険給付等が支払われる場合、
利用者の自己負担はございません。

〈基本利用料〉

区分	単位数	金額
介護予防支援費・処遇改善加算	451	4,510 円
介護予防支援費・初回加算・処遇改善加算	758	7,580 円
介護予防支援費・委託連携加算・処遇改善加算	758	7,580 円
介護予防支援費・初回加算・委託連携加算・処遇改善加算	1064	10,640 円
介護予防ケアマネジメントA・処遇改善加算	451	4,510 円
介護予防ケアマネジメントA・初回加算・処遇改善加算	758	7,580 円
介護予防ケアマネジメントA・委託連携加算・処遇改善加算	758	7,580 円
介護予防ケアマネジメントA・初回加算・委託連携加算・処遇改善加算	1064	10,640 円

※1単位あたりの単価：10 円

2. 交通費

本庄市内は無料です。それ以外の地域に介護支援専門員等がお伺いする場合は交通費の実費をいただくことがあります。

3. 解約料

利用者は、事業者に対して文書又は口頭で通知することによりいつでも契約を解除することができ、解約料はかかりません。ただし、解約時まで発生した交通費等の実費については、ご清算いただくことがあります。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

介護予防及び介護予防ケアマネジメントにかかる契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事 業 者 所在地

法人名

事業所名

代表者

印

説明者

印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利 用 者 住 所

氏 名

印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所

本人との続柄

氏 名

印

個人情報使用同意書

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用)

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

利用者のための介護予防サービス・支援計画書の作成（変更）及びこれに沿った円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員や事業者及び関係機関との連絡調整、並びに地域ケア個別会議等において必要な場合

2 使用する事業者の範囲

指定介護（予防）サービス事業者及び介護保険外サービス事業者の担当者、及び主治医や医療機関の担当者、並びに介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な地域の行政機関や民生委員などの関係機関（団体）の担当者（利用者の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な関係者に限る）

3 使用する期間

令和 年 月 日から契約終了日まで

4 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることがないように細心の注意を払うこと。
- (2) 緊急を要すると判断した場合は、必要最小限の個人情報を上記以外の者に提供することもある。その場合は、相手方に対して、関係者以外の者に漏れることがないように厳重に注意を促すとともに、速やかに利用者に対して報告すること。
- (3) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

5 個人情報の内容（例示）

- (1) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報
- (2) 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- (3) その他の情報

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます

令和 年 月 日

様

様

上記2に該当する関係者

様

利 用 者

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

上記代理人（代理人を選定した場合） 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

利用者家族代表

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

様式第1号（第4条関係）

介護保険認定審査に係る資料提供申請書

年 月 日

（あて先）本庄市長

申 請 者	氏 名（窓口に来た人）	
	住 所	
	電 話 番 号	
	事 業 所 名	
	事 業 所 番 号	
	被 保 険 者 と の 関 係	☐ 本人 ☐ 親族 ☐ 法定代理人 ☐ 介護サービスの提供 に係る契約を締結している事業者 ☐ 委任を受けた者

次の者に関する介護保険認定審査に係る資料の提供を申請します。

被 保 険 者	住 所		被保険者 番 号			
	氏 名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
被保険者が届出している 居宅介護支援事業者名						
提 供 資 料	提供を希望する資料の番号に○を付けてください。 1 認定情報 2 特記事項（審査会資料） 3 主治医意見書 4 その他（ ）					
申 請 理 由	提供の理由について該当する番号に○を付けてください。 1 居宅サービス計画作成のため 2 その他（具体的に ）					

※申請者は、本人確認書類（運転免許証等）を提示してください。

※提供することについて対象者本人の同意のない資料及び医師の同意のない主治医意見書の提供はできません。

※居宅サービス計画作成を理由とした申請にあつては、被保険者から提出のあった「居宅サービス計画作成依頼（変更）届」に記載された事業者に限られます。

※提供の際に資料を複写した場合は、第三者に対して、複写し、又は閲覧に供しないでください。

処 理 欄	閲 覧 複 写
-------	------------

課題整理総括表

作成日 / /

利用者名 殿

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②		③		利用者及び家族の 生活に対する意向				
		④	⑤		⑥						
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3		改善/維持の可能性※4		見 通 し ※5		生活全般の解決すべき課題 (二一スズ)【案】※6	
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		

※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要約的事実を記載する。選択欄に○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、そのような状況を明らかにする要因を、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欄に○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り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「一」印を記入。

訪問型サービスを利用する際のチェック表

〇〇地域包括支援センター

〇〇居宅介護支援事業所

◎下記の項目に1つでもチェックが付く場合は、現行相当サービスを利用してください。

被保険者番号	被保険者名
1 認知機能の低下や精神・知的障害により日常生活に支障がある	
家族に認知症、精神・知的障害のある方がいて、サービスを提供するのに専門的な支援が必要である	
2 退院直後（※短期集中 C での機能向上が見込まれない場合に限る）で状態が変化しやすく、自立支援に向けた専門的サービスが特に必要である	
3 心疾患や呼吸器疾患、がんなどの疾患により日常生活に支障がある	
4 ストーマケアが必要である（自分でストーマの交換などができる場合は除く）	
5 住まいがごみ屋敷となっているなど社会と断絶しており、専門的な支援が必要である	
6 その他の理由で専門的な支援が必要な場合（下記の【状況】欄に詳しい状況を記載してください。）	
【状況】	

※判断に迷う場合は高齢者福祉課高齢者包括支援係に問い合わせてください。

現行相当サービスの利用の場合、この書類を高齢者包括支援係に提出してください。

※退院直後の方や、集中的な機能向上を要する方につきましては積極的に短期集中サポートサービスの利用についてもお検討ください。

※住所地特例（他市町村）の方の場合はシルバー人材センターによる生活力ア

ップサポートサービスは利用できません。

提出日 年 月 日

通所型サービスを利用する際のチェック表

〇〇地域包括支援センター

〇〇居宅介護支援事業所

現行相当サービスが必要な理由は以下の通りです。

被保険者番号		被保険者名	
1	認知機能の低下や精神・知的障害により日常生活に支障がある		
2	がん末期の状態である		
3	難病（指定難病）がある		
4	毎日の生活に医療的なケアや継続的観察が必要である（透析、在宅酸素、経管栄養、入退院を繰り返す、精神的不安等）		
5	退院直後（※短期集中Ｃでの機能向上が見込まれない場合に限る）で状態が変化しやすく、自立支援に向けた専門的サービスが特に必要である		
6	その他の理由で専門的な支援が必要な場合（下記の【状況】欄に詳しい状況を記載してください。）		
【状況】			

※積極的に短期集中サポートサービスの利用についてご検討ください。

※判断に迷う場合は高齢者福祉課高齢者包括支援係に問い合わせてください。

現行相当サービスの利用の場合、この書類を高齢者包括支援係に提出してください。

令和 年 月 分 介護予防支援サービス利用計画・実績票

-34-

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) 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

地域包括支援センター意見	
総合的な方針	☐ 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 ☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了

給付管理入力票

令和 年 月分

利用者氏名

被保険者番号

被保険者生年月日

M・T・S 年 月 日

要介護状態

要支援1 ・ 要支援2 ・ 事業対象者

限度額適用期間

令和 年 月から令和 年 月

支給限度額

_____ 単位

委託先居宅介護支援事業所番号

担当介護支援専門員氏名

介護支援専門員番号

ケアプラン作成

初回 ・ 継続 ・ 変更

サービス利用実績

事業所名	事業所番号	種類コード	合計単位数

令和 年 月分

記入例

利用者氏名 _____

被保険者番号 _____

被保険者生年月日 M・T・S 年 月 日

要介護状態 要支援1 ・ 要支援2 ・ 事業対象者

限度額適用期間 令和 年 月から令和 年 月

支給限度額 _____ 単位

委託先居宅介護支援事業所番号 _____

担当介護支援専門員氏名 _____

介護支援専門員番号 _____

ケアプラン作成 初回 ・ 継続 ・ 変更

サービス利用実績

事業所名	事業所番号	種類コード	合計単位数
(例)〇〇デイサービスセンター	11743・.....	A7	1216

（区分支給限度額内の合計単位数を記入）
（サービス提供体制内加算・処遇改善加算は含まない）

介護予防支援 委託料請求依頼書・委託料請求書の記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇地域包括支援センター 様

住 所 本庄市本庄〇-〇-〇

事業所名 はにぼん居宅介護支援事業所

代表者 本庄 太郎 ※

印 登録番号 T〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

※請求書には押印が必要です

介護予防支援委託料（令和〇〇年〇〇月分）を請求を依頼いたします。

1. 請求金額 金 28,260 円（税込）

10%対象	28,260 円	内消費税	2,569 円
-------	----------	------	---------

2. 請求内訳
別紙1のとおり

単価には税が含まれているため、請求額から消費税を割り出してください。

例：28,260 円 ÷ 11 = 2,569.090909...

≒ 2,569 円

※消費税の端数処理の方法（切上げ・切捨て・四捨五入）については各事業所の任意となります。

【参考】国税庁 HP

<https://www.nta.go.jp/taxes/shiraberu/taxanswer/shohi/6371.htm>

（振込先） 本庄 銀行 本庄 支店

預金種目（普通 ~~当座~~ ~~その他~~）

口座番号 1 2 3 4 5 6 7

口座名義人 フリガナ ホンジョウ タロウ
本庄 太郎

介護予防支援 委託料請求依頼書

令和 年 月 日

様

住 所
事業所名
代表者
インボイス登録番号

介護予防支援委託料（ 年 月分）の請求を依頼いたします。

1. 請求金額 金 円（税込）

10%対象	円	内消費税	円
-------	---	------	---

2. 請求内訳
別紙1のとおり

（振込先） 銀行 支店
預金種目（普通 ・ 当座 ・ その他）
口座番号
口座名義人 フリガナ

介護予防支援 委託料請求書

令和 年 月 日

様

住 所
事業所名
代表者
印
イボ イ登録番号

介護予防支援委託料（ 年 月分）を請求いたします。

1. 請求金額 金 円（税込）

10%対象	円	内消費税	円
-------	---	------	---

2. 請求内訳
別紙1のとおり

（振込先） _____銀行 _____支店
預金種目（普通 ・ 当座 ・ その他）
口座番号 _____
口座名義人 フリガナ _____

***受託業務内容に○をつけ、計と合計に金額をご記入ください。**

NO.	被保険者番号	氏名	介護予防支援費 (4,510円)	介護予防支援費 初回加算 (7,580円)	介護予防支援費 連携加算 (7,580円)	介護予防支援費 初回+連携加算 (10,640円)	計 円
				合 計			円

介護予防支援費には介護職員等処遇改善加算が含まれています。

介護予防ケアマネジメント 委託料請求依頼書・委託料請求書の記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇地域包括支援センター 様

住 所 本庄市本庄〇-〇-〇
 事業所名 はにぼん居宅介護支援事業所
 代表者 本庄 太郎 ※
 印 係登録番号 T〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

※請求書には押印が必要です

介護予防ケアマネジメント委託料（令和〇年〇〇月分）の請求を依頼いたします。

1. 請求金額 金 28,260 円（税込）

10%対象	28,260 円	内消費税	2,569 円
-------	----------	------	---------

2. 請求内訳
 別紙2のとおり

単価には税が含まれているため、請求額から消費税を割り出してください。

例：28,260 円 ÷ 11 = 2,569.090909...

≒ 2,569 円

※消費税の端数処理の方法（切上げ・切捨て・四捨五入）については各事業所の任意となります。

【参考】国税庁 HP

<https://www.nta.go.jp/taxes/shiraberu/taxanswer/shohi/6371.htm>

（振込先） 本庄 銀行 本庄 支店
 預金種目（普通 当座 ~~その他~~）
 口座番号 1 2 3 4 5 6 7
 口座名義人 フリガナ 本庄 太郎

介護予防ケアマネジメント 委託料請求依頼書

令和 年 月 日

様

住 所
事業所名
代表者
インボイス登録番号

介護予防ケアマネジメント委託料(年 月分)の請求を依頼いたします。

1. 請求金額 金 円(税込)

10%対象	円	内消費税	円
-------	---	------	---

2. 請求内訳
別紙2のとおり

(振込先) 銀行 支店
預金種目(普通 ・ 当座 ・ その他)
口座番号
フリガナ
口座名義人

介護予防ケアマネジメント 委託料請求書

令和 年 月 日

様

住 所
事業所名
代表者
印
インボイス登録番号

介護予防ケアマネジメント委託料（ 年 月分）を請求いたします。

1. 請求金額 金 円（税込）

10%対象	円	内消費税	円
-------	---	------	---

2. 請求内訳
別紙2のとおり

（振込先） 銀行 支店
預金種目（普通 ・ 当座 ・ その他）
口座番号
フリガナ
口座名義人

別紙2 (介護予防ケアマネジメント)

* 受託業務内容に○をつけ、計と合計に金額をご記入ください。

(全て税込)

NO.	被保険者番号	氏 名	介護予防ケアマネ ネジメント費 (4,510 円)	介護予防ケアマネ ネジメント費 初回加算 (7,580 円)	介護予防ケアマネ ネジメント費 連携加算 (7,580 円)	介護予防ケアマネ ネジメント費 初回+連携加算 (10,640 円)	計 円
合 計							円

介護予防ケアマネジメント費には介護職員等処遇改善加算が含まれています。

個人の情報の提供に関する同意書 (介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用)

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で提供することに同意します。

記

A 提供する目的

令和 年 月から介護、介護予防、介護予防・生活支援サービス事業又は地域密着型のサービスを利用するにあたって、現在、契約している地域包括支援センター及び地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所から、同サービスの計画を作成することになる介護保険法第5章に定める事業者又は施設等に、必要な情報を提供することにより、円滑にサービスの利用ができるようにすることを目的とする。

B 提供にあたっての条件

個人情報の提供は、Aに記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

C 個人情報の内容（例示）

- ・氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が介護予防支援を行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報
- ・認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・介護予防サービス・支援計画の内容
- ・その他の情報

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

令和 年 月 日

事業所 _____ 様

事業所 _____ 様

利 用 者 住所 _____

氏名 _____ 印

上記代理人（代理人を選定した場合） 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者家族代表 住所 _____

氏名 _____ 印

はにぼんがオススメするセルフマネジメント (フレイルの進行を予防しよう！)



動かない時間を減らしましょう

自宅でのちょっとした運動で体を守りましょう

- 座っている時間を減らしましょう！
立ったり、歩いたりする時間を増やしましょう。
テレビのCM中に足踏みをしてみませんか。
- 関節も柔らかく保ち、筋肉を維持しましょう。
裏面の「自宅でできる♪おすすめ筋トレメニュー」を試してみましょう。
- 天気のいい日は散歩に出かけましょう！
天気が良ければ、適度な運動として散歩はおすすめです。

バランスの良い食事をしっかり食べ、栄養をつけましょう！

- バランスの良い食事は健康に欠かせません。
多様性に富んだ食事を三食欠かさず食べることを心がけ、身体の調子を整えましょう！免疫力を維持することにも役立ちます。
- 身体（特に筋肉）を作る大切な栄養素であるたんぱく質をしっかりとることは大切です。
※食事の制限を受けている方はかかりつけ医の指示に従ってください。

口腔ケアのため、しっかり噛んで、毎日のおしゃべりも！

- 毎食後、寝る前の歯磨きを忘れずに！お口を清潔に保ちましょう。
- お口周りの筋肉を保つため、おしゃべりはとても大切です。

家族や友人との支え合いは大切です！

- 孤独を防ぐため近所の知り合いや電話などを利用して交流しましょう。
人との交流はとても大切です。家族や友人が互いに支え合い、意識して交流をしてみましょう。
- 買い物や生活の支援など困ったときの支え合いは必要です！
食材や生活用品の買い物、病院への移動などに困った際に、助けを呼べる相手をあらかじめ考えておきましょう。事前に話し合っておくことが大切です。

高齢の両親をお持ちのご家族の方もぜひ促してあげましょう！

体重は健康のバロメーター！定期的に体重の測定を心がけましょう！

自宅で
できる



おすすめ筋トレメニュー

- ゆっくり8秒声に出してカウントしましょう
- 10回で1セット、週に3回以上が目標



◆スクワット 下半身の筋肉をバランスよく鍛える

＜足腰が弱い方はイスを使いましょう＞



4秒間かけて股関節に意識をかけて腰を落とし、4秒間かけて元に戻す（最大90度までを目指す）。

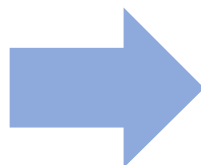


※内股、ガニ股に注意



※ひざはつま先より先に出さない

◆ひざ伸ばし 衰えやすい「大腿四頭筋」を鍛える

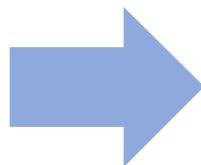


背筋を伸ばし、イスに浅く座る。
両手でイスの座面前側を軽く押さえる。
両足は肩幅くらいに開く。

足が床と平行になるように力を入れて
4秒間で上げ、4秒間かけて元に戻す。

左右それぞれ
10回ずつ
繰り返す

◆もも上げ 大腰筋+腹筋を鍛える筋トレ



背筋を伸ばし、イスに浅く座る。
両手でイスの座面前側を軽く押さえる。
両足は肩幅くらいに開く。

ひざに力を入れて4秒間かけて胸に近づけ、
同時に上体をかがめる。4秒間かけて元に戻す。

左右それぞれ
10回ずつ
繰り返す

- 注意 痛みがある場合は、医師に相談しましょう
- 体調が悪い場合は、無理せずしっかり休養を取りましょう

久野譜也「60歳からの筋活」三笠書房より引用

[監修] 久野 譜也 筑波大学教授 医学博士、塚尾 晶子 つくばウエルネスリサーチ 保健師 博士(スポーツウエルネス学)

住み慣れた地域でいつまでも
「元気に」、「はつらつと」

訪問A

生活力アップ サポートサービス



自立した生活を営むために、利用者と一緒に訪問介護員が洗濯や掃除などの日常生活上の支援を行います。

○サービス内容

生活援助	・掃除 ・調理 ・買物 ・衣類の洗濯・アイロンがけ ・整理整頓 ・薬の受取り 等 ★この他にも利用者が「元気に」「はつらつと」過ごしていただくための支援を行います。
サービス提供事業所	本庄市ホームページに掲載します。



○料金

対象者	時間/回	料金
要支援1・2 事業対象者	所要時間20分以上 45分未満の場合	負担割合が1割の方の場合 1回156円 (2割の方の場合 1回312円) (3割の方の場合 1回468円)
要支援1・2 事業対象者	所要時間45分以上 60分未満の場合	負担割合が1割の方の場合 1回191円 (2割の方の場合 1回382円) (3割の方の場合 1回573円)
要支援1・2 事業対象者	所要時間60分以上 の場合	負担割合が1割の方の場合 1回226円 (2割の方の場合 1回452円) (3割の方の場合 1回678円)

◆お問合せ◆

本庄西地域包括支援センター本庄市社会福祉協議会
本庄東地域包括支援センター安誠園
本庄南地域包括支援センターシャローム
児玉地域包括支援センター
本庄市高齢者福祉課

0495-22-7088
0495-22-6262
0495-23-9580
0495-73-1545
0495-25-1722

住み慣れた地域でいつまでも
「元気に」、「はつらつと」

通所A

元気アップ サポートサービス



デイサービスの施設に通って実施するサービスです。

○サービス内容

はにぽん筋力 トレーニング (通称はにとれ)	本庄市が推奨するはにぽん筋力トレーニングを実施します。 はにぽん筋力トレーニングは地域のサロン等で実施され、たくさんの方が「元気に」「はつらつと」毎日を過ごされています。 ★この他にも利用者が「元気に」「はつらつと」過ごしていただくためのメニューがあります。
サービス提供事業所	本庄市ホームページに掲載します。



○料金

対象者	回数	料金
要支援1 事業対象者	週1回	負担割合が1割の方の場合 1回 349円
		(2割の方の場合 1回 698円)
		(3割の方の場合 1回 1,047円)
要支援2 (事業対象者)※	週2回	負担割合が1割の方の場合 1回 358円
		(2割の方の場合 1回 716円)
		(3割の方の場合 1回 1,074円)

※退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながると考えられる状態等の場合に利用できます。

◆お問合せ◆

本庄西地域包括支援センター本庄市社会福祉協議会
本庄東地域包括支援センター安誠園
本庄南地域包括支援センターシャローム
児玉地域包括支援センター
本庄市高齢者福祉課

0495-22-7088
0495-22-6262
0495-23-9580
0495-73-1545
0495-25-1722

生活のしづらさを解消

自己管理能力を高める

やりたいことができる

自分らしい暮らしを取り戻す

短期集中 サポートサービス

内容

リハビリ専門職と一緒に、生活のしづらさや不安を解消するための効果的な介護予防プログラムを作成し、通所や訪問による面談を通して、自信を持って生活できるようプログラムの実践をサポートします。

対象者

次の①②のいずれかに該当する方

①介護保険の要支援認定を受けた方（2号被保険者除く）

②基本チェックリストにより生活機能低下が認められた
65歳以上の方（事業対象者）

※認知症、末期がん、難病の方は対象外

料金

無料

期間

3か月（週1回、全12回）

サービス事業者

吉沢病院 ※送迎は要相談

* サービス終了後 *

- ・自分らしくやりたいことやボランティア活動等、地域の活動に参加し、介護予防に取り組みます

* 注意点 *

- ・通所系サービスとの併用はできません。
- ・原則、再利用はできません。

まずは地域包括支援センターへご相談ください!!

【ご相談先】

本庄西地域包括支援センター本庄市社会福祉協議会 0495-22-7088

本庄東地域包括支援センター安誠園 0495-22-6262

本庄南地域包括支援センターシャローム 0495-23-9580

児玉地域包括支援センター 0495-73-1545

【事業に関する問い合わせ】

本庄市高齢者福祉課 0495-25-1722

平成28年 12月 5日
本庄市保健部介護保険課長

暫定ケアプランの取扱いについて

要介護・要支援認定申請（新規・更新・介護）及び区分変更申請において、認定結果が出るまでの間、要支援又は要介護の認定を見込んだうえで作成する「暫定ケアプラン」の取扱いについて、下記のとおりとします。

記

1. 暫定ケアプランの作成にあたっては、「要支援」又は「要介護」の認定結果を見込んだうえで、居宅介護支援事業所か地域包括支援センターのいずれかが担当し、サービスの利用にあたり「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」又は「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」を提出してください。
2. その後、実際の認定結果と1で提出した事業所が相違する場合は、**認定日（被保険者証の認定年月日を見てください。）から3週間以内に上記届出書を提出する場合に限り、月を遡って受理することとします。**

なお、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターは必ず引き継ぎを行い、サービス利用に影響が無いよう調整をお願いいたします。

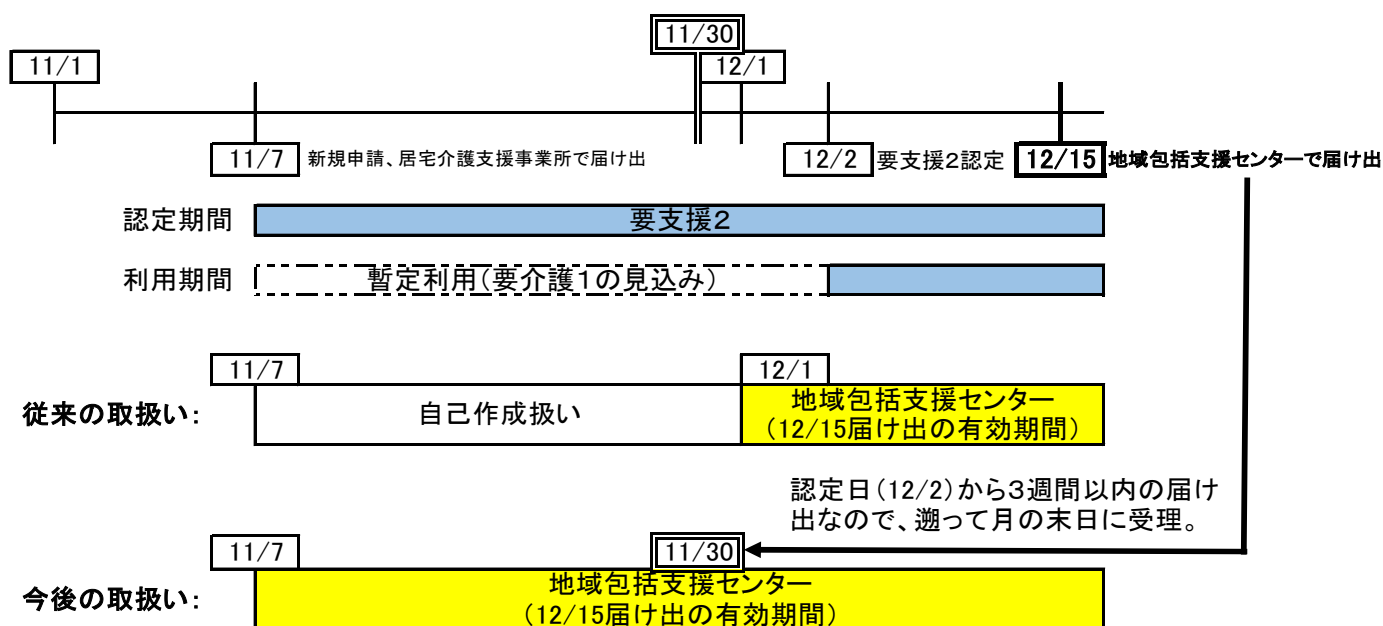
以上

※遡って届け出をされる場合のお願い※

- ・窓口は原則、市役所本庁の介護保険課です。支所窓口での届け出を希望される場合は、必ず事前に市役所本庁の介護保険課に連絡してください。支所窓口で対応できるように連絡を入れます。
- ・変更理由欄に記入したうえで、窓口で遡りが必要な旨を伝えてください。
- ・届出書の変更年月日には、遡りが必要な月の末日を記入してください。

遡って届け出を行う場合について

認定申請中にサービス利用があり、既に届け出のある居宅介護支援事業所や地域包括支援センターから事業所を変更する必要がある場合は、認定日から3週間以内であれば月を遡って届け出を受理します。



ただし、

- ①利用開始時点で居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターの届け出があり、
- ②認定結果後の届け出の際に、遡りを伝えていただいたものが対象です。

①利用開始時点で居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターの届け出がある

サービスの利用にあたっては、「居宅介護支援を受けることにつきあらかじめ市町村に届け出ている」必要があります。しかし、月末までに届け出があれば、その月の月初から給付管理と請求を行うことが可能です。遅くとも、利用開始日の属する月内までに、まずは届け出をお願いいたします。

②認定結果後の届け出の際に、遡りを伝えていただいたもの

窓口は原則、市役所本庁 介護保険課になります。届出の際は遡りである旨を伝えてください。本庁に来庁されるのが困難な場合は、必ず事前に介護保険課へ連絡をした上で、支所窓口へ提出してください。

※上記の条件を満たしていない場合、遡りは認められません。

※届け出の遅れにより、償還払いになると、たとえ一時的であっても利用者に大きな負担と不信感を与えます。サービスの利用開始が決まりましたら、速やかに届け出をお願いいたします。

事 務 連 絡

令和元年 10 月 1 日

介護保険事業者 各位

地域包括支援センター 各位

本庄市福祉部介護保険課長

介護保険要介護（要支援）新規認定申請の申請日（受付日）について（通知）

日ごろより当市介護行政にご理解、ご協力を賜り御礼申し上げます。

さて、このたび、市役所の閉庁日における要介護（要支援）新規認定申請等の受付につきまして、令和元年 10 月 1 日（火）より、下記の通り取扱いを定めましたので通知いたします。

記

要介護（要支援）新規認定申請の申請日（受付日）について、新規認定申請をしようとする日が閉庁日であるが、緊急にサービスを利用しなければならない場合は、申請者の申し出により、申請日（受付日）を閉庁日の日付とすることができるものとする（但し、閉庁日の翌日に申請書を提出した場合に限る）。

【例 1】

7 月 31 日（土）、8 月 1 日（日）

7 月 31 日（土）の申請日としたい場合は、8 月 2 日（月）に申請書を提出し、7 月 31 日（土）の申請日とすること、また、その理由を申し出る。

【例 2】

5 月 1 日（土）、5 月 2 日（日）、5 月 3 日（祝）、5 月 4 日（祝）、5 月 5 日（祝）

5 月 1 日（土）の申請日としたい場合は、5 月 6 日（木）に申請書を提出し、5 月 1 日（土）の申請日とすること、また、その理由を申し出る。

また、上記の取り扱いに伴い、居宅届を提出する場合は、届出者の申し出により、届出日（受付日）を閉庁日の日付とすることができるものとします（但し、閉庁日の翌日に居宅届を提出した場合に限る）。

本庄市 福祉部 介護保険課 介護業務係

〒367-8501 本庄市本庄 3－5－3

電 話 0 4 9 5－2 5－1 7 1 9（直通）

ファックス 0 4 9 5－2 3－1 9 6 3

本庄市介護予防ケアマネジメントマニュアル（各種様式・参考資料）

初版 令和 3年 12月

第2版 令和 8年 6月

発行元：本庄市福祉部高齢者福祉課

監修：地域包括支援センター

〒367-8501 本庄市本庄3-5-3

電話：0495-25-1722