

介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメント業務

関連様式の書き方とポイント



様式 一覧

様式	様式名
様式1	利用者基本情報
様式2	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)
様式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)
様式4	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
様式5	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) いきいきプラン転記用
様式6	GoGo健康！ いきいきプラン(介護予防ケアマネジメントC専用書式)
様式7	暮らしのアンケート
様式8	興味・関心チェックシート



様式1 利用者基本情報

いわゆる「フェイスシート」

利用者の置かれている状況の全体像を簡易に把握するための項目をまとめたもの

- ・意欲を引き出すポイントがどこにあるか意識する
- ・生活機能の低下や活動範囲の縮小が起きている要因を把握する



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 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 自立・I・II a・II b・III a・III b・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 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

様式1 利用者基本情報 (表-上段)

【相談日】
相談日を行った日。
(利用者基本情報を作成した日)

【本人の現状】
入院・入所中は施設名を記載

利用者基本情報			
相談の方法			
《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
住 所	Tel ()		()
	Fax ()		()
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 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 ()		

【作成担当者】
利用者基本情報の
作成者の氏名

作成担当者：

再来の場合は前回の
相談日も記載



様式1 利用者基本情報 (表-上段)

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・J1・J2・A1・A2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a	
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・ 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 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 ()		

【氏名・生年月日】
介護保険被保険者証と
確認しながら記載

【住所】
居住地と住民票の住所が
異なる場合は、介護保険
被保険者証の住所を記載

【連絡先】
利用者と連絡が取れる
電話番号を確認



様式1 利用者基本情報 (表-上段)

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・J1・J2・A1・A2・B1・B2・	
	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 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 ()		

【日常生活自立度】
認定調査票や主治医
意見書を参考にする

【認定情報】
介護保険被保険者証を
もとに記入

【障害等認定】
障害認定等が
あるか確認



様式1 利用者基本情報 (表-下段)

【本人の居住環境】
エレベーターや段差
なども確認

【来所者】
来所者(相談者)の
氏名を記載。
親族でない場合は
関係性も確認。

【緊急連絡先】
利用者自宅以外の
連絡先を複数確認
しておくことが望
ましい。

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)			
住所 連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先

【経済状況】
該当する年金や経済
状況を○で囲む

(同居家族は○で囲む)

【家族構成】
家族の年齢や居住地
域など可能な範囲で
記載。利用者を中心と
して、同居の家族は○
で囲む。

家族関係等の状況



様式1 利用者基本情報 (裏-上段)



自宅内の様子、写真、飾ってあるものなどからもヒントが得られる

【1日の生活・すごし方】
生活全般に関する様子

食事、入浴、家事など毎日決まった生活行為

《介護予防に関する事項》

今までの生活	【今までの生活】 時系列で、職場や転居、家族史、家族との関係、居住環境を記載			
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
	【趣味・楽しみ・特技】 いつ頃までに行っていたのかも意識して聴取する			
	時間	本人	介護者・家族	
	友人・地域との関係			【友人・地域との関係】 交流頻度や方法、行事への参加状況

《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
			Tel	治療中



様式1 利用者基本情報 (裏-下段)

【現病歴・既往歴と経過】
 主治医意見書の内容と利用者・家族から聴取した内容を比較し、疾病に対する認識を確認

《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				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
	ボランティアや友人の支援

【同意欄】
 関係者は具体的に例を挙げて説明するとわかりやすい

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。

年 月 日 氏名



様式2 介護予防サービス・支援計画書



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)

様式2

NO. _____

利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 年 月 日 認定の有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 総合事業対象者

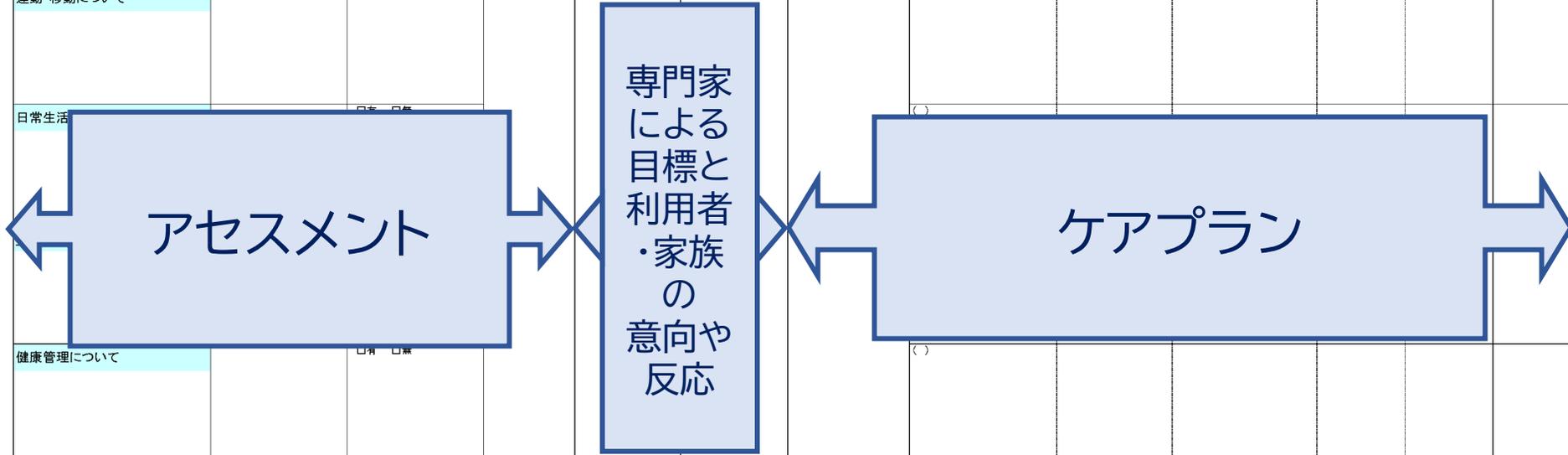
計画作成者氏名 _____ 委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

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・居宅介護支援事業所: _____

目標とする生活

1日	_____	1年	_____
----	-------	----	-------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画				
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所(利用先)
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()					
日常生活		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()					



<様式の特徴>

ケアマネジメントの思考過程を明らかにしたものの。

手順は左から右に進める。



健康状態について
主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント

基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)を記入して下さい。
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○印をつけてください。

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

(委託時使用) 地域包括支援センター 担当者名(_____)

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

様式2 介護予防サービス・支援計画書(上段)



予防支援の居宅との直接契約
の場合はここに記入

予防支援⇔介護予防ケアマネジメントを
紹介された場合、「紹介」

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)		様式2	
NO.			
利用者名	様	認定年月日 年 月 日	認定の有効期間 年 月 日~ 年 月 日
計画作成者氏名		初回・紹介・継続	認定済・申請中
計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日 年 月 日)		要支援1・要支援2	総合事業対象者
目標とする生活		委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)	
1日		担当地域包括支援センター・居宅介護支援事業所:	
		1年	
支援計画			

【目標とする生活 1日】
現実可能な小さな目標。
具体的でできたか確認できる
内容がよい。

【目標とする生活 1年】
生きがいや楽しみを話し合い、生活の中で
達成したい目標を設定する。

両方記載することが望ましいが、1年単位の目標がイメージできない場合は1日単位のみでも可

様式2 介護予防サービス・支援計画書(アセスメント項目)

【運動・移動】

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

【日常生活(家庭生活)】

家事や住居、経済管理、花木やペットの世話など行っているか

【社会参加・対人関係・コミュニケーション】

家族・近隣との人間関係、仕事や地域活動への参加状況はどうか

【健康管理】

清潔ケア、服薬や通院状況、食事・運動などの観点

介護予防サービス・支援計画書

No. _____

利用者名 _____ 様 (男・女) _____ 歳 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名 _____

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

目標とする生活 _____

1日 _____

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	課題目標
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

【本人・家族の意向】

困っているか、どう思っているか

【領域における課題】

生活上の問題となっていること、その背景・原因を整理し、分析する

【総合課題】

利用者にとって優先順位の高い順から番号を付けて記載する



アセスメント領域 と現在の状況	主な日常生活の状況	状況を聞き取る時の視点	
		本人からの聞き取り	家族からの聞き取り
運動・移動について	<ul style="list-style-type: none"> ・歩行 ・昇降 ・移動手段(自家用車) ・移動手段(バス) ・移動手段(タクシー) 	自分で行えているか	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が行えているか ・家族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
日常生活(家庭生活)について	<ul style="list-style-type: none"> ・買い物 ・調理 ・掃除 ・洗濯 ・ゴミ捨て ・住居の管理 ・家計(金銭)の管理 ・花木やペットの世話 	自分で行っているか	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が行えているか ・家族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
社会参加 対人関係・コミュニケーションについて	家族との交流 近所との交流 家族や近隣での役割の有無	内容 程度	内容 程度
	老人クラブ・町内会行事 仕事・ボランティア活動	参加状況	参加状況
健康管理について	<ul style="list-style-type: none"> ・食事 ・水分 ・排泄 ・清潔 ・整容 ・口腔ケア 	回数・量 自分で行えているか	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が行えているか ・家族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
	健康管理 <ul style="list-style-type: none"> ・服薬 ・定期受診 ・運動 ・休養 ・飲酒、喫煙 	自分で行えているか	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が行えているか ・家族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



様式2 介護予防サービス・支援計画書(目標設定)



【課題に対する目標と具体策】

目標:評価可能で具体的な達成できるもの

具体策:介護保険サービスだけでなく、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の活用も記載する。

【具体策についての意向】

合意が得られた場合は「〇〇をしたい」、「〇〇が必要」と記載。
同意が得られない場合は、理由や根拠を記載する。

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)

(男・女) 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

委託の場合: 計画作成者事業者・事業所名及び所在地(連

月 日(初回作成日) 年 月 日) 担当地域包括支援センター:

1年

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
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

【目標】

左欄の【目標と具体策】で合意が得られた場合は、「同左」または「提案通り」と記載してもよい。

様式2 介護予防サービス・支援計画書(ケアプラン)



【目標についての支援のポイント】
支援を行う上での留意点や安全管理上のポイントを記載

【セルフケアやインフォーマルサービス】
本人が自ら取り組むことや家族の支援、地域のボランティアなど、「誰が」、「何を」するのか具体的に記載。

【介護保険サービスまたは地域支援事業】
予防給付、総合事業サービス、一般介護予防事業等の具体的なサービス内容を記載

表) 様式②

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
----------	---------	-----------	-------

月 日

地(連絡先)

支援計画					
目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
()					
()					
()					
()					

【サービス種別】
・横浜市通所介護相当サービス
・介護予防訪問看護など支援内容ごとに記載

【事業所】
サービス提供する事業所名を記載。地域や公的サービスも明記する。

【期間】
認定期間を超えての設定はしない

参考＞軽微な変更について

(介護保険最新情報 Vol.959 令和3年3月31日)

- サービス提供の曜日変更(例:臨時的、一時的な単なる曜日や日付の変更)
- サービス提供の回数変更(例:同一事業所における週1回程度のサービス回数の増減)
- 利用者の住所変更(例:住居表示の変更)
- 事業所の名称変更
- 福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合
(例:福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更)
- 目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更
- 目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合
(例:目標とする生活や総合的課題、サービス種別当が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合)
- 担当介護支援専門員の変更
(但し、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者と同面識を有していること)

※あくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容がケアプラン作成の一連の業務を行う上で、必要性の高い変更であるかどうかによって軽微が否か判断してください。



様式4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント評価表

様式4

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 _____ 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 (委託の場合のみ) <input type="checkbox"/> 評価表の内容について確認しました。	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了
--------	---	---	---

介護予防サービス・支援計画書における、目標に対する評価を行うときの書式



様式4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント評価表

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			
利用者名		様	
目標	評価期間	目標達成状況	目標達成/未達成
総合的な方針			地域(委)

【目標】
「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載。

【評価期間】
「介護予防サービス・支援計画書」の「期間」欄から転記する。

【目標達成状況】
目標がどの程度達成できているのか、いないのか記載する。評価期間に至らないサービスについても評価を行う、計画の見直しをする。

【目標 達成/未達成】
達成した場合には○印、未達成は×、または「達成」、「未達成」と記載。一部達成は「未達成」とする。



様式4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント評価表

**【目標を達成しない原因】
(本人・家族の意見)**
目標が妥当であったかどうかも含め、本人や家族の意見を確認する。

**【目標を達成しない原因】
(計画者の評価)**
本人・家族の意見と、サービス事業者からの評価結果をもとに計画作成者として判断した評価内容を記載。

様式4

サービス評価表 評価日 _____

計画作成者氏名 _____

目標 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
(委託の場合のみ)

評価表の内容について確認しました。

<input type="checkbox"/> プラン継続	<input type="checkbox"/> 介護給付
<input type="checkbox"/> プラン変更	<input type="checkbox"/> 予防給付
<input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業
	<input type="checkbox"/> 一般介護予防事業
	<input type="checkbox"/> 終了

【今後の方針】
目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針を検討し、分析結果を踏まえ、目標ごとに方針を決定する。



様式4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント評価表

様式4

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 _____ 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 (委託の場合のみ) <input type="checkbox"/> 評価表の内容について確認しました。
	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了
	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了

今後の方針で該当するものに
✓印をつける

【総合的な方針】
 目標ごとの「今後の方針」をまとめて、
 今後の支援の総合的な方針を記載。

【地域包括支援センター意見】
 評価表の内容を確認したら を付
 ける。特記すべき事項があれば記載
 する。(委託の場合)



介護予防ケアマネジメントC 専用書式(様式5、様式6)

【様式5】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)いきいきプラン転記用

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) いきいきプラン転記用 介護予防ケアマネジメントC入力様式 (反転用) 様式⑤

No. _____ 利用者名 _____ 様 () 歳 設定年月日 _____ 設定の有効期間 _____ ~ _____

計画作成者氏名 _____ 受託の場合、計画作成者氏名・事業所名及び所在地(郵便番号) _____

計画作成(変更)日 _____ (初回作成日) _____ 担当の地域包括支援センター: _____ 地域包括支援センター () _____ 地域ケアプラザ _____

目標とする生活 _____ 1日 _____ 1年 _____

アセスメントと課題、目標と具体策

アセスメント種類と課題の状況	本人・家族の意向・意向	課題における課題 (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	実施計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス、(地域サービス)	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)	期間
運動・移動について		口角 口角										
日常生活(家事生活)について		口角 口角					ボランティア・民間のサポート等					
社会参加、対人関係、コミュニケーションについて		口角 口角					ご家族のサポート					
健康増進について		口角 口角					友人のサポート					

留意事項について
口角治癒後経過、経験結果、生活機能評価等を踏まえた留意点 _____

【本来行わべき支援が実施できない場合】
必要な支援の手段に向けた方針 _____

総合的方針 生活不活発化の改善・予防のポイント _____

計画に対する同意 _____
上記計画について、同意いたします。
年 月 日 氏名 _____

地域包括支援センター意見 _____
電話 _____ FAX _____

基本チェックリストの(該当した質問項目) / (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

歩行・移動	日常生活	社会参加	健康増進	認知機能	栄養	口腔ケア	排泄	褥瘡	物忘れ	うつ
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	2	3	2	3	5					

介護予防ケアマネジメントC様式 様式⑥

GoGo健康! いきいきプラン

0 様

■ GoGo健康! いきいきカレンダー

	月	火	水	木	金	土	日
第1週							
第2週							
第3週							
第4週							
第5週							

■ 長期目標 (おおよそ1年後の目標) _____ 年 月 日

0

■ 目標を達成するための取組

0
0
0
0
0
0
0
0

■ サービス提供者やボランティアに伝えたいこと

連絡先

◎ 0 地域包括支援センター 0 地域ケアプラザ内

担当者 0

電話 0 FAX 0

◎ 電話

◎ 電話

【様式6】GoGo健康! いきいきプラン (介護予防ケアマネジメントC専用書式)

■ いつまでも、いきいきと暮らしたい

暮らしの様子	目標を達成するための取組
0 歩行・移動	
0 日常生活	
0 社会参加	
0 健康増進	

自由記載欄

■ ご家族にお願いしたいこと

0

■ ()にお願いしたいこと

0



介護予防ケアマネジメントC 専用書式(様式5、様式6)

【様式6】P1、P4

【様式5】

0 様

■ GoGo健康! いきいきカレンダー

	月	火	水	木	金	土	日
第1週							
第2週	「家族の支援」、「インフォーマルサービス」など月単位の予定を記入						
第3週							
第4週							
第5週							

■ サービス提供者やボランティアに伝えたいこと

配慮してほしいこと等を記入

連絡先

◎ 0 地域包括支援センター 0 地域ケアプラザ内

担当者 0

電話 0 FAX 0

P4

電話

電話

介護予防ケアマネジメントC様式 様式⑥

GoGo健康! いきいきプラン

0 様

■ 長期目標 (おおよそ1年後の目標)

年月日

「目標とする生活 1年」

■ 目標を達成するための取組

「アセスメントと課題、目標の具体策」の目標 ※箇条書きが望ましい

P1

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) いきいきプラン転記用 介護予防ケアマネジメントC入力様式(反転用) 様式⑤

No. _____ 利用者名 _____ 種 _____ 歳 _____ 認定年月日 _____ 認定の有効期限 _____

計画作成者氏名 _____ 委託の場合、計画作成事業者・事業者名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 _____ (初回作成日) _____ 担当の地域包括支援センター _____ 地域包括支援センター _____ (地域ケアアプリ)

目標とする生活 _____

1年 _____

アセスメント課題と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・長所)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の立案	具体策についての意向(本人・家族)	目標	支援計画							
							目標についての支援のポイント	本人等のケアプランやケアの支援、インフォーマルサービス(地域サービス)	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)	期間		
運動・機能について		口開・口閉												
日常生活(家庭生活)について		口開・口閉						ボランティア・民間のサポート等						
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		口開・口閉						ご家族のサポート						
健康増進について		口開・口閉						友人のサポート						

健康状態について
日常生活高量活動、健診結果、生活機能評価等を添えた留意点

【本来行ラべき支援が実施できない場合】
要する支援の手段に向けた方針

総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント

基本チェックリストの(該当した質問項目)／(質問項目)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種別の数字に○を付けて下さい

実施	要案	日程内	実施中	実施済	実施済	実施済
要案	要案	要案	要案	要案	要案	要案
不足	不足	不足	不足	不足	不足	不足
要案	要案	要案	要案	要案	要案	要案
要案	要案	要案	要案	要案	要案	要案
要案	要案	要案	要案	要案	要案	要案
要案	要案	要案	要案	要案	要案	要案

地域包括支援センター意見

電話 _____ FAX _____

計画に対する同意
上記計画について、同意いたします。
年 月 日 氏名 _____

※本人の自書が望ましい



様式7 暮らしのアンケート

初回面接や評価時に使用し、アセスメントに活用する。

※初回面接等では無理にすべてを聞き出す必要はありません。



暮らしのアンケート

様式⑦

【歩き方や動作、外出方法について】

① 立ち上がる時、テーブルなどに手をつけて立ち上がりませんか	はい	いいえ
② 階段を昇り降りする時は、手すりをつかまいますか	はい	いいえ
③ 歩く時は杖を使用しますか	はい	いいえ
④ 1年以内に転倒しましたか	はい	いいえ
⑤ 何もない所でつまづくことがありますか	はい	いいえ
⑥ どのくらいの時間や距離を歩くことができますか () 分)、() 歩)		
⑦ 一人で行動できる範囲を教えてください [自宅内 近所 区内 市内 市街]		
⑧ 外出の時の、手段を教えてください [徒歩 自転車 自家用車 タクシー バス 電車]		

【日頃の暮らしについて教えてください】

家事は、自分でされていますか。「いいえ」の方は、どなたがやっていますか

① 買い物	はい	いいえ	「いいえ」と 答えに なった方に お伺いま す。 どなたに手 伝ってま らっていま	家族	友人知人	その他 []
② 調理	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
③ 掃除	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
④ 整理整頓	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
⑤ ごみ捨て	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
⑥ 洗濯・物干し	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
⑦ 金銭管理	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
⑧ 花木やペットの世話	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []

【趣味活動などの外出状況について教えてください】

① 趣味や特技はありますか	はい	いいえ
② 仕事やボランティアをされていますか	はい	いいえ
③ 町内会活動や老人クラブに参加していますか	はい	いいえ
④ 趣味の会や体操の会などに参加していますか	はい	いいえ
⑤ その他 []		
⑥ 外出する頻度はどれくらいですか [毎日、週3回以上、週1-2回、月1-2回、その他]		

【健康状態について教えてください】

① 身長と体重を教えてください 身長 [] cm、体重 [] kg		
② 食事は1日3回とっていますか	はい	いいえ
③ 食事で気を付けていることがありますか (食事制限、アレルギーなど)	はい	いいえ
④ 食べにくいと感じることがありますか	はい	いいえ
⑤ お茶や水を飲むとき、むせこむせことがありますか	はい	いいえ
⑥ お酒を飲んだり、たばこを吸いますか	はい	いいえ
⑦ 毎日、入浴していますか	はい	いいえ
⑧ 排尿や排便に関して困ることがありますか	はい	いいえ
⑨ 毎日の睡眠時間はおよそ何時間ですか [約 時間]		
⑩ 目が見えにくいと感じますか	はい	いいえ
⑪ 耳が聞こえにくいと感じますか	はい	いいえ
⑫ 薬を飲み忘れたり、飲み間違えることがありますか	はい	いいえ

様式7 暮らしのアンケート



暮らしのアンケート

様式⑦

【歩き方や動作、外出方法について】

① 立ち上がる時、テーブルなどに手をつけて立ち上がりますか	はい	いいえ
② 階段を昇り降りする時は、手すりをつかまりますか	はい	いいえ
③ 歩く時は杖を使用しますか	はい	いいえ
④ 1年以内に転倒しましたか	はい	いいえ
⑤ 何も無い所でつまづくことがありますか	はい	いいえ
⑥ どのくらいの時間や距離を歩くことができますか () 分、() 歩		
⑦ 一人で行動できる範囲を教えてください [自宅内 近所 区内 市内 市街]		
⑧ 外出の時の、手段を教えてください [徒歩 自転車 自家用車 タクシー バス 電車]		

【日頃の暮らしについて教えてください】

家事は、自分でされていますか。「いいえ」の方は、どなたがやっていますか

① 買い物	はい	いいえ	「いいえ」ご 回答に なった方に お伺いま す。 どなたに手 伝っても らっていま	家族	友人知人	その他 []
② 調理	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
③ 掃除	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
④ 整理整頓	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
⑤ ごみ捨て	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
⑥ 洗濯・物干し	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
⑦ 金銭管理	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []
⑧ 花木やペットの世話	はい	いいえ		家族	友人知人	その他 []

【趣味活動などの外出状況について教えてください】

① 趣味や特技はありますか	はい	いいえ
② 仕事やボランティアをされていますか	はい	いいえ
③ 町内会活動や老人クラブに参加していますか	はい	いいえ
④ 趣味の会や体操の会などに参加していますか	はい	いいえ
⑤ その他 []		
⑥ 外出する頻度はどれくらいですか [毎日、週3回以上、週1-2回、月1-2回、その他]		

【健康状態について教えてください】

① 身長と体重を教えてください 身長 [] cm、体重 [] kg		
② 食事は1日3回とっていますか	はい	いいえ
③ 食事で気を付けていることがありますか (食事制限、アレルギーなど)	はい	いいえ
④ 食べにくいと感じることがありますか	はい	いいえ
⑤ お茶や水を飲むとき、むせごむことがありますか	はい	いいえ
⑥ お酒を飲んだり、たばこを吸いますか	はい	いいえ
⑦ 毎日、入浴していますか	はい	いいえ
⑧ 排尿や排便に関して困ることがありますか	はい	いいえ
⑨ 毎日の睡眠時間はおよそ何時間ですか [約 時間]		
⑩ 目が見えにくいと感じますか	はい	いいえ
⑪ 耳が聞こえにくいと感じますか	はい	いいえ
⑫ 薬を飲み忘れたり、飲み間違えることがありますか	はい	いいえ

介護予防サービス・支援計画書のアセスメント領域に対応

【運動・移動】

【日常生活】(家庭生活)

【社会参加、対人関係・コミュニケーション】

【健康管理】

様式8 興味・関心チェックシート

趣味活動、社会的活動、生活歴等も聴き取りながら、「～したい」、「～できるようになる」というような目標設定にむけて活用する。

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別() 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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ものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、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してください。

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・ゲーム			
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)				賞金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			



関連様式のデータはこちら【横浜市ホームページ】



横浜市



介護予防支援 で検索

防災・救急

くらし・手続き

子育て・教育

健康・医療・福祉

観光・イベント

ビジネス

市政情報

現在位置 [横浜市トップページ](#) > [ビジネス](#) > [分野別メニュー](#) > [福祉・介護](#) > [高齢者福祉・介護](#) > [事業者指定・委託等の手続き](#) > [地域密着型サービス関連](#) > [変更届・運営に関する情報等](#) > [介護予防支援（地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所）](#)

最終更新日 2024年5月1日

介護予防支援（地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所）

その他

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの関連様式

- [利用者基本情報【様式1】（ワード：24KB）](#)
- [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）【様式2】（ワード：26KB）](#)
- [経過記録【様式3】（エクセル：13KB）](#)
- [サービス評価表【様式4】（エクセル：13KB）](#)
- [「GoGo健康！いきいきプラン」（介護予防ケアマネジメント\(専用様式\)）※【様式5】【様式6】（エクセル：173KB）](#)
- [暮らしのアンケート【様式7】（PDF：417KB）](#)
- [興味・関心チェックシート【様式8】（PDF：327KB）](#)

