

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



介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務指針

令和8年度

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 業務指針

(第12版)



健康福祉局
高齢在宅支援課
令和8年4月1日

様式に関するページ
・関連様式記載要領(P35～)
・様式集(P49～)
参考にご覧ください

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	いきいきプラン(ケアマネジメントC専用様式)
様式6	暮らしのアンケート
様式7	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。

介護予防支援、ケアマネジメントA、ケアマネジメントC、すべてで使用。



- 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
住 所 連 絡 先	続柄	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)	
	氏名		
緊急連絡先	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			
《基本情報》		相談の方法	
相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	作成担当者： 初回 再来 (前 /)
本人の現状	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 ()		

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 ()		
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・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 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
意見書も参考にする

【障害等認定】
障害認定等が
あるか確認

【認定情報】
介護保険被保険者証を
もとに記入

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()																	
本人の居住環境	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)	<table border="1"> <tr> <td>住所</td> <td>続柄</td> <td></td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			住所	続柄		連絡先											
住所				続柄														
連絡先																		
緊急連絡先	<table border="1"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>住所・連絡先</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			氏名	続柄	住所・連絡先												
氏名	続柄	住所・連絡先																
	家族構成 家族構成 家族関係等の状況																	

【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。

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

【現在の生活状況】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	
	時間	本人	介護者・家族	
	友人・地域との関係			

【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

【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
介護保険サービス、行政サービス	ボランティアや友人の支援

【同意欄】
 関係者の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
 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
 ・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
 、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
 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

設定の有効期間 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		<div style="border: 2px solid blue; padding: 10px; text-align: center;"> 専門家による 目標と利用者・家族の 意向や反応 </div>		()					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			()						
健康管理											

アセスメント

ケアプラン

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

【本県行うべき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

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。

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

(委託時適用) 地域包括支援センター 氏名()

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。

手順は左から右に進める。



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 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	
	課題に対する 具体策について		支援計画
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>【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。</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>【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。</p> </div> </div>			
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		



両方記載することが望ましいが、本人の状況によってはどちらか一方のみでも可

様式2 介護予防サービス・支援計画書（アセスメント項目）

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（男・女） 歳 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 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地 _____

計画作成（変更）日 年 月 日

目標とする生活 _____

1日 _____

【本人・家族の意向】
困っているか、どう思っているか

【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

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	具体策についての意向 本人・家族	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				

【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

様式2 介護予防サービス・支援計画書（目標設定）

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. _____

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2

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（連絡先）

（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター：

1年

課題に関する課題 （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 又は地域支援事業 （総合事業のサービス）	サービ ス種別
					()			
	日常生活(家庭生活)につい て		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		()			
					()			

【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。

【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

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

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）

様式③

利用者氏名 _____

計画作成者氏名 _____

年月日	内容	年月日	内容
	<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリングの実施記録 ・サービス担当者会議の記録 ・訪問や電話 ・関係機関との連絡内容 (サービス事業者や家族からの情報) ・計画書の修正に関する事 など 		

※1 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・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）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。

2 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。

介護予防支援、
ケアマネジメントA、
ケアマネジメントC、
いずれの経過記録も
記載する



従前相当サービスを
位置づけた場合はそ
の必要性について
記載する

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

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

介護予防支援、ケアマネジメントAの場合に評価表を使用して評価する。

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

利用者名 _____ 様

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】
「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。

【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い、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、または「達成」、未達成は×、または「未達成」と記載。一部達成は「未達成」とする。

地域包括支援センター意見
(委託の場合のみ)

- | | |
|--------------------------------|--|
| <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 |

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	
<div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px; background-color: #d9e1f2; padding: 5px; border: 1px solid #ccc;"> 【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。 </div> <div style="position: absolute; top: 50px; left: 50px; background-color: #d9e1f2; padding: 5px; border: 1px solid #ccc;"> 【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。 </div> <div style="position: absolute; top: 50px; right: 10px; background-color: #d9e1f2; padding: 5px; border: 1px solid #ccc;"> 【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。 </div>							
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

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

【地域包括支援センター意見】(委託の場合)
 評価表の内容を確認したら☑を付ける。必要に応じて記載する。

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

【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。

今後の方針で該当するものに✓印をつける

様式5 いきいきプラン(ケアマネジメントC専用様式)

基本的に利用者本人が記入する。

利用する団体やサービス

利用する団体・サービス	内容
例:○○サロン	例:体操、ストレッチ

活動団体やボランティアに知っておいてほしいこと

例:耳が遠いので、話しかけるときはゆっくり、はっきりと話そうにしてほしい。

家族や知人をお願いしたいこと

誰に	どんなこと
例:息子	例:大きいものの買い物の付き添い

毎月のスケジュール

	日	月	火	水	木	
第1週	例:買い物		例:園芸クラブ			例:○○サロン
第2週						
第3週						
第4週						
第5週						

メモ

例:月に1回、○○整形に膝に痛みで通院中。

専門職からのアドバイス

職種	アドバイスの内容
例:地域ケアプラザ 看護職○○	例:筋力が維持できるように体操を続けましょう。

連絡先

活動団体やサービス事業者名	電話

地域包括支援センター
(地域ケアプラザ)

担当者	電話

様式5(ケアマネジメントC専用)

いきいきプラン

作成日 年 月 日

氏名 _____

私の生活の目標(1年間の目標)

例:写真コンテストに応募し、写真展を見に行く。

目標を達成するための取組

例:天気の良い日は30分程度、散歩をする。



地域包括支援センター職員は、本人自身がプラン作成することを支援する。

様式5 いきいきプラン(ケアマネジメントC専用様式) (表紙・裏表紙)

裏表紙

専門職からのアドバイス

職種	アドバイスの内容
例:地域ケアプラザ 看護職〇〇	例:筋力が維持できるように体操を続けましょう。

【専門職からのアドバイス】
本人にむけたアドバイスを記入する。

連絡先

活動団体やサービス事業者名	電話

【連絡先】
本人が主に利用するサービス・活動Bの団体や民間サービスなどの連絡先を確認し記載。

地域包括支援センター
(地域ケアプラザ)

担当者	電話

様式5(ケアマネジメントC専用)

いきいきプラン

表紙

作成日 年 月 日

氏名 _____

私の生活の目標(1年間の目標)

例:写真コンテストに応募し、写真展を見に行く。

【私の生活の目標】
利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、その人らしい、達成したい目標や目指す姿の設定を支援する。

目標を達成するための取組

例:天気の良い日は30分程度、散歩をする

【目標を達成するための取組】
利用者の現在の状況と今後の改善の可能性を分析し、目標が達成できるように、利用者とともに考え、取組を決めるサポートをする。

様式5 いきいきプラン(ケアマネジメントC専用書式) (中面)

利用する団体やサービス

利用する団体・サービス	内容
例:〇〇サロン	例:体操、ストレッチ
_____	_____
_____	_____
_____	_____

活動団体やボランティアに知っておいてほしいこと

【活動団体やボランティアに知っておいてほしいこと】
本人が活動参加時に配慮してほしいことを記載

く、はっきりと話すようにしてほしい。

家族や知人にお願いしたいこと

誰に	例:息子	どんなこと	例:大きいものの買い物の付き添い
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

毎月のスケジュール

	日	月	火	水	木	金	土
第1週	例:買い物		例:囲碁クラブ		例:〇〇サロン		
第2週							
第3週							
第4週							
第5週							

【毎月のスケジュール】
家族の支援やサービス・活動事業、元気づくりステーション、その他地域活動など、月単位のスケジュールを確認する。

メモ

例:月に1回、〇〇整形外科に膝に痛みで通院中。

【メモ】
通院予定や隔月の予定などのスケジュール、その他メモしておきたいことなど、本人が自由に記載できます。

様式6 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。

本人に記入してもらうことも可。

家族と本人の認識の違いにも注意。

※聞き取りの場合、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6
【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いて立ち上がりですか	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
② 調理	はい	いいえ
③ 掃除	はい	いいえ
④ 整理整頓	はい	いいえ
⑤ ごみ捨て	はい	いいえ
⑥ 洗濯・物干し	はい	いいえ
⑦ 金銭管理	はい	いいえ
⑧ 花木やペットの世話	はい	いいえ
	(「いいえ」とお答えになった方)	家族 友人知人 その他 []
	どなたに手伝ってもらっていますか	家族 友人知人 その他 []
		家族 友人知人 その他 []
		家族 友人知人 その他 []
		家族 友人知人 その他 []
		家族 友人知人 その他 []
		家族 友人知人 その他 []
		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6 暮らしのアンケート



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

暮らしのアンケート		様式6	
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】 家族 友人知人 その他 []
② 調理	はい	いいえ	とお客えになつた方) 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	どなたに手 家族 友人知人 その他 []
⑥ 洗濯・物干し	はい	いいえ	伝つても 家族 友人知人 その他 []
⑦ 金銭管理	はい	いいえ	らつていま 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			
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	

【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】

関連様式のデータはこちら【横浜市ホームページ】

横浜市ホームページからダウンロードできます

