

介五郎

介護保険版

差分マニュアル

Ver. 11.10.0.0



株式会社インフォ・テック

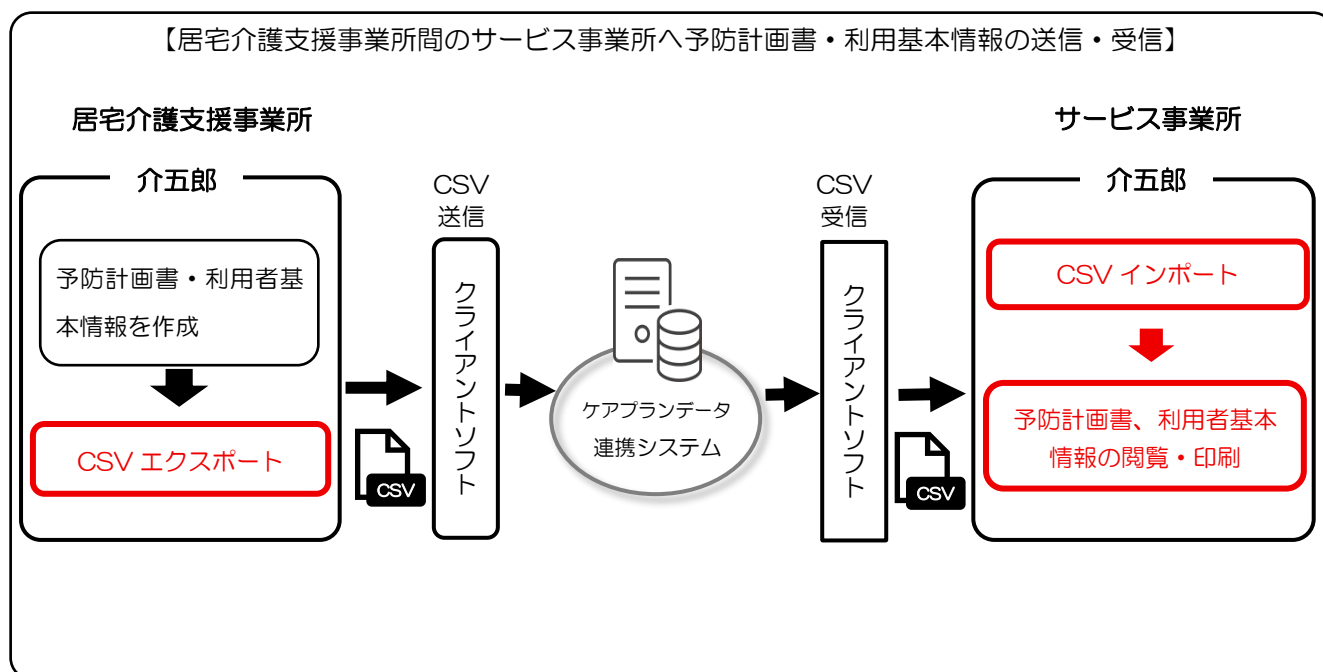
目次

1. はじめに	2
2. 介護予防計画書の変更	5
2-1. デザイン変更に伴う共通部分の操作変更	11
2-2. 計画書の入力方法	17
2-2-1. 「計画書の種類」「委託の有無」欄の追加	18
2-2-2. 計画作成者、目標とする生活～地域生活支援センター意見	20
2-2-3. アセスメント領域と現在の状況	25
2-2-4. 総合的課題～目標、支援計画	30
2-2-5. 画面の見やすさをサポートする各機能	54
2-3. その他の注意点と変更点	60
2-3-1. 課題整理総括票から取込時の注意点	60
2-3-2. 知恵袋の変更点について	61
2-3-3. 印刷時の「要支援1・要支援2 地域支援事業」欄について	66
2-4. 旧様式(平成 29 年度版)の閲覧・複写	67
2-5. クラウドプランの変更点	73
3. 利用者基本情報の変更	76
3-1. 「時間」「本人」「介護者・家族」欄の変更	77
3-2. 「計画種類」「委託の有無」欄の追加	83
3-3. 「同意日」「同意者氏名」欄の追加	85
3-4. クラウドプランの変更	86
4. 居宅介護支援事業所のインポート、エクスポート	87
4-1. サービス事業所へのエクスポート	88
4-1-1. 介護予防計画書のエクスポート	88
4-1-2. 利用者基本情報のエクスポート	93
4-1-3. 履歴確認、取消 CSV 作成	99
4-2. 地域包括支援センターからのインポート	104
4-2-1. 利用者基本情報/介護予防計画書のインポート	104
4-2-2. インポートした介護予防計画書・利用者基本情報の閲覧・印刷	107
4-3. 出力ファイル一覧（介護予防関係）	111
5. サービス事業所のインポート	113
■ その他の変更	116

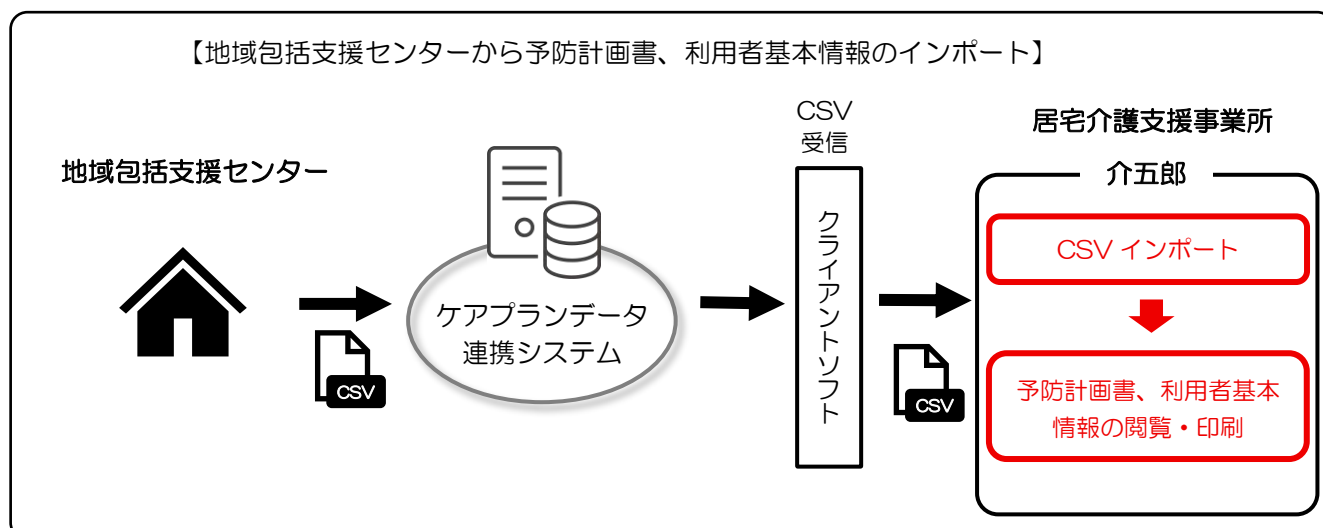
1. はじめに

今回リリースいたしました「介五郎（介護保険版）Ver11.10.0.0」は、ケアプランデータ連携標準仕様 V4 のうち未対応であった、介護予防計画書と利用者基本情報（介護予防アセスメント内）の送受信に対応しました。

- （居宅介護支援事業所）サービス事業所への介護予防計画書・利用者基本情報のエクスポート
- （サービス事業所）居宅介護支援事業所から受信した介護予防計画書・利用者基本情報のインポート・閲覧・印刷



- （居宅介護支援事業所）地域包括支援センターから受信した「介護予防計画書」「利用者基本情報」のインポート・閲覧・印刷



今回の対応にあたり介護予防計画書と利用者基本情報の変更を行いました。

■介護予防計画書（居宅介護支援事業所）

ケアプランデータ連携標準仕様 V4 に合わせて計画書の様式を一部変更したケアプランデータ連携対応版を用意しました。入力画面のレイアウトとデザインも変更しました。

（印刷プレビュー）

印刷プレビュー画面のスクリーンショット。介護予防サービス・支援計画書のフォーマットが表示されています。表形式で、利用者情報、計画期間、目標、実施計画、評価などの項目が並んでいます。

（入力画面）

入力画面のスクリーンショット。介護予防サービス・支援計画書の入力フォームが表示されています。利用者の名前、生年月日、性別などの基本情報を入力する欄があります。

■利用者基本情報（居宅介護支援事業所）

ケアプランデータ連携標準仕様 V4 に合わせて、介護予防アセスメントと利用者基本情報へ項目追加、一部入力方法の変更を行いました。印刷時の様式変更はありません。

（介護予防アセスメント画面）

介護予防アセスメント画面のスクリーンショット。利用者情報とアセスメント項目が表示されています。利用者の名前、生年月日、性別などの基本情報を入力する欄があります。また、アセスメント項目のリストも表示されています。

本マニュアルは介護予防計画書・利用者基本情報の変更点、居宅介護支援事業所のエクスポート・インポート、サービス事業所のインポートについて説明を行います。以下の流れで説明を行います。

2. 介護予防計画書の変更

介護予防計画書の変更点について説明します。新たにケアプランデータ連携対応版を用意し、入力レイアウトやデザインの変更も行いました。それらの変更点・操作方法について説明します。

2-1. デザイン変更に伴う共通部分の操作変更

デザイン変更に伴う、利用者検索など共通部分の変更点について説明します。

2-2. 計画書の入力方法

ケアプランデータ連携対応版の入力方法について説明します。

2-3. その他の注意点と変更点

課題整理総括表からの取込時の注意点と知恵袋の変更点について説明します。

2-4. 旧様式（平成 29 年度版）の閲覧・複写

旧様式（平成 29 年度版）の確認方法、平成 29 年度版からケアプランデータ連携対応版への複写方法について説明します。

3. 利用者基本情報の変更

利用者基本情報の変更点について説明します。標準様式に合わせて新項目の追加、一部入力方法の変更を行いました。

3-1. 「時間」「本人」「介護者・家族」欄の変更

「時間」「本人」「介護者・家族」欄の入力方法変更点について説明します。

3-2. 「計画の取得」「委託の有無」欄の追加

新項目の「計画種類」「委託の有無」について説明します。

3-3. 「同意日」「同意者氏名」欄の追加

新項目の「同意日」「同意者氏名」について説明します。

4. 居宅介護支援事業所のインポート、エクスポート

介護予防計画書、利用者基本情報のエクスポート、インポート操作について説明します。

4-1. サービス事業所へのエクスポート

サービス事業所への介護予防計画書、利用者基本情報のエクスポート操作について説明します。

4-2. 地域包括支援センターからのインポート

地域包括支援センターから受信した介護予防計画書、利用者基本情報のインポート操作について説明します。

4-3. 出力ファイル一覧

介護予防関係の出力ファイル一覧を記載しています。

5. サービス事業所のインポート

居宅介護支援事業所から受信した介護予防計画書、利用者基本情報のインポート操作について説明します。

■ その他の変更

ケアプランデータ連携以外の変更点について説明します。福祉用具台帳（他社）メニューに各用具の平均価格・上限価格を参照できる機能を追加しました。

2. 介護予防計画書の変更

【対象システム：居宅介護支援】

ケアプランデータ連携標準仕様 V4 に合わせて、新様式のケアプランデータ連携対応版を用意しました。入力画面のレイアウトとデザインも変更しました。

＜介護予防計画書の注意＞

本バージョンアップ後、ケアプランデータ連携システムの利用有無に関わらず新様式（ケアプランデータ連携対応版）に切り替わります。ケアプランデータ連携システムを未使用でもご使用でき、入力方法は大きく変わりますが、印刷の文字数制限がない・文字の表示サイズを大きくできるなどの新機能もつけていますので、是非ご利用ください。

旧様式（平成 29 年度版）で入力していた内容を新様式で閲覧するためには複写が必要となります。複写後は様式やデータの管理方法が異なるため、必ず見直しを行ってください。

また、新様式を使用せずに旧様式（平成 29 年度）版での閲覧・入力続けることも可能です。新様式への複写方法や注意点、旧様式での閲覧方法については P.67「2-4. 旧様式(平成 29 年度版)の閲覧・複写」をご確認ください。

バージョンアップ前の旧様式（平成 29 年度版）で作成していた計画書は、**旧様式参照（H29 年度版）**ボタンから確認することができます。

The screenshot displays two overlapping windows from a software application. The top window is titled '介護予防サービス・支援計画書(A4) (ケアプランデータ連携対応)' and contains various input fields for user ID, name, management date, and plan details. A red circle highlights a button in the top right corner labeled '旧様式参照 (H29年度版)'. The bottom window is titled '居宅介護 介護予防計画書 (A4 様式1版)' and shows a similar set of input fields, along with a table for the support plan. A red arrow points from the highlighted button in the top window to a button labeled '旧様式参照' in the bottom window's toolbar.

■ ケアプランデータ連携対応版での変更点

ケアプランデータ連携では、下記のように 1 つ 1 つの課題ごとに、目標・支援計画及び利用サービスを作成してデータの送受信を行う必要があります。

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
				目標についての支援のポイント	本人等の利用や家族の支援、インフォ・テックサービス（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）	
総合的課題の1つ目を記載します。	課題①に対しての目標と具体策の提案を記載します。	課題①に対しての具体策についての意向を記載します。	課題①に対しての目標を記載します。	無理なく継続できる運動を提案（疲労や痛みを配慮）		通所型サービス	通所型サービス（独自）	通所介護インフォ・テック	R07.08.01～R07.12.31
総合的課題の2つ目を記載します。	課題②に対しての目標と具体策の提案を記載します。	課題②に対しての具体策についての意向を記載します。	課題②に対しての目標を記載します。	初めは介護者が付き添い、安心して動作できる環境を整える		訪問型サービス	訪問型サービス（独自）	訪問介護インフォ・テック	R07.08.01～R07.12.31
総合的課題の3つ目を記載します。	課題③に対しての目標と具体策の提案を記載します。	課題③に対しての具体策についての意向を記載します。	課題③に対しての目標を記載します。	床ずれ予防のために、ベッド周りに手すりを設置し、使用に慣れてもらうよう日常的な声掛けと観察を行う。		介護予防福祉用具	介護予防福祉用具貸与	福祉用具インフォ・テック	R07.08.01～R07.12.31

①課題ごとに目標までを作成

②各課題～目標に対しての支援計画・利用サービスを作成

印刷帳票の変更点

印刷帳票は「総合的課題」～「目標についての支援ポイント」欄をフリースペース形式から課題ごとに枠を設ける形に変更し、課題に対する目標、支援計画、利用サービスが分かる形にしました。週間スケジュール表の変更はありません。

（A4横（1枚）版の場合）※A3横（1枚）版も同様の変更です。

介護予防サービス・支援計画表											
NO. 000076 利用者名 インフォ 花子 様 設定年月日 08年01月01日 記定の有効期間 令和08年01月01日～令和09年12月31日 計画作成者氏名 ケアマネージャー 表氏の療育計画作成業務 事業所名及び所在地（〒500） インフォ・テックケアプランセンター 大坂府大津市O区1-1-1 計画作成（変更）日 令和07年08月01日（計画作成日 令和07年08月01日） 06-0000-0000											
目標とする生活 1日 1人 1人共に活動的に過ごすことにより物忘れの進行を防ぐ。											
アセスメント情報と現在の状況 運動・移動について 歩行が小さく、新陳代謝が低下している。自宅から駅まで徒歩で歩いて来ている。	本人・家族の意向・意向 （表）歩行が小さく、新陳代謝が低下している。自宅から駅まで徒歩で歩いて来ている。	課題における課題（背景・原因） 運動・移動について 歩行が小さく、新陳代謝が低下している。自宅から駅まで徒歩で歩いて来ている。	総合的課題 運動・移動について 歩行が小さく、新陳代謝が低下している。自宅から駅まで徒歩で歩いて来ている。	課題に対する目標と具体策の提案 課題①に対しての目標と具体策の提案を記載します。	具体策についての意向 本人・家族	目標 課題①に対しての目標を記載します。	目標についての支援のポイント 無理なく継続できる運動を提案（疲労や痛みを配慮）	支援計画 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） 通所型サービス	サービス種別 通所型サービス（独自）	事業所（利用先） 通所介護インフォ・テック	期間 R07.08.01～R07.12.31
日常生活（家庭環境） 自宅に階段があり、歩行が小さく、新陳代謝が低下している。自宅から駅まで徒歩で歩いて来ている。	本人・家族の意向・意向 （表）歩行が小さく、新陳代謝が低下している。自宅から駅まで徒歩で歩いて来ている。	課題における課題（背景・原因） 日常生活（家庭環境） 自宅に階段があり、歩行が小さく、新陳代謝が低下している。自宅から駅まで徒歩で歩いて来ている。	総合的課題 日常生活（家庭環境） 自宅に階段があり、歩行が小さく、新陳代謝が低下している。自宅から駅まで徒歩で歩いて来ている。	課題に対する目標と具体策の提案 課題②に対しての目標と具体策の提案を記載します。	具体策についての意向 本人・家族	目標 課題②に対しての目標を記載します。	目標についての支援のポイント 初めは介護者が付き添い、安心して動作できる環境を整える	支援計画 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） 訪問型サービス	サービス種別 訪問型サービス（独自）	事業所（利用先） 訪問介護インフォ・テック	期間 R07.08.01～R07.12.31
介護参加、対人関係 介護参加、対人関係について 介護参加、対人関係について 介護参加、対人関係について	本人・家族の意向・意向 （表）歩行が小さく、新陳代謝が低下している。自宅から駅まで徒歩で歩いて来ている。	課題における課題（背景・原因） 介護参加、対人関係 介護参加、対人関係について 介護参加、対人関係について	総合的課題 介護参加、対人関係 介護参加、対人関係について 介護参加、対人関係について	課題に対する目標と具体策の提案 課題③に対しての目標と具体策の提案を記載します。	具体策についての意向 本人・家族	目標 課題③に対しての目標を記載します。	目標についての支援のポイント 床ずれ予防のために、ベッド周りに手すりを設置し、使用に慣れてもらうよう日常的な声掛けと観察を行う。	支援計画 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） 介護予防福祉用具	サービス種別 介護予防福祉用具貸与	事業所（利用先） 福祉用具インフォ・テック	期間 R07.08.01～R07.12.31

（A4横（3枚セット）版の場合）

A表		介護予防サービス・支援計画表(1/3)	
NO. 000070		計画作成(変更)日 令和07年08月01日	
利用者名 インフォ 花子 様		☐ 初回 紹介・相談 ☐ 認定済・申請中 ☐ 要支援1 (要支援2) ☐ 地域支援事業	
認定年月日 令和03年01月01日		認定の有効期間 令和03年01月01日 ~ 令和03年12月31日	
計画作成者 担当者A		計画作成事業者 インフォ・テックケアプランセンター	
ケアマネジャーA		事業所名及び所在地(連絡先) 大塚南大塚南〇〇〇〇-1-1-1	
初回作成日 令和07年08月01日		08-0000-0000	
目標とする生活	1日	人との交際を通して楽しい時間を過ごす。	
	1年	心身共に活動的に過ごすことにより物忘れの進行を防ぐ。	
総合的な方針 (生活不活発等の改善 予防のポイント)		外出の機会や友人との交際の場を増やすことで生活リズムを整え、筋力や体力の向上を目指すとともに、生きがいや役割のある日常生活が送れるように支援していきます。	
【地域包括支援センター記入欄】		【利用者記入欄】	
担当地域 包括支援 センター	名称 地域包括インフォ・テック	介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。 年 月 日 氏名	
	意見 支援内容は、本人の意向を十分に反映しており、生活環境や心身の状況に即した内容となっている。		

B表		介護予防サービス・支援計画表(2/3)													
NO. 000070		計画作成(変更)日 令和07年08月01日													
利用者名 インフォ 花子 様		☐ 初回 紹介・相談 ☐ 認定済・申請中 ☐ 要支援1 (要支援2) ☐ 地域支援事業													
【健康状態について：主治医同意書、健診結果、健康結果等を録えた箇条書き】 病気の持ち込みが見られ、生活意欲の低下がある。精神的な安定を図る支援が求められる。		【必要事項確認プログラム】 <table border="1"> <tr> <th>運動不足</th> <th>栄養改善</th> <th>日間のケア</th> <th>閉じこもり予防</th> <th>物忘れ防止</th> <th>うつ予防</th> </tr> <tr> <td>2/5</td> <td>1/3</td> <td>0/3</td> <td>1/3</td> <td>0/3</td> <td>0/3</td> </tr> </table>		運動不足	栄養改善	日間のケア	閉じこもり予防	物忘れ防止	うつ予防	2/5	1/3	0/3	1/3	0/3	0/3
運動不足	栄養改善	日間のケア	閉じこもり予防	物忘れ防止	うつ予防										
2/5	1/3	0/3	1/3	0/3	0/3										
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意向	地域における課題(背景・原因)	<table border="1"> <tr> <th>総合的課題</th> <th>課題に対する目標と具体策の立案</th> <th>具体策についての意向(本人・家族)</th> </tr> <tr> <td>総合的課題の1つ目を記載します。</td> <td>課題①に対しての目標 課題①Xに対しての具体策についてと具体策の立案を記載の意向を記載します。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>総合的課題の2つ目を記載します。</td> <td>課題②に対しての目標 課題②Xに対しての具体策についてと具体策の立案を記載の意向を記載します。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>総合的課題の3つ目を記載します。</td> <td>課題③に対しての目標 課題③Xに対しての具体策についてと具体策の立案を記載の意向を記載します。</td> <td></td> </tr> </table>	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)	総合的課題の1つ目を記載します。	課題①に対しての目標 課題①Xに対しての具体策についてと具体策の立案を記載の意向を記載します。		総合的課題の2つ目を記載します。	課題②に対しての目標 課題②Xに対しての具体策についてと具体策の立案を記載の意向を記載します。		総合的課題の3つ目を記載します。	課題③に対しての目標 課題③Xに対しての具体策についてと具体策の立案を記載の意向を記載します。	
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)													
総合的課題の1つ目を記載します。	課題①に対しての目標 課題①Xに対しての具体策についてと具体策の立案を記載の意向を記載します。														
総合的課題の2つ目を記載します。	課題②に対しての目標 課題②Xに対しての具体策についてと具体策の立案を記載の意向を記載します。														
総合的課題の3つ目を記載します。	課題③に対しての目標 課題③Xに対しての具体策についてと具体策の立案を記載の意向を記載します。														
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 □□□													
健康増進について ●●●		□有 ■無 ●●●													

C表		介護予防サービス・支援計画表(3/3)																	
NO. 000070		計画作成(変更)日 令和07年08月01日																	
利用者名 インフォ 花子 様		☐ 初回 紹介・相談 ☐ 認定済・申請中 ☐ 要支援1 (要支援2) ☐ 地域支援事業																	
目標	目標についての支援のポイント	本人等の状況や家族の支援(インフォ・サービス(民間サービス))	<table border="1"> <tr> <th>サービス種別</th> <th>事業所(利用先)</th> <th>頻度</th> <th>期間</th> </tr> <tr> <td>通所型サービス(独自)</td> <td>通所介護インフォ・テック</td> <td></td> <td>R07.08.01 ~ R07.12.31</td> </tr> <tr> <td>訪問型サービス(独自)</td> <td>訪問介護インフォ・テック</td> <td></td> <td>R07.08.01 ~ R07.08.31</td> </tr> <tr> <td>介護予防施設利用</td> <td>介護予防施設用具貸与</td> <td></td> <td>R07.08.01 ~ R07.12.31</td> </tr> </table>	サービス種別	事業所(利用先)	頻度	期間	通所型サービス(独自)	通所介護インフォ・テック		R07.08.01 ~ R07.12.31	訪問型サービス(独自)	訪問介護インフォ・テック		R07.08.01 ~ R07.08.31	介護予防施設利用	介護予防施設用具貸与		R07.08.01 ~ R07.12.31
サービス種別	事業所(利用先)	頻度	期間																
通所型サービス(独自)	通所介護インフォ・テック		R07.08.01 ~ R07.12.31																
訪問型サービス(独自)	訪問介護インフォ・テック		R07.08.01 ~ R07.08.31																
介護予防施設利用	介護予防施設用具貸与		R07.08.01 ~ R07.12.31																
課題①に対しての目標を記載します。	無理なく継続できる運動を提案(疲労や痛みを配慮)																		
課題②に対しての目標を記載します。	初回は介護者が付き添い、安心して動作できる環境を整える																		
課題③に対しての目標を記載します。	転倒予防のために、ベッド周辺の手すりを設置し、使用に慣れさせてもらうよう日常的に声掛けと訓練を行う																		
※「手続的」サービスには「サービス」・「介護予防施設利用」を除く。 【本件行す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																			

旧様式では「アセスメント領域と現在の状況」～「領域における課題」アセスメント部分と支援計画の枠線の高さが揃う様式でしたが、新様式では課題・目標と揃える形となったので、アセスメント部とは枠線の高さが揃わない形となります。

(旧様式(平成29年度版))

[illegible]

アセスメント部分と各支援計画の枠線の高さが揃う

(ケアプランデータ連携対応版)

介護予防サービス・支援計画表

利用者のインフォ 花子 様 設定年月日 08年01月01日 設定の有效期間 令和08年01月01日～令和08年12月31日 市区 福岡市 施設 認定老 申請中 看護士 1名(支援者) 相談支援員 無

計画開始年度 延寿会 ケアマネージャー 委託の委託先(介護付事業所) 延寿会 委託の委託先(介護付事業所) インフォ・テック・ケアプランセンター 大塚市大塚市〇〇区1-1-1

計画年度(変更) 令和07年08月01日(初回作成日 令和07年08月01日) 更新時期 令和08年08月01日

08-0801-00000

目標と主要な業務 延寿会指定介護付事業所・延寿会ケアプランセンター

1日	1週				1ヶ月				1年						
介護予防計画と現在の状況	本人・家族の希望(希望・原因)	施設における課題	総合的課題	課題に対する目標と具体的な状況	具体策についての意向(本人・家族)	目標	目標達成についての意向(本人・家族)	介護予防計画と現在の状況	本人・家族の希望(希望・原因)	施設における課題	総合的課題	課題に対する目標と具体的な状況	具体策についての意向(本人・家族)	目標	目標達成についての意向(本人・家族)
介護予防計画と現在の状況	本人・家族の希望(希望・原因)	施設における課題	総合的課題	課題に対する目標と具体的な状況	具体策についての意向(本人・家族)	目標	目標達成についての意向(本人・家族)	介護予防計画と現在の状況	本人・家族の希望(希望・原因)	施設における課題	総合的課題	課題に対する目標と具体的な状況	具体策についての意向(本人・家族)	目標	目標達成についての意向(本人・家族)
介護予防計画と現在の状況	本人・家族の希望(希望・原因)	施設における課題	総合的課題	課題に対する目標と具体的な状況	具体策についての意向(本人・家族)	目標	目標達成についての意向(本人・家族)	介護予防計画と現在の状況	本人・家族の希望(希望・原因)	施設における課題	総合的課題	課題に対する目標と具体的な状況	具体策についての意向(本人・家族)	目標	目標達成についての意向(本人・家族)

支援計画は各課題と揃えるので、
アセスメント部分とは枠線の高さが揃わない

入力画面の変更点

課題・目標ごとに支援計画の入力が必要となったため、入力画面のレイアウトを変更してデザインも変更しました。

（目標とする生活などの入力）

（アセスメント領域と現在の状況など）

（総合的課題など）

（支援計画）

次ページからは具体的な変更点や入力方法について説明します。

本章の目次		
2-1.	デザイン変更に伴う共通部分の操作変更	P.11
2-2.	計画書の入力方法	P.17
2-2-1.	「計画書の種類」「委託の有無」の追加	P.18
2-2-2.	計画作成者、目標とする生活～地域生活支援センター意見	P.20
2-2-3.	アセスメント領域と現在の状況、総合的課題～目標、支援計画	P.25
2-2-4.	総合的課題～目標、支援計画	P.30
2-2-5.	画面の見やすさをサポートする各機能	P.54
2-3.	その他の注意点と変更点	P.60
2-4.	旧様式(平成29年度版)の閲覧・複写	P.67
2-5.	クラウドプランの変更点	P.73

2-1. デザイン変更に伴う共通部分の操作変更

デザイン変更に伴い、共通部分の操作方法に一部変更点が発生しましたので説明します。

The screenshot shows the main application window with a red box highlighting the top section. This section includes fields for '利用者' (User) with a dropdown arrow, '管理日' (Management Date), and various checkboxes and buttons for plan management.

① 利用者検索画面

使用頻度の多い並べ替えやフリガナ等の絞り込み条件が確認しやすいようデザインを見直しました。被保険者番号など詳細条件を入力して検索を行う場合は▼をクリックして詳細検索画面を開きます。

This screenshot shows the '利用者' (User) dropdown menu highlighted with a red box. A red arrow points from this box to the '利用者検索' (User Search) window shown in the next block.

(利用者検索画面)

The screenshot shows the '利用者検索' (User Search) window. It includes search criteria like '並べ替え' (Sort), '介護/予防' (Nursing/Prevention), and 'フリガナ' (Kana). A red box highlights the search button, and a red arrow points from it to the text below.

⊕をクリックすると詳細検索画面が表示されます。

(次ページへ続きます)

（詳細検索画面）

利用者検索

並び替え: ☒ ID順 ☐ カナ順 ☐ 中止利用者を表示

介護/予防: ☒ 全体 ☐ 介護 ☐ 予防・総合 システム区分: [] クリア

フリガナ: ☒ 全体 ☐ ア ☐ カ ☐ サ ☐ タ ☐ ナ ☐ ハ ☐ マ ☐ ヤ ☐ ラ ☐ ワ ☐ 他

利用者タグ: [] 検索 列 Or [] 決定

<詳細検索>

氏名カナ: [インフォ] 性別: ☒ 指定なし ☐ 男性 ☐ 女性

保険者番号: [] 電話番号: []

被保険者番号: [] 誕生日: []月[]日 ~ []月[]日

要介護度: [] クリア

表示

利用者ID 被保険者番号

詳細検索時は条件を入力して表示をクリックします。



（検索結果表示）

利用者検索

並び替え: ☒ ID順 ☐ カナ順 ☐ 中止利用者を表示

介護/予防: ☒ 全体 ☐ 介護 ☐ 予防・総合 システム区分: [] クリア

フリガナ: ☒ 全体 ☐ ア ☐ カ ☐ サ ☐ タ ☐ ナ ☐ ハ ☐ マ ☐ ヤ ☐ ラ ☐ ワ ☐ 他

利用者タグ: [] 検索 列 Or [] 決定

<詳細検索> ※設定中

利用者ID	被保険者番号	利用者名	性別	保険者番号	要介護	電話番号	生年月日
000001	0000000001	インフォ 太郎	1-男性	271007	24-要介護4	06-0000-0000	昭和35年06月10日
000002	0000000002	インフォ 二郎	2-女性	271403	22-要介護2		昭和35年06月07日
000005	0000000005	インフォ 五郎	1-男性	271007	25-要介護5		昭和35年06月06日
000069	0000012345	インフォ 三郎	1-男性	271007	24-要介護4	06-0000-0000	昭和35年01月01日
000070	1234500000	インフォ 花子	2-女性	271007	13-要支援2	06-0000-0000	昭和37年01月01日
000119	0000054321	インフォ 五郎	1-男性	271007	13-要支援2	06-0000-0000	昭和35年01月01日

利用者検索

並び替え: ☒ ID順 ☐ カナ順 ☐ 中止利用者を表示

介護/予防: ☒ 全体 ☐ 介護 ☐ 予防・総合 システム区分: [] クリア

フリガナ: ☒ 全体 ☐ ア ☐ カ ☐ サ ☐ タ ☐ ナ ☐ ハ ☐ マ ☐ ヤ ☐ ラ ☐ ワ ☐ 他

利用者タグ: [] 検索 列 Or [] 決定

<詳細検索> ※設定中

氏名カナ: [インフォ] 性別: ☒ 指定なし ☐ 男性 ☐ 女性

保険者番号: [] 電話番号: []

被保険者番号: [] 誕生日: []月[]日 ~ []月[]日

要介護度: [] クリア

表示

利用者ID 被保険者番号

利用者名 性別 保険者番号 要介護 電話番号 生年月日

詳細検索に該当する利用者が表示されます。詳細検索を実行中は「※設定中」と表示されます。再度 + をクリックすると設定した検索条件を確認できます。

② 参照画面

期間や条件を指定して帳票を表示する方法へ変更となります。



（参照画面）

条件入力部

基準日 ☒ 管理日基準 ☐ 見直し日基準 並べ替え ☒ ID順 ☐ カナ順 グループ化 ☒ なし ☐ あり（最終管理日）

管理日/見直し日 令和07年07月01日 ~ 令和07年07月31日 <前月 当月 次月> ☐ 次回見直し日チェック

利用者 000119 インフォ 五郎

介護支援専門員

表示 印刷 決定

結果表示欄

利用者ID	利用者名	管理日	次回見直し日	最新見直し日
000119	インフォ 五郎	令和07年07月11日	令和07年11月30日	令和08年08月31日

設定・表示項目

説明	
条件入力部	
基準日	管理日基準で表示するか見直し日基準で表示するかを選択します。
並べ替え	ID 順かカナ順か表示順を選択します。
グループ化	「なし」：指定した期間内のすべての計画書を表示します。 「あり（最終管理日）」：指定した期間内の最新分の計画書のみ表示します。
管理日/見直し日	管理日基準の場合は管理日、見直し日基準の場合は次回見直し日の期間指定を行います。
利用者	利用者指定を行う時に選択します。
介護支援専門員	介護支援専門員指定を行う時に選択します。
次回見直し日チェック	チェックを付けると次回見直し日チェックを行います。
結果表示欄	
利用者 ID	利用者 ID が表示されます。
利用者名	利用者名が表示されます。
管理日	管理日が表示されます。
次回見直し日	表示されている帳票の次回見直し日を表示します。
最新見直し日	管理日を問わず、表示されている利用者の最新分の次回計画見直し日が表示されます。

<計画書の表示手順>

① **F5参照**をクリックします。

② 必要な条件を指定して**表示**をクリックします。

※ **表示**をクリックしないと結果は表示されません。

利用番号ID	利用番号	管理日	介護見直し日	最終見直し日
000119	インフォ 五郎	令和7年07月11日	令和7年11月30日	令和8年06月31日

③ 指定した条件に該当する帳票の一覧が表示されます。

④ 閲覧したい帳票の行を選択して**決定**をクリックすると、選択した計画書が開きます。

※ 選択した行をダブルクリックしても開くことができます。

POINT

【次回見直し日チェックは、基準日を「見直し日基準」にしての作業を推奨いたします】
 基準日が「見直し日基準」の場合、指定した見直し日に該当する帳票を表示します。
 基準日が「管理日基準」の場合、指定した管理日の帳票を表示するため、次回見直し日が2ヶ月以外でも期間指定外の管理日の帳票は表示されないためです。

（例）見直し日基準で令和7年7月1日～7月31日で期間指定した場合

利用者ID	利用者名	管理日	次回見直し日	最新見直し日
000122	インフォ 光	令和07年04月01日	令和07年07月31日	令和07年07月31日

基準日を「見直し日基準」にすると、次回見直し日が
 令和7年7月1日～7月31日に該当する計画書が表示されます。

POINT

【最新見直し日欄について】

最新見直し日欄は、表示中の利用者の最新の次回見直し日を表示します。次回見直し日と最新見直し日が異なる場合、表示されている管理日の帳票とは別に、最新見直し日を登録している帳票が存在します。

利用者ID	利用者名	管理日	次回見直し日	最新見直し日
000119	インフォ 五郎	令和07年07月11日	令和07年11月30日	令和06年08月31日

次回見直し日：表示中の帳票の次回見直し日

最新見直し日：この利用者の最新の見直し日
 ※「次回見直し日」＝「最新見直し日」でない場合、
 最新見直し日を設定している帳票が別に存在します。

③ 表示スペース拡張機能

計画書部分の表示を拡張する機能を設けました。をクリックすると利用者情報部分が非表示となり計画書の表示部分が広くなり、全体的な内容の確認が行いやすくなります。

をクリック



介護予防サービス支援計画書(A4) (7アプランデータ連携対応)

F1-新規 F2-検索 F3-検索 F4-印刷 F5-参照 F7-取込 F8-印刷 F9-登録 F10-終了

利用番号: 000070 インフォ 花子 管理日: 令和07年07月11日

計画種類: ☐ 未設定 ☐ 介護予防支援 ☒ 介護予防ケアマネジメント 委託の有無: ☐ 未設定 ☐ 自前 ☒ 委託

地域包括支援センター: 111111 地域包括支援センター: 介護支援専門員: 000003 ケアマネジャーA

要介護状態区分: 13-要支援2 認定日: 令和03年01月01日 認定有効期間: 令和03年01月01日 ~ 令和50年12月31日 整理番号: 000070

計画作成者、目標とする生活～地域包括支援センター意見 アセスメント領域と現在の状況、総合的課題～目標、支援計画

計画作成者氏名: センター担当者 担当者A 委託先支援専門員: ケアマネジャーA

計画作成(変更)日: 令和07年08月01日 初回作成日: 令和07年08月01日 ☒ 初回 ☐ 紹介 ☐ 継続

目標とする生活

1日: 人との交流を通して楽しい時間を過ごす。

1年: 心身共に活動的に過ごすことにより物忘れの進行を防ぐ。

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 【本来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

気分の落ち込みが見られ、生活意欲の低下がある。精神的な安定を図る支援が求められる。

総合的な方針: 生活不活発性の改善予防のポイント 地域包括支援センター意見

外出の機会や友人との交流の場を増やすことで生活リズムを整え、精力や体力の向上を目指すとともに、生きがいや役割のある日々を送れるように支援していきます。

支援内容は、本人の意向を十分に反映しており、生活環境や心身の状況に即した内容となっている。



介護予防サービス支援計画書(A4) (7アプランデータ連携対応)

F1-新規 F2-検索 F3-検索 F4-印刷 F5-参照 F7-取込 F8-印刷 F9-登録 F10-終了

利用番号: 000070 インフォ 花子 管理日: 令和07年07月11日

計画種類: ☐ 未設定 ☐ 介護予防支援 ☒ 介護予防ケアマネジメント 委託の有無: ☐ 未設定 ☐ 自前 ☒ 委託

地域包括支援センター: 111111 地域包括支援センター: 介護支援専門員: 000003 ケアマネジャーA

要介護状態区分: 13-要支援2 認定日: 令和03年01月01日 認定有効期間: 令和03年01月01日 ~ 令和50年12月31日 整理番号: 000070

計画作成者、目標とする生活～地域包括支援センター意見 アセスメント領域と現在の状況、総合的課題～目標、支援計画

計画作成者氏名: センター担当者 担当者A 委託先支援専門員: ケアマネジャーA

計画作成(変更)日: 令和07年08月01日 初回作成日: 令和07年08月01日 ☒ 初回 ☐ 紹介 ☐ 継続

目標とする生活

1日: 人との交流を通して楽しい時間を過ごす。

1年: 心身共に活動的に過ごすことにより物忘れの進行を防ぐ。

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 【本来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

気分の落ち込みが見られ、生活意欲の低下がある。精神的な安定を図る支援が求められる。

総合的な方針: 生活不活発性の改善予防のポイント 地域包括支援センター意見

外出の機会や友人との交流の場を増やすことで生活リズムを整え、精力や体力の向上を目指すとともに、生きがいや役割のある日々を送れるように支援していきます。

支援内容は、本人の意向を十分に反映しており、生活環境や心身の状況に即した内容となっている。

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

基本チェックリスト作成日

日付の選択: 日

基本チェックリスト取得

利用者情報部分が非表示となり、計画書部分の表示が広がります。
再度をクリックすると元の表示に戻ります。

2-2. 計画書の入力方法

ケアプランデータ連携対応版での入力方法について説明します。今回の対応に伴う新設部分、変更点・注意点などを説明していきます。

POINT

【本マニュアルはA4横（1枚）版にて説明を行います】

介五郎の介護予防計画書は「A4横（1枚）」「A4横（3枚セット）」「A3横（1枚）」の3種類がありますが、本マニュアルでは「A4横（1枚）」にて説明を行います。

下記の4部門に分けて説明を行います。

項目	説明ページ
① 計画種類、委託の有無	P.18「2-2-1.「計画書の種類」「委託の有無」欄の追加
② 計画作成者、目標とする生活～地域生活支援センター意見	P.20「2-2-2. 計画作成者、目標とする生活～地域生活支援センター意見」
③ アセスメント領域と現在の状況	P.25「2-2-3. アセスメント領域と現在の状況」
④ 総合的課題～目標、支援計画	P.30「2-2-4. 総合的課題～目標、支援計画」

2-2-1. 「計画書の種類」「委託の有無」欄の追加

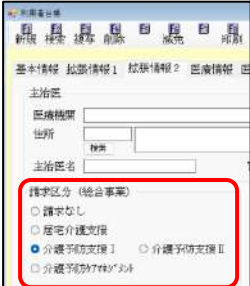
ケアプランデータ連携標準仕様 V4 に合わせて「計画書の種類」と「委託の有無」の項目を追加しました。それぞれ該当する項目を選択します。

POINT

【印刷時には計画書に反映されません】

ケアプランデータ連携での送受信時においてのみ必須となります。印刷時には計画書に反映されません。

設定・表示項目（関連部分のみ）

説明	
計画種類	利用者の状況に合わせて「介護予防支援」か「介護予防ケアマネジメント」を選択します。利用者台帳の拡張情報 2 の登録内容によって、既定値が設定されます。  - 介護予防支援 I、II の場合：介護予防支援 - 予防ケアマネジメント（AF）の場合：介護予防ケアマネジメント - 上記以外の場合：未設定

委託の有無	委託の有無を選択します。	
	自前：自社ケアプラン事業所が介護予防支援の指定を受けており、地域包括支援センターからの委託を受けない場合	
	委託：地域包括支援センターからの委託を受けている場合	
	利用者台帳の居宅介護支援事業所の登録内容によって、既定値が設定されます。	
	居宅介護支援事業者 111111 ▼ 地域包括インフォ・テック 委託事業所 (予防) 999990 ▼ インフォ・テックケアプランセン 届出年月日 令和03年01月01日	
	・地域包括支援センターの場合：委託 ・自社（自社が介護予防支援の指定を受けている）の場合：自社 ・上記以外の場合：未設定	

注意！

【未設定の場合、登録時に警告が表示されます】

「計画書の種類」「委託の有無」が未設定の時は、登録時に警告が表示されます。ケアプランデータ連携を未使用時など、未設定のまま登録する場合は「はい(Y)」で進むと登録に進めます。

The screenshot shows the '介護予防サービス支援計画書(A4) (ケアプランデータ連携対応)' window. The '計画種類' (Plan Type) is set to '未設定' (Not Set) and '委託の有無' (Delegation Status) is also '未設定'. These fields are highlighted with red boxes. The '地域包括支援センター' (Regional Comprehensive Support Center) is set to '111111' and 'インフォ・テック'.



入力エラー

計画種類、委託の有無の入力がありません。登録を続けますか

はい(Y)
いいえ(N)

2-2-2. 計画作成者、目標とする生活～地域生活支援センター意見

「計画作成者、目標とする生活～地域生活支援センター意見」タブについて説明します。

介護予防サービス・支援計画表(A4) (ケアプランデータ連携対応)

F1-新規 F2-検索 F3-保存 F4-削除 F5-参照 F7-取込 F8-印刷 F9-登録 F10-終了

ケアプラン連携印刷 クラウドプラン連携 クラウドプラン印刷 旧様式参照 (H29年度版)

利用者 000070 インフォ 花子 管理日 令和07年07月11日

修正

計画種類 ☐ 未設定 ☐ 介護予防支援 ☒ 介護予防マネジメント 委託の有無 ☐ 未設定 ☐ 自前 ☒ 委託 台帳読込 次回見直し日 日付の選択

地域包括支援センター 111111 地域包括インフォ・テック 介護支援専門員 000003 ケアマネージャーA

要介護状態区分 13-要支援2 認定日 令和03年01月01日

認定有効期間 令和03年01月01日 ~ 令和50年12月31日 登録番号 000070

返問スケジュール表 サービス評価表

計画作成者、目標とする生活へ地域包括支援センター職員 アセスメント領域と現在の状況、総合的課題へ目標、支援計画

計画作成者氏名 センター担当者 担当者B 委託先支援専門員 ケアマネージャーA

計画作成(変更)日 令和07年07月01日 初回作成日 令和07年08月01日 ☒ 初回 ☐ 紹介 ☐ 継続

目標とする生活

1日 人との交流を通して楽しい時間を過ごす。

1年 心身共に活動的に過ごすことにより物忘れの進行を防ぐ。

健康状態について ☐ 主治医意見書、健診結果、観票結果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】 必要な支援の実施に向けた方針

気分の落ち込みが見られ、生活意欲の低下がある。精神的な安定を図る支援が求められる。

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント 地域包括支援センター意見

外出の機会や友人との交流の場を増やすことで生活リズムを整え、精力や体力の向上を目指すとともに、生きがいや役割のある日常生活が送れるように支援していきます。

支援内容は、本人の意向を十分に反映しており、生活環境や心身の状況に即した内容となっている。

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事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

基本チェックリスト作成日 令和07年05月19日

基本チェックリスト取得

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
2 / 5	0 / 2	0 / 3	2 / 2	0 / 3	0 / 5
☒ ○ ☐	☐	☐	☒ ○ ☐	☐	☐

※チェックすると○印が付きます

同意日 令和07年07月01日

同意書氏名 インフォ 花子

※同意日及び同意書氏名は印刷されません。ケアプランデータ連携にのみ反映されます

このタブでは下記内容の入力を行います

項目名	説明
計画作成者氏名 センター担当者	各項目を入力します。
計画作成者 委託先支援専門員	
計画作成（変更）日	ケアプランデータ連携では必須項目となります。
初回作成日	
計画書区分 初回／紹介／継続	
目標とする生活 1日/1年	
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	
【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	各項目を入力します。
地域包括支援センター意見	
基本チェックリスト（該当した項目数）／（質問項目数）	
基本チェックリスト作成日	
同意日（新設）	ケアプランデータ連携のみで使 います。印刷時は印字されませ ん。
同意者氏名（新設）	

■ 各項目の文章入力

各項目の文章は直接テキストボックスへ入力を行います。文字数制限は無く入力文字数が増えるとスクロールバーを使用して文章のすべてを閲覧することができます。印刷時にも入力した内容すべて印刷されます。

（例）健康状態について

（入力画面）

スクロールバーで文章の閲覧が可能

（印刷プレビュー）

介護予防サービス・支援計画表																							
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	本人等の能力や 家族の支援、 ケア・リソース （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）	期間											
5年前に脳梗塞を発症し、左半身に軽度の麻痺の後遺症が残っている。再発防止のため薬物治療と運動療法を主治医から勧められており、定期的に散歩に出かけ体を動かすよう心がけている。	気の悪化を予防し、夫婦での生活継続したい。健康に気を付けて、元気に生活してほしい。																						
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 本人は高血圧および糖尿病の既往があり、現在も内服治療を継続中である。服薬管理は自己で行っており、飲み忘れは見られない。月1回の定期受診を継続しており、主治医の指導のもと血圧・血糖値は安定している。							【本を行うべき支援が実施できない場合】 適切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 外出の機会や友人との交流の場を増やすことで生活リズムを整え、筋力や体力の向上を目指すとともに、生きがいや役割のある日常生活が送れるように支援していきます。																
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。 地域支援事業の提供は必要事項プログラムの履行の順序に0印をつけて下さい。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>運動不足</th> <th>栄養失調</th> <th>口腔ケア</th> <th>閉じこもり予防</th> <th>希死性思考</th> <th>うつ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>予防給付 または 地域支援事業</td> <td>2/5</td> <td>1/2</td> <td>0/3</td> <td>1/2</td> <td>0/3</td> </tr> </tbody> </table>												運動不足	栄養失調	口腔ケア	閉じこもり予防	希死性思考	うつ	予防給付 または 地域支援事業	2/5	1/2	0/3	1/2	0/3
運動不足	栄養失調	口腔ケア	閉じこもり予防	希死性思考	うつ																		
予防給付 または 地域支援事業	2/5	1/2	0/3	1/2	0/3																		
印刷時にも入力したすべての文字が反映されます							年 月 日 氏名																

■「同意日」「同意者氏名」欄の新設

ケアプランデータ連携標準仕様 V4 に合わせて、同意日と同意者氏名欄を設けました。

POINT

【印刷時には計画書に反映されません】

ケアプランデータ連携での送受信時においてのみ必須となります。印刷時には計画書に反映されません。

計画作成書、目標とする生活～地域包括支援センター意見 アセスメント領域と現在の状況、総合的課題～目標、支援計画

計画作成者氏名 センター担当者 担当者A 委託先支援専門員 ケアマネジャーA

計画作成（変更）日 令和07年07月01日 初回作成日 令和06年04月01日 ☐ 初回 ☐ 紹介 ☐ 継続

目標とする生活

1日 人との交流を通して楽しい時間を過ごす。 1年 心身共に活動的に過ごすことにより物忘れの進行を防ぐ。

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 【本実行す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：生活不活発所の改善予防のポイント
外出の機会や友人との交流の場を増やすことで生活リズムを整え、認知や体力の向上を目指すとともに、生きがいや役割のある日等定着が図れるように支援していきます。

地域包括支援センター意見

基本チェックリストの該当した項目数／（質問項目数）
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○

運動不足	栄養改善	口腔ケア	認知機能	物忘れ予防	うつ予防
2/5	0/2	0/3	2/2	0/3	0/5
☒	☐	☐	☒	☐	☐

基本チェックリスト取得日 令和07年05月19日

同意日 令和07年07月15日

同意者氏名 インブオ 花子

※同意者及び同意者氏名は正確に記入し、ケアプランデータ連携に読み込まれます

■ 計画作成（変更）日

ケアプランデータ連携では必須項目となります。

介護予防サービス・支援計画表(A4) (ケアプランと連携対応)

F1-新規 F2-検索 F3-更新 F4-削除 F5-参照 F7-取込 F8-印刷 F9-登録 F10-終了 ... ケアプラン連携印刷 ... クラウドプラン同期 ... 旧形式表示(H29年度後)

利用者 000070 ▼ インフォ 花子 管理日 令和07年07月11日 [13] ... 修正

計画種類 ○未設定 ○介護予防支援 ●介護予防7777777777777777 委託の有無 ○未設定 ○前前 ●委託 台帳読み込み
地域包括支援センター 111111 ▼ 地域包括インフォ、テック 介護支援専門員 000003 ▼ ケアマネージャーA
県介護状態区分 13-要支援2 ▼ 認定日 令和03年01月01日 [13]
認定有効期間 令和03年01月01日 [13] ~ 令和50年12月31日 [13] 整理番号 000070
次回見直し日 日付の選択 [13]
☐ 結果等記録票として使用
☐ 要チェック ☒ クラウド同期対象 解除
週間スケジュール表 サービス評価表

計画作成者、目標とする生活→地域包括支援センター意見 アセスメント領域と現在の状況、総合的課題→目標、支援計画

計画作成者氏名 セクター担当者 担当者B 委託先支援専門員 ケアマネージャーA

計画作成(変更)日 令和07年07月01日 [13] 初回作成日 令和07年08月01日 [13] ☒ 初回 ☐ 紹介 ☐ 継続

目標とする生活
1日 人と交流を通して楽しい時間を通う。

注意！

【未設定の場合、登録時に警告が表示されます】

「計画作成(変更)日」の未設定時は登録時に警告が表示されます。ケアプランデータ連携を未使用時など、未設定のまま登録する場合は「はい(Y)」で進むと登録に進めます。

介護予防サービス支援計画書(A4) (ケアプランデータ連携対応)

F1-新規 F2-検索 F3-導入 F4-印刷 F5-参照 F7-取消 F8-印刷 F9-登録 F10-終了

アップロード印刷 クラウドアップロード 印刷式参照 (F43年度用)

利用者 000070 インフォ 花子 管理日 令和07年07月11日 修正

計画種類 ☐ 未設定 ☐ 介護予防支援 ☒ 介護予防マネジメント 委託の有無 ☐ 未設定 ☐ 自前 ☐ 委託 右側設定 次回見直し日 日付の選択

地域包括支援センター 111111 地域包括インフォ-タック 介護支援専門員 000003 ケアマネージャーA ☐ 結果等記録簿として使用

要介護状態区分 13-要支援2 認定日 令和03年01月01日 ☐ ☐ 要チェック ☒ クラウド同期対象 解除

認定有効期間 令和03年01月01日 令和50年12月31日 整理番号 000070 選定スケジュール表 サービス評価表

計画作成者、目標とする生活～地域包括支援センター意見 アセスメント領域と現在の状況、総合的課題～目標、支援計画

計画作成者氏名 センター担当者 担当番号 委託先支援専門員 ケアマネージャーA

計画作成 (変更) 日 年 月 日 初回作成日 令和07年08月01日 ☒ 初回 ☐ 紹介 ☐ 継続

目標とする生活

1日 入との交流を通して楽しい時間を過ごす。

1年 心身共に活動的に過ごすことにより物忘れの進行を防ぐ。



入力エラー

計画作成(変更)日の入力がありません。登録を続けますか

はい(Y) いいえ(N)

2-2-3. アセスメント領域と現在の状況

「アセスメント領域と現在の状況、総合的課題～目標、支援計画」タブの「アセスメント領域と現在の状況」画面について説明を行います。

（アセスメント領域と現在の状況）

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）
運動・移動について 手帳が小さく、前後姿勢で転倒不安がある。自宅から病院まで半時間かけて歩いている。	（夫）転倒を過去に経験しているので、歩き方が不安定なことが心配。	● 有 ○ 無 ○ 未 脳梗塞後遺症及び認知症の進行により歩行の歩行を量しているが、バランスや筋力アップを図ることにより、転倒リスクを軽減できる可能性がある。
日常生活（家庭生活）について 去と一緒に行き、荷物を持って自宅まで帰ってくる。家事は夫が中心に行い、ゴミ捨て、洗濯物の取入れと量り作業は自分の役割として行っている。	（本人）出来ることは出来る限りしたい。 （夫）声かけ・指示が必要なのが嫌で来たし、出来ることは出来る限りしたい。	● 有 ○ 無 ○ 未 声かけをして見守ることによって出来る役割がある。認知症の進行を遅やかにするために、家庭内での役割を維持することが大切である。
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 以前は町内の集まりやサロンに参加して、地域のひとと交流していたが、最近では参加することもなくなり、家族以外と関わる機会がなくなってきた。コミュニケーション能力に問題はないが、精神的に落ち込むことが増えてきている。	（本人）転倒しないように自宅で安全に安心して生活したい。自分の体調に合わせて、無理のない範囲で自分の出来ることをこれからも続けたい。	● 有 ○ 無 ○ 未 物忘れの自然があり、人に迷惑をかけたくないという思いも強くある。出来ることにより、他人にも再帰できる役割があるが、可能性を探ることが大切である。
健康管理について ○ 年間に数回通院し、左半身に軽度の麻痺の後遺症が残っている。再発防止のため栄養改善と運動療法を主治医から勧められており、定期的に散歩に出かけ歩数を動かすよう心がけている。	（本人）病気の悪化を予防し、家族での在宅生活を継続したい。 （夫）健康に気を付けて、これからの元気に生活を続けたい。	○ 有 ○ 無 ○ 未
その他		○ 有 ○ 無 ○ 未

「アセスメント領域と現在の状況」画面では下記内容の入力を行います。

項目名	
アセスメント領域と現在の状況	各項目を入力します。
本人・家族の意欲・意向	
領域における課題（背景・原因）	

POINT

【表示スペース拡張機能が自動的に適用されます】

「アセスメント領域と現在の状況、総合的課題～目標、支援計画」タブは表示項目が多いので、自動で表示スペース拡張機能が有効になり、利用者情報画面は非表示となります。利用者情報の表示が必要な場合は  をクリックして表示させてください。

介護予防サービス実施計画書A-④（ケアプラン連携対応）

F1-新規 F2-検索 F3-読写 F4-解除 F5-参照 F7-取込 F8-印刷 F9-登録 F10-終了 ... ケアプラン連携の関 ... クラウドプラン同期 ... 印刷・印刷 ... (1/2)年度版 ...

利用者 000070 ▼ インフォ 花子 管理日 令和7年08月02日 03 ... + 修正

計画作成者、目標とする生活～地域包括支援センター意見 アセスメント領域と現在の状況、総合的課題～目標、支援計画

アセスメント領域と現在の状況 **総合的課題～目標、支援計画**

<アセスメント領域と現在の状況>

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の希望・意向	領域における課題（留意・留意点）
運動・移動について 手帳が小さく、前傾姿勢で転倒不安がある。自宅から病院まで半時間かけて歩いている。	〈夫〉服薬を過去に拒否しているため、歩き方が不安定なことへの心配。	●有 ●無 ●未 服薬後遺症や認知症の進行により発作の歩行を要しているが、ケルソや補助杖を使うことでより、転倒リスクを軽減できる可能性がある。
日常生活（家事生活）について 目玉料理は、物へ付着、抱物を伴って自宅まで運搬して、食事は夫が中心に行い、こまめに洗濯物の取り入れと畳み作業は自分の役割として行っている。	〈本人〉出来ることは出来る限り行いたい。 〈夫〉声かけ・指示が必要になることが増えてきたと感じる。出来ることではあるが、難しい。	●有 ●無 ●未 声かけをしなくても出来ることで出来る役割がある。認知症の進行を遅やかにするために、家庭内での役割を持ち続けることが大切である。
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 以前は町内の集まりやサロンに参加して、地域の人もたまたま交流していたが、最近では参加することもなくなり、寂しい外と関わることが難しくなってきた。近頃友人・知人が市販はないか、精神的に落ち込むことが増えている。	〈本人〉転倒しにくいように自宅で安全に安心して生活したい。自分の体調に合わせて、無理のない範囲で自分のできることをこれからは続けたい。	●有 ●無 ●未 忘れの自覚があり、人に迷惑をかけたくないとの思いも強くある。出来ることにより、出来ないことの解消ができることにより、他とも再会できる可能性もあるが、可能性を探ることが大切である。
健康管理について 〇年前の経歴書を再読み、左半身に軽度の麻痺の後遺症が残っている。再発防止のため栄養師等と健康指導を主治医から勧められており、定期的に散歩に出かけ体を動かすように促されている。	〈本人〉病気の悪化を予防し、笑顔での在宅生活を維持したい。 〈夫〉健康に気を付けて、これからも元気に生活が続けてもらいたい。	●有 ●無 ●未 〇有 ●無 ●未
その他		〇有 ●無 ●未

介護予防サービス-支援計画書(A4) (ケアプランデータ連携対応)

F1-新規 F2-検索 F3-変更 F4-削除 F5-参照 F7-申込 F8-印刷 F9-登録 F10-終了

ケアプラン 印刷 F10-終了

利用番号 000070 インフォ 花子 管理日 令和07年08月05日

計画書種 未設定 介護予防支援 介護予防ケアマネジメント 委託の有無 未設定 目前 委託 各帳簿

地域包括支援センター 111111 地域包括インフォ・テック 介護支援専門員 000003 ケアマネージャー

費介護状態区分 13-要支援2 認定日 令和03年01月01日

認定有効期間 令和03年01月01日 ~ 令和50年12月31日 整理番号 000070

次回見直し日 日付の選択

☐ 結果等記録票として使用 ☐ 要チェック ☒ クラップ同時対象

退院スケジュール表 サービス評価表

計画作成者、目標とする生活へ地域包括支援センター意見 アセスメント領域と現在の状況、総合的課題へ目標、支援計画

アセスメント領域と現在の状況 総合的課題へ目標、支援計画

<アセスメント領域と現在の状況>

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の希望・意向	領域における課題（背景・原因）
運動・移動について 歩幅が小さく、前傾姿勢で歩行不安がある。自宅から商店まで半時間かけて歩いている。	(本人) 服薬を機会に発汗しているため、歩み方が不安定なことが心配。	☒ 有 ☐ 無 ☐ 未
日常生活（家庭内生活）について 去一晩に買い物へ行き、荷物を持って自宅まで帰ってきた。家事は夫が中心に行い、ゴミ捨て、洗濯物の取り入れと食み作業は自身の役割として行っている。	(本人) 出来ることは出来る限り行いたい。 (本人) 声かけ・指示が必要になることが増えてきたと感じる。出来ることはお願いしている。	☒ 有 ☐ 無 ☐ 未
社会参加、友人関係、コミュニケーションについて 以前は市内の集まりやササニに参加して、姉妹の人たちと交流していたが、最近では参加することもなくなり、家族以外と関わるのが難しくなった。コミュニケーション能力に課題はないが、精神的に落ち込むことが増えてきている。	(本人) 朝前しないように自宅で安全に暮らして生活したい。自分のペースに合わせて、無理のない範囲で自分のできることをこれから続けたい。	☒ 有 ☐ 無 ☐ 未
健康状態について	(本人) 病気の悪化を予防	☒ 有 ☐ 無 ☐ 未

POINT

【画面の見やすさをサポートする機能を設けています】

「アセスメント領域と現在の状況、総合的課題～目標、支援計画」タブでは画面を見やすくするための補助機能を複数設けています。補助機能も活用しながら入力を行ってください。

詳しくは P.54 「2-2-5.画面の見やすさをサポートする各機能」をご確認ください。

●「総合的課題～目標」の表示領域を広くする

課題No	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
1	課題1	課題1に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向	目標1	支援計画の編集
2	課題2	課題2に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向	目標2	支援計画の編集
3	課題3	課題3に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向	目標3	支援計画の編集
0	追加				

●文字の表示サイズを大きくする

課題No	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	転行
1	最近では外出の機会が減少し、下肢筋力の低下が見られる。転倒の危険性が高まっており、運動機能の維持	座位での運動：椅子に座った状態で膝を伸ばす、つま先を上げるなどの簡単な運動（各5～10回）	本人：介助がなくても1人で動けるようリハビリに通いたい。	転行

■ 各項目の文章入力

各項目の文章は直接テキストボックスへ入力を行います。入力した文字数に応じてテキストボックスが下に拡張し、文字数の制限はありません。印刷時に入力した内容がすべて印刷されます。

（例）日常生活（家庭生活）について

（入力画面）

日常生活（家庭生活）について
本人は夫と二人暮らしで、日常生活の多くは自立して行っている。調理は簡単なものを中心に行っており、火を使う調理には不安があるため、夕食は夫が準備することが多い。掃除や洗濯は週に数回、夫と協力して行っているが、腰痛のため長時間の作業は困難である。

日常生活（家庭生活）について
本人は夫と二人暮らしで、日常生活の多くは自立して行っている。調理は簡単なものを中心に行っており、火を使う調理には不安があるため、夕食は夫が準備することが多い。掃除や洗濯は週に数回、夫と協力して行っているが、腰痛のため長時間の作業は困難である。買い物は近隣のスーパーまで徒歩で行っているが、荷物が多い場合は夫が同行している。ゴミ出しは本人が行っているが、段差の昇降に不安があるため、見守りが望ましい。生活意欲は保たれており、夫婦で協力しながら在宅生活を継続している。

入力した文字数に応じてテキストボックスが拡張します

（印刷プレビュー）

印刷時に入力したすべての文字が反映されます

■ 「その他」 行について

「アセスメント領域と現在の状況」の5行目に「その他」行を設けています。「1.運動・移動について」～「4.健康管理について」に当てはまらない内容や汎用的な内容を入力時に使用してください。入力を行わなければ印刷はされません。

アセスメント領域と現在の状況
総合的課題～目標、支援計画
全て表示

<アセスメント領域と現在の状況>

	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）
2			
	社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		○有 ○無 ●未
3			
	健康管理について		○有 ○無 ●未
4			
	その他		○有 ○無 ●未
5			

2-2-4. 総合的課題～目標、支援計画

ケアプランデータ連携では、1つの課題・目標ごとに支援計画と利用サービスを作成する必要があるため、課題部分と支援計画部分を一体的に入力できる形にしました。「総合的課題～目標」と「支援計画」部で入力画面を分けています。

<総合的課題～目標>

項目名	説明
課題No.	ケアプランデータ連携システムの仕様上必要な情報です。 総合的課題ごとにNo.1 から連番で番号を入力します。課題の 1 行目から自動でNo.1、No.2…と割り当てられます。
総合的課題	それぞれの内容を入力します。
課題に対する目標と具体策の提案	
目標	
支援計画の編集	支援計画の編集をクリックすると<支援計画>の入力ができるようになります。

<支援計画>

項目名	説明
編集終了	支援計画の入力を終了する時にクリックします。
知恵袋（提供）	知恵袋へ情報をアップロードする時にクリックします。
知恵袋（取得）	知恵袋から情報をダウンロードする時にクリックします。
課題No.	<総合的課題～目標>で作成した課題No.が表示されます。
支援No.	1 つの課題の中で支援計画ごとにNo.1 から連番で番号を入力します。支援計画の 1 行目から自動でNo.1、No.2…と割り当てされます。
目標についての支援のポイント	それぞれの内容を入力します。
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）	
サービス種別入力	クリックすると「サービス種別/事業所/期間」部分が入力できます。
利用サービスNo./サービス種別/事業所/期間	サービス種別入力をクリックして入力します。 ※A4横（3枚セット）様式の場合は「利用サービスNo./サービス種別/※1/事業所/頻度/期間」の項目になります。
No.修正	クリックすると課題No.や支援No.の修正ができます。
サービス	チェックを付けると印刷時に「介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業サービス）」欄に丸を付けることができます。 （介護保険にチェックを付けた時） （地域支援にチェックを付けた時）

2-2-4-1. 基本の入力方法

まず画面左半分の課題～目標を入力し、続いて画面右半分の支援計画・利用サービスを入力する流れとなります。

The screenshot shows the '介護予防サービス支援計画書(A4) (ケアプランナー連携対応)' window. The top bar includes user information (000070, インフォ 花子) and the date (令和07年07月12日). The main area is divided into two sections: '課題～目標' (Tasks and Goals) on the left and '支援計画' (Support Plan) on the right.

①課題～目標を入力 (Input tasks and goals): This step is indicated by a red box and an arrow pointing to the left table. The table has columns for '課題No' (Task No.), '総合的課題' (General Task), '課題に対する目標と具体策の概要' (Summary of goals and specific measures for the task), '具体策についての意向 本人・家族' (Intent regarding specific measures, person/family), and '目標' (Goal).

課題No	総合的課題	課題に対する目標と具体策の概要	具体策についての意向 本人・家族	目標
1	課題1	課題1に対する目標と具体策の概要	具体策についての意向	目標1
2	課題2	課題2に対する目標と具体策の概要	具体策についての意向	目標2
3	課題3	課題3に対する目標と具体策の概要	具体策についての意向	目標3
0	追加			

②左の課題・目標に対しての支援計画・利用サービスを入力 (Input support plan and utilization services for the tasks and goals on the left): This step is indicated by a green box and an arrow pointing to the right table. The table has columns for '支援No' (Support No.), '支援計画' (Support Plan), '本人等が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）' (Self-care or family support, informal services (private services)), '介護保険サービス又は地域生活支援事業（総合事業のサービス）' (Nursing insurance services or community living support projects (comprehensive services)), and 'サービス' (Service).

支援No	支援計画	本人等が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生活支援事業（総合事業のサービス）	サービス
1	支援No.1		訪問型サービスでの家事支援	サービス種別入力 訪問型サービス（訪問）
2	支援No.2		訪問型サービスでのリハビリ	サービス種別入力 訪問型サービス（訪問）
3	支援No.3		福祉用具貸与	サービス種別入力 介護予防福祉用具貸与

At the bottom, there are checkboxes for 'サービス' (Service), '介護保険' (Nursing Insurance), and '地域支援（総合事業）' (Community Support (Comprehensive Project)).

■ 課題No.、支援計画No.、利用サービスNo.について

課題～目標、支援計画、利用サービスにはそれぞれ「課題No.」「支援計画No.」「利用サービスNo.」欄を設けています。各項目を追加するとNo.1、No.2...と自動で連番を振っていきます。ケアプランデータ連携ではそれぞれに番号を割り当てて、「課題No.1 の支援計画No.1 の利用サービスNo.1」というように、どの課題とどの支援計画のどの利用サービスかを管理する必要があるためです。

<No.の割り当てルール>

項目	説明
課題No.	No.1、No.2...と連番で番号を割り当てます。
支援計画No.	1つの課題ごとにNo.1、No.2...と連番で番号を割り当てます。
利用サービスNo.	1つの支援計画ごとにNo.1、No.2...と連番で番号を割り当てます。

<例>

課題～目標	支援計画	利用サービス
課題No.1 ○○ができない	支援計画No.1 ●●を実施する	利用サービスNo.1 訪問型サービス
		利用サービスNo.2 通所型サービス
	支援計画No.2 ◎◎を実施する	利用サービスNo.1 訪問型サービス
		利用サービスNo.2 通所型サービス
課題No.2 △△が難しい	支援計画No.1 △△を実施する	利用サービスNo.1 訪問型サービス
		利用サービスNo.2 介護予防福祉用具
	支援計画No.2 ▲▲を実施する	利用サービスNo.1 介護予防通所リハ
		利用サービスNo.2 訪問型サービス

<入力の流れ>

①画面左半分の「総合的課題～目標」を入力します。

各項目を入力します。

The screenshot shows the '総合的課題～目標' (Overall Topic ~ Goal) input screen. A red box highlights the input area for the overall topic and goal. The screen is divided into two main sections: '総合的課題～目標' (Overall Topic ~ Goal) on the left and '支援計画' (Support Plan) on the right. The left section contains a table with columns for '総合的課題' (Overall Topic), '課題に対する目標と達成の状況' (Goals and Status of Achievement for the Topic), '高齢者についての配慮' (Considerations for the Elderly), '目標' (Goal), and '支援計画' (Support Plan). The right section contains a table for '支援計画' (Support Plan) with columns for '支援計画' (Support Plan), '支援計画の実施状況' (Status of Implementation of Support Plan), '支援計画の評価' (Evaluation of Support Plan), and '支援計画の改善' (Improvement of Support Plan).



② 画面右半分の「支援計画」を入力します

支援経過の編集をクリックすると、①で作成した課題に対する支援計画が入力可能となります。「目標についての支援計画について」～「介護保険サービス又は地域支援事業」を入力します。

The screenshot shows the '支援計画' (Support Plan) input screen. A red box highlights the '支援経過の編集' (Edit Support Progress) button. The screen is divided into two main sections: '総合的課題～目標' (Overall Topic ~ Goal) on the left and '支援計画' (Support Plan) on the right. The left section contains a table with columns for '総合的課題' (Overall Topic), '課題に対する目標と達成の状況' (Goals and Status of Achievement for the Topic), '高齢者についての配慮' (Considerations for the Elderly), '目標' (Goal), and '支援計画' (Support Plan). The right section contains a table for '支援計画' (Support Plan) with columns for '支援計画' (Support Plan), '支援計画の実施状況' (Status of Implementation of Support Plan), '支援計画の評価' (Evaluation of Support Plan), and '支援計画の改善' (Improvement of Support Plan).



The screenshot shows the '支援計画' (Support Plan) input screen. A red box highlights the '支援計画' (Support Plan) input area. The screen is divided into two main sections: '総合的課題～目標' (Overall Topic ~ Goal) on the left and '支援計画' (Support Plan) on the right. The left section contains a table with columns for '総合的課題' (Overall Topic), '課題に対する目標と達成の状況' (Goals and Status of Achievement for the Topic), '高齢者についての配慮' (Considerations for the Elderly), '目標' (Goal), and '支援計画' (Support Plan). The right section contains a table for '支援計画' (Support Plan) with columns for '支援計画' (Support Plan), '支援計画の実施状況' (Status of Implementation of Support Plan), '支援計画の評価' (Evaluation of Support Plan), and '支援計画の改善' (Improvement of Support Plan).



③ 利用サービスの入力

サービス種別をクリックして「サービス種別」～「期間」を入力します。

The screenshot shows the 'サービス種別' (Service Type) input screen. A red box highlights the 'サービス種別' (Service Type) input area. The screen is divided into two main sections: '総合的課題～目標' (Overall Topic ~ Goal) on the left and '支援計画' (Support Plan) on the right. The left section contains a table with columns for '総合的課題' (Overall Topic), '課題に対する目標と達成の状況' (Goals and Status of Achievement for the Topic), '高齢者についての配慮' (Considerations for the Elderly), '目標' (Goal), and '支援計画' (Support Plan). The right section contains a table for '支援計画' (Support Plan) with columns for '支援計画' (Support Plan), '支援計画の実施状況' (Status of Implementation of Support Plan), '支援計画の評価' (Evaluation of Support Plan), and '支援計画の改善' (Improvement of Support Plan).



④ 支援計画の入力完了

支援計画・利用サービスを入力して編集終了をクリックすると支援計画の入力が完了します。

The screenshot shows a software window with multiple tabs. The '支援計画' (Support Plan) tab is active. It contains several tables for inputting support plans and services. The '編集終了' (End Editing) button is located in the top right corner and is circled in red.



⑤ 課題が複数ある時は追加を次の課題を作成します。

追加をクリックして次の課題（課題No.2）を作成します。以下①～④を繰り返します。

The screenshot shows the same software window as before, but the '追加' (Add) button is circled in red, indicating the next step in the process.



The screenshot shows the software window after adding a second task. The '追加' (Add) button is circled in red, indicating the next step in the process.

具体的な入力方法は次ページから説明します。

<総合的課題～支援計画の具体的な入力手順>

アセスメント領域と関与の状況

総合的課題～目標、支援計画

<総合的課題～目標> ※支援計画を入力するには支援計画の編集ボタンをクリックします

課題No.	総合的課題	課題に対する目標と具体的な課題	具休案についての意向 本人・家族	目標	支援計画
1					支援計画の編集
0	追加				

- ① <総合的課題～目標>で課題No.1の「総合的課題」から「目標」まで入力します。各テキストボックスをクリックすると文章が入力できます。

※ 課題No.は1行目がNo.1、2行目がNo.2…と自動設定されます。

<総合的課題～目標> ※支援計画を入力するには支援計画の編集ボタンをクリックします

課題No.	総合的課題	課題に対する目標と具体的な課題	具休案についての意向 本人・家族	目標	支援計画
1	最近では歩行の速度が低下し、下り階段の歩行が困難な状態にある。転倒の危険性がある。歩行の速度の維持・向上が必要である。	歩行速度の向上（歩行速度を10分間で100歩以上にする）	本人：歩行が楽になるようにしたい。	転倒せずに安全に歩行ができるようになる。	支援計画の編集
0	追加				

- ② 「目標」まで入力できたら「支援計画の編集」をクリックします。

支援計画

総合的課題～目標、支援計画

<支援計画> ※課題1の支援計画を編集します

課題No.	支援計画	サービス提供内容	サービス提供回数	サービス提供曜日	サービス提供時間	サービス提供場所	サービス提供担当者	サービス提供開始日	サービス提供終了日
1									
0	追加								

- ③ 課題1に対しての「支援計画」が入力可能になります。一つ目の支援には支援計画No.1が設定されます。

※ どの課題の支援計画を編集するか、課題No.覧と文章にて表示されます。

支援計画

総合的課題～目標、支援計画

<支援計画> ※課題1の支援計画を編集します

課題No.	支援計画	サービス提供内容	サービス提供回数	サービス提供曜日	サービス提供時間	サービス提供場所	サービス提供担当者	サービス提供開始日	サービス提供終了日
1									
0	追加								

この画面は、支援計画の編集画面です。左側には「支援計画」の概要が表示され、右側には「支援計画」の詳細が表示されます。右側の「サービス種別」のボタンが赤い円で囲まれています。

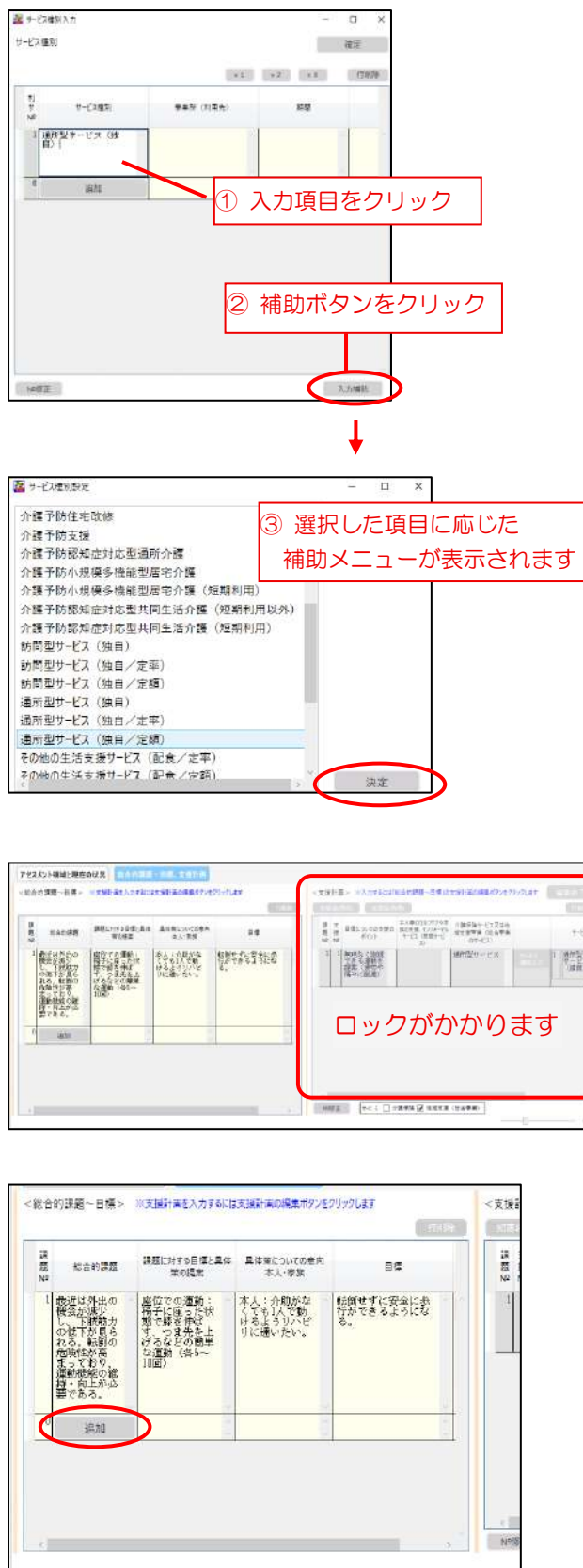
- ④ 「介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）」まで入力したら、**サービス種別入力**をクリックします。

この画面は、サービス種別入力の画面です。上部には「サービス種別」のタブがあり、下部には「サービス種別」のテーブルが表示されます。テーブルの「追加」ボタンが赤い円で囲まれています。

- ⑤ 利用サービス入力画面が開きます。一つ目の利用サービスには利用サービスNo.1 が設定されます。

この画面は、サービス種別入力の画面です。上部には「サービス種別」のタブがあり、下部には「サービス種別」のテーブルが表示されます。テーブルの「確定」ボタンが赤い円で囲まれています。

- ⑥ 「サービス種別」～「期間」までそれぞれのセルをクリックして入力します。入力を終えたら**確定**をクリックします。



※ 直接入力も可能ですが、補助ボタンをクリックすると補助メニューから入力することもできます。

⑦ **編集終了**をクリックすると＜支援計画＞はロックがかかり、支援計画の入力は完了です。
再び支援計画を入力する場合は**支援計画の編集**をクリックすると編集できます。

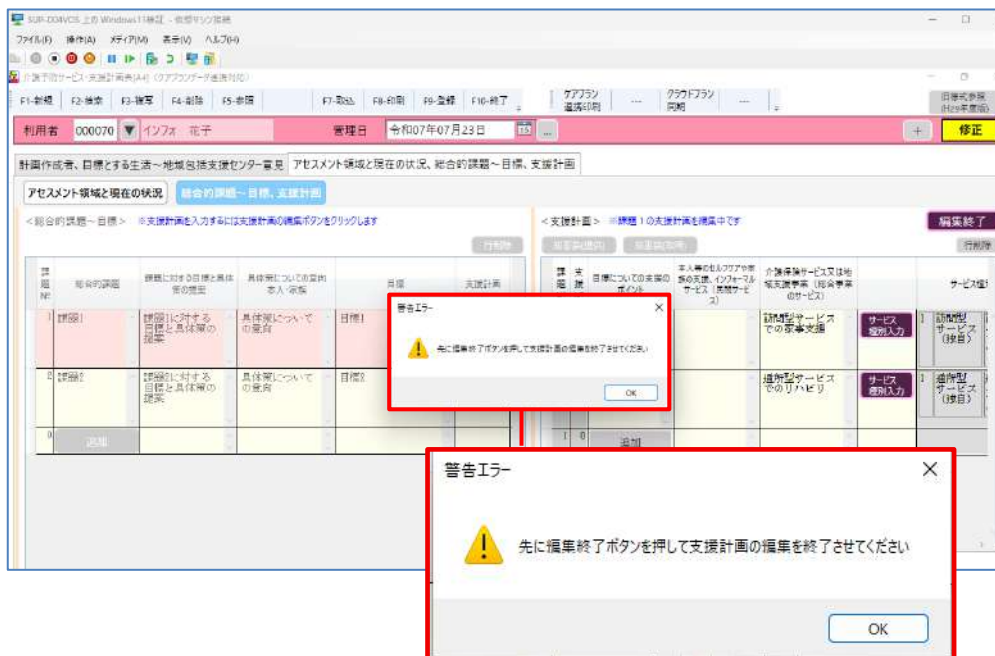
⑧ 複数の課題がある場合は、総合的課題列の**追加**をクリックします。

※ 課題が 1 つのみの場合は**追加**をクリックせず手順⑩に進んでください。

注意！

【支援計画の入力完了後は**編集終了**をクリックしてください】

編集終了をクリックせずに **F9 登録** で登録しようすると警告エラーが出て登録できません。**編集終了**を行ってから登録を行ってください。



注意！

【支援計画を入力中は、入力中以外の支援計画は表示されません】

支援計画を入力中は選択した課題No.分の支援計画のみ表示されます。青文字でどの課題No.分を入力中か表示されます。

（例）2つある課題（課題No.1、課題No.2）のうち課題No.2の支援計画の編集を行う場合

The screenshot shows the '支援計画' (Support Plan) screen. The left pane displays a list of tasks, with task No. 2 selected. The right pane shows the details for task No. 2, with the '支援計画の編集' (Edit Support Plan) button highlighted in red.

↓ 課題No.2の支援計画の編集をクリック

The screenshot shows the '支援計画' (Support Plan) screen after clicking the '支援計画の編集' button. The right pane now shows the '支援計画の編集' (Edit Support Plan) screen for task No. 2, with the 'サービス種別入力' (Service Type Input) button highlighted in red.

課題No.2の支援計画のみ表示されます。

課題No.欄と青文字でどの課題No.分を編集中心か確認できます。

The screenshot shows the '支援計画' (Support Plan) screen after clicking the 'サービス種別入力' button. The right pane now shows the 'サービス種別入力' (Service Type Input) screen for task No. 2, with the 'サービス種別入力' button highlighted in red.

■ 右クリックでの補助機能について

選択した行の上でマウスの右クリックをすると、行挿入や行削除などの補助機能を使用できます。

<総合的課題～目標で右クリックした時>



表示されるメニュー	備考
行挿入	選択した行に新規の課題No.行を作成します。連動して新しい支援計画行も一緒に作成されます。
行削除	選択した行を削除します。行削除ボタンでも操作が可能です。

<支援計画で右クリックした時>



表示されるメニュー	備考
行挿入	選択した行に新規の支援No.行を作成します。
コピー	選択した行の内容をコピーします。
切り取り	選択した行の内容を切り取りします。
貼り付け	選択した行にコピーや切り取りした内容を貼り付けします。
行削除	選択した行を削除します。行削除ボタンでも操作が可能です。

注意！

【課題を削除する時は、対応する支援計画を先に削除してください】

課題を削除する時は、対応する支援計画が残っているとエラーメッセージが出て削除できません。まず対応する支援計画を削除してから課題の削除を行ってください。

（例）課題No.2 を行削除する場合

The screenshot shows the 'アセスメント領域と現在の状況' (Assessment Area and Current Status) screen. The '総合的課題～目標、支援計画' (Overall Task ~ Goal, Support Plan) section is active. The '課題' (Task) table has two rows. Row 2 is highlighted with a red box. The '支援計画' (Support Plan) table has two rows. Row 2 is highlighted with a red box. A red box also highlights the '削除' (Delete) button in the top right corner.

課題 2-支援No.1 が残ったまま、
課題 2 の行削除をクリック

The error message dialog box says: '警告エラー' (Warning Error). '課題No.2]に対応した支援計画に文字が入力されています。先に支援計画の行を削除してから総合的課題の行を削除してください' (The support plan corresponding to Task No. 2 contains text. Please delete the support plan row first, then delete the task row). There is an 'OK' button.

エラーが出て削除できません

The screenshot shows the same software interface, but now the '支援計画' (Support Plan) table is the focus. The row for '課題No.2-支援No.1' is highlighted with a red box. The '削除' (Delete) button is also highlighted with a red box. The '課題' (Task) table is still visible in the background.

先に課題No.2-支援No.1 の支援計画の
削除を行ってください

2-2-4-2. 1つの課題に対して支援計画などが複数ある時の入力方法

「総合的課題～目標、支援計画」タブで1つの課題に対して支援計画や利用サービスが複数ある場合の入力方法について説明します。

① 1つの課題に対して支援計画が複数ある場合の入力方法

（例）課題No.1 に対して支援計画が2つある場合

⇒課題No.1 に対して支援計画No.1 と支援計画No.2 の2行を作成します。支援計画No.1 を作成後に支援計画No.2 を追加します。

The screenshot displays the system interface for entering support plans. The left pane shows the '総合的課題～目標、支援計画' tab with a table for tasks and goals. The right pane shows the '支援計画' tab for '課題No.1' with a table for support plans. Red boxes highlight the input fields for '課題No.1-支援計画No.1' and '課題No.1-支援計画No.2'.

<入力手順>

The screenshot shows the '支援計画' tab with a table for support plans. The '追加' button is highlighted in the bottom right corner of the table.

① まず通常の入力方法で「課題No.1-支援No.1」の支援内容を作成します。

The screenshot shows the '支援計画' tab with a table for support plans. The '追加' button is highlighted in the bottom right corner of the table.

② 「目標についての支援のポイント」列の追加をクリックします。

支援計画	支援内容	サービス種別	サービス名
1	無理なく継続できる運動を指導（歩行や指圧に配慮）	通所型サービス	サービス個別入力
2			
3	追加		

③ 「課題No.1-支援No.2」の行が作成されます

支援計画	支援内容	サービス種別	サービス名
1	無理なく継続できる運動を指導（歩行や指圧に配慮）	通所型サービス	サービス個別入力
2			
3	追加		

④ 「課題No.1-支援No.2」の内容を入力できたら編集終了をクリックします。

※ 3 つ目以降の支援内容がある場合は編集終了をクリックする前に②～④を繰り返します

支援計画	支援内容	サービス種別	サービス名
1	無理なく継続できる運動を指導（歩行や指圧に配慮）	通所型サービス	サービス個別入力
2			
3	追加		

⑤ 以上で支援計画の入力ができました。F9 登録をクリックして登録します。

② 1つの支援計画に対して複数のサービス種類を作成する場合の入力方法

（例）支援No.1 に対してサービス種別を2つ作成する場合

⇒支援No.1 に対してサービス利用No.1 とNo.2 を作成する必要があります。サービス利用No.1 を作成後にサービス利用No.2 を追加します。

<支援計画> ※課題1の支援計画を編集中です

編集終了 行削除

知恵袋(提供) 知恵袋(取得)

課題No	支援No	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（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	サービス種別入力	サービス	サービス利用No	サービス利用内容	サービス利用期間
1	1	無理なく継続できる運動を提案（疲労や痛みを配慮）		通所型サービス 訪問型サービス		1 通所型サービス（独自） 通所介護 インフォ・デック	R07.08.01～ R07.12.31		
						2 訪問型サービス（独自） 訪問介護 インフォ・デック	R07.08.01～ R07.12.31		

支援計画No.1-利用サービスNo.1

支援計画No.1-利用サービスNo.2

<入力手順>

<支援計画> ※課題1の支援計画を編集中です

編集終了 行削除

知恵袋(提供) 知恵袋(取得)

課題No	支援No	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（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	サービス種別入力	サービス	サービス利用No	サービス利用内容	サービス利用期間
1	1	無理なく継続できる運動を提案（疲労や痛みを配慮）		通所型サービス 訪問型サービス		1 通所型サービス（独自） 通所介護 インフォ・デック	R07.08.01～ R07.12.31		
1	0	追加							

- ① まず通常の入力方法で「支援No.1-利用サービスNo.1」の支援内容を作成します。

サービス種別入力

サービス種別

確定

サービス種別

サービス種別	事業所（利用先）	期間
1 通所型サービス（独自）	通所介護インフォ・デック	R07.08.01～ R07.12.31
0	追加	

- ② サービス種別列の追加をクリックします。

サービス種別入力

サービス種別

確定

サービス種別

サービス種別	事業所（利用先）	期間
1 通所型サービス（独自）	通所介護インフォ・デック	R07.08.01～ R07.12.31
0	追加	

利用サ NP	サービス種別	事業所 (利用先)	期間
1	通所型サービス (3歩目)	通所介護インフォ・デスク	R07.08.01~ R07.12.31
2			
3			
4	追加		

③ 「支援No.1-利用サービスNo.2」の行が作成されます。

利用サ NP	サービス種別	事業所 (利用先)	期間
1	通所型サービス (3歩目)	通所介護インフォ・デスク	R07.08.01~ R07.12.31
2	通所型サービス (3歩目)	通所介護インフォ・デスク	R07.07.01~ R07.12.31
3	追加		

④ 「支援No.1-利用サービスNo.2」の内容を入力して確定をクリックします。

※ 3 つ目以降の利用サービスがある場合は確定をクリックする前に②～④を繰り返します

利用サ NP	サービス種別	事業所 (利用先)	期間
1	通所型サービス (3歩目)	通所介護インフォ・デスク	R07.08.01~ R07.12.31
2	通所型サービス (3歩目)	通所介護インフォ・デスク	R07.07.01~ R07.12.31
3	追加		

⑤ 以上で利用サービスの入力ができました。編集終了をクリックし、F9 登録をクリックして登録します。

利用サ NP	サービス種別	事業所 (利用先)	期間
1	通所型サービス (3歩目)	通所介護インフォ・デスク	R07.08.01~ R07.12.31
2	通所型サービス (3歩目)	通所介護インフォ・デスク	R07.07.01~ R07.12.31
3			
4	追加		

2-2-4-3. 支援計画での課題No、支援計画No、利用サービスNoの変更方法

課題、支援計画、利用サービスが複数ある場合、それぞれのNo.を変更することができます。

① 課題No、支援No.の修正方法

支援計画を作成後に、支援No.や対応先の課題No.を修正することができます。支援経過の編集状態にしなくても変更できるので、課題や支援計画の一覧を確認しながら変更できます。

（例）「課題No.1-支援No.2」として作成した支援計画を「課題No.2-支援No.2」に変更したい場合。

このスクリーンショットは、支援計画の編集画面の初期状態を示しています。左側の「課題」テーブルには、課題No. 1, 2, 3が登録されています。右側の「支援計画」テーブルには、支援No. 1, 2が登録されています。赤い枠で囲われているのは、支援No. 1の行で、その「課題No」が1であることが確認できます。



このスクリーンショットは、支援計画の編集画面で変更が行われた後の状態を示しています。左側の「課題」テーブルは、課題No. 1と2のみに更新されています。右側の「支援計画」テーブルは、支援No. 1と2が引き続き登録されています。赤い枠で囲われているのは、支援No. 1の行で、その「課題No」が2に変更されていることが確認できます。

<課題No.・支援No.の変更手順>

この画面は、課題No.と支援No.を変更するための画面です。画面下部の「No.修正」ボタンをクリックして、編集モードに入ります。

① 支援計画欄のNo.修正をクリックします。

※ 支援計画の編集はクリックしなくても操作が可能です。

支援計画の編集画面です。課題No.と支援No.の欄が黄色になり、編集可能な状態となります。

② 課題No.と支援No.欄が黄色となり編集可能な状態となります。

支援計画の編集画面です。課題No.と支援No.の欄が黄色になり、編集可能な状態となります。画面下部の「No.修正」ボタンをクリックして、編集モードに入ります。

③ 修正したい課題No.欄をダブルクリックして番号を打ち替えます。

※ 必要の場合は支援No.も打ち替えて変更することができます。

支援計画の編集画面です。課題No.と支援No.の欄が黄色になり、編集可能な状態となります。画面下部の「修正完了」ボタンをクリックして、編集を終了します。

④ 修正が終わったら修正完了をクリックします。

⑤ No.の編集が完了しました。

＜支援計画＞ ※入力するに際し総合課題毎に目標の支援計画の編集ボタンをクリックします

編集終了

編集前の画面 編集後の画面 印刷

課題 №	支援 №	目標についての支援の ポイント	本人等の状況や支 援の手段、インフォメ ーション（総合課題 2）	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）		サービス個別/事業別/期間
1	1	継続的な出席 の意欲は自分 で行って居る こと、生活の 事、支援を受ける 事、日常生活 を生き生きと 送る。		訪問型サービス	サービス 開始入力	1 訪問型 サービス (障目) 訪問介護 （ポン プ・ フォ ック ） 07.07 ～ 07.12 まで
2	2	近隣の公園や フーダーへの 散歩を支援 （ヘルパー 同行して実施）		訪問型サービス	サービス 開始入力	1 訪問型 サービス (障目) 訪問介護 （ポン プ・ フォ ック ） 07.07 ～ 07.12 まで
3	3	初来は介護者 が付き添いで、 徐々に自立した 行動をする事と 見える。		訪問型サービス	サービス 開始入力	1 訪問型 サービス (障目) 訪問介護 （ポン プ・ フォ ック ） 07.07 ～ 07.12 まで

印刷正

サービス ☐ 介護保険 ☒ 地域支援（総合事業）

⑥ **F9 登録**をクリックして登録します。

[illegible]

② 利用サービスNo.の修正方法

1つの支援計画内で利用サービスNo.の修正を行えます。

<利用サービスNo.の修正手順>

この画面をクリックします。 ※入力する際は「原本の課題・目標」の支援計画の欄をダブルクリックします。

課題 No.	支援 No.	支援 内容	介護保険サービス又は 指定介護サービス (利用サービス)	サービス種別/事業所/期間
1	1	課題①の支援	通所型サービス 訪問型サービス	通所介護 イン フォ メーション ケア 07.08 ～ 07.11 21
1	2	課題①の支援	介護予防サービス 訪問型サービス	訪問介護 イン フォ メーション ケア 07.08 ～ 07.11 21
1	3	課題①の支援	訪問型サービス	訪問介護 イン フォ メーション ケア 07.08 ～ 07.11 21

印刷 修正 サービス 介護保険 地域支援 (総合事業)

① 編集したい利用サービスと紐づく課題行の支援計画編集をクリックします。

この画面をクリックします。 ※入力する際は「原本の課題・目標」の支援計画の欄をダブルクリックします。

課題 No.	支援 No.	支援 内容	介護保険サービス又は 指定介護サービス (利用サービス)	サービス種別/事業所/期間
1	1	課題①の支援	通所型サービス 訪問型サービス	通所介護 イン フォ メーション ケア 07.08 ～ 07.11 21
1	2	課題①の支援	介護予防サービス 訪問型サービス	訪問介護 イン フォ メーション ケア 07.08 ～ 07.11 21
1	3	課題①の支援	訪問型サービス	訪問介護 イン フォ メーション ケア 07.08 ～ 07.11 21

印刷 修正 サービス 介護保険 地域支援 (総合事業)

② 変更したい「サービス種別入力」ボタンをクリックします。

サービス種別入力

サービス種別	事業所 (利用内)	期間
1 通所型サービス (ケア)	通所介護インフォメーション ケア	07.08.01～ 07.12.31
2 訪問型サービス (ケア)	訪問介護インフォメーション ケア	07.08.01～ 07.12.31
3 追加		

印刷 修正 入力開始

③ サービス種別入力画面が開くので「No.修正」をクリックします。



- ④ 利用サービスNo.欄が黄色になり編集可能な状態になります。



- ⑤ 修正したい利用サービスNo.欄をダブルクリックして番号を打ち替えます。



- ⑥ 修正が終わったら修正完了をクリックします。

サービス種別

利用 No	サービス種別	支援計画 (利用者)	期間
1	訪問型サービス (療育)	訪問介護インフォメーション	007.10.01~007.12.31
2	通所型サービス (療育)	通所介護インフォメーション	007.10.01~007.12.31
3	通所型サービス (療育)	通所介護インフォメーション	007.10.01~007.12.31
4	通所型サービス (療育)	通所介護インフォメーション	007.10.01~007.12.31

確定

⑦ **確定**をクリックします。

支援計画

利用 No	サービス種別	支援計画 (利用者)	期間
1	訪問型サービス (療育)	訪問介護インフォメーション	007.10.01~007.12.31
2	通所型サービス (療育)	通所介護インフォメーション	007.10.01~007.12.31
3	通所型サービス (療育)	通所介護インフォメーション	007.10.01~007.12.31
4	通所型サービス (療育)	通所介護インフォメーション	007.10.01~007.12.31

編集終了

⑧ 支援計画の**編集終了**をクリックして **F9 登録**で登録します。

注意！

【各No.は連番で割り当てする必要があります】

課題No.、支援計画No.、利用サービスNo.は 1 からの連番で割り当てる必要があります。連番になっていない場合はエラーが表示されます。

（例）支援計画No.をNo.1、No.3 で登録しようとした場合

<支援計画> ※入力するには[総合的課題～目標]の支援計画の編集ボタンをクリックします

課題 No	支援 No	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（民間サービス）	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 種別入力	※ 1 / サービス種別、バ ック
1	1	課題①の支援①			通所型サービス 訪問型サービス	サービス 種別入力	1 通所型サービス (療育) 通所型 フォ
2	3	課題①の			介護予防福祉用 具貸与	サービス 種別入力	1 介護予防福祉用 具貸与 福祉用 フォ
3	1	課題①の支援①			訪問型サービス	サービス 種別入力	1 訪問型サービス (療育) 訪問 フォ

入力エラー
支援計画No.は1からの連番である必要があります

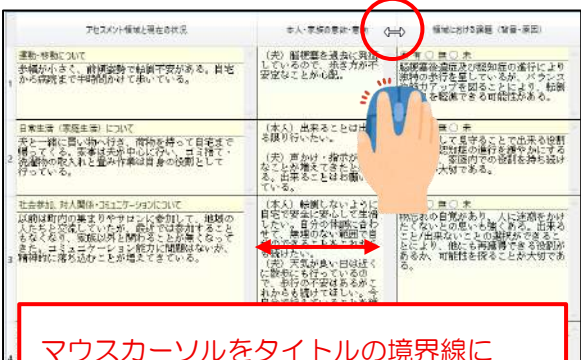
2-2-5. 画面の見やすさをサポートする各機能

快適にご利用いただけるよう。画面の見やすさをサポートする機能を複数設けました。必要に応じて組み合わせさせていただき、使いやすい環境でご利用ください。

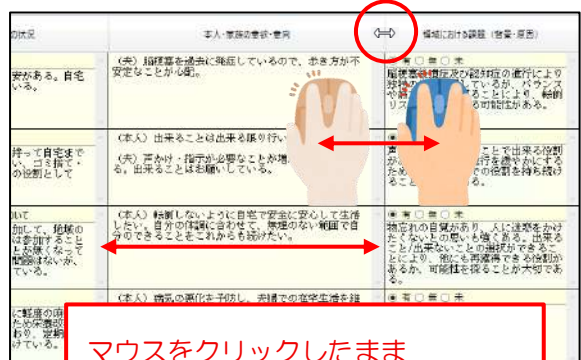
「アセスメント領域と現在の状況、総合的課題～目標、支援計画」タブ

① テキストボックスの横幅の調整

「アセスメントの領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」「領域における課題」は、テキストボックスの横幅を手動で変更できます。文字数に合わせてご覧になりやすい幅に調整していただけます。



マウスカーソルをタイトルの境界線に当てると「⇄」と表示されます。



マウスをクリックしたまま左右に動かすと横幅を変えれます。

<×2 の場合>

本画面を開いた時の既定の倍率です。

<アセスメント領域と現在の状況>

×1 ×2 ×3

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の希望・意向	領域における課題（背景・原因）
1 運動・移動について 歩幅が小さく、前傾姿勢で転倒不安がある。自宅から病院まで半時間かけて歩いている。	(夫) 脳梗塞を過去に発症しているので、歩き方が不安定なことから心配。	● 有 ○ 無 ○ 未 脳梗塞後遺症及び認知症の進行により歩幅の歩行を呈しているが、バランスや筋力を鍛えることにより、転倒リスクを軽減できる可能性がある。
2 日常生活（家庭生活）について 夫と一緒に買い物へ行き、荷物を持ってきて自宅まで帰ってくる。家事は夫が中心に行い、ゴミ捨て・洗濯物の取入れと食の作業は自身の役割として行っている。	(本人) 出来ることは出来る限り行いたい。 (夫) 声かけ・指示が必要となることが増えてきたと感じる。出来ることはお願している。	● 有 ○ 無 ○ 未 声かけをして見守ることで出来る役割がある。認知症の進行を遅やかにするためにも、家庭内での役割を維持することが大切である。
3 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 以前は町内の集まりやサロンに参加して、地域のひとと交流していたが、最近では参加することなくなり、家族以外と関わる機会がなくなってきた。コミュニケーション能力に問題はないが、精神的に落ち込むことが増えてきている。	(本人) 転倒しないように自宅で安全に安心して生活したい。自分の体調に合わせて、無理のない範囲で自分のできることをこれからも続けたい。	● 有 ○ 無 ○ 未 物忘れの自覚があり、人に迷惑をかけたくないという思いも強い。出来ること/出来ないことの選択ができることにより、他にも再発得できる役割があるか、可能性を探ることが大切である。

100%

<×3 の場合>

<アセスメント領域と現在の状況>

×1 ×2 ×3

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の希望・意向	領域における課題（背景・原因）
1 運動・移動について 歩幅が小さく、前傾姿勢で転倒不安がある。自宅から病院まで半時間かけて歩いている。	(夫) 脳梗塞を過去に発症しているので、歩き方が不安定なことから心配。	● 有 ○ 無 ○ 未 脳梗塞後遺症及び認知症の進行により歩幅の歩行を呈しているが、バランスや筋力を鍛えることにより、転倒リスクを軽減できる可能性がある。
2 日常生活（家庭生活）について 夫と一緒に買い物へ行き、荷物を持ってきて自宅まで帰ってくる。家事は夫が中心に行い、ゴミ捨て・洗濯物の取入れと食の作業は自身の役割として行っている。	(本人) 出来ることは出来る限り行いたい。 (夫) 声かけ・指示が必要となることが増えてきたと感じる。出来ることはお願している。	● 有 ○ 無 ○ 未 声かけをして見守ることで出来る役割がある。認知症の進行を遅やかにするためにも、家庭内での役割を維持することが大切である。
3 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 以前は町内の集まりやサロンに参加して、地域のひとと交流していたが、最近では参加することなくなり、家族以外と関わる機会がなくなってきた。コミュニケーション能力に問題はないが、精神的に落ち込むことが増えてきている。	(本人) 転倒しないように自宅で安全に安心して生活したい。自分の体調に合わせて、無理のない範囲で自分のできることをこれからも続けたい。	● 有 ○ 無 ○ 未 物忘れの自覚があり、人に迷惑をかけたくないという思いも強い。出来ること/出来ないことの選択ができることにより、他にも再発得できる役割があるか、可とが大切である。

100%

POINT

【サービス種別入力画面にも設けています】

「総合的課題～目標、支援計画」タブのサービス種別入力画面にも同じ機能を設けています。

サービス種別入力

サービス種別

×1 ×2 ×3

サービス種別	サービス内容	実施期間（初回～）	期限
1 訪問型サービス（療育）	個別介護インフォ・マック	2027.03.01～ 2027.12.31	
2 通称			

確定 印刷 入力開始

③ 文字の表示サイズの調整機能

画面右下のスライダーをマウスで動かすと、文字の表示サイズを変更できます。表示サイズを大きくすると一度に表示できる文字数も変わるため、スクロールバーや①②の機能と併用してお使いください。既定値は100%で0%~200%の間で変更ができます。

利用者 000070 インフォ 花子 管理日 令和07年08月02日

計画作成者、目標とする生活へ地域包括支援センター意見 アセスメント領域と現在の状況、総合的課題～目標、支援計画

アセスメント領域と現在の状況 総合的課題～目標、支援計画

<アセスメント領域と現在の状況>

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）
1 運動・移動について 歩幅が小さく、前傾姿勢で転倒不安がある。自宅から病院まで半時間かけて歩いている。	(夫) 脳梗塞を過去に発症しているため、歩き方が不安定なことが心配。	● 有 ○ 無 ○ 未 脳梗塞後遺症及び認知症の進行により独特の歩行を呈しているが、バランスや筋力アップを図ることにより、転倒リスクを軽減できる可能性がある。
2 日常生活（家庭生活）について 夫と一緒に買い物へ行き、荷物を持って自宅まで帰ってくる。家事は夫が中心に行い、ゴミ捨て・洗濯物の取入れと畳み作業は自身の役割として行っている。	(本人) 出来ることは出来る限り行いたい。 (夫) 声かけ・指示が必要だが増えてきたと感じる。出来ることはお願している。	● 有 ○ 無 ○ 未 声かけをして見守ることで出来る役割がある。認知症の進行を遅やかにするためにも、家庭内での役割を維持することが大切である。
3 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 以前は市内の集まりやサロンに参加して、地域の人々と交流していたが、最近では参加することもなくなり、家族以外と関わる事が無くなってきている。	(本人) 転倒しないように自宅で安全に安心して生活したい。自分の体調に合わせ、無理のない範囲で自分のできることをこれから頑張りたい。	● 有 ○ 無 ○ 未 物忘れの自覚があり、人に迷惑をかけたくないとの思いも強くある。出来ること/出来ないことの選択ができることにより、他にも貢献できる役割があるか、可能性を探ることが大切である。
4 健康管理について ○年勤に脳梗塞を発症し、右半身に軽度の痺痺の後遺症が残っている。再発防止のため栄養指導と運動療法を主治医から勧められており、定期的に散歩に出かけ体を動かすよう心掛けている。	(本人) 病気の悪化を予防し、夫婦での在宅生活を継続したい。 (夫) 健康に気を付けてこれから元気に生活を続けてもらいたい。	○ 有 ● 無 ○ 未
その他		○ 有 ● 無 ● 未



利用者 000070 インフォ 花子 管理日 令和07年08月02日

計画作成者、目標とする生活へ地域包括支援センター意見 アセスメント領域と現在の状況、総合的課題～目標、支援計画

アセスメント領域と現在の状況 総合的課題～目標、支援計画

<アセスメント領域と現在の状況>

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）
1 運動・移動について 歩幅が小さく、前傾姿勢で転倒不安がある。自宅から病院まで半時間かけて歩いている。	(夫) 脳梗塞を過去に発症しているため、歩き方が不安定なことが心配。	● 有 ○ 無 ○ 未 脳梗塞後遺症及び認知症の進行により独特の歩行を呈しているが、バランスや筋力アップを図ることにより、転倒リスクを軽減できる可能性がある。
2 日常生活（家庭生活）について 夫と一緒に買い物へ行き、荷物を持って自宅まで帰ってくる。家事は夫が中心に行い、ゴミ捨て・洗濯物の取入れと畳み作業は自身の役割として行っている。	(本人) 出来ることは出来る限り行いたい。 (夫) 声かけ・指示が必要だが増えてきたと感じる。出来ることはお願している。	● 有 ○ 無 ○ 未 声かけをして見守ることで出来る役割がある。認知症の進行を遅やかにするためにも、家庭内での役割を維持することが大切である。
3 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 以前は市内の集まりやサロンに参加して、地域の人々と交流していたが、最近では参加することもなくなり、家族以外と関わる事が無くなってきている。	(本人) 転倒しないように自宅で安全に安心して生活したい。自分の体調に合わせ、無理のない範囲で自分のできることをこれから頑張りたい。	● 有 ○ 無 ○ 未 物忘れの自覚があり、人に迷惑をかけたくないとの思いも強くある。出来ること/出来ないことの選択ができることにより、他にも貢献できる役割があるか、可能性を探ることが大切である。

マウスでスライダーを右に動かすと、この枠内の文字が大きくなり、左に動かすと小さくなります。
大きくすると隠れる文字も出てくるので、他の補助機能と併用してご活用ください。



POINT

【「総合的課題～目標、支援計画」タブでも使用できます】

介護予防サービス・支援計画書(A4) (ケアプランデータ連携対応)

F1-新規 F2-検索 F3-変更 F4-削除 F5-参照 F7-取込 F8-印刷 F9-登録 F10-終了

ケアプラン連携印刷 クラウドプラン同期 旧データ参照 (旧29年度版)

利用者 000070 インフォ 花子 管理日 令和07年08月01日 19 修正

計画作成者、目標とする生活～地域包括支援センター意見 アセスメント課題と現在の状況、総合的課題～目標、支援計画

アセスメント領域と現在の状況 総合的課題～目標、支援計画 全て表示

<総合的課題～目標> ※支援計画を入力するには支援計画の編集ボタンをクリックします

課題 No	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	転 行 る
1	最近では外出の機会が減少し、下肢筋力の低下が見られる。転倒の危険性が高まっており、運動機能の維	座位での運動：椅子に座った状態で膝を伸ばす、つま先を上げるなどの簡単な運動（各5～10回）	本人：介助がなくても1人で動けるようリハビリに通いたい。	転 行 る

<支援計画> 編集終了

課題 No	支援 No	目標についての支援の ポイント	本人 族の サー
1	1	無理なく継続できる運動を提案（疲労や痛みに配慮）	

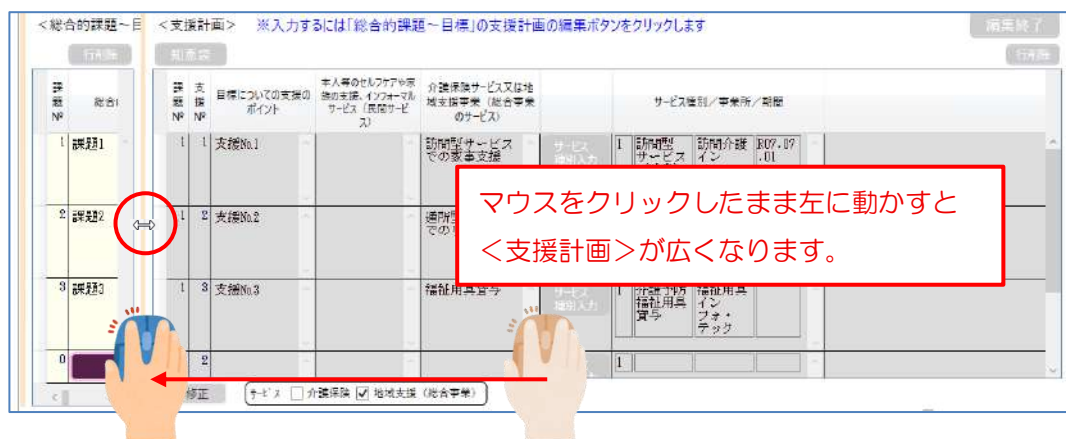
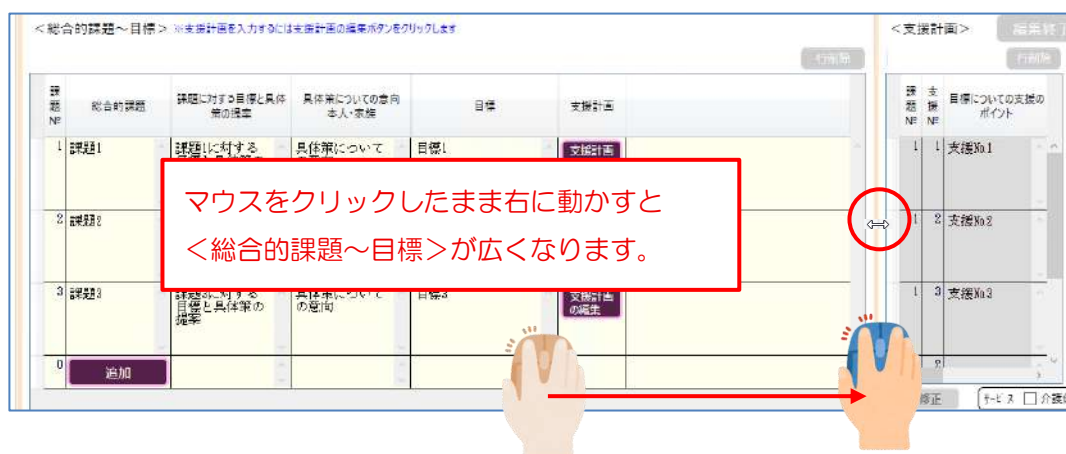
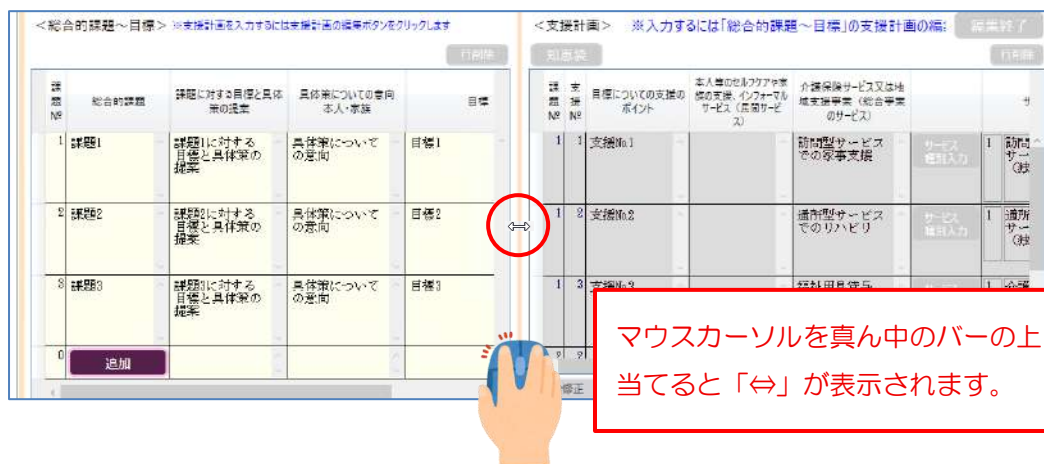
No修正 サービス 介護保険 ☒

100%

「総合的課題～目標、支援計画」タブ

表示領域の変更

＜総合的課題～目標＞と＜支援計画＞の間のバーを動かして、＜総合的課題～目標＞を広くしたり＜支援経過＞を広くしたりすることが出来ます。



2-3. その他の注意点と変更点

その他の注意点や変更点について説明します。

2-3-1. 課題整理総括票から取込時の注意点

F7 取込で課題整理総括表から介護予防計画書の取込を行った時は、取込後に「総合的課題～目標、支援計画」の見直しを行ってください。

「総合的課題～目標、支援計画」の見直し

課題整理総括表で作成した目標ごとに課題行と支援計画行が作成されます。総合的課題など取込後の入力力を行い、支援No.などの見直しが必要な場合は変更を行ってください。

（例）課題整理総括表で目標を3行作成した場合

⇒計画書へは「課題No.1-支援No.1」「課題No.2-支援No.1」「課題No.3-支援No.1」の3行が作成される
（課題整理総括表）（介護予防計画書）

総合的課題	目標	支援計画
1	目標①	支援No.1
2	目標②	支援No.2
3	目標③	支援No.3

取込



総合的課題	目標	支援計画
1	目標①	支援No.1
2	目標②	支援No.2
3	目標③	支援No.3

総合的課題	目標	支援計画
1	目標①	支援No.1
2	目標②	支援No.2
3	目標③	支援No.3

目標ごとに課題行と支援計画行が作成されます

2-3-2. 知恵袋の変更点について

知恵袋のボタンを提供時（入力した情報をアップロードする時）と取得時（情報をダウンロードする時）でボタンを分けました。

The screenshot shows the '知恵袋' (Wisdom Bag) interface. At the top, there are tabs for '知恵袋(提供)' and '知恵袋(取得)'. The '知恵袋(提供)' tab is selected and highlighted with a red box. Below the tabs, there is a table with columns for '支援計画' (Support Plan) and '知恵袋' (Wisdom Bag). The table contains several rows of data, including '支援計画' (Support Plan) and '知恵袋' (Wisdom Bag) details. The '知恵袋(提供)' button is highlighted in red.

情報提供時（入力した情報をアップロードする時）

The screenshot shows the '知恵袋' (Wisdom Bag) interface. At the top, there are tabs for '知恵袋(提供)' and '知恵袋(取得)'. The '知恵袋(提供)' tab is selected and highlighted with a red box. Below the tabs, there is a table with columns for '支援計画' (Support Plan) and '知恵袋' (Wisdom Bag). The table contains several rows of data, including '支援計画' (Support Plan) and '知恵袋' (Wisdom Bag) details. The '知恵袋(提供)' button is highlighted in red.

The screenshot shows the '知恵袋' (Wisdom Bag) interface. At the top, there are tabs for '知恵袋(提供)' and '知恵袋(取得)'. The '知恵袋(提供)' tab is selected and highlighted with a red box. Below the tabs, there is a table with columns for '支援計画' (Support Plan) and '知恵袋' (Wisdom Bag). The table contains several rows of data, including '支援計画' (Support Plan) and '知恵袋' (Wisdom Bag) details. The '知恵袋(提供)' button is highlighted in red.

① 支援計画メニューの編集画面でアップロードしたい行の項目をクリックします。

② 知恵袋（提供）をクリックします。



- ③ アップロード内容が表示されるので、**提供（アップロード）**をクリックします。



- ④ 知恵袋の画面が起動します。必要な条件入力を行って**配信**をクリックするとアップロード完了となります。

情報取得時（情報をダウンロードする時）



- ① 支援計画メニューの編集画面で情報取得したい行の項目をクリックします。



- ② **知恵袋（取得）**をクリックします。



- ③ 確認画面が表示されるので**取得（ダウンロード）**をクリックします。



- ④ 知恵袋のダウンロード画面が起動します。必要な条件入力をして**表示**をクリックします。



- ⑤ 取得したい情報の**詳細**から、**取得**をクリックして情報の取得を行います。



⑥ 取得内容の確認画面が表示されるので**確定**をクリックします。

⑦ 入力画面に情報が取得されます。必要な場合は編集を行ってください。

POINT

【「目標を取得する」について】

- 「目標を取得する」をチェックして進めると、知恵袋から目標も取得します。

→情報取得前に入力していた目標は上書きされます。

- 「目標を取得する」にチェックせずに進めると、目標は取得されません。

→情報取得前に入力していた目標が保持されます。

2-3-3. 印刷時の「要支援 1・要支援 2 地域支援事業」欄について

印刷時の「要支援 1・要支援 2・地域支援事業」欄は、入力した要介護状態区分に合わせてどちらか 1 箇所に○が付きます。要支援以外の場合は「地域支援事業」に○が付きます。



要介護状態区分	印刷時
要支援 1	要支援 1 に○が付きます。
要支援 2	要支援 2 に○が付きます。
上記以外	地域支援事業に○が付きます。

2-4. 旧様式(平成 29 年度版)の閲覧・複写

バージョンアップ前に旧様式（平成 29 年度版）で作成していた計画書は、旧様式参照（H29 年度版）ボタンから確認ができます。平成 29 年度版で新たに入力を行うことも可能です。平成 29 年度版で入力した内容をケアプランデータ連携対応版で閲覧するためには複写が必要です。

■ 平成 29 年度版の確認方法

旧様式参照（H29 年度版）をクリックすると平成 29 年度版の画面が表示されます。今まで通りの方法で入力・印刷・新規作成も行えます。

The screenshot shows the top part of the software interface. At the top right, there is a button labeled '旧様式参照 (H29年度版)' (Old Style Reference (H29 Fiscal Year)), which is circled in red. Below this button is a '修正' (Edit) button. The interface includes various tabs like 'F1-新規', 'F2-検索', etc., and a main area with fields for user ID, plan type, and other details.

The screenshot shows the full 'Old Style Reference (H29 Fiscal Year)' screen. It displays various fields for plan details, including user ID, plan type, and a table for plan content. The table has columns for 'Assessment and Plan' and 'Plan Content'. The plan content is divided into two main sections: 'Assessment and Plan' and 'Plan Content'. The 'Assessment and Plan' section includes a table with columns for 'Assessment and Plan' and 'Plan Content'. The 'Plan Content' section includes a table with columns for 'Assessment and Plan' and 'Plan Content'. The table has columns for 'Assessment and Plan' and 'Plan Content'. The plan content is divided into two main sections: 'Assessment and Plan' and 'Plan Content'. The 'Assessment and Plan' section includes a table with columns for 'Assessment and Plan' and 'Plan Content'. The 'Plan Content' section includes a table with columns for 'Assessment and Plan' and 'Plan Content'.

POINT

【ケアプランデータ連携版と平成 29 年度版を同時に開くことができます】

旧様式参照（H29 年度版）を使用すれば、ケアプランデータ連携版と平成 29 年度版を同時に開くことができ、内容の照合などを行うことができます。

※同時に開いている間、ケアプランデータ連携版の操作はできませんが、平成 29 年度版は操作が出来ます。

■ 平成 29 年度版からケアプランデータ連携対応版への複写

平成 29 年度版からケアプランデータ連携版への複写方法を説明します。

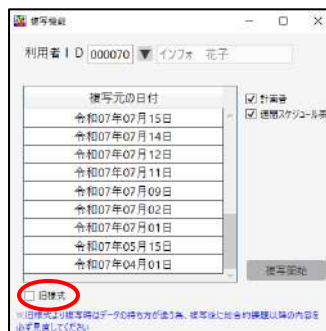
＜複写の手順＞



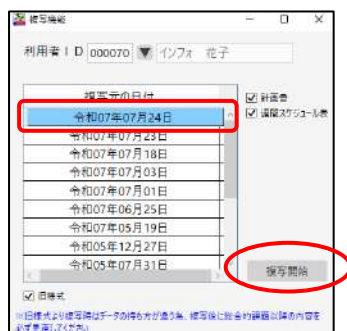
- ① ケアプランデータ連携版で作成する管理日を設定します。



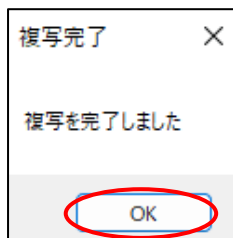
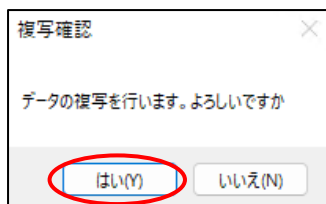
- ② **F3 複写** をクリックします。



- ③ 複写機能画面が表示されるので旧様式にチェックを付けます。



- ④ 旧様式で作成した計画書の一覧が表示されるので、複写したい管理日を選択して**複写開始**をクリックします。



⑤ 確認画面が表示されます。**はい(Y)**をクリックします。

⑥ 完了画面が表示されます。**はい(Y)**をクリックします。

⑦ ケアプランデータ連携版への複写が完了しました。**F9 登録**をクリックして登録します。

<注意！>平成 29 年度版から複写後は必ず見直しを行ってください

平成 29 年度版ではデータの管理方法が異なるため、＜総合的課題～目標＞の見直しを必ず行ってください。平成 29 年度版では「総合的課題」「課題に対する目標および具体策の提案」「本人・家族による具体策への意欲」各欄に課題ごとの区切りが設けられていないため、複数の課題など入力した場合でも、すべての内容が「課題No.1」行に複写・反映されます。また、課題行と支援計画行は旧様式で作成していた目標の数に合わせて作成されます。複写後は、課題などの内容をコピー＆ペーストして新たな課題行に入力するなどの見直しを行ってください。

（例）旧様式で「総合的課題」～「具体策についての意向 本人・家族」をそれぞれ複数作成し、目標は 2 行作成していた場合



（総合的課題～目標）

（支援計画）

< 支援計画 > ※入力するには「総合的課題～目標」の支援計画の編集ボタンをクリックします

編集終了 行削除

課題 No.	支援 No.	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（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 種類/入力	サービス 種類	サービス 内容	サービス 開始/終了 期間
1	1	無理なく継続 できる運動を 提案（疲労や 痛みを配慮）		地域支援事業	サービス 種類/入力	1	通所型 サービス （独自）	通所介護 イン フォ メー ション パック R07.07 ～ R07.12 .31
2	1	初期は介護者 が付き添い、 安心して動作 できる環境を 整える		地域支援事業	サービス 種類/入力	1	訪問型 サービス （独自）	訪問介護 イン フォ メー ション パック R07.07 ～ R07.12 .31

複製により作成された課題行に合わせて支援計画行
が作成されます（この例では 2 行できます）

NO修正 サービス ☐ 介護保険 ☐ 地域支援（総合事業）

2-5. クラウドプランの変更点

（クラウドプランをご契約いただいているユーザー様向けのご案内です）

クラウドプランの介護予防計画書についても、介五郎のケアプランデータ連携対応版に合わせた様式・レイアウトに変更しました。

各メニュー画像（変更部分抜粋）

（計画書選択画面）

（計画書一覧）

（介護予防計画書メニュー）

（基本情報）

（基本情報）

（アセスメント領域状態・課題）

（総合的課題～目標）

（支援計画）

（支援計画（サービス種別））

注意！

【平成 29 年度版で作成した計画書の確認方法】

平成 29 年度版で作成した計画書は、計画書一覧画面の「旧計画書を開く」メニューから確認することができます。今後、介五郎の平成 29 年度版で同期を行った場合も「旧計画書を開く」からメニューを開く必要があります。また、平成 29 年度版⇄ケアプランデータ連携対応版間の「前回より取得」機能は使用できません。

（計画書一覧画面）

（旧 計画書一覧画面）

平成 29 年度版⇄ケアプランデータ連携対応版間での前回より取得機能は使用できません。

The screenshot shows the 'シナガール' app interface. At the top right, there is a red button labeled '前回より取得' (Get from previous version). Below it, there are sections for '■基本情報' (Basic Information), '計画種類' (Plan Type) with radio buttons for '0 未設定' (Selected), '1 介護予防支援', and '2 介護予防ケアマネジメント'. There is also a section for '委託の有無' (Whether to entrust) with radio buttons for '0 未設定' (Selected), '1 依頼', and '2 委託'. A '結果等記録票として使用' (Use as result record sheet) checkbox is present. At the bottom, there is a '要介護度' (Degree of need for nursing care) section with radio buttons for '0 未設定' (Selected), '1 要介護1', and '2 要介護2'.

注意！

【クラウドプランでは課題No.・支援計画No.・利用サービスNo.は連動されません】

クラウドプランの介護予防計画書では課題と支援計画の入力は介五郎のように連動せず、各No.を手入力する必要があります。No.が誤っていた場合は手動でNo.を修正するか、介五郎へ同期後に修正を行ってください。介五郎での修正方法は P.48「2-2-4-3. 支援計画での課題No.、支援計画No.、利用サービスNo.の変更方法」をご確認ください。

（総合的課題～目標）

The screenshot shows the '計画書配信情報' (Plan Distribution Information) screen. The '総合的課題～目標' (Overall Topic ~ Goal) section is highlighted with a red box. It contains a table with columns for '総合的課題' (Overall Topic) and '目標' (Goal). The table has two rows, both with empty cells for input.

（支援計画）

The screenshot shows the '支援計画' (Support Plan) screen. The '課題No.' (Topic No.) and '支援計画No.' (Support Plan No.) columns are highlighted with a red box. The table has two rows, both with empty cells for input.

（支援計画（サービス種別））

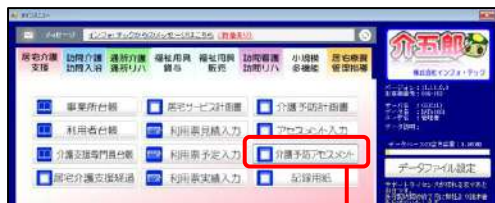
The screenshot shows the '支援計画（サービス種別）' (Support Plan (Service Type)) screen. The '課題No.' (Topic No.), '支援計画No.' (Support Plan No.), and '利用サービスNo.' (Utilization Service No.) columns are highlighted with a red box. The table has two rows, both with empty cells for input.

課題No.、支援計画No.、利用サービスNo.は課題と連動しないため、手入力が必要です

3. 利用者基本情報の変更

ケアプランデータ連携標準仕様 V4 に合わせて、利用者基本情報の項目追加、一部入力方法の変更を行いました。印刷時の様式変更はありません。

【主な変更点】



（介護予防アセスメントメニューに「計画種類」「委託の有無」欄の追加）

（「同意日」・「同意者氏名」欄の追加）

（「時間、本人、介護者・家族」の入力方法変更）

3-1. 「時間」「本人」「介護者・家族」欄の変更

ケアプランデータ連携に仕様に合わせて、【介護予防に関する事項】タブの「時間」「本人」「家族者・家族」の入力形式をグリッド式に変更しました。ケアプランデータ連携対応となる管理日が令和 7 年 4 月 1 日以降分はこの形式に変更されます。令和 7 年 3 月 31 日まで分は今までの形式で表示します。印刷時は令和 7 年 4 月 1 日以降も変更はありません。

（バージョンアップ前）

（バージョンアップ後）

※管理日が令和 07 年 04 月 01 日分より適用

Before version screenshot showing the '介護予防に関する事項' tab. The table for '時間' (Time), '本人' (Person), and '介護者・家族' (Caregiver/Family) is highlighted with a red box.

After version screenshot showing the '介護予防に関する事項' tab. The table for '時間' (Time), '本人' (Person), and '介護者・家族' (Caregiver/Family) is highlighted with a red box.

（印刷プレビュー）

利用者基本情報

利用者: インフォ 花子 様

《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

友人・地域との関係

印刷時の変更はありません

POINT

【行数・入力可能文字数について】

- 各列とも 11 行入力可能です。行の追加はできません。
- 1 セルあたりの入力可能文字数は「時間」は全角 7 文字、「本人」「介護者・家族」は全角 8 文字となります。

時間	本人	介護者・家族
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8

11 行

注意点

バージョンアップ前に令和 7 年 4 月 1 日以降分を作成済だった場合、令和 7 年 4 月 1 日以前から複写した場合の注意点について説明します。

① バージョンアップ前に令和 7 年 4 月 1 日以降分を作成済だった場合

バージョンアップ後、新旧の選択画面が表示されて新は空白状態です。旧を新へ反映をクリックして新への反映を行ってください。旧のみに情報がある場合、印刷時に印字されずケアプランデータ連携の情報にも含むことができません。

① 新項目/旧項目の切り替えができる状態となり、新項目は空白状態です。

（新を選択時）

（旧を選択時）

時間	本人	介護者・家族

時間	本人	介護者・家族
6:50	起床	起床
7:00	朝食	朝食



② 新項目画面で旧を新へ反映をクリックすると旧の内容が新に反映されます。

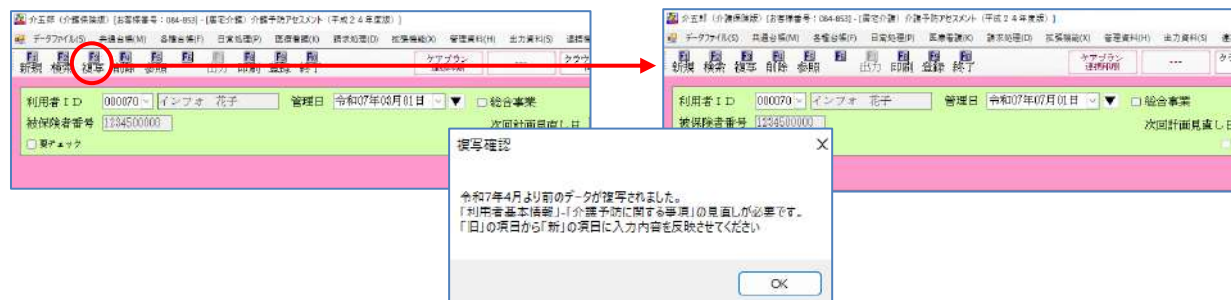
時間	本人	介護者・家族
6:50	起床	起床
7:00	朝食	朝食

旧を新へ反映をクリックすると
旧の内容が反映されます

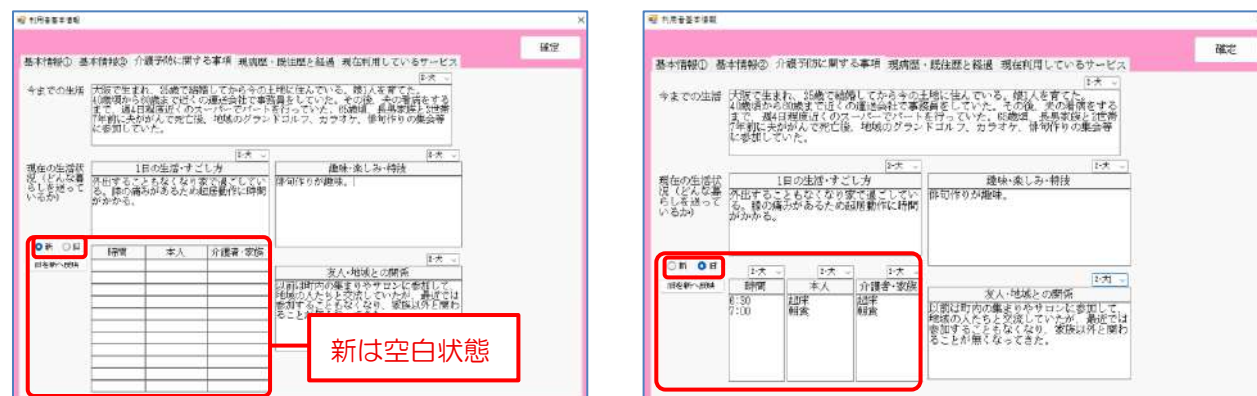
② 令和 7 年 3 月 31 日以前から令和 7 年 4 月 1 日以降に複写した場合

令和 7 年 3 月 31 日以前分から令和 7 年 4 月 1 日以降に介護予防アセスメントの複写を行った時は、複写後に新項目への反映作業が必要です。複写時にメッセージが表示されます。

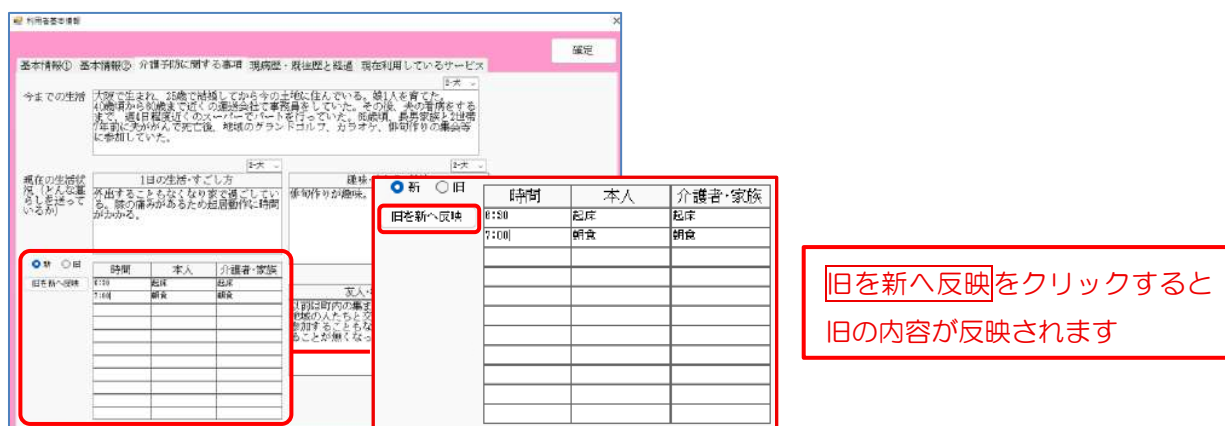
- ① 令和 7 年 3 月 31 日以前分から令和 7 年 4 月 1 日以降に複写すると、見直しを求める画面が表示されて複写されます。



- ② 新項目/旧項目の切り替えができる状態となり、新項目は空白状態です。
(新を選択時) (旧を選択時)



- ③ 新項目画面で旧を新へ反映をクリックすると旧の内容が新に反映されます。



注意！

【旧で入力している空白行について】

旧で入力している空白行は新でも空白の1行として作成されます。旧の文字サイズ「小」の時の表示に合わせて新へ反映されます。

The screenshots illustrate the data reflection process. The left window shows the 'Old' (旧) view with a table containing activity data. The right window shows the 'New' (新) view, where the data from the 'Old' view has been reflected. A red box highlights the '旧を新へ反映' (Reflect Old to New) button in the right window.

POINT

【旧から新へ反映させた後について】

旧を新へ反映で旧内容を反映させた後も、新旧両方の情報が残ります。不要な場合は旧項目に切り替えて情報をクリアすると、新旧の切り替え画面は表示されなくなります。

The screenshot shows the 'Old' (旧) view of the software interface. A red box highlights the '旧を新へ反映' (Reflect Old to New) button. A red double-headed arrow indicates the transition between the 'Old' and 'New' views.



次ページへ続きます

3-2. 「計画種類」「委託の有無」欄の追加

ケアプランデータ連携標準仕様 V4 に合わせて、介護予防アセスメントのトップ画面に「計画種類」「委託の有無」の項目を追加しました。

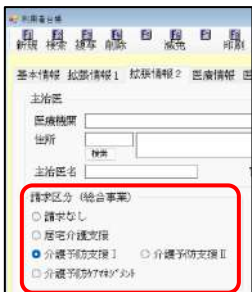
POINT

【印刷時は介護予防アセスメントに反映されません】

ケアプランデータ連携での送受信時においてのみ必須となります。印刷時には反映されません。

（介護予防アセスメント）

設定項目（追加項目のみ）

項目名	説明
計画種類	計画書の種類を選択します。 ※未設定の場合、ケアプランデータ連携の CSV ファイル作成時にエラーが発生します。 利用者台帳の拡張情報 2 の登録内容によって、既定値が設定されます。  ・介護予防支援 I、II の場合：介護予防支援 ・ケアマネジメント（AF）の場合：介護予防ケアマネジメント ・上記以外の場合：未設定

委託の有無

委託の有無を選択します。

自前：自社ケアプラン事業所が介護予防支援の指定を受けており、地域包括支援センターからの委託を受けない場合

委託：地域包括支援センターからの委託を受けている場合

利用者台帳の居宅介護支援事業所の登録内容によって、既定値が設定されます。

居宅介護支援事業者	111111	地域包括インフォ・テック
委託事業所(予防)	999990	インフォ・テックケアプランセン
届出年月日		令和03年01月01日

- ・地域包括支援センターの場合：委託
- ・自社（自社が介護予防支援の指定を受けている）の場合：自社
- ・上記以外の場合：未設定

注意！

【未設定で登録した場合】

未設定のまま登録すると入力エラーが表示されます。ケアプランデータ連携を未使用時など、そのままよい場合は「はい」で進むと登録に進めます。

入力エラー

計画種類、委託の有無の入力がありません。登録を続けますか

はい(Y)

いいえ(N)

3-3. 「同意日」「同意者氏名」欄の追加

ケアプランデータ連携標準仕様 V4 に合わせて、利用者基本情報の【現在利用しているサービス】タブに「同意日」「同意者氏名」の項目を追加しました。

POINT

【印刷時は介護予防アセスメントに反映されません】

ケアプランデータ連携での送受信時においてのみ必須となります。印刷時には反映されません。

（利用者基本情報 | 現在利用しているサービス）

項目名	説明
同意日	利用者の同意日を入力します。
同意者氏名	同意者の氏名を入力します。

3-4. クラウドプランの変更

（クラウドプランをご契約いただいているユーザー様向けのご案内です）

クラウドプランの利用者基本情報についても、今回の介五郎に合わせた変更を行いました。

各メニュー画像

（計画書選択画面）

計画書選択

動作確認リスト

インフォ 編集 削除

居宅サービス計画書

担当者会議資料

介護予防計画書（ケアプランデータ連携対応版）

新居宅サービス計画ガイドライン（平成30年版版）

介護予防アセスメント

（介護予防アセスメント）

介護予防アセスメント

1. チェックシート（介護）

2. 基本チェックリスト（介護・総合）

3. 興味・関心チェックシート（総合）

4. 利用者基本情報（介護・総合）

5. アセスメントシート（介護）

（利用者基本情報）

介護予防アセスメント

1. チェックシート（介護）

2. 基本チェックリスト（介護・総合）

3. 興味・関心チェックシート（総合）

4. 利用者基本情報（介護・総合）

5. アセスメントシート（介護）

（利用者基本情報）

介護予防アセスメント

1. チェックシート（介護）

2. 基本チェックリスト（介護・総合）

3. 興味・関心チェックシート（総合）

4. 利用者基本情報（介護・総合）

5. アセスメントシート（介護）

4. 居宅介護支援事業所のインポート、エクスポート

【対象システム：居宅介護支援】

本章では介護予防計画書・利用者基本情報のサービス事業所への CSV ファイルのエクスポート、地域包括支援からの CSV ファイルのインポート方法について説明します。

介五郎におけるケアプランデータ連携システム関連の他の基本操作、注意事項などについては、下記マニュアルをご覧ください。令和 7 年 6 月時点の情報でケアプラン事業所編、サービス事業所編の 2 種類用意しております。

ケアプランデータ連携操作マニュアル ケアプラン事業所編（令和 7 年 6 月版）

https://www.info-tec.app/update/manual/250612_manual_cpdata_cp.pdf

ケアプランデータ連携操作マニュアル サービス事業所編（令和 7 年 6 月版）

https://www.info-tec.app/update/manual/250607_manual_cpdata_sv.pdf

4-1. サービス事業所へのエクスポート

サービス事業所への介護予防計画書・利用者基本情報の CSV ファイルのエクスポート方法を説明します。

4-1-1. 介護予防計画書のエクスポート

介護予防計画書を CSV ファイルにエクスポート（出力）する手順を説明します。エクスポートした CSV はケアプランデータ連携システムにアップロードすることでサービス事業所に送信することができます。

介五郎で行う操作

介護予防計画書を作成

計画書を CSV ファイル
としてエクスポート

ケアプラン連携クライアントソフト

ケアプラン連携システムで
CSV ファイルをアップロード

注意！

【事前に対象の利用者の利用票予定を作成しておく必要があります】

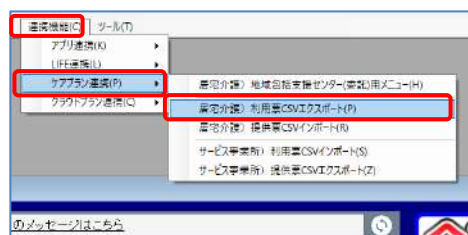
介護予防計画書の送信対象は、利用票予定入力で入力したサービス事業所のみにになります。このため、エクスポートを行う前に送信対象の事業所を含む利用票予定入力を作成しておく必要があります。介護予防計画書を作成済みでも、利用票が未作成の場合は名前が表示されませんのでご注意ください。

＜利用票予定入力＞

＜予防計画書 CSV エクスポート＞

利用票を作成しないと計画書をエクスポートできない

<介護予防計画書のエクスポート手順>



- ① 画面上部メニューバーの「連携機能(C)」－「ケアプラン連携(P)」－「居宅介護 利用票 CSV エクスポート (P)」をクリックします。



- ② 送信元の事業所番号（＝自社）を選択し、「 予防計画書 CSV 作成 」をクリックします。

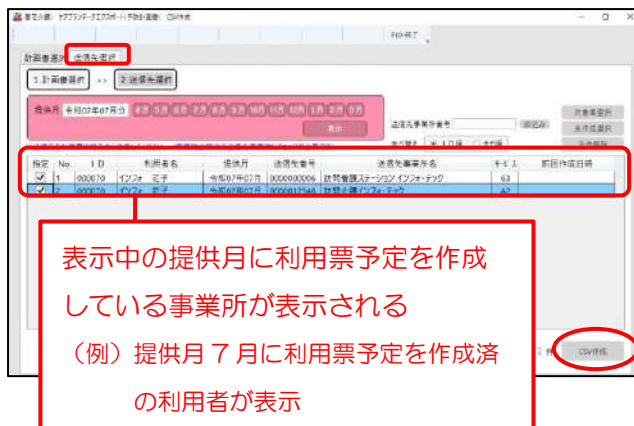


- ③ 管理日の期間指定と、必要の場合は計画作成者の指定を行って「表示」をクリックします。

※ 管理日は、操作日の2ヶ月前の1日～当月の末日が既定値で選択されます。

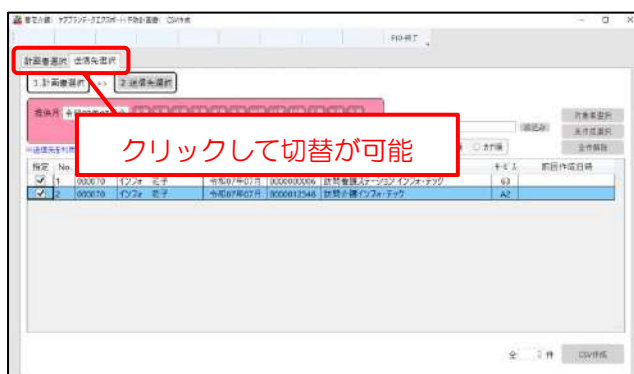


- ④ 指定した期間、担当者に該当する計画書が表示されます。作成したい計画書の利用者を選択して「次へ」をクリックします。

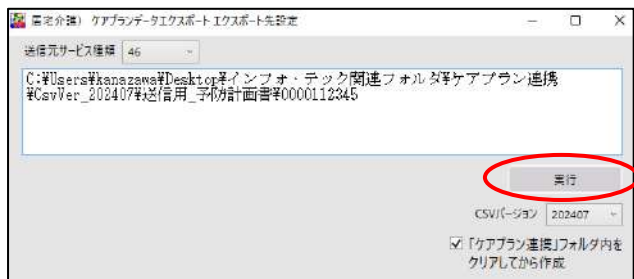


- ⑤ 送信先選択画面が表示されます。該当の提供月に利用票予定入力を作成済の送信先事業所が表示されます。送信したい事業所を選択して **CSV作成** をクリックします。

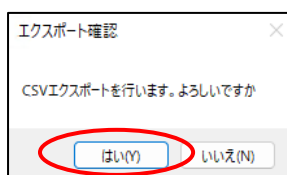
※ 利用票の提供月を切り替える時は、提供月を選択して **表示** をクリックして切り替えます。



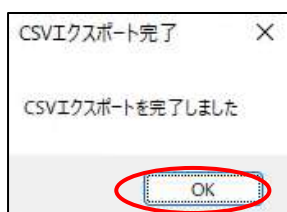
※ 計画書選択画面と送信先選択画面はタブをクリックしての切り替えもできます。送信先選択画面まで進んで、利用者の選び直しをしたい場合などに活用してください。



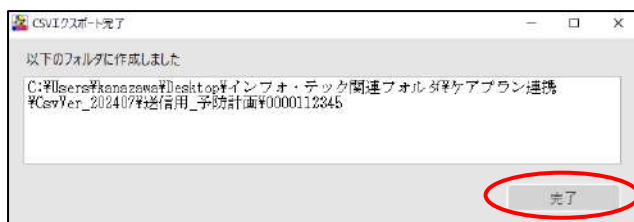
- ⑥ エクスポート先設定画面が表示されます。 **実行** をクリックします。



- ⑦ 確認画面が表示されます。 **はい(Y)** をクリックします。



- ⑧ 完了画面が表示されます。 **OK** をクリックします。

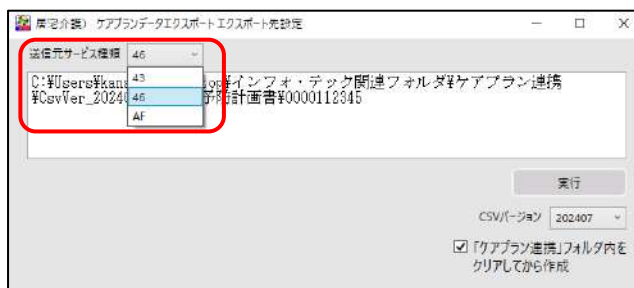


- ⑨ CSV エクスポート完了画面が表示されます。完了をクリックして画面を閉じます。
以上でファイルのエクスポートが完了しました。

POINT

【送信元サービス種類について】

自社のサービス種類を表します。エクスポート時の既定値は「46（介護予防支援）」ですが、「43（居宅介護支援）」や「AF（予防ケアマネジメント）」でエクスポートが必要な場合は切り替えてから実行をクリックしてください。

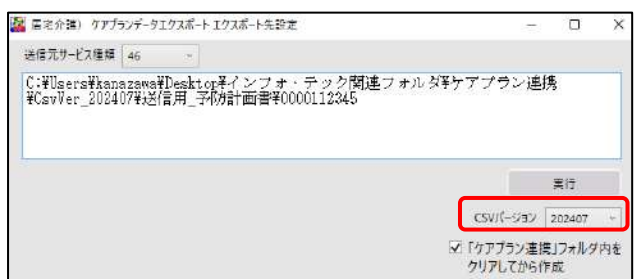


POINT

【エクスポート時の CSV ファイルバージョンについて】

実行ボタンの下部数字は、作成する CSV ファイルのバージョンを表します。

現時点では最新バージョンの「202407」が既定値です。予防計画書のデータは「202407」で作成する必要がありますので変更はできません。



エクスポートした予防計画書 CSV ファイルの保存先について

エクスポートしたファイルは、インフォ・テック関連フォルダ内の「送信用_予防計画」フォルダに保存されます。最下層は「_SendAll」フォルダと各サービス事業所の事業所番号のフォルダが作成されます。

「_SendAll」フォルダには出力した全ての CSV ファイルが保存されるので、「_SendAll」フォルダ内の CSV をまとめて送信していただければ、一括で処理できます。

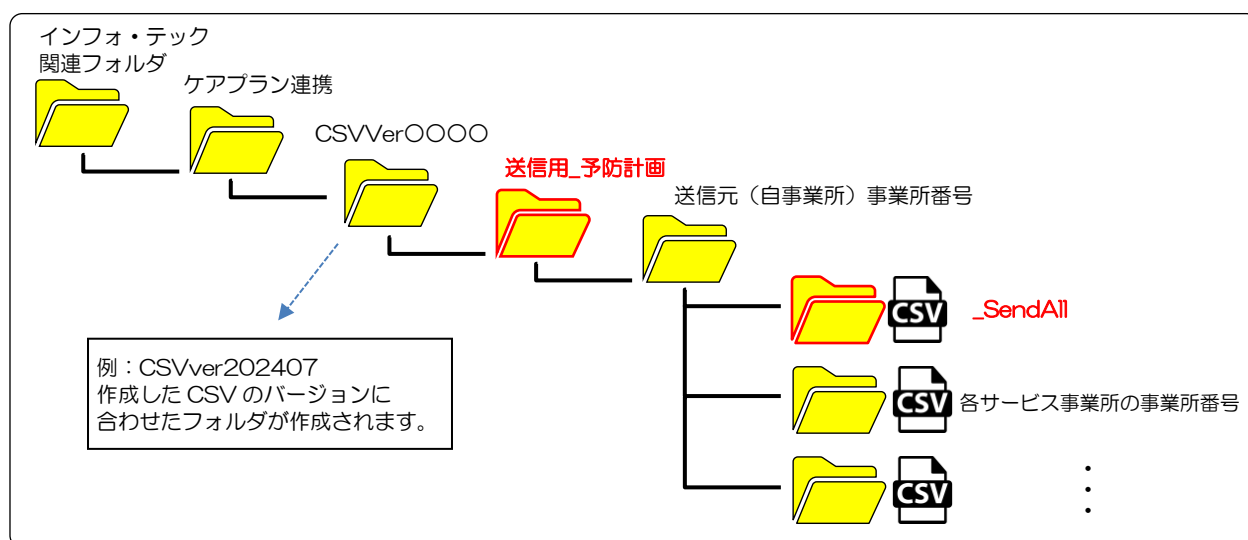
【フォルダの振り分け方】

①「_SendAll」フォルダ

→作成時した全ての CSV が保存されます。一括送信する場合はこのフォルダを使用してください。

②名前が送信先（サービス事業所）の事業所番号のフォルダ

→その事業所あての CSV だけが保存されます。1 事業所ごとに個別に送信したい場合などに使用してください。

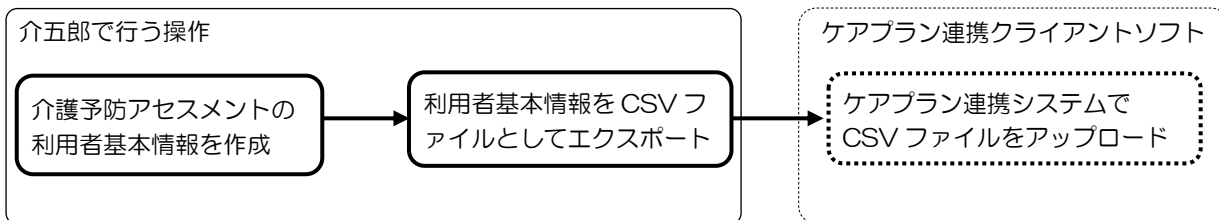


フォルダに保存される CSV ファイル

■介護予防サービス・支援計画書	内容	介護予防計画書データ
UPYOBO_送信元の事業所番号(10 桁)_送信元のサービス種類コード(2 桁)_送信先の事業所番号(10 桁)_送信先のサービス種類コード(2 桁)_YYYYMMDDHHMMSS (14 桁).CSV		

4-1-2. 利用者基本情報のエクスポート

利用者基本情報を CSV ファイルにエクスポート（出力）する手順を説明します。エクスポートした CSV はケアプランデータ連携システムにアップロードすることでサービス事業所に送信することができます。



注意！

【介護予防計画書はケアプランデータ連携対応版で作成してください】
 介護予防計画書はケアプランデータ連携対応版で作成する必要があります。

注意！

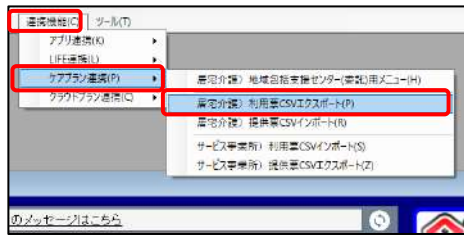
【事前に対象の利用者の利用票予定を作成しておく必要があります】
 利用者基本情報の送信対象は、利用票予定入力で入力したサービス事業所のみになります。このため、エクスポートを行う前に送信対象の事業所を含む利用票予定入力を作成しておく必要があります。利用者基本情報を作成済みでも、利用票が未作成の場合は名前が表示されませんのでご注意ください。

＜利用票予定入力＞

＜利用者基本情報 CSV エクスポート＞

利用票を作成しないと計画書をエクスポートできない

<利用者基本情報のエクスポート手順>



- ① 画面上部メニューバーの「連携機能(C)」-「ケアプラン連携(P)」-「居宅介護 利用票 CSV エクスポート (P)」をクリックします。



- ② 送信元の事業所番号（＝自社）を選択し、「予防計画書 CSV 作成」をクリックします。

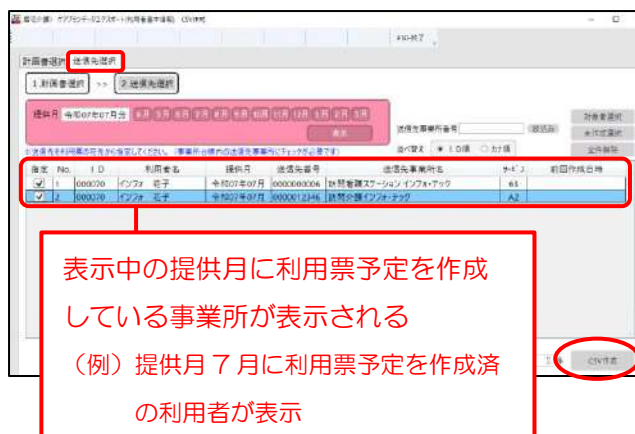


- ③ 管理日の期間指定を行い、**表示**をクリックします。

※ 管理日は、操作日の2ヶ月前の1日～当月の末日が既定値で選択されます。

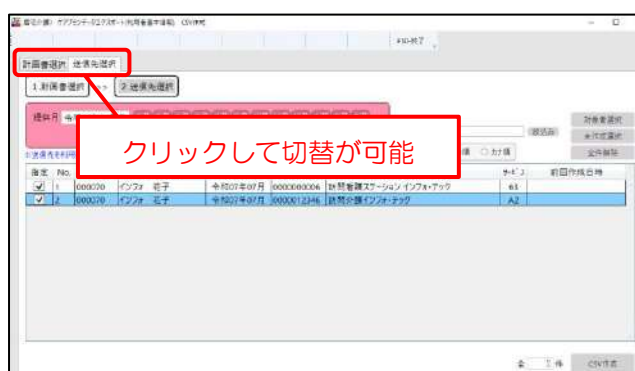


- ④ 指定した期間、担当者に該当する計画書が表示されます。作成したい計画書の利用者を選択して**次へ**をクリックします。

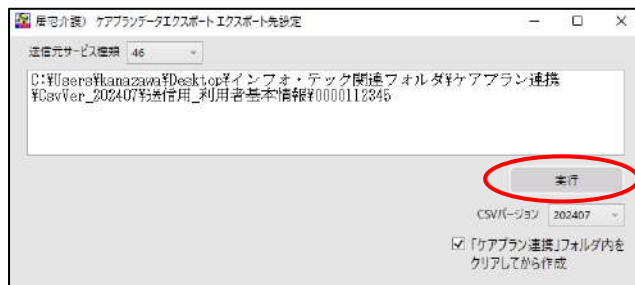


- ⑤ 送信先選択画面が表示されます。該当の提供月に利用票予定入力を作成済の送信先事業所が表示されます。送信したい事業所を選択して **CSV作成** をクリックします。

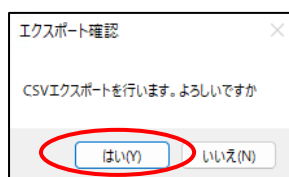
※ 利用票の提供月を切り替える時は、提供月を選択して **表示** をクリックして切り替えます。



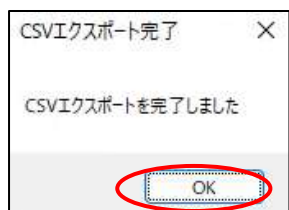
※ 計画書選択画面と送信先選択画面はタブをクリックしての切り替えもできます。送信先選択画面まで進んで、利用者の選び直しをしたい場合などに活用してください。



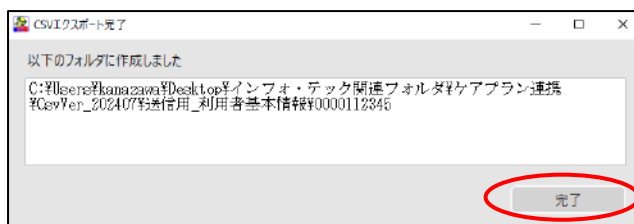
- ⑥ エクスポート先設定画面が表示されます。 **実行** をクリックします。



- ⑦ 確認画面が表示されます。 **はい(Y)** をクリックします。



- ⑧ 完了画面が表示されます。 **OK** をクリックします。

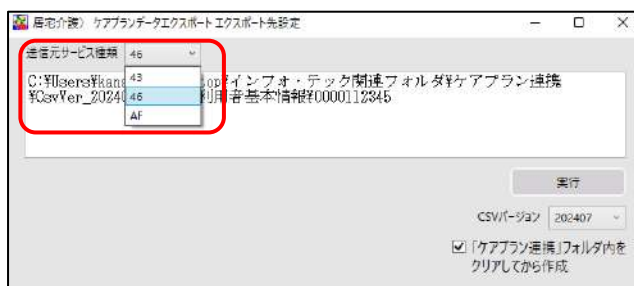


- ⑨ CSV エクスポート完了画面が表示されます。完了をクリックして画面を閉じます。
以上でファイルのエクスポートが完了しました。

POINT

【送信元サービス種類について】

自社のサービス種類を表します。エクスポート時の既定値は「46（介護予防支援）」ですが、「43（居宅介護支援）」や「AF（予防ケアマネジメント）」でエクスポートが必要な場合は切り替えてから実行をクリックしてください。

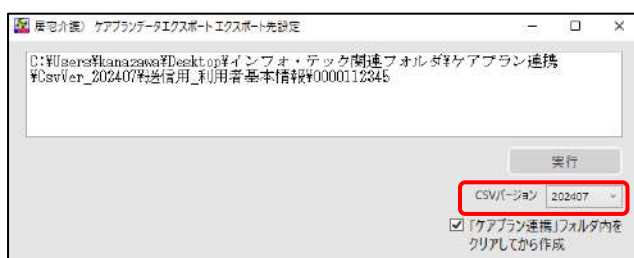


POINT

【エクスポート時の CSV ファイルバージョンについて】

実行ボタンの下部数字は、作成する CSV ファイルのバージョンを表します。

現時点では最新バージョンの「202407」が既定値です。予防計画書のデータは「202407」で作成する必要があるので変更はできません。



エクスポートした予防計画書 CSV ファイルの保存先について

エクスポートしたファイルは、インフォ・テック関連フォルダ内の「送信用_予防計画」フォルダに保存されます。最下層は「_SendAll」フォルダと各サービス事業所の事業所番号のフォルダが作成されます。

「_SendAll」フォルダには出力した全ての CSV ファイルが保存されるので、「_SendAll」フォルダ内の CSV をまとめて送信していただければ、一括で処理できます。

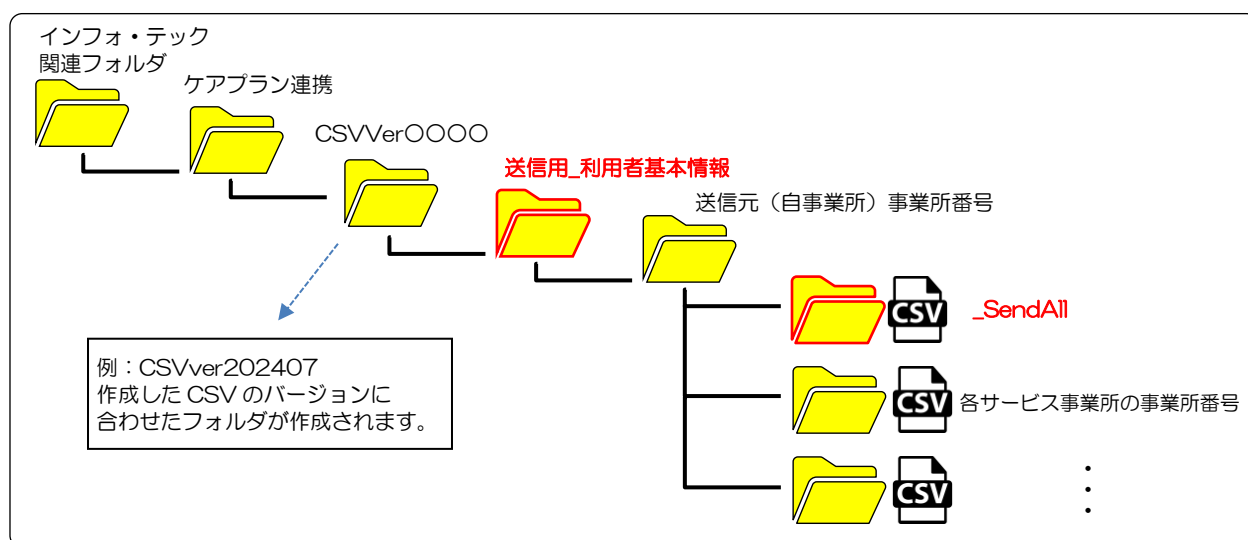
【フォルダの振り分け方】

①「_SendAll」フォルダ

→作成時した全ての CSV が保存されます。一括送信する場合はこのフォルダを使用してください。

②名前が送信先（各サービス事業所）の事業所番号のフォルダ

→その事業所あての CSV だけが保存されます。1 事業所ごとに個別に送信したい場合などに使用してください。



フォルダに保存される CSV ファイル

■利用者基本情報（別表 1）1 日の生活・すごし方(タイムスケジュール)	内容	利用者基本情報別表 1
UPKIHON_SUB1_送信元の事業所番号(10 桁)_送信元のサービス種類コード(2 桁)_送信先の事業所番号(10 桁)_送信先のサービス種類コード(2 桁)_YYYYMMDDHHMMSS(14 桁).CSV		
■利用者基本情報（別表 2）現病歴・既往歴	内容	利用者基本情報別表 2
UPKIHON_SUB2_送信元の事業所番号(10 桁)_送信元のサービス種類コード(2 桁)_送信先の事業所番号(10 桁)_送信先のサービス種類コード(2 桁)_YYYYMMDDHHMMSS(14 桁).CSV		

注意！

【「計画種類」と「委託の有無」は必ず設定してください】

利用者基本情報の「計画種類」と「委託の有無」が未設定の場合はエクスポート時にエラーが出ます。利用者基本情報で設定を行ってください。

（介護予防アセスメント | 利用者基本情報 | 現在利用しているサービス）

利用者 000070 インフォ 花子 管理日 令和07年07月11日

計画種類 ☒ 未設定 ☐ 介護予防支援 ☐ 介護予防ケアマネジメント 委託の有無 ☒ 未設定 ☐ 自前 ☐ 委託

地域包括支援センター 111111 地域包括ケアネットワーク 介護支援専門員 000003 ケアマネージャーA

要介護状態区分 13-要支援2 認定日 令和03年01月01日

初定有効期間 令和03年01月01日 ~ 令和06年12月31日 登録番号 000070

計画作成者氏名 センター担当者 担当者A 委託先支援専門員 ケアマネージャーA

計画作成(変更)日 令和07年08月01日 初回作成日 令和07年08月01日

目標とする生活



「計画種類」と「委託の有無」が未設定の場合、エクスポート時にエラー

エラー&警告リスト

【利用者ID：000070 利用者名：インフォ 花子】

エラー：【利用者基本情報（サブ1）】対応する利用者基本情報のCSVが作成されないでCSV作成を行いません。

エラー：【利用者基本情報（サブ2）】対応する利用者基本情報のCSVが作成されないでCSV作成を行いません。

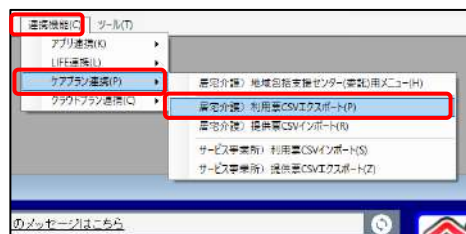
エラー：【利用者基本情報】必須項目に値が設定されていません。

（計画種類）、（委託の有無）

4-1-3. 履歴確認、取消 CSV 作成

エクスポートした利用者基本情報・介護予防計画書の履歴確認と、取消 CSV ファイルの作成方法について説明します。

<作成履歴の確認、取消 CSV ファイルの作成手順>



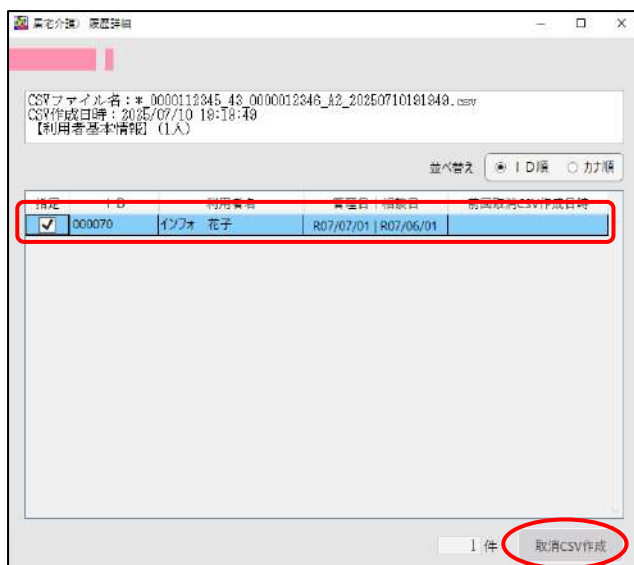
- ① 画面上部メニューバーの「連携機能(C)」→「ケアプラン連携(P)」→「居宅介護 利用票 CSV エクスポート (P)」をクリックします。



- ② 委託先の事業所番号(=自社)を選択し、「履歴 (取消 CSV 作成)」をクリックします。

CSV作成日時	CSVファイル名	連携先事業所名	1,2,3表	基本情報	予防計画	6,7表	案簿	
2025/7/10 19:19:43	0000112345_43_0000012346_A2_2_0250710191943.csv	協賛介護インフォ・テック		○				詳細
2025/7/10 18:25:55	0000112346_43_0000012346_A2_2_0250710182555.csv	協賛介護インフォ・テック			○			詳細
2025/6/5/27 19:07:14	0000112345_43_0000000019_76_2_0250527190714.csv	定額返却インフォ・テック		○				詳細
2025/6/5/27 19:07:14	0000112346_43_0000012346_11_2_0250527190714.csv	協賛介護インフォ・テック		○				詳細
2025/6/5/27 17:32:25	0119K_202505_0000112345_43_11111111_46_20250527173225.csv	他協賛介護インフォ・テック				●		詳細
2025/6/5/27 17:22:34	0119K_202505_0000112345_43_11111111_46_20250527172234.csv	他協賛介護インフォ・テック					○	詳細
2025/6/5/27 17:22:34	0119K_202505_0000112345_43_11111111_46_20250527172234.csv	他協賛介護インフォ・テック					○	詳細
2025/6/5/27 17:18:04	0119K_202505_0000112345_43_11111111_46_20250527171804.csv	他協賛介護インフォ・テック					○	詳細
2025/6/5/27 17:18:04	0119K_202505_0000112345_43_11111111_46_20250527171804.csv	他協賛介護インフォ・テック					○	詳細
2025/6/5/27 17:10:31	0119K_202505_0000112345_43_11111111_46_20250527171031.csv	他協賛介護インフォ・テック					○	詳細
2025/6/5/27 16:07:57	0000112345_43_0000000019_76_2_0250527160757.csv	定額返却インフォ・テック		○				詳細
2025/6/5/27 16:07:57	0000112346_43_0000012346_11_2_0250527160757.csv	協賛介護インフォ・テック		○				詳細
2025/6/5/27 12:06:33	0119K_202505_0000112345_43_0000012346_A2_20250527120633.csv	協賛介護インフォ・テック				○		詳細
2025/6/5/27 12:02:32	0119K_202505_0000112345_43_11111111_46_20250527120232.csv	他協賛介護インフォ・テック				○		詳細

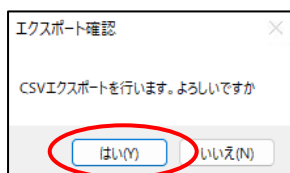
- ③ CSV ファイルの作成履歴を確認できます。取消 CSV ファイルを作成する場合は、取消したいファイルの「詳細」をクリックします。



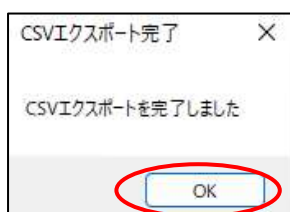
- ④ 履歴詳細画面が表示されます。取消したい分の指定欄にチェックを付けて取消 CSV 作成をクリックします。



- ⑤ 実行をクリックします。

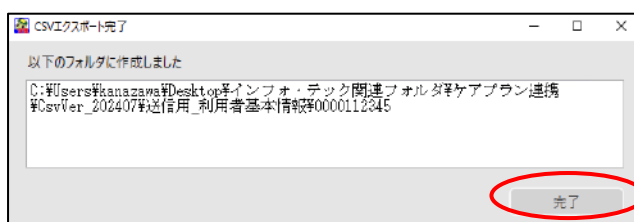


- ⑥ 確認画面が表示されます。はい(Y)をクリックします。



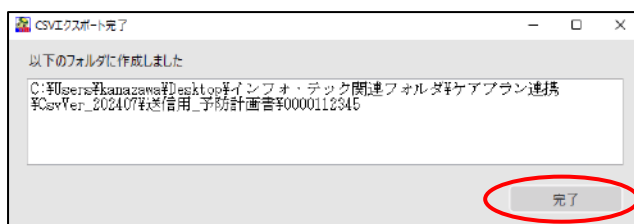
- ⑦ 完了画面が表示されます。はい(Y)をクリックします。

（利用者基本情報の場合）



- ⑧ CSV エクスポート完了画面が表示されるので、保存先を確認したら完了をクリックして画面を閉じます。以上でファイルのエクスポートが完了です。

（介護予防計画書の場合）



※ CSV作成履歴 (Ver.11.10.0.0)

CSV作成日時	CSVファイル名	連携先事業所名	4.2.5欄	基本情報	予防計画	6.7欄	実績	
2025/01/16 19:45:29	D:\TWOBO_0000112345_43_0000012345_A2_20250710194503.csv	訪問介護インフォ・テック			●			削除
2025/07/10 19:41:39	D:\TWOBO_0000112345_43_0000012345_A2_20250710194139.csv	訪問介護インフォ・テック		●				削除
2025/07/16 19:19:49	D:\TWOBO_0000112345_43_0000012346_A2_20250716191949.csv	訪問介護インフォ・テック		○				削除
2025/07/16 18:25:55	D:\TWOBO_0000112345_43_0000012346_A2_20250716182555.csv	訪問介護インフォ・テック			○			削除
2025/06/21 19:07:14	D:\TWOBO_0000112345_43_0000000919_76_20250621190714.csv	定数巡回インフォ・テック	○					削除
2025/06/22 19:07:14	D:\TWOBO_0000112345_43_0000012346_11_20250622190714.csv	訪問介護インフォ・テック	○					削除
2025/06/22 17:32:25	D:\TWOBO_0000112345_43_11111111_46_20250622173225.csv	地域包括インフォ・テック				●		削除
2025/06/22 17:22:34	D:\TWOBO_0000112345_43_11111111_46_20250622172234.csv	地域包括インフォ・テック				○		削除
2025/06/22 17:22:34	D:\TWOBO_0000112345_43_00000000_46_20250622172234.csv	地域包括インフォ・テック				○		削除
2025/06/22 17:19:04	D:\TWOBO_0000112345_43_11111111_46_20250622171904.csv	地域包括インフォ・テック			○			削除
2025/06/22 17:18:04	D:\TWOBO_0000112345_43_00000000_46_20250622171804.csv	地域包括インフォ・テック			○			削除
2025/06/22 17:16:03	D:\TWOBO_0000112345_43_11111111_46_20250622171603.csv	地域包括インフォ・テック			○			削除
2025/06/22 16:07:57	D:\TWOBO_0000112345_43_0000000919_76_20250622160757.csv	定数巡回インフォ・テック	○					削除
2025/06/22 16:07:57	D:\TWOBO_0000112345_43_0000012346_11_20250622160757.csv	訪問介護インフォ・テック	○					削除

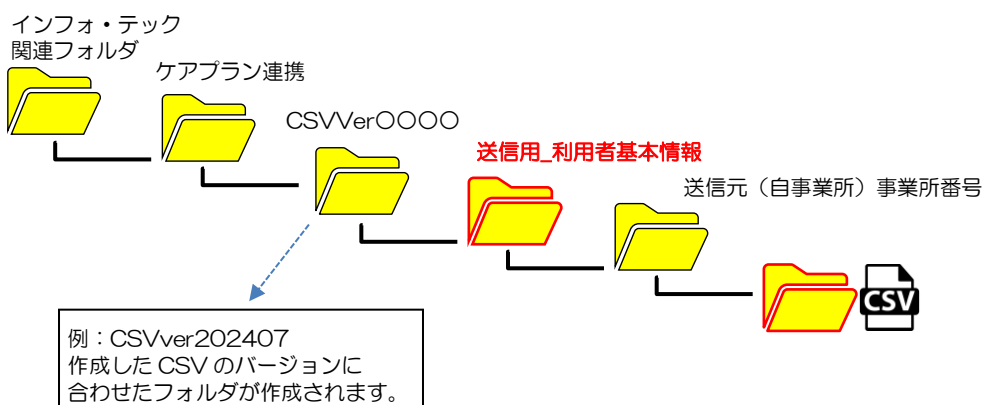
※ ○・・・通常CSVファイル ●・・・削除CSVファイル

※ 削除ファイルを作成した分は、作成履歴画面で「●」が表示されます。

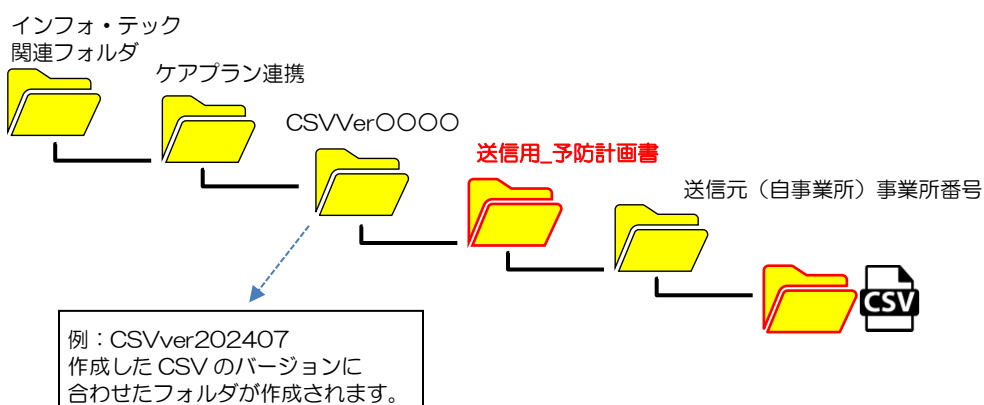
エクスポートした取消データの CSV ファイルについて

エクスポートしたファイルは、インフォ・テック関連フォルダ内の「送信用_利用者基本情報」または「送信用_予防計画書」フォルダに保存されます。最下層は取消の対象となるサービス事業所の事業所番号のフォルダが作成されます。

（利用者基本情報の場合）



（介護予防計画書の場合）



フォルダに保存される CSV ファイル

■介護予防サービス・支援計画書_削除	内容	介護予防計画書取消データ
各ファイルには送信先に対しての利用者全員のデータが含まれます。		
DLTYOBO_送信元の事業所番号(10 桁)_送信元のサービス種類コード(2 桁)_送信先の事業所番号(10 桁)_送信先のサービス種類コード(2 桁)_YYYYMMDDHHMMSS (14 桁).CSV		
■利用者基本情報_削除	内容	利用者基本情報取消データ
各ファイルには送信先に対しての利用者全員のデータが含まれます。		
DLTKIHON_送信元の事業所番号(10 桁)_送信元のサービス種類コード(2 桁)_送信先の事業所番号(10 桁)_送信先のサービス種類コード(2 桁)_YYYYMMDDHHMMSS (14 桁).CSV		

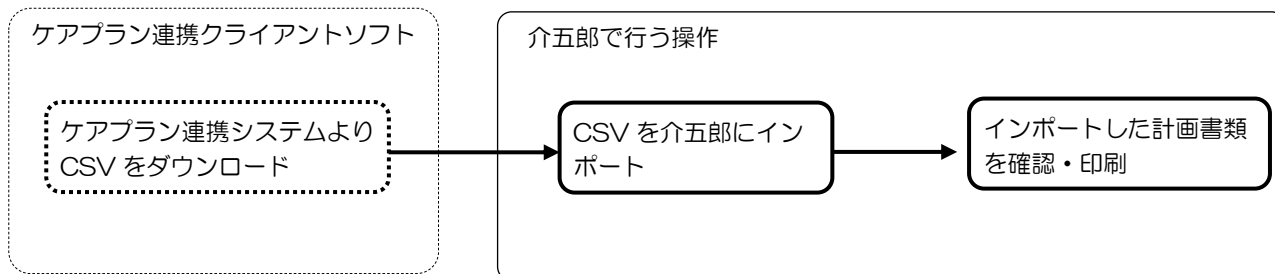
POINT

履歴画面は「1、2、3表」、「6、7表」、地域包括支援センター宛のエクスポート分との共有画面となります。

CSV作成日時	CSVファイル名	送付先事業所名	1,2,3表	基本情報	予防計画	6,7表	実績	
2025/07/10 19:43:03	DLTYOBO_0000112345_43_0000012346_A2_20250710194303.csv	訪問介護インフォ・テック			●			詳細
2025/07/10 19:41:39	DLTKIHON_0000112345_43_0000012346_A2_20250710194139.csv	訪問介護インフォ・テック		●				詳細
2025/07/10 19:19:49	*_0000112345_43_0000012346_A2_20250710191949.csv	訪問介護インフォ・テック		○				詳細
2025/07/10 18:25:55	*_0000112345_43_0000012346_A2_20250710182555.csv	訪問介護インフォ・テック			○			詳細
2025/05/27 19:07:14	*_0000112345_43_0000000019_76_20250527190714.csv	定額巡回インフォ・テック	○					詳細
2025/05/27 19:07:14	*_0000112345_43_0000012346_11_20250527190714.csv	訪問介護インフォ・テック	○					詳細
2025/05/27 17:32:25	DLTISK_202505_0000112345_43_1111111111_46_20250527173225.csv	地域包括支援インフォ・テック					●	詳細

4-2. 地域包括支援センターからのインポート

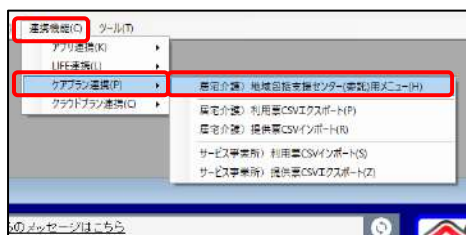
地域包括支援センターから自社（居宅介護支援事業所）宛の介護予防計画書・利用者基本情報のインポート方法を説明します。インポートした計画書等は閲覧・印刷することができます、



4-2-1. 利用者基本情報/介護予防計画書のインポート

<インポート手順>

（例）介護予防計画書を例に説明します。利用者基本情報も手順は同じです。



- ① 画面上部メニューバーの「連携機能(C)」→「ケアプラン連携(P)」→「居宅介護/地域包括支援センター(委託)用メニュー(H)」をクリックします。



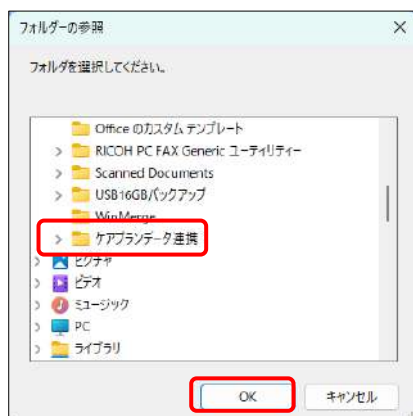
- ② 委託先事業所番号（＝自社）を選択し、**インポート**をクリックします。



- ③ 利用者基本情報か介護予防計画書かを選択して **CSV インポート** をクリックします。



- ④ CSV インポート画面が表示されます。**参照** をクリックします。

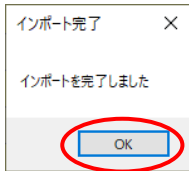
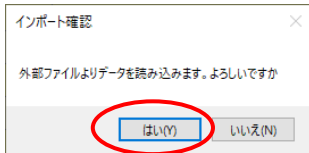


- ⑤ サービス事業所が作成した CSV ファイルを保存したフォルダを選択し、**OK** をクリックします。

※左記画像は例です。実際は国保中央会ケアプラン連携システムからダウンロード保存した場所を指定してください。



- ⑥ エラー等がないか確認し、インポートするファイルを選択してから **インポート開始** をクリックします。



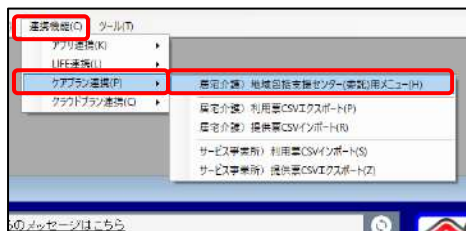
⑦ 確認画面が表示されます。**はい(Y)**をクリックします。

⑧ 完了画面が表示されます。**OK**をクリックしてください。
以上でインポートが完了しました。

4-2-2. インポートした介護予防計画書・利用者基本情報の閲覧・印刷

<確認・印刷手順>

（例）介護予防計画書を例に説明します。利用者基本情報も手順は同じです。



- ① 画面上部メニューバーの「連携機能(C)」－「ケアプラン連携(P)」－「居宅介護) 地域包括支援センター(委託)用メニュー(H)」をクリックします。



- ② 閲覧する帳票とインポート月を選択します。

※ ▼をクリックすると、インポート済みの対象年月が下に表示されます。



- ③ 送信元事業所番号を選択すると、実績がインポートされた利用者がリストに表示されます。



- 各利用者の印刷をクリックすると、インポートした帳票の印刷プレビュー画面を開きます。（詳細は次項）

POINT

【計画書、介護予防支援アセスメント画面からも印刷できます】

介護予防計画書は介護予防計画書メニュー、利用者基本情報は介護予防アセスメントメニューからも印刷が出来ます。

（介護予防計画書）

（介護予防アセスメント）

① ケアプラン連携印刷をクリック

② インポート済一覧から閲覧したい日付分を選択して印刷をクリック

介護予防サービス・支援計画表

利用番号: 000079 | 利用者: インフォ 花子 | 計画年度: 令和07年07月01日 | 計画期間: 令和07年07月01日 ~ 令和07年12月31日

日	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日
アセスメント実施状況	現在状況	本人・家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状
アセスメント実施状況	現在状況	本人・家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状	家族の現状

③ 印刷プレビューが表示されます

注意！

【家族構成図はインポートを行った PC でのみ印刷できます】

家族構成図は画像データで受信を行います、インポートを行った PC にのみデータが保存されます。複数台で介五郎をご利用中の場合は、インポートを行った PC で印刷を行ってください。

インポートを行っていない PC で印刷を行った場合、利用者基本情報の印刷は出来ませんが、家族構成図欄に「ファイルパスが見つかりませんでした」と表示されます。

●インポートした PC で印刷を行った場合

来所者 (相談者)	来所者XXXXXXXX●	続柄	続柄XX●	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」 (同居家族等○で囲む)
住所	大阪府大阪市東成区大今里南1-100-111 XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 090-0000-0000			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先	家族関係等の状況
	東京 15 緊急1 夫		大阪府寝屋川市池田東町 080-0000-0001	
	東京 15 緊急2 長女		大阪府寝屋川市池田東町 080-0000-0002	

●インポートを行っていない PC で印刷を行った場合

来所者 (相談者)	来所者XXXXXXXX●	続柄	続柄XX●	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」 (同居家族等○で囲む)
住所	大阪府大阪市東成区大今里南1-100-111 XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 090-0000-0000			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先	家族関係等の状況
	東京 15 緊急1 夫		大阪府寝屋川市池田東町 080-0000-0001	
	東京 15 緊急2 長女		大阪府寝屋川市池田東町 080-0000-0002	

ファイルパスが
見つかりませんでした

4-3. 出力ファイル一覧（介護予防関係）

Ver.202407 の利用者基本情報と介護予防計画書で出力されるファイルは下記の通りです。

利用者基本情報	
	UPKIHON_送信元の事業所番号(10 桁)_送信元のサービス種類コード(2 桁)_送信先の事業所番号(10 桁)_送信先のサービス種類コード(2 桁)_YYYYMMDDHHMMSS(14 桁).CSV
例	UPKIHON_0300000100_43_0300000005_11_20191025200201.CSV
利用者基本情報_削除	
	DLTKIHON_送信元の事業所番号(10 桁)_送信元のサービス種類コード(2 桁)_送信先の事業所番号(10 桁)_送信先のサービス種類コード(2 桁)_YYYYMMDDHHMMSS (14 桁).CSV
例	DLTKIHON_0300000100_43_0300000005_11_20191025200201.CSV
利用者基本情報（別表 1）1 日の生活・すごし方(タイムスケジュール)	
	UPKIHON_SUB1_送信元の事業所番号(10 桁)_送信元のサービス種類コード(2 桁)_送信先の事業所番号(10 桁)_送信先のサービス種類コード(2 桁)_YYYYMMDDHHMMSS(14 桁).CSV ※「送信元の事業所番号(10 桁)_送信元のサービス種類コード(2 桁)_送信先の事業所番号(10 桁)_送信先のサービス種類コード(2 桁)_YYYYMMDDHHMMSS (14 桁)」は紐づく利用者基本情報のファイルと同様とする。
例	UPKIHON_SUB1_0300000100_43_0300000005_11_20191025200201.CSV
利用者基本情報（別表 2）現病歴・既往歴	
	UPKIHON_SUB2_送信元の事業所番号(10 桁)_送信元のサービス種類コード(2 桁)_送信先の事業所番号(10 桁)_送信先のサービス種類コード(2 桁)_YYYYMMDDHHMMSS(14 桁).CSV ※「送信元の事業所番号(10 桁)_送信元のサービス種類コード(2 桁)_送信先の事業所番号(10 桁)_送信先のサービス種類コード(2 桁)_YYYYMMDDHHMMSS (14 桁)」は紐づく利用者基本情報のファイルと同様とする。
例	UPKIHON_SUB2_0300000100_43_0300000005_11_20191025200201.CSV
介護予防サービス・支援計画書	
	UPYOBO_送信元の事業所番号(10 桁)_送信元のサービス種類コード(2 桁)_送信先の事業所番号(10 桁)_送信先のサービス種類コード(2 桁)_YYYYMMDDHHMMSS (14 桁).CSV
例	UPYOBO_0300000100_43_0300000005_11_20191025200201.CSV
介護予防サービス・支援計画書_削除	
	DLTYOBO_送信元の事業所番号(10 桁)_送信元のサービス種類コード(2 桁)_送信先の事業所番号(10 桁)_送信先のサービス種類コード(2 桁)_YYYYMMDDHHMMSS (14 桁).CSV
例	DLTYOBO_0300000100_43_0300000005_11_20191025200201.CSV
介護予防サービス・支援計画書（別表）支援計画	
	UPYOBO_SUB_送信元の事業所番号(10 桁)_送信元のサービス種類コード(2 桁)_送信先の事業所番号(10 桁)_送信先のサービス種類コード(2 桁)_YYYYMMDDHHMMSS (14 桁).CSV ※「送信元の事業所番号(10 桁)_送信元のサービス種類コード(2 桁)_送信先の事業所番号(10 桁)_送信先のサービス種類コード(2 桁)_YYYYMMDDHHMMSS (14 桁)」は紐づく介護予防サービス・支援計画書のファイルと同様とする。
例	UPYOBO_SUB_0300000100_43_0300000005_11_20191025200201.CSV

POINT

ファイルレイアウトについては、介護保険最新情報最新情報 Vol.1320「「ケアプランデータ連携標準仕様」について」からも確認できます。URL：<https://www.mhlw.go.jp/content/001315921.pdf>
また、介五郎のインポートメニューの **F5 履歴⇒確認⇒情報連携仕様** をクリックして確認することもできます。



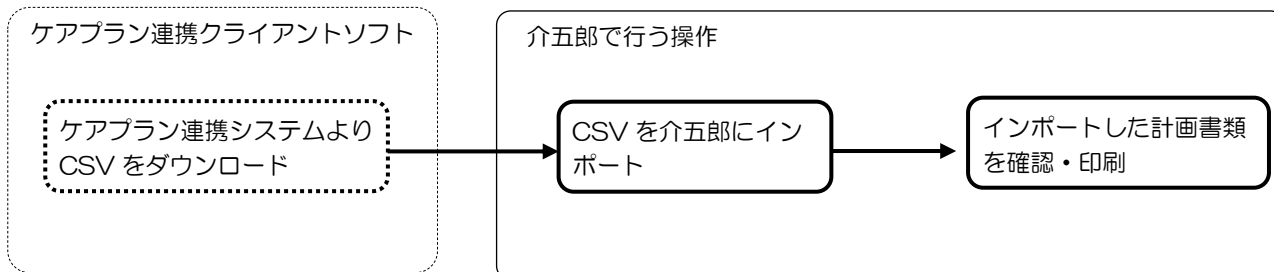
ファイル名	介護予防サービス・支援計画書
ファイル形式 (区切り文字)	CSV (,)
文字コード	Shift-JIS (MS932) とし、出力されるCSVファイルには、Shift-JIS (MS932) の範囲外の文字は含まないものとする。外字の利用は不可とし、外字やShift-JIS (MS932) の文字セット外の文字が含まれる場合はShift-JIS (MS932) の範囲内で有効な文字に変換すること
ファイル名規則	UPYOB0_送信元の事業所番号(10桁)_送信元のサービス種別コード(2桁)_送信元の事業所番号(10桁)_送信元のサービス種別コード(2桁)_YYYYMMDDHHMMSS (14桁) .CSV
ファイル名	例：UPYOB0_0306000100_43_0300000005_11_20191025200201.CSV
ファイル作成単位	サテライトに関わらず事業所番号・サービス種別が同じであれば、一つのファイルにまとめる。

No.	日本語名称	項目数	必須	任意	備注、選択数など
1	CSVバージョン	6	○	○	YYYYMM 本仕様が制度改正などに伴い改訂された際にバージョン年号を更新する CSVバージョンが変更された場合、新しいバージョンの運用年月となるサービス提供年月から適用する 1ファイル中に複数のCSVバージョンのレコードを混在させることはできない
2	照会番号	6	○	○	要介護者が属する自治体のコード
3	施設番号	10	○	○	要介護者番号 生保番号の場合は 先頭H+数字9桁 例：H123456789
4	計画作成(変更)日	8	○	○	YYYYMMDD
5	計画種別	1	○	○	1:介護予防支援 2:介護予防ケアマネジメント
6	委託の有無	1		○	1:自前、2:委託 ※助産院・産科センター及び在宅介護支援事業所のどちらの場合も記入
7	整理番号	—		○	フリーテキスト
8	利用番号	—	○	○	フリーテキスト
9	認定年月日	8			YYYYMMDD
10	認定有効期間開始日	8			YYYYMMDD
11	認定有効期間終了日	8			YYYYMMDD
12	計画区分	2			11:初回、12:紹介、21:継続、51:初回と紹介、52:初回と継続、53:紹介と継続、54:初回と紹介と継続
13	計画状況区分	1			1:申請中、2:認定済
14	要支援状態区分	1			1:要支援1、2:要支援2、3:地域支援事業
15	計画作成者名 (地域区分)	—			フリーテキスト

5. サービス事業所のインポート

【対象システム：各サービス事業所】

居宅介護支援事業所からのインポートメニューに介護予防計画書・利用者基本情報を追加しました。インポートした計画書類は閲覧・印刷が可能です。



（インポート画面）

サービス事業所) ケアプランデータインポート (事業所番号選択)

事業所番号 0000012346-訪問介護インフォ・テック

開始

サービス事業所) ケアプランデータインポート結果

F4-削除 F5-履歴 F8-印刷 F10-終了 事業所番号 0000012346

CSVインポート 1, 2, 3 表 **利用者基本情報** **介護予防計画書** 6, 7 表 検証

インポート月 令和07年07月分 差替前を含めて表示 取消のみ表示

送信元事業所番号 0000112345-インフォ・テックケアプランセンター 並べ替え ID順 カナ順

No.	ID	台帳利用書名	標準連携利用書名	計画作成(更新)日	状態	Err
1	000070	インフォ 花子		令和07年07月02日	印刷	詳細

インポート項目に利用者基本情報と介護予防計画書を追加しました。
計画書種類を選択してインポートを行います。
※インポート方法は「1、2、3 表」「6、7 表」と同じです。

選択削除 全件選択 ※利用者情報は取り込みに標準連携CSVファイルより表示しています

履歴画面から閲覧・印刷が可能です。

送信元事業所番号の利用者一覧または履歴画面の印刷ボタンから閲覧・印刷が可能です。

サービス事業所 ケアプランデータインポート画面

F4-閉じる F5-印刷 F8-印刷 F10-終了

事業所番号 0000012345

CSVインポート 1, 2, 3表 利用者基本情報 介護予防計画書 6, 7表 検証

インポート月 令和07年07月分

送信元事業所番号 0000112345-インフォ・テックケアプラセンター

並べ替え I D順 カナ順

No.	ID	台帳利用者名	補足情報利用者名	計畫作成(変更)日	状態	Err
1	000070	インフォ 花子		令和07年07月02日	印刷	詳細

履歴

取込日時	CSVファイル名	送信元事業所 名	取消	1表	2表	3表	基本 情報	予防 計画	6表	7表	補足	詳細	印刷	確認
2025/07/16 20:40:48	"_0000112345_43_0000012346_A2_20250716204022.csv"	インフォ・テックケア		(1)	(1)	(1)		(1)				詳細	印刷	確認
2025/05/27 19:07:44	"_0000112345_43_0000012346_11_20250527190714.csv"	インフォ・テックケア						(1)	(1)	(1)		詳細	印刷	確認
2025/05/26 17:28:43	"_202505_00000112345_43_0000012346_A2_20250526172815.csv"	インフォ・テックケア						(1)	(1)	(1)		詳細	印刷	確認
2025/05/26 17:08:35	"_202505_00000112345_46_0000012346_A2_20250526170805.csv"	インフォ・テックケア						(1)	(1)	(1)		詳細	印刷	確認
2025/04/23 15:42:11	"_202504_00000112345_43_0000012346_11_20250423154113.csv"	インフォ・テックケア						(1)	(1)	(1)		詳細	印刷	確認
2025/04/23 15:39:45	"_202504_00000112345_43_0000012346_11_20250423153918.csv"	インフォ・テックケア						(1)	(1)	(1)		詳細	印刷	確認
2025/04/23 15:28:57	"DLTPLAN_202504_00000112345_43_0000012346_11_20250423152857.csv"	インフォ・テックケア						(1)				詳細	印刷	確認
2025/04/23 15:25:19	"_202504_00000112345_43_0000012346_11_20250423152543.csv"	インフォ・テックケア						(1)	(1)	(1)		詳細	印刷	確認
2025/03/04 17:03:45	"_202503_00000112345_0000012346_20250303190339.csv"	インフォ・テックケア						(1)	(1)	(1)		詳細	印刷	確認
2024/12/03 14:57:05	"_202412_00000112345_0000012346_20241203145530.csv"	インフォ・テックケア						(1)	(1)	(1)		詳細	印刷	確認
2024/09/03 10:50:40	"_202409_00000112345_0000012346_20240903105004.csv"	インフォ・テックケア						(1)	(1)	(1)		詳細	印刷	確認
2023/11/27 15:31:50	"_202311_00000112345_0000012346_20231127153111.csv"	インフォ・テックケア						(1)	(1)	(1)		詳細	印刷	確認

介護予防サービス・支援計画表

NO. 000070

利用者氏名 インフォ 花子 様 決定年月日 06年01月01日 決定の有効期間 令和03年01月01日 ~ 令和06年12月31日

計画作成者氏名 担当A クマナネジャー 委託の障害児虐待作成事務報告書事業所所属及び所在地(施設) インフォ・テックケアプラセンター 大塚市大塚市COO-1-1-1

計画作成(変更)日 令和07年08月01日 (初回作成日 令和07年08月01日)

目標とする生活 通達期限を超過するリスク：認知症リスクインフォ・テック

1人との生活を過ごし支えたい時間を増やす。 心身共に活動的に過ごすことにより物忘れの進行を防ぐ。

1日	1年	表現計画
アセスメント結果と現状の状況 現体の状況について ☒ 有 ☐ 無 日常生活（家庭生活）について ☒ 有 ☐ 無 社会参加、人間関係、コミュニケーションについて ☒ 有 ☐ 無 健康維持について ☐ 有 ☒ 無	総合的課題 総合的課題の3つ目を記載します。 総合的課題の2つ目を記載します。 総合的課題の1つ目を記載します。 総合的課題の4つ目を記載します。 総合的課題の5つ目を記載します。 総合的課題の6つ目を記載します。	目標 目標に対しての意図を記載します。 目標に対しての意図を記載します。 目標に対しての意図を記載します。 目標に対しての意図を記載します。 目標に対しての意図を記載します。 目標に対しての意図を記載します。

【本表を行うべき支援が実施できない場合】
理由を記載し、実施可能な方法を記入してください。

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

■ 介護予防計画書は計画書画面からも閲覧・印刷が可能です。

（例）訪問介護計画書の場合

① ケアプラン連携印刷をクリック

② インポート済一覧から閲覧したい日付分を選択して印刷をクリック

③ 印刷プレビューが表示されます

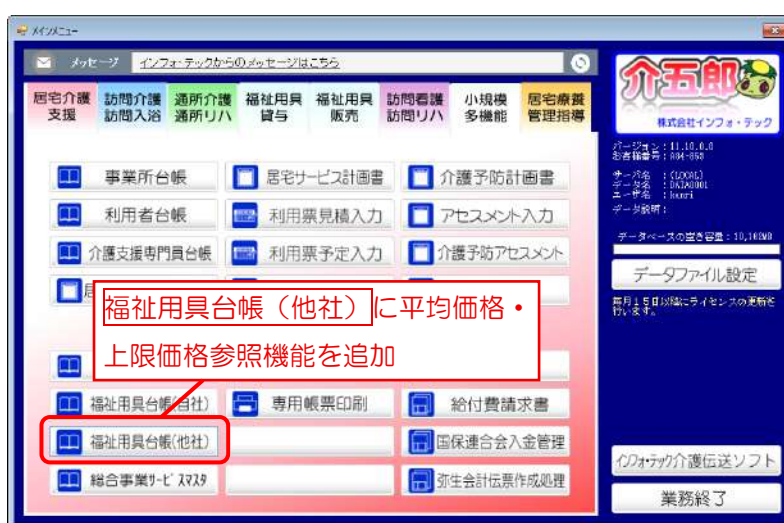
■ その他の変更

ケアプランデータ連携システムの介護予防計画書への対応のほか、今回のバージョンで以下の改善を行いました。

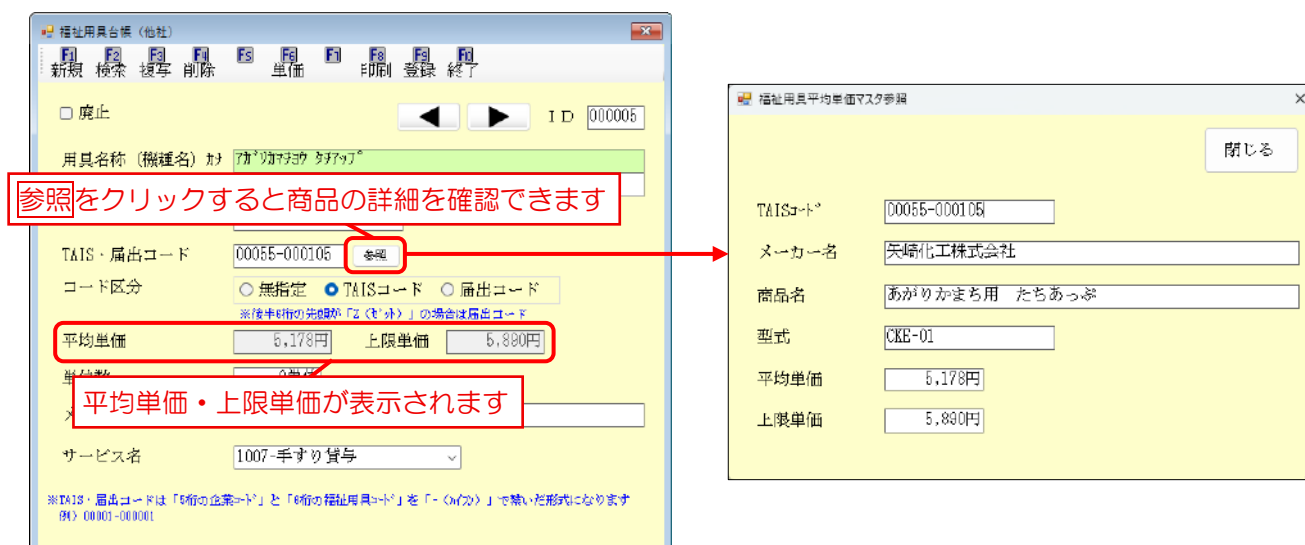
① 福祉用具台帳（他社）への平均価格・上限価格参照機能の追加

福祉用具台帳（他社）メニューに各用具の平均価格・上限価格を参照できる機能を追加しました。各価格は取込済の平均価格・上限価格一覧表から TAIS コードに基づいて取得します（一覧表に含まれない商品は価格が表示されません）

<メインメニュー>



<福祉用具台帳（他社）>





発行：株式会社インフォ・テック

〒537-0025

大阪府大阪市東成区中道3丁目15番16号 毎日東ビル2F

(TEL) 06-6975-5655 (FAX) 06-6975-5656

<https://www.info-tec.ne.jp/>