

# 伊勢原市 介護予防サービス・ 支援計画作成マニュアル

介護保険制度は、更新や新しい解釈が出ることが大変多い制度です。この手引きは作成時点でま  
とめていますが、今後変更も予想されますので、常に最新情報を入手するようにしてください。



伊勢原市公式イメージキャラクター  
クルリン

(令和5年2月)

伊勢原市 介護高齢課

**目 次**

項目	頁
<b>I 介護予防支援・介護予防マネジメント</b>	1
1 介護保険制度における介護予防の位置づけ	1
2 介護予防の基本的支援	3
3 介護予防ケアマネジメントの全体像	3
4 介護予防ケアマネジメントの内容	4
5 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	4
<b>II 介護予防ケアマネジメントの流れ</b>	6
1 基本的な流れ	6
2 介護予防ケアマネジメントと介護認定	8
3 アセスメント	8
4 サービス担当者会議	18
5 サービス担当者会議の流れ	19
6 サービス担当者会議の記録について	20
7 個人情報のポイント	20
8 モニタリングと評価	22
9 関係機関との連携	23
10 利用者基本情報について	24
11 介護予防サービス・支援計画書について	26
12 介護予防支援・会議予防マネジメント（第1号介護予防支援）サービス評価について	38

## 「ケアプランの書き方」について

ケアプランを作成する最大の目的は、「利用者の生活に寄り添い、利用者の自立を支援すること」です。利用者にとってわかりやすい具体性のある記述力を向上させ、現ケアプランにかかわる課題改善を図ることは、ケアプランの統一性と質を推進することにつながります。また、ケアマネジャーにとっては、効果的・効率的なケアプランの作成を推進することになります。そして何より、利用者の自立支援に資するケアプランの作成につながります。

## 「ケアプランの書き方」の基本の「き」

ケアプランは、正式な書類（利用者等に対して説明・同意・交付を行う等）として制度的に位置づけられ、利用者、支援者両者にとって重きをおかれているものです。そのことを踏まえたとき、正式な書類として、基本の「き」に注意することが必要です。

以下の点を確認（配慮）しておきます。

- ① 誤字脱字がある（変換ミスなど）。
- ② 専門用語が多すぎて利用者には理解が難しい。
- ③ 略語（通介 生活Ⅱなど）があり、内容がわかりにくい。
- ④ 和暦と西暦が混同していてわかりにくい。
- ⑤ 利用者やその家族への配慮に欠けると思われる表現がある（認知症・徘徊・拒否・訴えなど）。
- ⑥ 使用するソフトの状況によって利用者にとってわかりにくいケアプランになっている（例：罫線から文字が切れていたり、ずれていたりする。枠内に収まりきっていない等）。

# I 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント

## 1 介護保険制度における介護予防の位置づけ

### (1) 介護保険制度の理念

介護保険制度の基本理念は、「尊厳保持」と「自立支援」であり保険給付は要介護状態等の軽減や悪化防止に資するよう、医療との連携十分配慮し、総合的かつ効率に提供されるものです。

また、国民は要介護状態になることを予防するために健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合にもサービスを利用して能力維持向上に努めると介護保険法に明文化されています。

#### 第一章 総則

##### (目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(平一七法七七・一部改正)

##### (介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

(平一七法七七・平二三法七二・一部改正)

##### (国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

### (2) 介護保険制度における介護予防とは

介護予防の視点を再確認すると次のような2つポイントに集約されます。

① 高齢者が要介護状態になることをでき限り防ぐこと

② 要支援・介護状態になっても状態がそれ以上悪化しないようにすること（改善・維持・悪化の遅延を図る）こと

①では、高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防について意識を持ち自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防健康の維持・増進に向けた取組を主体的に行うことが重要です。

②では、生活上のさまざまな課題を抱える高齢者に対して適切な支援を行うことより、要支援・要介護状態の予防やその重症化の予防、改善を図るものです。

### (3) 介護予防を重視する背景

要支援1・2等の軽度者の原疾患は筋骨格系をはじめとした慢性疾患が多く、下肢機能の低や栄養状態の悪化が引き金となって要支援状態となる、いわゆる「廃用症候群モデル」に該当する方が半数を占めます。そこで、これまでは心身機能の改善を目指す取組を中心に行ってきました。

しかしながら、機能改善した後の取組が希薄だったこともあり、活動性の維持・向上につながりにくかったという点が指摘されています。

こうした経緯をもとに現在は、リハビリテーションの理念ふまえ「心身機能」「活動」「参加にバランスよく働きかけ、日常生活の活動性を高め、家庭や社会への参加を促し、一人ひとりの生きがいや自己実現ための取組を促進することが求められています。それが介護保険法第1条に規定する「尊厳の保持」の追求の出発点となることを認識する必要があります。

### (4) 期待されるケアマネジメントの役割・機能

介護保険制度創設時は、利用者を中心とした個別支援が軸でしたが、社会状況が大きく変わるなかで、利用者を取り巻く状況や環境も変化しました。

利用者のニーズも多様化・重層化し、それに伴い介護予防ケアマネジメントの役割や機能も変化してきています。

今後は個々の人の生活を支えるだけでなく、連携のキーパーソンとして家族や地域との関係性も視野に入れ、全人的にとらえ支援する事がより重要となってきています。

#### <ケアマネジメントの役割・機能の変遷>

制度発足時	発展期	地域包括ケア・地域共生社会推進期
インテーク アセスメント ケアプランの作成 モニタリング	インテーク アセスメント ケアプランの作成 モニタリング	インテーク アセスメント ケアプランの作成 モニタリング
	利用者支援のためのアドボカシー 家族に対する支援 地域に対する働きかけ 個別サービス計画に対する支援 サービスの資質向上支援	利用者支援のためのアドボカシー 家族に対する支援 地域に対する働きかけ 個別サービス計画に対する支援 サービスの資質向上支援
		統合ケアと地域を基盤としたケアのハブ機能 地域の課題把握、地域づくり 地域の社会資源の再構築・開発 政策提言・地域発展



## 2 介護予防の基本的視点

### (1) 高齢者の主体性を引き出す工夫

介護予防の実践にあたっては、高齢者の主体的な取組が不可欠であり、それがなければ介護予防の十分効果も期待できません。このため介護予防に関する専門職は、高齢者の意欲が高まるよう「なぜ、今、取組必要か」を明確に、高齢者が理解しやすい言葉や視覚で伝えられるリーフレット及びDVD等を用いて介護予防事業紹介するなど、工夫を行う事も必要です。そのためにはコミュニケーションの取り方をはじめ、地域の実情に応じた工夫を行い、適切な働きかけを行う必要が求められます。

### (2) 改善と悪化の可能性を見極める視点と洞察力

高齢者が単に「できない」と言葉にすることについても、

- ・出来る能力はあるがする意欲が持てない結果「できない」のか
- ・行為としてただ「していない」だけなのか
- ・今は痛みがあるから「できない」だけなのか

のように、事実を確認していくことが大切です。

単に要望に沿ったサービス提供は廃用症候群の進行を防止できないだけでなく、サービスへの依存をも生み出してしまふことが考えられます。

「高齢者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行うこと」を基本として、現にできない部分は適切にサポートしながら、高齢者の行動変容につながる承認のスキルや自己効力感を認識できるような配慮が必要となります。そのためには、さまざまな情報をキャッチし、整理しながらアセスメントを行っていく技量が求められます。

同時に目標の実現に向けた支援方針と具体的な支援内容（役割分担の明確化等）やモニタリングの徹底も重要となります。そのスキルを平準化していくためのひとつの方法に、多職種協働で行う自立支援に向けた「地域ケア会議」の活用も有効となります。

### (3) 固定観念にとらわれない自由な発想

虚弱な高齢者に対して単に支えられる側として支援を受けるのみでなく、支える側に回れるように支援することや、元気なうちから介護予防事業の担い手に誘うことにより、生きがいや役割を見出すよう支援することが大切です。

固定観念にとらわれない自由な発想で多くの方の社会参加を促進できる方法を考えていくことが求められます。

## 3 介護予防ケアマネジメントの全体像

総合事業では、市町村（保険者）が地域の実情に応じた柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービス提供できるよう、要支援者等に対して必要な支援を行う介護保険法第115条の45第1項第1号に規定する「サービス事業」と住民主体の介護予防活動の育成および支援等を行う同法第115条45第1項第2号に規定する「一般介護予防事業」があります。

「サービス事業」においては、予防給付で提供されていた要支援者等に対する介護予防訪問介護が「訪問型サービス」、介護予防通所介護は、「通所型サービス」として位置づけられています。

これらの訪問型、通所型サービスは、予防給付で提供されていたサービスにとどまらず、NPO等さまざまな主体による多様なサービスが含まれ、それらをマネジメントする手法を「介護予防ケアマネジメント」と言い、サービス事業の中に位置づけられています。

次に一般介護予防事業では、65歳以上の高齢者（第1号被保険者）とその支援のための活動に関わる者を対象とした事業が設けられています。

## 4 介護予防ケアマネジメントの内容

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）における介護予防ケアマネジメントは、要支援者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象者の基準に該当し介護予防ケアマネジメントの依頼をした者（以下「事業対象者」という）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）のほか、一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

## 5 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となります。

総合事業においては、高齢者自身が地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていく事が重要です。

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、そのために必要なサービスを主体的に利用して目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業（以下「サービス事業」という。）等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

介護予防ケアマネジメントは多様な側面を持つため、一様に定義することは困難ですが、大まかに整理すると次の考え方で表すことができます。

### 【ポイント】

- 1 最初に、何に困っているか、困難を感じているかを聴き取ります。
- 2 その困難に対して、「どうしたい」「どうなりたい」という解決後の姿（目標）を面談のなかで共有します。
- 3 解決後の姿（目標）を目指すうえで、利用者等のモチベーションとなる生活像は何かを引き出します。（例：月1回は妻と外食に行くことを取り戻したい。だから、「歩行訓練」を頑張る）。
- 4 上記3を踏まえて、利用者や家族等の意向等に対して、「まず、何から始めればよいのか」という今後の方向性をケアマネジャーが判断した分析結果として記載します。（例：第1に転倒に十分に気をつけながら、「歩行訓練」に力をいれていきます）。

### **(1) 目標志向型のマネジメントを意識して**

困りごとに関して、単にサービスを補完する形のケアマネジメントではなく、生活機能の低下が生じている原因や背景を分析し、課題を整理した上で個々人の興味や関心のあることを中心に目標の設定を行い、目標達成に向けて取組む具体的な支援内容を盛り込むことが重要です。

また、目標達成ができた先には、心身機能の向上のみならず、身近な地域において活動や参加が果たせるような居場所や活躍の場の創出を合わせて行うことで、より具体的な個々の目標設定および支援方針が導き出せることが重要です。

### **(2) 利用者の目標設定がポイント**

目標志向型プランが立てられていても、計画作成者が利用者の意欲や認識、意向をくみ取らなければ、利用者や目標を共有することはできず、計画作成者の一人よがりの目標になってしまいます。利用者が自分のこととしてとらえ、自己決定を促すことで、主体的になれるよう、面接を通じて利用者の興味や関心のあるものを探りながら支援することが重要です。

そのためには、活動や参加を意識した目標設定を掲げることがポイントとなります。ただし、「〇〇したい」などの表現は、単なる願望を示す場合があるため、利用者が主体的・意欲的に取組むことができ、かつ具体的な目標を設定することが重要です。

利用者と家族等のニーズが異なる場合は、経過記録に書きとめ、意見の調整ができるよう働きかけましょう。

ほかにも、利用者が望む生活や活動の実現のため解決する必要があるにもかかわらず理解が得られなかったニーズについても、経過記録に書きとめ、その後も理解が得られるよう計画的・継続的に働きかけましょう。

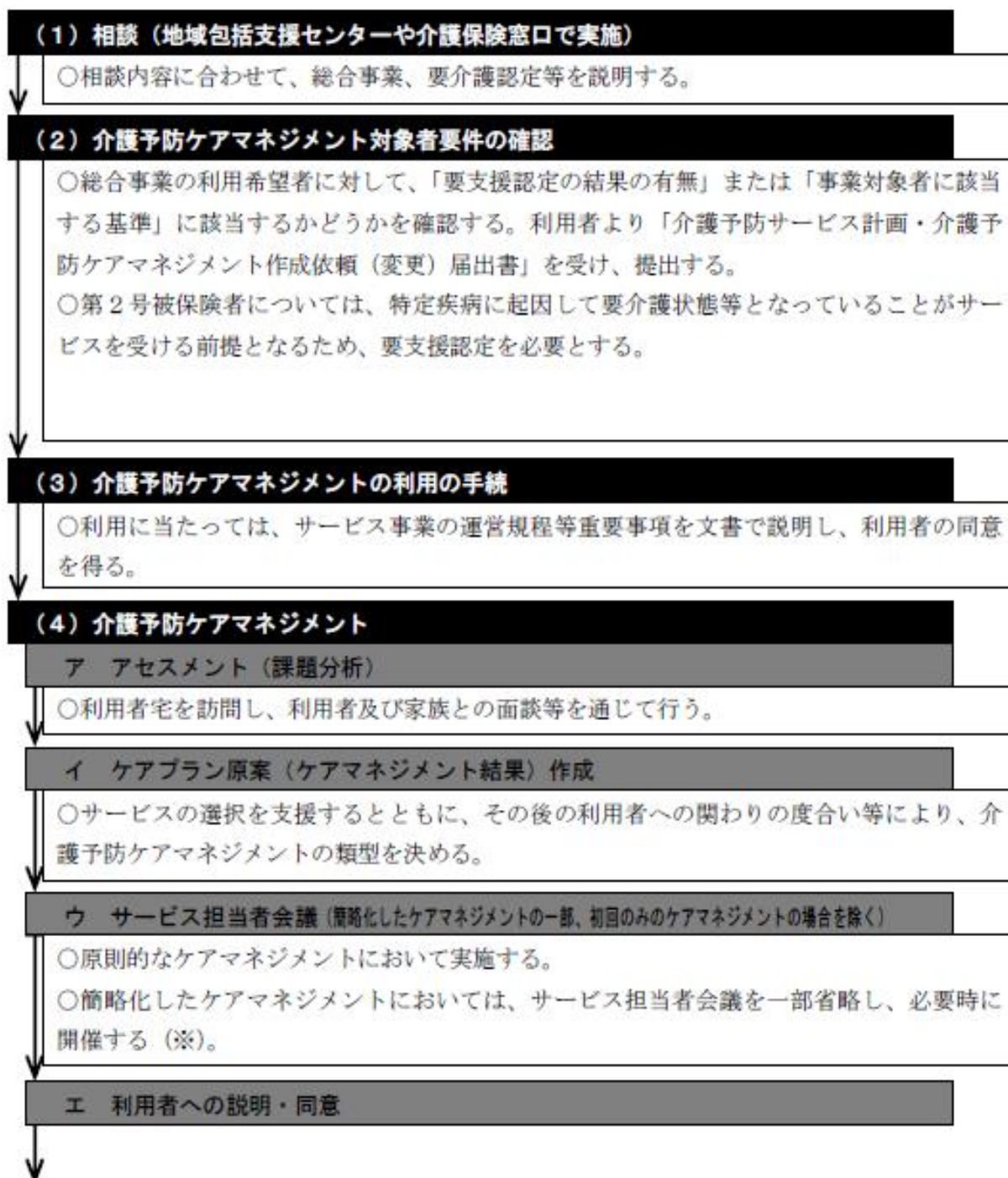


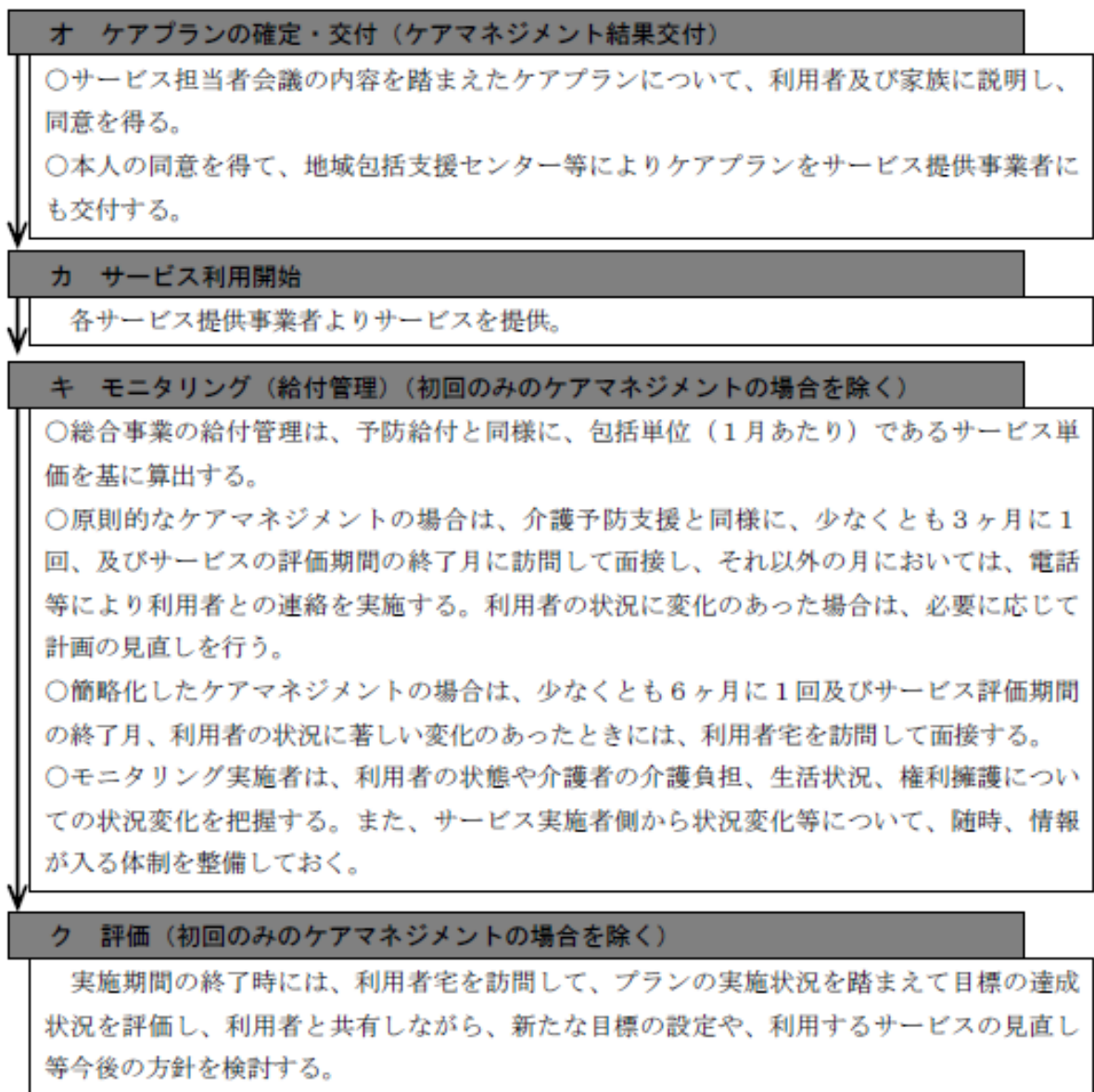
## Ⅱ 介護予防ケアマネジメントの流れ

### 1 基本的な流れ

ケアマネジメントの基本的な流れは、介護給付、予防給付、総合事業の利用のいずれにおいても基本的な考え方は同じです。まず、アセスメントを行い、次にケアプランの原案を作成します。

また、使用する様式は、予防給付ケアマネジメントの介護予防サービス・支援計画表と同じです。





※サービス担当者会議開催の例

生活支援型のサービス利用のみの場合は、サービス担当者会議を省略することができるが、以下のような場合は会議を開催する。

なおサービス担当者会議省略する場合は、支援経過に判断根拠を具体的に記載する。

- ① 初回プラン作成時
- ② 更新時で利用者の身体状況や生活環境に変化がある場合
- ③ 暫定プランで対応する場合
- ④ 利用者や家族等が希望する場合
- ⑤ 利用者・関係者等の状況に応じて判断
  - ・ 利用者の判断能力や理解力の低下が疑われる場合、家族の協力が必要な場合
  - ・ 利用者の身体状況や生活環境に変化がある場合（同居家族の変化、入退院時等）
  - ・ 支援者の役割分担の確認が必要な場合
  - ・ キーパーソンが居ない場合（緊急時の対応などを話し合う） など

## 2 介護予防ケアマネジメントと介護認定

### (1) 事業による介護予防ケアマネジメント類型

- ①ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）
  - ②ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）
  - ③ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）
- のいずれかに振り分けを判断します。

※伊勢原市では、現在①のみとなっています。

### (2) 介護予防ケアマネジメントと要介護認定等の申請

要介護認定のいわゆる暫定プランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行してサービス事業を利用することはできないため、注意します。

\*要介護認定等申請とサービス事業の利用を並行して受け付け、要介護認定を受けた後、同月の途中でサービス事業から給付サービスの利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求します。給付限度額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末の時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業所が、地域包括支援センター等と連絡をとり、給付管理を行います。

### (3) 要介護認定申請を受けて非該当である場合

原則サービスの必要性がないと考えられるが、何らかのサービスが必要である場合は、基本チェックリストを活用して事業対象者の基準に該当した場合は、サービス事業の対象として介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出すことができます。

この場合の介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施します。

### (4) 介護予防ケアマネジメントの個人情報保護

介護予防ケアマネジメントは利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じます。

### (5) 介護予防ケアマネジメントと評価

自立支援の一つとして、総合事業のサービス事業は、必要に応じてサービス担当者会議における検討のうえ原案を作成し、利用者の同意を得て介護予防サービス・支援計画（介護予防・生活支援サービス事業における「介護予防支援計画」および予防給付における「介護予防サービス計画」の総称として確定します。これに基づいて、予防給付によるサービスや、介護予防・生活支援サービス事業が提供されます。サービス提供の一定期間後に、地域包括支援センターにおいてサービス・事業の効果を評価します。

## 3 アセスメント

### (1) 基本的な考え方

- ① 介護予防ケアプランの作成の前提となるのは、的確なアセスメントがなされることです。基本チェックリストや利用者基本台帳、面談などによって情報を把握し、生活機能の低下の原因や背景等の分析を行い、各領域において共通した根本的な問題や課題を定めて支援ニーズを明らかにします。

基本チェックリストのひとつの基準のみに該当した場合でも、介護予防ケアマネジメントにおいてアセスメントを行い、該当した基準の項目に関係なく、自立支援に向けた課題の抽出、目標の設定等を行い、必要なサービスにつなげます。

予防給付では認定調査項目や特記事項、主治医意見書を活用します。主治医意見書からは、利用者の既往歴、服薬状況、心身状況など、安全にサービスを実施するための医学的観点からの留意事項を確認することができます。

- ② なお、これからの情報については、作成日を確認し、直近の情報を適切な利用に留意します。利用者の現在の状態を計画作成者が再度確認する必要があります。
- ③ アセスメントは利用者と計画作成者との協働作業です。そのため、アセスメント実施にあたっては、一方的にあるいは漠然と質問するのではなく、その目的について、利用者や家族へ説明したり、関心を示した内容について話を深めたりすることも、利用者を理解するためには、必要なコミュニケーションの取り方です。
- ④ アセスメントは、コミュニケーションの過程を通じて、介護予防の考え方を利用者や家族に説明したり、生活機能が低下していることを認識できるように支援をしたり、改善や自立への意欲を引き出していく貴重な機会でもあります。予防給付対象者は認定申請をしていることから、本人や家族が生活機能低下を自覚している場合が多いと考えられますので、その部分からインタビューを進めるとよいでしょう。事業対象者自身に生活機能の低下を自覚してもらうことは、介護予防に取り組む意欲につながるので、大切なポイントとなります。
- 具体的には、以下のようなコミュニケーションを心がけてください。
- (ア) 出来ていないことばかりに目を向けず、本人で出来る事、出来そうな事（潜在能力）を探す。
- (イ) 能力と行為の差を確認し、出来る能力があるのに行為としていないものがあれば、要支援状態に至る直接的および間接的な原因にも着目することも大切です。

**(2) アセスメント項目とねらい**

<p>「支援を必要とする傾向」 とアセスメント項目</p>	<p>ねらい</p>
<p>転倒 アセスメント項目 (階段) (立ち上がり) (15分歩行) (転倒) (転倒の不安)</p>	<p><b>【アセスメントの意義】</b>          転倒とは、本人の意思と関係なく物につまずいたり、滑ったりすることで、足の裏以外が地面もしくはそれに類するもの（テーブルなど）に触れることである。その原因や怪我の程度は考慮しない。室内でつまずいて壁に手をついた場合は転倒とみなさない。          過去1年間に転倒の経験のある者は、転んだことのない者より、その後転倒を複数回経験する割合が約4倍高いとの研究報告もある。また、歩行速度の遅い者ほど、その後の転倒を経験する割合が高い。          さらに、握力は、転倒の折何かにつかまれるか、握れるかに関連する。          転倒は、身体の問題だけでなく、転倒の発生場所の60%以上が「居室」と、段差のある居住内の物的環境も原因となっている。</p> <p><b>【アセスメント項目の説明】</b>          項目はすべて、歩行能力に関する重要な質問である。</p> <p><b>【介護予防上の危険性】</b>          転倒は、骨折により寝たきりの原因になるだけでなく、転倒の経験が自信の喪失と不安を生じ、また疼痛も加わることで活動の低下を起し、廃用症候群や閉じこもりを招くことになる。</p> <p><b>【対策】</b>          転倒の予防のためには、筋力低下の改善、照明を含め家屋内外の物的環境整備が必要になる。          また、視力障害、薬の副作用にも注意が必要である。要因によっては、機能訓練や住宅改修、作業療法士や理学療法士等の専門職による訪問指導が必要である。</p>

<p>「支援を必要とする傾向」</p> <p>とアセスメント項目</p>	<p>ねらい</p>
<p>閉じこもり</p> <p>アセスメント項目</p> <p>(階段)</p> <p>(立ち上がり)</p> <p>(15分歩行)</p> <p>(転倒)</p> <p>(転倒の不安)</p> <p>(週1回の外出)</p> <p>(外出の頻度)</p> <p>(訪ねる)</p> <p>(相談にのる)</p>	<p><b>【アセスメントの意義】</b></p> <p>閉じこもりとは、1日のほとんどを家の中で過ごし、外出の頻度が極端に少ない状態である。</p> <p>しかしながら、行動範囲が家に限られても、屋内での活動性が高い場合には、閉じこもり現象を呈していないとの指摘がある。すなわち、家の中にも生活リズムがあり、楽しみがあるなどの高齢者は、精神活動が落にくい。</p> <p><b>【アセスメント項目の説明】</b></p> <p>閉じこもりの状態を示す項目(週1回の外出、外出の頻度など)は最重要項目である。閉じこもりの状態を想定し、以下の項目でアセスメントする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体的な障害による「外出できない」閉じこもり (項目：階段、立ち上がり、15分歩行、転倒)</li> <li>・身体的には問題がない「外出意欲がない」閉じこもり (項目：転倒の不安、訪ねる、相談にのる)</li> </ul> <p><b>【介護予防上の危険性】</b></p> <p>「外出できない」閉じこもりは、寝たきり予備軍であり、早期に発見し、残存能力を高める必要がある。「外出意欲のない」閉じこもりは、社会的な孤立、役割や生きがいの喪失などが考えられる。</p> <p><b>【対策】</b></p> <p>「外出できない」閉じこもりには、機能訓練や外出援助、家事援助の支援、住居のバリアフリー化、尿失禁対策などが必要になる。</p> <p>「外出意欲のない」閉じこもりは、訪問指導による家族を含めたカウンセリングや生きがい型デイサービスなどの社会参加、生きがい活動を支援することが必要である。</p>

<p>「支援を必要とする傾向」 とアセスメント項目</p>	<p>ねらい</p>
<p>生活機能低下 アセスメント項目 (外出) (買い物) (預貯金管理)</p>	<p><b>【アセスメントの意義】</b> 生活機能とは、社会生活を自立して送るために維持されていなければならない日常の行動である。 要介護状態を予防するためには、生活機能の低下を早めに把握し、できるだけその機能を維持し、高めることが必要である。</p> <p><b>【アセスメント項目の説明】</b> 社会生活を自立して送るために必要となる以下の項目でアセスメントする。 ・身体的自立（ADL 機能-外出） ・手段的自立（IADL 機能-買い物、預貯金管理、掃除、調理、洗濯等） また、介護者がいるから「できる」ことと、介護者がいなくても「できる」ことを見極める必要がある。</p> <p><b>【介護予防上の危険性】</b> 生活機能が低下するほど閉じこもり、転倒、低栄養の危険が高くなり、要介護状態になることが予測される。 逆に、閉じこもり、転倒、低栄養が生活機能を低下させることもある。</p> <p><b>【対策】</b> 「できる」ことを「していない」場合は、代行者が行ってしまっていることで、結果的に「していない」行動を引き起こし、廃用症候群になるおそれがある。「していない」行動に対しては、生活機能を維持・向上させるための生活上の工夫、改善が必要である。 また、代行者の突然の欠如により生活機能に障害を及ぼすことも考えられるため、そのことも考慮して改善策を提案する必要がある。</p>

<p>「支援を必要とする傾向」</p> <p>とアセスメント項目</p>	<p>ねらい</p>
<p>物忘れ</p> <p>アセスメント項目</p> <p>(物忘れ)</p> <p>(電話)</p> <p>(今日の月日)</p> <p>(訪ねる)</p> <p>(相談にのる)</p>	<p><b>【アセスメントの意義】</b></p> <p>物忘れは認知力の低下であり、社会生活を自立して送ることを障害するものである。そのため、生活機能の低下として現れることが多い。</p> <p>要介護状態を予防するためには、生活機能の低下を早めに把握し、その原因が認知力の低下かどうかを確認し、できるだけその機能を維持し、高めることが必要である。</p> <p><b>【アセスメント項目の説明】</b></p> <p>社会生活を自立して送るために必要となる以下の項目でアセスメントする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知力（物忘れ、今日の日付）</li> <li>・ 生活状況への対応（電話）</li> <li>・ 社会的役割（人を訪ねる、人の相談にのる）</li> </ul> <p><b>【介護予防上の危険性】</b></p> <p>物忘れが進むに従い、閉じこもり、転倒、低栄養の危険が高くなり、要介護状態になることが予測される。逆に、閉じこもり、転倒、低栄養が物忘れを促進させることもある。</p> <p><b>【対策】</b></p> <p>「できる」が「していない」場合は、代行者が行っているため、結果的に「していない」行動を引き起こし、廃用症候群になるおそれがある。「していない」行動に対して「できる」よう促し、脳活性化につながる生活上の工夫、改善が必要である。</p> <p>また、代行者の突然の欠如により生活機能に障害を及ぼすことも考慮した支援を考える必要がある。</p>



「支援を必要とする傾向」 とアセスメント項目	ねらい
口腔ケア （口腔機能低下） アセスメント項目 （固いものを食べる） （むせる） （口の渇き） （口腔清掃）	<p><b>【アセスメントの意義】</b> 健全な食生活は健康で生き生きとした生活を送る上で必須の要素である。高齢者にとって、おいしく、楽しく、そして安全な食生活を営むことは共通の願いであり、そのためには口腔機能の維持・向上が必要不可欠なものとなる。</p> <p>口腔機能の向上を果たすことで、味覚の改善、舌機能の改善及び唾液分泌機能の改善が達成でき、楽しみのある食生活の実現に貢献できる。さらに、低栄養予防あるいは栄養改善、運動機能の維持・向上をも達成する。</p> <p>また、ブラッシングを用いた口腔清掃は、口腔内細菌を排除して肺炎予防に役立つだけでなく、嚥下機能を改善させ、結果、ADLを向上させることも報告されている。</p> <p>以上から、口腔機能の向上に関するサービス等を行い、高齢者が生涯にわたり自己実現を達成するよう支援する。</p> <p><b>【アセスメント項目の説明】</b> 口腔機能向上プログラムへの参加の必要性の評価・判定を行うにあたって、摂食・嚥下機能及び口腔清掃について、アセスメントを行う。</p> <p>むせは、摂食・嚥下機能の低下を表す症状であり、誤嚥のリスクを評価するうえで重要な因子である。口腔乾燥は、唾液分泌減少、口腔機能不活発に起因することが多く、口腔衛生の悪化をきたし、気道感染の原因にもなる。</p> <p><b>【介護予防上の危険性】</b> 高齢者の摂食・嚥下等の口腔機能の低下は低栄養の重要なリスク因子であり、低栄養の問題はADLや認知機能との関連が指摘され、また、免疫機能の低下につながることで、肺炎等の感染症発症の危険因子でもある。</p> <p><b>【対策】</b> 口腔機能の向上の方策としては、肺炎、食事・水分の摂取不足による低栄養、食事の誤嚥・窒息等を予防するために、本人や家族、その他の関係者を対象として、口腔機能の向上の必要性と対応についての教育口腔衛生の自立支援（摂食・嚥下機能を支えるための口腔清掃）、摂食・嚥下機能訓練を行っていく。</p>

<p>「支援を必要とする傾向」 とアセスメント項目</p>	<p>ねらい</p>
<p>うつ傾向 アセスメント項目 (充実感がない) (楽しめない) (おっくう) (役に立たない) (疲れ)</p>	<p><b>【アセスメントの意義】</b> うつ傾向とは、不眠、食欲減退、易疲労感、頭痛などの身体症状と集中困難、おっくう、取り越し苦労、人を避ける傾向、悲観的傾向、自殺願望など、生活機能を妨げるような心配や不安定な状態。 病気や身体機能の低下などもうつ傾向の要因となるが、多くの場合はこのような単純な原因を特定するのは難しい。 高齢になるにつれて典型的なうつ病は少ないが、うつ傾向は在宅高齢者に多くみられる。うつ傾向にある高齢者を把握し、治療やケアの可能性を検討する必要がある。</p> <p><b>【アセスメント項目の説明】</b> うつ傾向として表れやすい状態のアセスメントを行う。</p> <p><b>【介護予防上の危険性】</b> うつ傾向は、閉じこもりや生活機能低下、食欲不振など様々な生活場面に影響する。また、意欲を持たず、QOLの向上を妨げる大きな要因となる。 うつ傾向が適切な範囲を超えて現れたときは、重要な意味をもつ。その機会を見逃さず、うつ病なのか、不安な状態なのかを明らかにする必要がある。</p> <p><b>【対策】</b> うつ傾向への支援としては、まず、かかりつけ医に相談し、状態によっては専門医療機関（精神科・心療内科等）の受診を勧める。また、以下のような生活環境が整うよう調整し、サービス提供する。</p> <p>共感と傾聴ができる 疾病の不安に対し支援できる 家族を支援できる 適切な睡眠を確保できる</p>

<p>「支援を必要とする傾向」</p> <p>とアセスメント項目</p>	<p>ねらい</p>
<p>低栄養</p> <p>アセスメント項目</p> <p>(体重減少)</p> <p>(BMI)</p> <p>(食事量の減少)</p>	<p><b>【アセスメントの意義】</b></p> <p>低栄養の原因としては、エネルギー摂取量の低下、消費エネルギー量の増大、消化・吸収機能の低下等が考えられるが、悪性新生物等さまざまな疾患の発病や憎悪によることも考えられる。また、入院や手術に伴う生理的ストレスの負荷や半飢餓状態、絶食状態によって、血清アルブミン値が低下して低栄養に陥りやすい。</p> <p>一週間続けて通常摂取量の80%しか摂取できていない場合は、低栄養をきたす可能性がある。特に、適切な動物性食品と油脂類が不可欠である。また、同じ食品ばかりを摂っていても栄養的な偏りから低栄養につながる可能性が高い。主食や飲み物等が中心でおかずを食べないなどの習慣も注意が必要である。</p> <p>飲み込みがスムーズにできるか(調理方法、咀嚼力、嚥下力)、食事しやすい姿勢であるか、ゆっくり落ちついて食べられる環境であるかなど、「食欲」に影響を与える要因についても考慮する必要がある。</p> <p><b>【アセスメント項目の説明】</b></p> <p>食事量の低下や、低栄養を現す体重減少の項目についてアセスメントする。</p> <p><b>【介護予防上の危険性】</b></p> <p>低栄養状態は、日常生活動作の低下や感染症を誘発しやすくなる。また、低栄養状態は、心疾患や肺炎、気管支炎等のさまざまな疾患発症の要因となる。</p> <p><b>【対策】</b></p> <p>低栄養を予防するためには、予防教育、個別の栄養評価による指導、訪問による生活指導(栄養士等)、訪問給食、ヘルパーによる生活援助、身体活動の低下に対する生きがいデイサービス、ふれあい昼食交流会等への参加などの検討を行っていく。</p>

### (3) 介護予防ケアプランの作成方法

#### ① 目標の設定

- (ア) 計画作成者が各領域のアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について検討して提案し、利用者や家族と話し合いながら合意していく過程は、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要な行為です。
- (イ) 「目標とする生活」にできるだけ近づくことができるように、それぞれの総合的課題についてもそれぞれの目標を設定します。目標における改善の程度は、必要に応じて専門職の意見を聞きます。
- (ウ) 目標は利用者が一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要です。明らかに達成できない目標を設定することは、評価時点で利用者の自信をなくしたり、意欲を低下させることにもつながります。特に介護予防サービスを開始した時は、それほど困難でない目標を設定して、達成感や自信を強化することも有効だと考えられます。
- ④ 留意すべき点は「できないこと」を探して、それを補うサービスを組み込むことばかりに焦点をあてるのではなく、特に介護予防ケアマネジメントでは、本人が「できること」や「できそうなこと」を一緒に探し、生活機能の向上が図られる目標を立てるといった視点をもつことが重要です。
- ⑤ このためには、「できること」や「できそうなこと」を利用者や家族と一緒に探し、利用者に「生活機能が向上すると、どのような生活が送れるのか」といった具体的なイメージを持ってもらい、利用者と一緒に目標を立てることが重要です。
- ⑥ この目標を共有化するため、利用者を中心としたサービス担当者会議等を通じて主治医をはじめとするすべてのサービス提供者が、積極的に介護予防ケアマネジメントに参画する必要があります。また、すべてのサービス提供者が目標を共有した上で、その達成に向けて各サービス事業者レベルでの具体的な実施目標を検討します。
- ⑦ 「本人の意思」を尊重するからといって、単にやりたくないという理由だけでサービスを組み込まず、利用したいサービスのみを提供することは、適切な介護予防ケアマネジメントとは言えません。また、サービスの効果が上がらない理由を単に利用者の意欲が不足しているということのみに帰することも不適切です。利用者の意欲を引き出すことは課題分析者の重要な役割であり、サービス提供事業所の役割でもあります。

#### イ 支援計画に盛り込む内容

##### ① 利用者のセルフケア

生活機能低下を予防するため、利用者自らが取り組むべき事項や利用者自身にできる生活行為・行動の変容や健康管理・生活習慣の改善などのセルフケアに関する取組等は介護予防の重要な取組のひとつです。

##### ② インフォーマルサポート

利用者が家族、友人、地域住民といった周囲の人たちとのつながりのなかに自己の役割やいきがいを感じている場合は、インフォーマルサポートの視点に立った支援内容を盛り込むことも大切です。

さらに、転倒しやすい室内環境の改善や、高齢者にとって使いやすい家庭用品の工夫なども必要に応じて改善策として盛り込みます。

③ 予防給付のサービスまたは介護予防・生活支援サービス事業の内容

生活機能低下を予防するために利用する予防給付のサービスや介護予防・生活支援サービス事業等を選択します。

**(4) サービス選択にあたっての留意事項**

① 廃用性症候群予防の観点から、「通所型サービス」及び要支援認定者の場合であれば「介護予防通所リハビリテーション」を介護予防ケアプランに積極的に位置づけることによって日常生活行動の活発化や社会と関わる機会を提供し、廃用症候群の予防・改善を期待できます。

② 「訪問型サービス」については、利用者に自力で困難な行為（掃除・買い物・調理等）がある利用者に対して1対1で提供するサービスであり、利用者の状況によっては訪問介護員への依存関係を生みやすいという指摘もあることを踏まえ、本人の置かれた環境・心情に十分配慮しつつ、段階に応じて生活機能の維持・向上に資する関わり方を探求する姿勢と技量が求められます。

これらの「通所型サービス」と「訪問型サービス」は総合事業に移行したことに伴い、地域の実情により多様なサービスになります。そのため、利用者のニーズおよび状態像に応じたサービス選択を行うために、計画作成者は地域にあるサービスやその特性を把握することが求められます。

③ 予防給付における福祉用具の利用にあたっては、適切にケアマネジメントが行われないと、生活の自立への十分な働きかけなしに福祉用具が提供される等、むしろ自立支援を損ねるおそれもあることから、介護予防ケアプランの根底となった生活目標の内容に照らし、利用の妥当性、適合性を精査することが大切です。

④ 計画作成者は「介護保険における福祉用具の選定の判断基準について（老振発第0617001号）」の通知で使用が想定しにくい福祉用具とされているものをケアプランに位置づける場合はサービス担当者会議等を通じて各サービス事業担当者から意見を求め、その妥当性について検討を行うことが大切です。

**(5) サービス事業者に関する情報の必要性**

各サービスについては、利用者の状態を踏まえつつ、自立支援の観点に立った短期・集中的なサービスとなるようケアマネジメントを行うことが必要です。また、目標の達成度に応じた事業者評価が行われることから、個々の事業者のサービス提供体制や

10

サービス提供過程（プロセス）に関する情報収集も重要です。

**(6) サービス事業者間の情報共有の必要性**

各サービスについては、個々のサービス事業所のサービスが連動する必要があるという認識をより強くもっていただく必要があります。例えば、通所型サービスと訪問型サービスを利用している人であれば、通所型サービスで身体機能の向上が見られた場合、その向上した機能を共有しさらに活かす訪問型サービスやセルフケアの内容について変更する必要が考えられます。

また、サービス提供事業所に個別援助計画を求め、介護予防サービス・支援計画書との連動性・整合性を確認する必要があります。

## 4 サービス担当者会議

### (1) 位置づけと目的

サービス担当者会議は、原則として介護予防ケアプラン作成・変更・更新時に開催し、利用者の状況等の情報共有と担当者の専門的見地からの意見を求めます。

#### 〈目的〉

- ア 利用者や家族の生活全体およびその課題を共通理解すること
- イ 地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどについて情報共有し、その役割を理解すること
- ウ 利用者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などをそれぞれの専門的な見地から協議すること
- エ 介護予防ケアプランにおける共通の目標を達成するため、利用者や家族・サービス事業所等の役割を相互に理解し、連携を図ること

### (2) 会議の構成員

構成員としては、利用者や家族介護予防ケアプラン作サービス事業担当者、主治医インフォーマルサービスの提供等が想定されます。

介護予防ケアプラン作成者が、課題の内容に従い効果的な検討や今後支援につなげられるように参加者を選定します。

#### 〈ポイント〉

インフォーマルサービスの支援者を含め、サービス担当者会議の出席者については、利用者や家族等に対する個人情報の秘密を漏らすことがないように、守秘義務が求められます。

### (3) 会議の開催時期と内容

介護予防ケアプラン作成時（再を含む）の会議では主に以下の内容を協議します。

- ① 利用者の生活状況と介護予防ケアプラン内容
- ② サービス提供・支援の順序や調整、提供時配慮
- ③ サービス提供・支援の計画作成ため二次的アセスメント
- ④ 改善させたい生活課題についてチームケア・チームアプローチを行う

### (4) 臨時的開催

#### （目標・サービス内容変更等による介護予防ケアプラン時）

本人や家族・介護予防ケアプラン作成者・サービス事業担当主治医等のいずれかにより、提供しているサービスが介護予防ケアプランどおりの効果を果たしていないと考えられる場合や、利用者の状態に変化があり、介護予防ケアプラン変更が必要な場合にも臨時的に開催します。

### (5) 開催方法

介護予防ケアプラン作成者は、サービス担当会議の開催目的を利用やその家族とサービス事業所等へ伝え、参加できるよう日程等を調整し、開催についての了解を得ます。

会議の場は、利用者の自宅やサービス事業所内、主治医の診療所、地域包括支援センター等、利用者や参加の集まりやすい場所で開催するように工夫します。

家族等のキーパソンがどうしても参加できない場合は、事前に状況や課題、意向について確認し、担当者会議の情報の共通理解を図ります。

サービス事業所等がやむをえず担当者会議欠席する場合は、欠席の理由、事前に利用者の状況や課題、ケアプランの原案や意見等について確認、記録しておきます。

#### **(6) 会議の進め方**

介護予防ケアプラン作成者が提示した原案について各々の立場から意見を述べ、修正しつ、介護予防ケアプランを最終決定します。その際は利用者・家族に分かりやすく（できるだけ専門用語を使わない）説明し、理解していただけるような配慮が必要です。

介護予防ケアプランの変更を要するような状態化があった場合には、各々の立場で把握している現状について意見を述べ、情報共通理解しながら改善策を検討します。

#### **〈医療系サービス利用や疾患が理由で生活行為に制限がある場合〉**

目標を設定する時には、主治医から予後予測に基づいた疾患の説明を受け、利用者が十分に理解したうえで介護予防ケアプランを作成することが大切です。

サービス担当者会議でもその意見を踏まえた検討を行う必要があります。

意見の確認方法として、受診時の同行や主治医に意見照会を行う、訪問診療に利用者の自宅でサービス担当者会議を開催するなどの工夫が必要になります。

## **5 サービス担当者会議の流れ**

### **(1) 開会**

会議内容や発言が反れないように会議の目的を述べ、何を話し合うかを説明します。

### **(2) 参加者紹介**

計画作成者(ケアマネジャー)による参加者の紹介、あるいは各々に自己紹介をしてもらいます。

### **(3) 討議**

介護予防サービス・支援計画原案やアセスメント情報等に基づき、討議を行い、「何か意見を」といった漠然な問いかけではなく、計画作成者(ケアマネジャー)が考えていることを具体的に提案し、それに対しての具体的な意見を募るようにします。参加者各々の専門性を重視し発言してもらうことで、参加者全員が同じ課題を共有できるようにします。

### **(4) 結論**

支援者の役割が認識できるように、各議題の終了ごとに司会役としての計画作成者(ケアマネジャー)がまとめを行い、本人やその家族の意向を確認し、同意を得ます。専門職だけが発言し、本人やその家族の意見が出ないことが無いように注意し、ケアプランの内容、提供の回数、曜日、時間、注意点などについても話し合っておくことが必要です。

### **(5) 閉会**

計画作成者(ケアマネジャー)が会議の終了を告げます。

### ～ サービス担当者会議開催のポイント ～

- 1 「会議が上手に進行できない」「参加者から意見がでない」ことを想定し、事前に会議の段取りや根回しが重要になります。
- 2 専門性を発揮してもらうためにも「会議で何を話し合うか」を参加者全員に明確に理解してもらうことが、会議を成功させる秘訣になります。
- 3 会議の中で話し合う内容は個人情報を含みますので、参加者全員に守秘義務があることを認識してもらいます。
- 4 終了時間を決めて、会議の進行を調整します。
- 5 難しい課題があれば、結論を急がずに再度検討する時間を設けるようにします。

## 6 サービス担当者会議の記録について

サービス担当者会議の内容や利用者、出席者（事業者名、職名、氏名）、関係機関等との連絡や相談内容を原則「介護予防サービス担当者会議記録」及び「介護予防支援経過記録」に記載します。

加えて、サービス担当者会議後介護予防計画を利用者・家族関係者原案の内容について説明を行い、ケアプランの同意欄に署名を受け、その旨を記録します。

#### <記録内容 記載例>

いつ （令和〇〇年〇月〇日、〇〇時〇〇分～〇〇時〇〇分）  
どこで （本人自宅にて）  
誰と （本人、長女〇〇氏、〇〇デイサービスセンター〇〇相談員等）  
何を （課題、検討内容、結論、残された課題等）

## 6 個人情報保護のポイント

### (1) 個人ファイルについて

保管場所や保管方法、持ち出し等に関する事業所内でのルールを決めるなどして、管理を徹底してください。

### (2) パソコン環境の整備

利用の際はパスワードを設定するなど、データの管理・保管について情報漏えい等のないよう十分注意してください。

### (3) 情報提供

移管・サービス事業者導入の際の情報提供は、本人の承認を必ず得るようにしてください。



## 資料

## \* 1 サービス担当者会議について

厚生省令において、担当者会議の開催は以下の通り記載されています。

- (1) 要支援更新認定時（伊勢原市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営等に関する基準を定める条例第32条17号ア）
- (2) 要支援状態区分の変更認定時（伊勢原市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営等に関する基準を定める条例第32条17号イ）

※軽微な変更＝日時の変更程度

- (3) 介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与を位置づける場合は、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催（伊勢原市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営等に関する基準を定める条例第32条24号）

## \* 2 守秘義務について

- (1) 伊勢原市個人情報保護条例（平成19年伊勢原市条例第9号）
- (2) 指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第37号、改正：平成21年厚生省令第54号）  
第24条 指定介護予防支援事業所の担当職員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た本人又はその家族の秘密を漏らしてはならない  
2 指定介護予防支援事業者は、担当職員その他の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た本人又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な処置を講じなければならない  
3 指定介護予防支援事業者は、サービス担当者会議（第30条第九号に規定するサービス担当者会議をいう。）等において、本人の個人情報を用いる場合は本人の同意を、本人の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。
- (3) 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号、改正：平成21年厚生省令第54号）

- 第25条 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た本人又はその家族の秘密を漏らしてはならない  
2 指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員その他の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た本人又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じなければならない。  
3 指定居宅介護事業者は、サービス担当者会議において、本人の個人情報を用いる場合は本人の同意を、本人の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない

## 8 モニタリングと評価

### (1) 位置づけと目的

モニタリングは、利用者自身の日常生活能力や社会状況等によって課題が変化していないかを継続的に把握し、支援が介護予防ケアプランどおり実行できているまた支援そのものが適切であるかを把握する行為です。

モニタリングの結果を評価につなげ、介護予防で設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに介護予防ケアプランの修正や、あらためてアセスメントを行うかどうかの判断材料とします。

介護予防ケアプラン作成者はモニタリングやサービス事業所からの報告を基に、一定期間後に各利用者の状況进行评估します。その目的は介護予防の効果を最大限に発揮できるよう、次の段階つなげていくことにあります。

### (2) モニタリング

包括職員は、少なくとも1月に1回、モニタリングを実施し、結果を記録します。

また、少なくとも3月に1回及びサービスの評価期間終了月は、利用者の居宅に訪問し、面接します。

利用者の居宅を訪問しない月は、サービス事業所等へ訪問をしての面接や電話等より利用者等と連絡を取り、モニタリングを実施します。

#### モニタリングの視点

- 1 利用者の生活状況に変化がないか
- 2 介護予防ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービス提供がなされているか
- 3 個々のサービス等提供やその内容が適切であるかどうか
- 4 利用しているサービスについて利用者は満足しているか
- 5 介護予防ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じてないか

### (3) 評価

包括職員は、設定したケアプランの期間の終了時、ケアプラン変更時、サービス終了時には、利用者宅を訪問して、ケアプランの実施状況を踏まえて目標の達成状況进行评估し、利用者等と共有しながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定します。

#### 評価のポイント

- 1 日頃のモニタリングを通して得られた生活機能変化に着目し、評価を行う
- 2 目標が達成された場合は、サービスをどのように提供していくかあるいはサービスを終了して、介護予防事業や地域のインフォーマルサービスを活用するかどうかを検討する
- 3 目標が達成されない場合は、設定の妥当性も含め利用者・家族認識を確認し、原因を一緒に考える
- 4 利用者・家族と介護予防ケアプラン作成がともに評価し、利用者・家族にとって次のステップへ導入となるようにその評価の過程を大切にす

### (4) 実施方法

月に1回のモニタリングは、3か月に1回は利用者宅へ訪問し、利用者、家族等と面談を行う以外にも定期的に日常生活急激な変化が生じていないか状況確認(電話や事業所訪問等)を行い、利用者自身への意見聴取により実施します。

訪問をしない月は事業所での面会や電話等利用者と確認した内容を記載します。サービス事業所からの情報のみの記載では不足しています。

利用者やその家族と日常的な連絡調整、サービス事業所からの報告・連絡や主治医との連携等を通じ、幅広く情報収集します。

サービス事業所が行う事前アセスメント・事後アセスメントの結果からは、運動機能や栄養状態をはじめ、利用者のさまざまな変化を把握することができます。

これらを集約し、利用者の生活全体に関する評価を行います。

実施状況については「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」に、「どこで」、「誰と」を明記した上で随時内容を記載します。

#### **(5) 評価の反映**

評価の結果をもとに今後の方針を検討し、より利用者にとって適切になるように介護予防ケアプランの見直しを行います。

評価の内容は介護予防ケアマネジメントの次のサイクルのアセスメントとして活用します。評価を踏えて、次の目標や支援内容を設定し、利用者の思う自立した生活に段階的近づけていくことが必要です。

利用者に対して、その状態改善・悪化に応じて、要支援・要介護から自立までの状態変化に応じたサービス移行（介護給付や予防給付、生活支援サービス事業、自立）があり得ることをあらかじめ説明しておくことが各制度の円滑な利用に当たって大切です。

住み慣れた地域で暮らし続けるためには、チームが連携して支援する体制を確立していくことが大切です。

### **9 関係機関との連携**

円滑かつ効果的に介護予防ケアマネジメントを実施していくためには、市、サービス事業者、主治医保健・療福祉の関係機地域インフォーマルサービスなどとの連携が不可欠です。

#### **(1) サービス事業者との連携**

介護予防プラン作成者は、対象からの情報収集が重複しないよう、サービス事業者と情報共有し、支援を行うにあたっての共通目標やそれぞれの役割を理解して活動できるようにする必要があります。

事業所からの情報により、必要な場合は、利用者の同意を得て医師、歯科医師、薬剤等へ情報提供します。

#### **(2) 主治医との連携**

要介護認定等での主治医意見書は重要な役割を果たすため、介護予防ケアプラン作成からサービス提供への過程において、当該意見書をした主治医との連携は重要になります。

特に、医療系サービス（介護予防訪問看護、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション）を介護予防ケアプランに位置づける場合は、医師による指示が必要であり、意見を求めた主治医等へケアプランの交付が必要です。

利用者は、複数の疾病を抱えていることが多く、疾患や健康状態によっては、主治医意見書を作成した医師以外にも確認をとる場合（整形外科にも通院している利用者の運動機能向上に関して専門的な意見を仰ぐ等）があります。

#### **(3) 市、保健・医療福祉関係機等との連携**

市や地域の保健・医療福祉関係機関やインフォーマルサービスなど様々な社会資源や制度を必要に応じて活用することが必要です。

## 10 利用者基本情報について

### (1) 記載要領について

- ① 作成担当者名  
利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載します。
- ② 相談日  
初回の相談日で、利用者基本情報を作成した年月日を記載します。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記入します。また、初回の訪問か、再来の場合は前回の相談日がわかれば記載します。
- ③ 本人の現況  
利用者本人の現在の居所について記載します。入院または入所中の場合は、その施設名を記載します。
- ④ 本人氏名  
利用者名及び性別を記載します。被保険者証と一致していることを確認し、利用者の生年月日と年齢を記載します。
- ⑤ 住所・電話番号  
住所は利用者の現在居住している居住地进行記載します。  
住民票の住所地が異なる場合は、被保険者証に記載されている住所を記載します。  
電話番号は利用者と連絡のとれる電話番号を記載します。
- ⑥ 日常生活自立度  
利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要介護認定で用いられた主治医意見書の「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに○印を付けます。
- ⑦ 認定・総合事業情報  
利用者の要介護認定等の区分について、「非該当」、「事業対象者」「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○で囲みます。また、認定有効期間と前回の介護度を記載します。  
事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日を記載します。
- ⑧ 障害等認定  
障害等の種別について○印で囲みます。障害等級等、特記することがあれば空欄に記載します。
- ⑨ 本人の住居環境  
該当するものを○印で囲みます。自室の有無、自室のある場合は自室のある階を記載します。また、住宅改修の有無についても記載します。
- ⑩ 経済状況  
利用者の該当する年金等について○印で囲み、経済等の状況を記載します。
- ⑪ 来所者(相談者)  
来所者または相談者について、氏名を記載します。
- ⑫ 住所連絡先  
来所者または相談者の住所、連絡先及び本人との続柄を記載します。
- ⑬ 緊急連絡先  
緊急時に確実に連絡がとれる電話番号を記載します。連絡先は複数確認することが望ましいです。利用者の急変時、緊急に連絡をとる必要がある場合に利用者自宅以外の連絡先を記載します。また、家族が働いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族

の職場等確実に連絡がとれる電話番号を記載します。

対応機関や連絡先は「緊急事態の発生する場合」の判断をしたうえで記載します。「緊急事態が発生する場合」については、世帯状況や介護力、また、疾患等による急変の可能性や救急搬送の可能性等を鑑みて、総合的に判断します。記載しておくことで利用者や家族が安心できることにも留意して判断します。併せて、どのような場合を緊急事態と考えているか、その場合の対応方法について記載します。

⑭ 家族構成

利用者の家族について記載します。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域（〇〇県、△△市など）も可能な範囲で記載します。現在利用者と同じく同居している家族は○で囲みます。利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載します。

なお、家族関係で、特記すべき事項があれば記載します。

⑮ 今までの生活

利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載します。

職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載します。

⑯ 現在の生活状況(どのような暮らしを送っているか)

ア 1日の生活・過ごし方

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

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

⑰ 趣味・楽しみ・特技

現在の趣味だけではなく、以前取り組んでいた趣味や楽しみ、特技も聞き取り記載します。（興味・関心チェックシートを活用）

⑱ 友人・地域との関係

友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載します。

⑲ 現病歴・既往歴と経過

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な疾病・服薬の状況について新しいものから順に記載します。

記載した病気のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付け、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○印を付けます。その他の状況の場合には、「その他」に○印を付けます。また、要支援者の場合、主治医意見書を記載した医療機関・医師名に☆印を付けます。

受診状況や指示の内容は、本人家族から適切な情報が無い場合は、健康診査のデータや受診時の検査データ、お薬手帳などから服薬内容を確認するとともに、適切な服薬が行われているか、残薬などの確認が必要です。

慢性疾患等は適切な健康管理が行われていないと、悪化し、重度化してしまうことで介護度も重くなることが多いため、病状が軽い時期から自己管理ができていないか、適切に把握し、必要に応じて、主治医への情報照会や服薬情報を提供し、指示を仰いでください。また、センター内の看護職との相談も重要です。

糖尿病であれば、体重（栄養状態を含む）、血液検査（ヘモグロビンA1c値、血糖値、クレアチニン等）、服薬状況（飲み薬の内容や回数、インスリン自己注射であれば、回数や頻度）自分で適切に服薬や自己注射ができていないのか、家族が行っているのか、栄養指導を受けているのか、どのような内容か。治療についての思い等。

⑳ 現在利用しているサービス

利用者が現在利用している支援について、サービスの種別と利用頻度について記載します。ここでいうサービス・事業は、行政の行う一般施策のような公的なサービスと、ボランティアや友人などの非公的なサービスを分けて記載します。

㉑ 個人情報の第三者提供に関する同意

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリストの記入内容、要介護認定、要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅、サービス事業所、総合事業におけるサービス事業等実施者、介護保険施設、主治医、その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意を得ます。

地域包括支援センターが介護予防支援の契約を行う際、個人情報を必要な範囲で第三者に提供することについての同意を得ている場合は、利用者基本情報に同意を得る必要はありません。

## 1 1 介護予防サービス・支援計画書について

### (1) 記載要領について

① NO.

利用者の整理番号を記載します。

② 利用者

利用者名を記載します。

③ 認定年月日

利用者の認定が決定された日を記載します。

④ 認定の有効期間

利用者の認定の有効期間を日付で記載します。

⑤ 初回・紹介・継続

初回 … 初めて介護予防事業及び予防給付を受ける人は初回に○印を付けます。

紹介 … 介護予防事業を受けていたが、予防給付を受けるよう紹介された場合、またその逆で、予防給付を受けていたが、今回介護予防事業を受けるよう紹介された場合は「紹介」に○印を付けます。

継続 … 介護予防事業を受けており、今後も介護予防事業を受ける予定、あるいは予防給付を受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」に○印を付けます。

⑥ 認定済・申請中

要支援認定について「新規申請中」前回「非該当者」になり、再度申請している場合を含む。

区分変更申請中、更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合は、「申請中」に○印を付けます。それ以外の場合は「認定済」に○印を付けます。

⑦ 要支援1・要支援2・事業対象者

被保険者証に記載された「要介護状態区分」あるいは基本チェックリストの結果から総合事業における介護予防ケアマネジメント 第1号介護予防支援事業を利用する場合は「事業対象者」に○印を付けます。

⑧ 計画作成者氏名

ケアプラン作成者の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、担当介護支援専門員名もあわせて記載します。

⑨ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、ケアプラン作成者の所属する事業所名等及び所在地(住所と電話番号)を記載します。

⑩ 担当地域包括支援センター

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合に、利用者が利用する包括名を記載します。

⑪ 計画作成(変更)日(初回作成日)

地域包括支援センターまたは委託を受けた居宅において利用者に関するケアプランを作成した日を記載します。また、初回作成日には、2回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載します。

⑫ 目標とする生活

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

基本的に個々の解決すべき課題(ニーズ)に対して、目標を設定します。その内容は、具体的かつ明確に記載します。抽象的であったり、曖昧な表現であったりすることにより、読み手の価値観によって、そのとらえ方が変動してしまうからです。目標は、利用者がサービスを受けつつ到達しようとするゴールを指すものであり、サービス提供事業者側の個別の行為を意味するものではないことに留意する必要があります。

目標の内容は、ニーズに対応して設定されていることから、そのニーズが明確であることと対で考える必要があります。つまり、前述したように「〇〇したい」だけでは、その「〇〇をしたい」を阻害している要因がわからないため、まずは、その阻害要因を明確にします。その阻害要因に対して、介護保険等のサービス等を活用することになるため、目標は、ニーズを解決した際の状態像が明記されます。

具体的には、「浴槽をまたぐことに危険はあるが、自宅の浴槽で入浴したい」というニーズに対して、「自宅の浴槽を自分でまたいで入浴ができること」という目標になります。

また、目標は、「実現可能であること」を予測(判断)した設定が必要です。「達成したらいいな」という現実的ではない願望や「明らかに難しい」という内容は、利用者本人への過度な期待やプレッシャーとなります。そのような意味からもサービス担当者会議等を通じて、専門的見地から意見を得ることも重要となります。

また、生活に対する意欲が著しく低下している利用者の中には、必要に応じて、専門的な視点から利用者の生活機能の改善の可能性を判断し、具体的な案を提示します。利用者の意欲を引き出すような働きかけやケアプラン作成者と目指していく生活のイメージを共有することが重要です。

この項目は、話のきっかけとして初めに聞くなど、ある程度話が進んだところで聞く、または、一度聞いた後にもう一度聞くなどして、より利用者の日常生活のイメージを具体的にできるように、ケアプラン作成者が面談を構成しやすいような順番や方法で聞きます。

また、意向や想いは聞き出すのではなく、引き出すことが重要です。

そのほか、なりたい姿だけでなく、「こうはなりたくない」も引き出す方法です。

自分のことも必要ですが、誰かのためにも有効です。(〇〇には迷惑をかけたくない…だからトイレは自分でしたい)

## 1日

大きな目標にたどり着くための段階的な短期目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、1年先の目標を達成するための毎日の行動計画や1ヶ月先、3ヶ月先の目標等が設定される場合もあり得ます。

目標と同時に「自分や家族等との約束事」というアプローチもあり得ます。

### (記載例)

- 毎朝玄関まで新聞を取りに行く。
- 保健医療：(改善見込有) 3か月後には1人で500m先の娘の家に行ける

## 1年

利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定します。

あくまでも、介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントや利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とします。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにします。

楽しみ、生きがいのほか、「役割(夫として、妻として、父として、家族の一員として)」を記載するのでも可能です。

### (書き方の具体例)

- 清潔保持：(改善見込) 1年後には見守りを受けて1人で入浴できている
- 家事：(現状維持) 工夫した掃除用具を使用し、かがむことなく床ふきを毎日継続できている
- 生活動作：(改善見込) 1年後には車の乗り降りが1人でできるようになる

## ⑬ 健康状態について

主治医意見書(要支援のみ)や利用者基本情報等より健康状態について、ケアプランを立てるうえで留意すべき情報について記載します。

具体的には、「狭心症の既往があり、胸痛時に薬を内服することになっている」「血圧が高めなので運動系のサービス前後は血圧測定が必要」などを記載します。単に主治医意見書の疾患などをそのまま転記するのではなく、ここに示された内容を踏まえ、アセスメントを進めていきます。

## ⑭ 基本チェックリスト結果記載

利用者自身に基本チェックリストを主観的に回答してもらい、聞き取った内容等も踏まえて、アセスメント領域と現在の状況等に反映します。該当項目数から、生活機能低下の項目に該当した項目数を分子に、その数字を運動機能であれば、「3/5」のように枠内に記入します。

## ⑮ 必要な事業プログラム

基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入します。

## ⑯ 必要な事業プログラム

基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入します。

## ⑰ アセスメント領域と現在の状況

アセスメント領域ごとに、日常生活状態の客観的事実を4領域に分けて記載します。



注) 記載は主観的な判断や思いは記載しない。できるかできないか。しているかしていないか。誰が手伝っているかの確認をした事実を記載します。

各アセスメント領域において「現在、自力で実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について、その領域全般について聴取します。また、アセスメントは、基本チェックリストの回答状況、主治医意見書、生活機能評価の結果も加味して行います。

ニーズに繋がる状況を中心に記載します。

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

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

初回面接では、完璧に情報収集しようとして、強引に聞き出そうとするなど利用者を不快にさせないように留意します。

複数の領域で重複する内容については、ひとつの領域に記載します。各アセスメント領域でどのようなことを分析するかについては、以下を参考にし、できることできないこと等を具体的に記載します。

医療系サービスを提供する場合、必ず医師の意見を聴取し、記録してください。

#### 運動・移動について

自ら行きたい場所へさまざまな手段を活用して移動できるか、杖や福祉用具、手段、自宅や屋外での歩行状況、公共交通機関を使っての移動状況、1日の活動量などの程度か、どの程度の距離なら外出が可能か、等を確認します。すべての領域において、いつくらいから行いにくくなったかについて、その期間・起点等を記載しておくのと不具合が生じてから、どの程度の時間が経過しているかが見えやすくなります。

立ち上がり、起き上がり等の動作全般、課題と思われる動作から優先して記載します。

#### (記載例)

- 転倒後は、一人で外出することはなくなり、外出する時は家族に車で連れて行ってもらっている。室内は手すりを利用して、歩行している。

#### 日常生活(家庭生活)について

家事（(買い物：自分で選んで買っているか)・調理（自分で献立を立て、手順に沿って調理しているか）・掃除（掃除機はどのような物を使っているか、かけられるのか、掃除ができる範囲等）・洗濯（自分のものを選択にかけ、干すなどできるのか）・ゴミ捨て等（分別や曜日などは理解しているか、誰かに手伝ってもらっているか等）)や住居・経済の管理、花木やペットの世話等を行っているかを確認します。誰かに支援を受けている場合は、誰にどの部分を助けてもらっているか、自身ではどこまでが可能かを記載します。

例えば認知症による記憶障害や実行機能障害、意欲の消失等があれば、IADLの手順を分割してどの部分が難しいかを押さえることで、支援の道筋が見えやすくなります。

住環境、住居周辺的环境、同居家族の有無等自立の阻害要因となっているものがあれば記載します。

(記載例)

- 膝が痛くなるまでは、近くの商店街に毎日買い物に出かけた。
- 家族の食事を作っていたが、立って長時間の調理はできなくなった。
- 現在は家事全般を家族が行い、自分ではしない。
- 昼食は家族が作ったものを温めて食べている。

社会参加、対人関係・コミュニケーションについて

状況に見合った適切な方法で人々と交流しているか。また、家族や友人関係、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。友人を家に招いた入り、友人宅を訪問する状況、家族・友人との電話による意思疎通は適切に対応できているか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要があります。

見当識等の認知機能、趣味や楽しみの状況等を記載してください。

(記載例)

- 電話では友人とやりとりしている。
- 商店街の人たちとの交流がなくなり、普段話す人がいない。

健康管理について

入浴やシャワーの状況、肌、顔、歯、爪の手入れ、清潔・整容・口腔ケアや服薬、定期受診が行えているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントします。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分摂取、排泄の状況については、回数や量、状態などを具体的に確認する必要があります。

入浴について、基本的には、「健康管理について」欄に記載します。ただし、入浴動作に課題があり、他の生活動作にも同様の課題が言える場合は、「運動・動作について」欄に記載しても問題はありません。

(記載例)

- 家族に付き添ってもらい整形外科に月2回受診している。
- 身の回りのことは自分でできている。
- 入浴は家族のいる時間に自分でできる。

⑱ 本人・家族の意欲・意向

利用者やその家族が、介護サポート等を受けながら、どのような生活をしたいと望んでいるのかについて、明確に把握することが重要であるため、まず、最初の面接において、「どのような生活をしたいか」という希望を聞く前に「何に困っているか」を深く聴取することが重要です。十分に困りごとに耳を傾け、アセスメントをすることで、「どうなりたい」「どうしたい」「こうなりたい」「これはしたくない」といった具体的な思いがみえます。これを生活に対する意向へと結びつけることが必要です。

いきなり、「どのような生活をしたいか」を問われても、利用者や家族は、「今までどおりの暮らしをしたい」「できることは継続したい」といった曖昧で抽象的な答えになります。また、ケアマネジャー自身もそういった抽象的な回答に対して、「具体的にどんなことを継続したいと考えていますか」といった深掘りをする質問ができないと、生活の意向が曖昧かつ抽象的なものとなります。

そのため、まずは利用者等が認識している「困りごと」に耳を傾け、最終的には利用者の意欲やモチベーションにつながる真の意向を引き出すよう努めることが求められます。なお、利用者の意向は、「こうなりたくない」「これはしたくない」といった否定的な感情も含まれるため、留意します。

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識を確認し、その意向について記載します。例えば、機能低下を自覚しているか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。具体的には「〇〇できるようになりたい」や「手伝ってもらえれば〇〇したい」等と記載し、その理由についても確認しておきます。注意すべき点は、否定的ないし消極的な意向であった場合も、直ちにプランを立てるのではなく、なぜその意向が消極的・否定的なのかの理由を明らかにすることが大切です。これは具体策を検討する際に参考情報となります。

(記載例)

- 本人：主治医の先生に「転ばないように気をつけるように」と言われている。一度庭で転んでから外に一人出るのが怖い。今より悪くならないように気をつけたい。
- 子の妻：外出しなくなってから元気がなくなったように思う。昔のように商店街の人とも交流できたら元気になるのではないか。

⑩ 領域における課題（背景・原因）

各アセスメント領域において生活上の問題となっている事の背景・原因を分析します。何が原因で、現在の状況になっているかを記入します。

「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、基本チェックリストの結果等を踏まえ、健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状態等の観点から整理し、分析します。課題については、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因分析することが必要であり、さらに課題となっていることあるいはその状態であると、将来どのようなことが起こるか、等の課題を見通しながら記載しますが、「起きている事実」の記載が原則です。起こりえる課題は、アセスメント結果を伝える際の利用者自身の理解度や認識度により記載の可否を判断します。

結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□有」に  を、無ければ「□無」に  を付けておきます。ここまでは、左から右へと横並びで記入していきます。

また、利用者の意向を十分に把握し、課題分析を行ったうえでケアマネジャーとしての判断内容を記載します。記載にあたっては、利用者等の望む暮らしに対して、本人の状況と本人がもつ力・可能性を十分に考慮し、「まず、何から始めればいいのか」という今後の方向性を記載します。単に「利用者の課題を羅列するのではない」ということに気をつける必要があります。

(記載例)

- 膝の痛みや転倒への不安から外出の機会が減り足の筋力が低下している。この状態が続けばさらに筋力が低下し転倒する可能性が高くなる。

## ⑳ 総合的課題

前項目で分析した各「領域における課題背景・原因」から、利用者の生活全体の課題を探するため、各領域における課題共通の背景や原因を見つけだし、まとめていきます。総合的な課題は一つにまとまることもあれば、複数の課題に整理されることもあります。総合的課題が複数になる場合は、利用者にとって優先度の高い順から1 2…と課題を列挙し、課題とした根拠を記載しておきます。この欄で留意すべき点は、支援を必要とすることを明確にするため、本人 及び家族の意向や目標、具体策等は含めずあくまでも解決していこうとする課題に絞って記載することです。また、危険性や可能性の予測を記載します。

利用者の優先順位が高い順に課題を列挙します。

総合的課題では、現状起きている事実から「ニーズの中核」を意識します。

(記載例)

- 生活の中でいろいろなことが心配になって眠れない日があるようです。そのような日には昼間に元気に活動できず、家事などに影響があります。

(記載例)

- 服薬を忘れてしまう事があり、そのせいで頭痛・ふらつきが見られることがあります。

## ㉑ 課題に対する目標と具体策の提案

「総合的課題」に対して、目標と具体策をまず専門的観点から示す欄になります。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れるようになっていきます。

適切にアセスメントされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、居宅に委託するプラン等で包括が確認する場合、この項目を一つの評価指標とすることができます。

また、目標は漠然としたものではなく、一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や興味・関心のあることにも十分考慮し、評価可能で具体的なものを提案することが大切です。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、さまざまな角度から具体策を考えていきます。具体的な支援やサービスは、サービス事業や一般介護予防事業、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下の悪化を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、民間企業により提供される生活支援サービス、地域のインフォーマルサービスの活用についても記載します。

ここで重要なことはプラン作成者が利用者の意欲を高め、引き出すようなソーシャルワークをどこまで実践し追及しているかという課題もあります。ただ単に「100m歩けるようになること」が目標ではなく、100m歩ける能力を取り戻すことで「妻と庭いじりができる」という生活行為が重要なのです。

### 参考〈厚生労働省通知〉

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。

具体的には、利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の中で、解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、

- ・ 利用者自身の力で取り組めること
- ・ 家族や地域の協力でできること
- ・ ケアチームが支援すること

で、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすく記載する。目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるのか」

という目標達成に向けた取り組みの内容やサービスの種別・頻度や期間を設定する。

### 【基本的考え方のポイント】

- 1 ニーズを解決した際の状態像（生活像）を記載します。
- 2 ニーズと連動した内容となるように記載します。
- 3 具体的な内容であり、かつ利用者がサービスを受けつつ目指す目標であることに留意した内容を記載します（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について）

【平成11年7月29 日老企第22号】第二3（8）⑧居宅サービス計画原案の作成（第八号）より抜粋）。

### 〈書き方のポイント〉

- 1 具体的な状態像で記載します（数値化できる目標は数値化します）。
- 2 実現可能な状態像を記載します。
- 3 個々のもつ価値観でとらえ方が変動するような用語の使用は避けます（例：安心・安全・健康）。
- 4 ニーズを解決した際の状態像をイメージして具体的に設定します。
- 5 基本的には【領域における課題、総合的課題に対応】して設定します。

### 目標とニーズは「対（つい）です」



### （記載例）

目 標：3ヶ月後には、ひとりで〇〇まで歩いて行けるようになる。  
具体策：膝の痛みについて主治医と相談する。自宅でもできる下肢の運動と歩行練習を毎日10分間行う。

## ② 具体策についての意向 本人・家族

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策の提案」について、利用者や家族の意向を確認して記載します。

ここでは、計画作成者が専門家として提案したものに対する利用者の意向の相違点を確認できるようになっています。

提案に対して、取り組むことが困難で、継続が難しいなど利用者や家族の認識や意向を聞き、記載します。

具体策について、単に意向を聞くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し、記載します。その理由や根拠が次の項目の目標欄の根拠となってきます。

ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなります。

### 【基本的考え方のポイント】

- 1 最初に、何に困っているか、困難を感じているかを聴き取ります。
- 2 その困難に対して、「どうしたい」「どうなりたい」という解決後の姿（目標）談のなかで共有します。
- 3 解決後の姿（目標）を目指すうえで、利用者等のモチベーションとなる生活像は何かを引き出します。  
(例：月1回は妻と外食に行くことを取り戻したい。そのため、「歩行訓練」を頑張る)
- 4 上記3を踏まえて、利用者や家族等の意向等に対して、「まず、何から始めればよいのか」という今後の方向性をプラン作成者が判断した分析結果として記載します。  
(例：第1に転倒に十分に気をつけながら、「歩行訓練」に力をいれていきます)。

### 〈書き方のポイント〉

- 1 利用者や家族が発した言葉(セリフ)を可能な限りそのまま具体的に表記します。
  - 2 誰の意向であるかを続柄で記載します(例：長男、長女)。
  - 3 利用者が意向を語ることが困難な場合(例：認知症等による会話困難)には、「利用者に尋ねましたが明確な回答を得ることができませんでした」という表記もあり得ます。
  - 4 表記の順番は本人(上段)、家族(下段)とします。
  - 5 利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載します。
- (注)利用者及び家族の意向については、意向を十分に聞き取ったうえでケアプランに利用者と家族と分けて記載します。

## ③ 目標

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

## ④ 目標についての支援のポイント

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考えるうえでの留意点を記載します。ここには目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイント等を記載します。

(記載例)

- 膝の痛みもあり、引きずるように歩いており、つまずきやすいため転倒がないよう注意して見守る。
- 転倒への不安が大きいので、自信をつけるよう足の運動を続けるとともに、徐々に活動の範囲を広げていけるよう、声かけを行う。

⑳ 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 サービスについては、何故そのサービスで、その事業者などのかを理由を持って、内容を適切・簡潔に、支援内容のポイントを絞って記載します。具体的には、「リビングの清掃・浴室の清掃」「トイレの介助」「歩行の訓練」「手指を使用したリハビリテーション」「床ずれの処置」というように記載します。

家族等によるインフォーマルサポートなど介護保険サービス以外のサービス・サポートも記載します。ただし、近隣住民等によるインフォーマルサポートについては、明記してよいかどうかなどを利用者等に確認したうえで記載します。インフォーマルサポートを位置づける場合には、定例的なサポートであることと、月単位程度で行われていることなどが求められます(例：月1回 週2回 1日2回)。

また、セルフケアは利用者自身が「していること、できていること」を具体的に内容・頻度・時間等を明記します。

㉑ 介護保険サービスまたは地域支援事業 総合事業のサービスを含む

予防給付、介護予防・日常生活支援総合事業や一般介護予防事業等を含めた地域支援事業のサービス内容を記載し、どのようなニーズに基づき、どのサービス・事業を利用するか、わかるように記載します。

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

しかし、サービス内容について、利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載します。本来の支援のもとに、当面の支援を記載することが大切です。

加算名(例：個別機能訓練加算)を記載する必要はありません。

また、介護保険サービスの「加算算定」している場合(例：入浴介助加算Ⅰ・口腔機能向上加算)、算定項目に対して、要件を満たしたうえで「どのようなサービスを行うのか」を具体的に記載します。

時に、サービス内容欄に加算名(例：入浴介助加算Ⅰ・個別機能訓練加算等)を記載して欲しいとサービス事業所から求められるケースもありますが、加算名を記載することが重要ではなく、加算にかかわるニーズ等が適切に設定され、適切なサポートが行われていることが重要です。

加算算定している項目に関するサービスについて、どのようなニーズ(課題)に対してサービスを提供しているのか、なぜ加算算定する必要性があるのかについて、本欄に算定項目に対するサービス内容を具体的に明記する必要があります。

### 【基本的考え方のポイント】

- 1 サービス内容は、適切・簡潔にポイントを絞って記載します。
- 2 インフォーマルサポートは、明記の可否や範囲について利用者等と相談します。
- 3 利用者が「していること、できていること」はセルフケアとして位置づけます。
- 4 訪問介護（生活援助）を利用している場合には、生活援助とわかるような表記をします。
- 5 訪問介護（生活援助）が必要な理由を本欄に記載しても差し支えありませんが、簡潔明瞭に記載します。
- 6 「加算算定」している項目に対して、サービス内容を具体的に明記します。

### 〈書き方のポイント〉

- 1 サービス内容が複数になる場合には①、②と箇条書きにするなど見え方の工夫をします。
- 2 どの身体部位のどのようなサービスか、など適切・簡潔（例：下半身のリハビリテーション）に記載します。
- 3 生活援助と身体介護が混合しないような表記にします。  
リビング・部屋の掃除（生活）  
洗濯干しを一緒に実施（身体）
- 4 加算算定している場合、算定している理由がわかるようなサービス内容を具体的に記載します。  
（加算名の記載ではなく、加算項目にかかわるサービス内容を記載）。

### ⑳ 【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

本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載します。また、本来必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載します。

#### （記載例）

- 地域ダイヤビック教室やミニデイ・サロンなど近所の人たちと集まるところが近くにないため、外出の機会が持てない。地域の役員と協力して地域資源の構築につなげることが必要。
- 人との交流があまり好きではないので、デイケアには行きたくないとの本人の意向がある。まずは本人に生活の中で運動を実施してもらおうが、機能低下がある場合には通所系サービスを取り入れてみる。

### ㉑ サービス種別

「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」の支援内容に適したサービス種別を、介護保険サービスは正式名称・正式事業所名を記載します。介護保険以外のサービスについても正式名称・正式事業所名を記載します。

その際、支給区分、通所系サービス等における加算についても記載しておく方が望ましいです。ただし、事業所の体制にかかる加算については、記載する必要はありません。

ケアプランは利用者にはわかりやすいことが前提であり、かつ正式書類であるため、略字や専門用語は使用しません。



訪問診療と居宅療養管理指導についても記載します。訪問診療は医療保険、居宅療養管理指導は介護保険であり、それぞれ異なる支援となるため併記します。

(記載例)

- □□の里 (サービス付き高齢者向け住宅) (正式名称)
- △の森 (住宅型有料老人ホーム)
- 訪問診療 ○○医院
- 居宅療養管理指導 ○○医院

⑳ 事業所 (利用先)

具体的な「サービス種別」及び サービス提供を行う「事業所名 利用先」を記載します。また、地域、介護保険制度以外の公的サービスが担う部分についても記載しています。

㉑ 期間

「支援計画」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載します。なお、「期間」の設定においては、要支援認定者で予防給付のサービスを利用する場合には、「認定の有効期間」を考慮し、「○月○日～○月○日」と記載します。

期間は、基本的に「目標の期間」と同一とします。その理由は、「サービス内容」に掲げる内容は、「目標」の達成に必要な最適なサービスであるためです。また、期間は、年月日～年月日で表記し、原則ケアプランの同意日以降が期間のスタート日となるよう留意します。緊急対応等の場合においては、暫定的な(実施)期間として設定します。例えば、介護者の急な入院や葬儀等による短期入所時等が想定されます。

前述のように、「サービス内容」に掲げる内容は、「目標」の達成に必要な最適なサービスであるため、目標達成のための短期目標を設定すれば、同一期間になります。

頻度は、標準的に想定されている回数や時間を記載します。突発的(一時的)な変更については、理由等を支援経過記録に記載します。突発的(一時的)な変更が利用者側の都合により頻回にあるようであれば、標準事項として検討し、ケアプランの見直しを行います。

また、必要時・随時という記載はせずに、具体的な場面や状況を想定して記載します。

【基本的考え方のポイント】

- 1 期間は、目標と同一期間で記載します。短期目標を設定すれば、その期間
- 2 期間は、年月日～年月日と表記します。

〈書き方のポイント〉

- 1 短期目標の期間と連動するようにします。
- 2 期間は、年月日～年月日で表記します。
- 3 説明・同意・交付日以降の期間設定にします。
- 4 新規サービスの追加時には、新規サービス以外の期間についても、新規サービスの期間との整合性を図り、記載します。

③① 総合的な方針 生活不活発病の改善・予防のポイント

記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点等を記載します。

③② 地域包括支援センター意見・確認印

居宅介護事業所が地域包括支援センターから委託を受けて行う場合に本欄を使用します。この場合、介護予防 支援や介護予防ケアマネジメントの最終責任主体である地域包括支援センターは、ケアプランが適切に作成されているかを確認する必要があります。地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時にケアプラン原案の確認を行うことができます。その際に、本欄に確認した地域包括支援センターの担当者が氏名を記載します。この確認を受けた後に、本人に最終的なケアプラン原案の説明を行い、同意を得ることになります。ただし、総合事業における介護予防ケアマネジメントの場合には、そのプロセスによっては、ケアプラン原案としての作成や、サービス担当者会議を省略することもできるので、注意が必要です。

## 1 1 介護予防サービス・支援計画書について

### (1) 記載要領について

① 利用者名

利用者名を記載します。

② 計画作成者氏名

ケアプラン作成者の氏名を記載します。

③ 評価日

介護予防サービス・支援評価を行った日を記載します。

④ 目標

ケアプラン目標と一致させます。

⑤ 評価期間

ケアプランの期間欄から期間を転記します。

⑥ 目標達成状況

評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載します。評価時に、評価期間が終わっていないサービスについても一旦評価を行い、介護予防サービス計画を見直します。

(記載例)

○ これまで外出する機会が減少し、家から出なくなっていた。

友人から誘われた地域ダイアビックに2週に1回参加することで、参加者との交流が楽しみになり、近隣のウォーキング始めるようになった。

⑦ 目標 達成／未達成

目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付けます。

⑧ 目標達成しない原因（本人・家族の意見）

なぜ、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め利用者・家族の認識を確認し、原因を記載します。

(記載例)

本人：はじめの頃は毎週出かけるようにしていたが 風邪をひいたので人の多い所にはあまり行かないほうがよいかと思って出かけなかった。家で行う運動も忘れてしまう日もあった。

家族：商店街の人と会った時はとても楽しそうな顔をしているので連れて行きたいと思 ってはいるが 本人が行きたくないと言った時は無理に誘わないようにしていた。

⑨ 目標達成しない原因（計画作成者の評価）

なぜ目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、計画作成者として評価を記載します。

(記載例)

- 風邪をひいたことをきっかけに、毎週出かけていたリズムが崩れ、また風邪をひくかもしれないという不安で外出を控えていたと思われる。また、支援者側の声かけができていなかった。

⑩ 今後の方針

目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点から踏まえて記載します。

(記載例)

- 体調を整えることは重要だが、外出することで運動の機会となり、膝の痛みの軽減や下肢の筋力向上につながることを家族にも再確認していただき、商店街には定期的に出かけるようにしていただく。毎週というのが負担になっていた部分もあるので、頻度を減らした目標を設定していく。また、支援者からの声かけを積極的に行う。

⑪ 総合的な方針

利用者の生活全体に対する今後の支援の総合的な方向性について、専門的な観点から方針を記載します。

(記載例)

- 感染予防を行ってもらいながら、今後も活動範囲を拡大していけるよう支援していく。

⑫ 地域包括支援センター意見

ケアプランに対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持悪化等の判定をし、その根拠も記載します。

特に、介護予防支援業務又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合、計画作成者の今後の方針等が適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、地域包括視線センターと委託を受けた居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方針の統一を図る必要があります。

⑬ プラン継続・プラン変更・終了

今後の方針が決定したら、ケアプラン作成者が「プラン継続プラン変更 終了」に  を付けます。サービスに変更がなくても、基本的には新たな目標が設定される為、「プラン変更」に  を付けます。

「プラン継続」に関しては、例えば、ケアプラン期間中に一時的な入退院があり、サービス利用ができなかったが退院後、本人の状態や意向の変化がなく、改めて同じケアプランの目標、内容を実施する場合や、あと少力で目標が達成しそうな段階で、利用者がそのままの目標を希望した場合などである。

プラン終了に関しては、サービスが不要になり、次のケアプランを作成する必要がない場合に  を付けます。

※ケアプラン作成者が、一部委託を受けている居宅の介護支援専門員の場合、地域包括支援センターの意見を踏まえて判断します。

- ⑭ 介護予防・予防給付・二次予防事業・一次予防事業、サービス事業、一般介護予防事業終了

今後の方針としてケアプラン作成者が該当するものに☑ を付けます。

※ケアプラン作成者が、一部委託を受けている居宅の介護支援専門員の場合、包括の意見を踏まえて判断します。

介護予防サービス・支援計画書

No. 利用者氏名 (男・女) 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日) 年 月 日 担当地域包括支援センター:
委託の場合:計画作成者事業者・事業者名及び所在地(連絡先)

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業者対象者

目標とする生活 生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。

Table with 2 columns: 1日, 1年. Includes notes on specific goals and service types.

Main assessment table with columns: 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. Includes detailed notes on assessment and goal setting.

計画作成(変更日)は利用者の同意を得た日付

- 状態の客観的事実を4領域に分けて書く
●主観的な判断や思いは書かない
●できるか、できないか
●しているか、していないか
●誰が手伝っているか

- 自ら行きたい場所に移動できているか
●杖や福祉用具、手段
●自宅や屋外での歩行
●交通機関を使っている移動状況

- 日常生活(家庭生活)について
●日常に必要な品物の買物の状況
●自分で選んで買っているか
●献立、調理の状況
●家事(家の掃除、洗濯、ごみ捨て等)についての状況
●預貯金の出し入れの状況

- 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて
●家族や友人との関係、交流の状況
●友人を招いたり友人宅を訪問する状況
●家族・友人などとの会話や電話での意思疎通
●認知機能(見当識等)
●地域での役割(老人クラブや町内会)
●趣味や楽しみの状況

- 健康管理について
●排泄の状況
●入浴やシャワーの状況
●肌、顔、歯、爪などの手入れ
●健康への配慮(食事・運動・睡眠に気をつけている状況)
●服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理が出来ているか
●疾病であれば関連した情報
例)糖尿病:検査値(ヘモグロビンA1c、血糖値、食事の指示量、具体的な内容、

主治医意見書(要支援のみ)や利用者基本情報等より健康状態について計画を立てるうえで留意すべき情報を記載。

基本チェックリストの結果を参考に転記する。判定基準を参考にしながらアセスメントする。初回以降は、計画評価・再アセスメントの際に改めて基本チェックリストを実施して結果を転記する。

- 各アセスメント領域において確認した内容について利用者・家族の認識を確認する。「〇〇できるようにしたい」「〇〇をやりたい」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。
●利用者や家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載する。
●家族が言っている事で、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。
●否定的ないし、消極的な以降であった場合は、その意向に対し、直ちにプランを立てるのではなく、なぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにする。これは具体策を検討する際に参考情報となる。
●各アセスメント領域において、生活上の課題となっている事の背景・原因を分析する。
●何が原因で、現在の状況になっているのかを記入する。
●課題がある場合「〇有」にし点を付け、分析した内容を記載する。課題がない場合は「〇無」にし点を付ける。
●分析する場合は実際の面談の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに、健康状態・心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。
●ここまでは各領域ごとに記載する。
●「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。
●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。
●このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。
●また、具体策についても、総合事業や予防給付だけでなく、生活機能の低下を予防するための、利用者自身のセルフケアや、家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。
●具体的には「〇〇が必要」「〇〇を行う。」と記載し提案する。
●次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる
例)【目標】(3か月後には)ひとりで〇〇まで歩いて行けるようになる
【具体策】①▼▼を利用して△△を行う。
②誰々が■■を行う。
③.....
●本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意が取れない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する
●必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。
●本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。
●誰が何をするのかを明記する。
●本来の支援が実施できない場合には、利用者や家族と合意できた「当面の支援」を【 】書きで記載する。「当面の支援」が無い場合は書く必要はない
例)
・家族と一緒に鉢植えの手入れを行う
・近所の友人と連れだって、買い物
●予防給付、地域支援事業の具体的なサービス内容を記載する。(介護予防福祉用具貸与等サービス種類の記載ではない。)
●「掃除」や「買物」、「リハビリ」だけでなく、「この掃除をどの様に行うのか、代行するのか共に行うのか」「どのようハビリを行うのか」等記載。
例)自分にあった運動の仕方を身につけ、自宅で多少しずつ運動ができるようになる。
例)できる限り、日中は起き上がり居室で座って過ごすなどベッドから離れる
●利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。

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
例:●病院、▲医師。診断名:胃癌、転移性肺腫瘍。特記すべき事項:独居。労作時に息切れがあり。また抗がん剤の副作用で吐きあり。訪問看護の導入が望ましい。

【本来行うべき支援が実施出来ない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針
例:病状から訪問看護の利用が望ましいと考えるが、本人がまだ大丈夫と考えているため、ヘルパーの家事支援を通じて様子をみていく。ヘルパーからの報告や包括のモニタリングにより健康状態を把握していき、必要な時期に医師へ相談し導入する。

Table for Basic Checklist results: 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. Includes example values like 3/5, 2, 0/3, /2, /3, /5.

【意見】
●居宅支援事業所に委託している場合に記入する。
●意見欄→利用者に対し「地域包括支援センター職員も応援しているので、介護予防に積極的に取り組んでください」と言うような文言を記載する。
●特に無ければ無理に記入する必要はない
●確認欄→必ず記入すること。
【確認印】
地域包括支援センター
事業者名と確認者印

総合的な方針:生活不活発病の改善予防のポイント
計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。
令和 年 月 日 氏名 印