

『介護予防サービス・支援計画書（Ⅰ）（Ⅱ）』の記入の仕方

介護予防サービス・支援計画書（Ⅰ）

*「被保険者番号」欄

利用者の介護保険被保険者番号を記載する。

*「利用者名」「生年月日」欄

当該介護予防サービス計画等の利用者名と生年月日を記載する。

*「認定年月日」欄

当該利用者の要介護認定の結果を受けた日を記載する。

*「認定の有効期間」欄

当該利用者の要介護認定の有効期間を日付で記載する。

*「初回・紹介・継続」欄

初回 … 初めて介護予防ケアマネジメントおよび予防給付を受ける人は「初回」に○印をつける。

紹介 … 介護予防ケアマネジメントを受けていたが、予防給付を受けるよう紹介された場合、またその逆に、予防給付を受けていたが、今回介護予防ケアマネジメントを受けるよう紹介された場合は「紹介」に○印をつける。

継続 … 介護予防ケアマネジメントを受けており、今後も介護予防ケアマネジメントを受ける予定、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○印をつける。

*「認定済・申請中」欄

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○をつける。それ以外の場合は「認定済」に○をつける。

認定を受けていない場合は、○をつけない。

*「要支援1・要支援2・事業対象者」欄

被保険者証に記載された「要介護状態区分」に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○印をつける。

*「計画作成（変更）日、（初回作成日）」欄

介護予防支援事業者において当該利用者に関する介護予防サービス計画等を作成した日を記載する。

*「担当地域包括支援センター」欄

当該利用者が利用する包括センター名を記載する。

*「計画作成者氏名」欄

当該介護予防サービス計画等作成者の氏名を記載する。

*「目標とする生活」欄

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、利用者が介護予防に主体的に取り組む動機づけとなる。

この欄には、必要に応じて計画作成者が前記のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取組である「目標とする生活」のイメージについて記載する。

この望む日常生活のイメージが具体的に表せない利用者の場合には、利用者基本情報（Ⅱ）の「趣味・楽しみ・特技」欄の利用者が楽しい・得意だと思っていることなどを参考に、利用者が具体的なイメージを持てるよう支援することも必要である。

また、生活に対する意欲が著しく低下している利用者の場合には、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、具体的な案を提示する。利用者の意欲を引き出すような働きかけや介護予防サービス計画等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ある。

具体的にどのような生活を送りたいかは、1日単位でも、1年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述する。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活レベルでともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握したうえで、再度利用者と修正するのは、差支えない。1日および1年単位の目標は両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならないものでもない。

*「目標とする生活」欄（つづき）

この項目は、話のきっかけとして初めに聞いたり、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、介護予防サービス計画作成者が面談を構成しやすいような順番や方法で聞くものである。

【1日】

大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や生活機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もあり得る。また、利用者が達成感・自己効力感が得られるような内容が望まれる。

【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する。あくまでも、介護予防支援および介護予防ケアマネジメントや利用者の取組によって達成可能な具体的な目標とする。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する。

*「アセスメント領域と現在の状況」欄

各アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。

- ・各アセスメント領域において「現在、自分で（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する。アセスメントは、利用者が回答した基本チェックリストの状況、事前に入手した認定調査情報や主治医意見書、生活機能評価の結果も加味して行う。
- ・聴取するにあたっては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する。
- ・利用者・家族からの情報だけでなく、計画作成者が観察した状況についても記載する。
- ・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留意する。
- ・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すればよい。

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、次のことを参考にし、できることできないこと等を具体的に記載する。

「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、移動できるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、さまざまな交通を用いることによる移動を行っているかどうかについて確認する必要がある。

《 確認する項目例 》

- 自宅や屋外をスムーズに歩行すること（杖なし、杖あり、車イス）についての状況
- 交通機関を使って移動することについての状況

「日常生活（家庭生活）について」

家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等）や住居・経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する必要がある。

《 確認する項目例 》

- 日常に必要な品物を自分で選んで買うこと
- 献立を考え、調理すること
- 家事（家の掃除、洗濯、ごみ捨て、植物の水やり等）についての状況
- 預貯金の出し入れを行うこと

「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、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。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る。

《 確認する項目例 》

- 家族や友人のことを心配したり、相談に応じるなど関係をつくり、保つこと
- 友人を招いたり、友人の家を訪問すること
- 家族、友人などと会話や手紙などにより交流すること
- 仕事や地域、家庭内での役割をもち、行うこと
- 趣味や楽しみがあり、続けること

「健康管理について」

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する。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、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

《 確認する項目例 》

- 定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗うこと
- 肌や顔、歯、爪などの手入れについての状況
- 健康のために食事に気をつけること
- 健診を受けること

*「健康状態について」欄

「主治医意見書」(要支援者のみ)「生活機能評価」「基本情報」等より健康状態について、介護予防サービス計画書等を立てる上で留意すべき情報について記載する。

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」などを記載する。単に主治医意見書の疾患などをそのまま転記するものではない。ここに示された内容を踏まえ、アセスメントをすすめていく。

*「基本チェックリスト結果記載」欄

利用者自身に25項目の基本チェックリストを主観的に回答してもらい、聞き取った内容なども踏まえて、アセスメント領域と現在状況等に反映する。

該当項目数から、プログラムごとのチェックリストの項目数を分母にし、該当した項目数を分子として、その数字を「3/5」のように枠内に記入する。

*「本人・家族の意欲・意向」欄

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・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、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」「手伝ってもらえれば〇〇したい」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者や家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防サービス計画等を立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防支援および介護予防ケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

*「領域における課題(背景・原因)」欄

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ことおよびその背景・原因を、「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、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。

課題については、直接的な背景・原因だけではなく、間接的な背景・原因を分析することが必要であり、さらに現在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などの課題を予測して記載する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□有」に■印をつける。

利用者が課題を理解し、主体的な取組ができるよう、利用者にわかりやすいような表現を使うことが望ましい。

*「総合的課題」欄

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、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援および介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高いものから順に記載する。

ただし、意欲の低い利用者の場合、簡単な課題をもって進むほうが介護予防の効果が出る判断するケースでは、達成可能な課題順でもよい。また、介護予防の視点から解決できそうにない課題(坂の上に住宅があり、買い物に困難、疾病・障害によりできないことが明確である等)があがった場合には、半年間くらいで解決できそうな生活課題に着目し、目標や具体的な支援につなげていく。

*「課題に対する目標と具体策の提案」欄

「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的観点から示す提案である。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部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、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、包括センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。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。

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る。

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や介護保険サービスだけではなく、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、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などの活用についても記載する。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が介護予防サービス計画等の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者は、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提案することが重要である。

*「具体策についての意向 本人・家族」欄

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する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点が確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意するうえでの足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「○○が必要だと思う」「○○を行いたい」等と記載する。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記載する。

介護予防サービス・支援計画書（Ⅱ）

*「目標」欄

全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する。当初から「課題に対する目標と具体策の提案」について合意を得られていた場合には、「目標」をそのまま転記する。「同左」「提案どおり」などと記載してもよい。

後に行う評価では、この目標について達成／未達成を確認するため、客観的に達成状況が判断できるよう、具体的に記載する。

「目標とする生活」へできるだけ近づくように、利用者や家族と話し合いながら目標や具体策について合意していくことは、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要なプロセスである。介護予防ケアプラン作成者の提案が押し付けにならないよう留意し、利用者の意欲や家族の支援を引き出すよう支援する。

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ある。はじめから難しい目標を設定するものではなく、達成可能な目標からたてるなどの工夫も必要である。

*「目標についての支援のポイント」欄

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入する。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やインフォーマルサービスの役割分担など、さまざまな次元の項目が書かれることがある。

*「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」欄

本人が自ら取り組むことや、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、民間企業より提供される生活支援サービスなどもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。

*「介護保険サービスまたは総合事業のサービス」欄

予防給付、総合事業のサービス事業や一般介護予防事業等を含めた総合事業のサービスの内容を記載し、どのサービス・事業を利用するかわかるように○印で囲むものとする。

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、そのまま記載する。

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当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する。本来の支援のもとに、当面の支援を記載する。

*「サービス種別」欄

「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス」「介護保険サービスまたは総合事業のサービス」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。その際、支給区分、通所系サービスの加算についても必ず記載する。ただし、事業所の体制にかかる加算については、記載する必要はない。

*「事業所」欄

具体的な「サービス種別」および当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。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明記する。

*「期間」欄

「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する（「〇年〇月〇日～〇年〇月〇日」など）。

なお、「期間」の設定において要支援者の場合は「認定の有効期間」を考慮するものとする。

また、「支援計画」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するか提案があれば記載する。

*「総合的な援助方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」欄

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などを記載する。

*「【本来行うべき支援が実施できない場合】」欄

本来の支援が実施できない場合で、

- ①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する。
- ②本来必要な社会資源が地域にない場合には、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。

*「地域包括支援センターの意見・確認印」欄

居宅介護支援事業所が包括センターから委託を受けて行う場合、本欄を使用する。この場合、その介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの最終的な責任主体である当該包括センターは、介護予防サービス計画等が適切に作成されているかを確認する必要がある。

このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防サービス計画原案等を作成し、介護予防サービス計画書について当該包括センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした当該包括センターの担当者が氏名を記載する（当該包括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介護予防サービス計画原案等の確認を行っても差し支えない）。

この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。（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は、そのプロセスによっては、介護予防サービス計画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ある。）

*「計画に関する同意」欄

介護予防サービス計画原案等の内容を当該利用者・家族に説明を行ったうえで、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。この場合、利用者名を記入した原本は、介護予防支援事業所において保管する。