

## 新予防給付アセスメント・ケアプランの記入要領（案）

### 基本的考え方

- 新予防給付の対象である要支援1・2の該当者の介護予防において重要なことは、可能な限り支援を要する状態を脱し、また、介護を要する状態にならないようにすることによって、自立生活を維持・向上していくことであり、利用者自身がそれを希求し、家族はそれを支え、意欲を持って能動的にサービスを利用していくことである。
- この新予防給付のアセスメント・ケアプランは、こうした観点から「生活機能の改善」を中心としてとらえていることが大きな特徴である。すなわち、「現在している行為」に対して「本来できる生活行為」を示して目標をもつことであり、「している生活行為」の幅が広がることによって、利用者が生活の自立に向けて意欲を持って取り組むことを支援するものである。
- できない行為や問題を抽出して、どのようなサービスが必要かを検討する方式では、どのような生活機能の改善が図られ、どのような生活が利用者を実現するのかが見えにくい。
- このため、新予防給付アセスメント・ケアプランでは、「利用者が意欲を持ち、必要な支援を活用しながら、努力して積極的に実現を目指す生活」を目標として掲げ、その目標を達成し望む生活を実現するためには、どのようなサービスを利用していかを利用者・家族・専門職が協働して検討していくものとした。  
【具体的には、アセスメントは、利用者及び家族と保健師等・介護支援専門員が共に記載し、確認しあうことができるよう、課題分析を行う保健師等・介護支援専門員用の様式と本人、家族が持つための簡易な様式を用意している。】
- 新予防給付ケアマネジメントにおいては、以下の項目を基本原則として、様式及びプロセスを見直した。

### 新予防給付ケアマネジメント 基本原則

#### ① 本人主体のマネジメントプロセスの確立

##### 【見直しのポイント】

- ・ 全国共通のアセスメント表を作成した。

- ・ 用語を「本人主体」に改めた。
- ・ 第1表に「利用者による同意欄」を明記した。

## ② 「生活主体」のマネジメントの確立

### 【見直しのポイント】

- ・ アセスメントでは、「本人がどんな生活をおくりたいか」に主眼を置き、生活行為に着目して項目を設定した。
- ・ サービス主導・機能補完型ではなく、生活を創り出すことを目指すものであることを明確にした。  
そのため、第0表を新設し、また、特に第2表の大幅な改定を行った。

## ③ 本人の可能性を最大限に引き出す積極的マネジメントの実現

### 【見直しのポイント】

- ・ 「自立に向けて本人が努力し、それを多様な地域資源を活用して支援する」という理念を徹底し、補完型サービスに陥ることのないようケアプラン策定のプロセスを見直した。

## ④ 地域生活支援のための包括的・継続的ケアの実現

### 【見直しのポイント】

- ・ 介護保険サービスのみに依存することなく、本人・家族・地域・公的制度サービス・自治体独自サービスなど、本人を取り巻く様々な社会資源を組み合わせたケアプランを策定（地域包括ケア）していくことを明確にした。
- ・ 本人もまた一定の役割（自立への本人の努力）を果たし、それを多様な地域資源を活用して支援するものであることを明確にした。

## ⑤ 明確な目標設定と爾後の評価の実施

### 【見直しのポイント】

- ・ 明確な目標設定を行い、爾後に必ずその結果を評価する、というプロセスを徹底することを明確にした。  
そのため、第6-2表を新設した。

## 新予防給付利用者基本情報

本様式は、利用者の基礎的な全体状況を表したものである。

### <「作成年月日」欄>

この基本情報を作成した年月日を記載する。

### <「作成担当者」欄>

課題分析者（アセスメントを行う者）の氏名を記載する。

### <「利用者名」欄>

利用者名及び性別を記載する。

### <「生年月日」欄>

利用者の生年月日と年齢を記載する。

### <「住所」「電話番号」欄>

利用者の住所、電話番号を記載する。

### <「緊急連絡先」欄>

例えば、利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合の連絡先を記載する。

### <「申請経緯」欄>

利用者が、新予防給付を申請することになった経緯について、利用者本人による申請、家族による申請、地域のサービス機関等からの紹介による申請など具体的に記載する。

### <「当初の相談内容」欄>

利用者やその家族がどのような動機・理由で新予防給付を受けようとしたのか、どのような援助を受けたいと望んでいるのか、それは漠然としたものか具体的なものかなどについて初回面接時の訴えの内容をそのまま記載する。

### <「生活歴・生活状況」欄>

利用者の現在までの生活歴について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。職業や家族史、家族との関係、居住環境などの視点を持つ。

<「家族状況」欄>

利用者に関係する家族関係の状況を欄内の凡例を用い、本人を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。なお、現在本人と同居している家族は○で囲む。

<「病歴」欄>

利用者の主な既往症と治療の状況について時間の経過順に記載する。

<「主治医」欄>

主治医の医院名、診療科名、医師名、連絡先を記載する。複数の主治医がある場合には複数記載する。

<「日常生活度自立度」欄>

利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症である老人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3（1）の「日常生活の自立度等について」欄から転記する。

<「認定情報」欄>

利用者の要支援認定の区分について、「要支援1」、「要支援2」のどちらかを○で囲む。

<「利用者の被保険者情報」欄>

利用者の他制度の利用状況について記載する。

（例：医療保険の状況、身体障害者手帳の状況、年金・生活保護の受給状況等）

<「現在利用しているサービス」欄>

利用者が現在利用しているサービスについて、サービスの種別と利用頻度について記載する。ここでいうサービスは、行政の行う一般施策のような公的なサービスと社会福祉協議会やその他の団体、個人などによって行われている非公的なサービスを区分して記載する。

## アセスメント表

(課題分析者用)

1. アセスメント表には、「課題分析者用」、「本人用」、「家族用」の3種類がある。

アセスメントは、利用者と介護支援専門員の協働作業であるため、アセスメント表は、この3者が持ち面談しながら記入していくことが望ましい。

なお、本人用、家族用については、事前に利用者・家族に事前に配布し、記入してもらい、アセスメント時に課題分析者と共に確認しあいながら行うことも可能である。

(アセスメントに参加する家族は、利用者と同居しているなど利用者の日頃の生活状況をよく知っている者が望ましい。一方で、そもそも家族がいない、家族が遠方に住んでいるため協力が得られないなどの場合には、課題分析者と利用者の2者でアセスメントを行う。)

2. アセスメント実施にあたって、課題分析者は、事前に、要介護認定で用いられた認定調査、主治医意見書の情報を把握した上で、本様式により、利用者や家族の主観的な判断や意見を聞き総合的に斟酌していくこととなる。

3. アセスメント実施に当たっては、一方的にあるいは漫然と質問項目について聞くのではなく、十分に利用者や家族と信頼関係を構築しつつ意向を引き出していくような手法に配慮する必要がある。

4. アセスメントでは、主に予め設定された、それぞれの生活行為について、「生活行為の現状など」から「今後どうしたいですか」までを利用者や家族に質問することとなるが、課題分析者は、機械的に欄を埋めるのではなく、常に「今はしていない生活行為」の「今はしていない理由」について、「本人の表出する理由以外の理由(原因)はないか」、「本人の気づいていない理由(原因)はないか」、「真の理由が他にあるのではないか」を念頭に置く必要がある。

また、「今でも自分でしている生活行為」についても「特別の努力をしないと、近い将来できなくなる可能性のある生活行為はないか」や、「今ある能力を活かしてできる可能性のあることはないか」ということを考えながら進めていく必要がある。

### <「生活行為の現状など」欄>

1. 生活行為の状況を明らかにするため、予め設定された29項目の生活行為について、「現在、自分で(自力で)しているか否か」について、本人と家族の双方に、はい、いいえ で確認し、自力ではしていない生活行為(いいえ、にチェックされた項目)であっても、介助者や代行者、福祉用具などの何らかの支援を受けて「している」場合については、その支援の内容を点線の四角の「このことについ

て何らかの支援を受けていますか」欄に記載する。具体的には、例えば、「家族（長女）の支援」と記入する。

なお、利用者が、はい と回答した場合であっても、何らかの支援を受けている場合は、「いいえ」として整理する。

2. その生活行為について「以前はどうしていましたか」について、自分でしていた、自分ではしていなかった 本人と家族の双方に確認する。この場合も、自分でしていた はあくまで自力でしていたことを指し、自分ではしていなかったが、何らかの支援を受けていた場合には、その支援の内容を点線の四角の「このことについて何らかの支援を受けていましたか」欄に具体的に誰からどのような支援を受けていたかのを記載する。なお、利用者が自分でしていたと回答した場合であっても、何らかの支援を受けている場合は、「自分ではしていなかった」として整理する。
3. 生活行為29項目の質問の中には、一つの質問中に複数の行為が含まれているものがある（例；家の掃除、ゴミ捨て、洗濯を行っている）。この場合、一部の行為は自分でしているが、ある行為は自分でしていない場合には、「いいえ」として整理する。この場合には、「特記事項」に「している行為」、「していない行為」の内容や程度を記載する。
4. その他、その生活行為について課題分析者が重要と考える事項があれば、簡潔に「特記事項」欄に記載する。
5. ここでのポイントは、生活行為の改善を目指す観点から「いろいろなことを以前はしていたのに、今はしていない」という事実を利用者や家族が発見し意識することによって、あきらめずに、改善できるなら改善したいという意欲を喚起するためのきっかけとすることである。
6. 現状でも自分でしている行為については、基本的には「改善を要しない」ものとして支援の対象外となるので、その右側の欄は記入を要しないが、課題分析者が、特別の努力をしないと、近い将来できなくなる可能性のある生活行為がある、または、今ある能力を活かしてできる可能性のあることがある、と考える場合には、「背景・原因の分析と改善（維持）の可能性の評価」欄に記載していく必要がある。

#### <「今はしていない理由」欄>

1. 以前は自分でしていたのに、今は自分でしていない生活行為の中から、改善可能性があるものを明らかにするために、「今はしていない理由」を本人、家族の双方に確認する。

「ある生活行為をしていない理由（原因）」を解消することが、「ある生活行為を

するようになる」こと（生活行為の回復）につながる可能性があるためであり、この理由（原因）を解消することができるか否かを考慮し、できると考えられる場合には、その解消策が「支援要素」につながっていくものである。

なお、この判断をするためには、「今はしていない理由」が真実か否か、また、後の質問の「今後どうしたいですか」にかかる本人や家族の意向を総合して考慮する必要がある。

2. 利用者や家族が述べる「今はしていない理由」を利用者、家族別に利用者、家族の言葉を使って簡潔に記載する。課題分析者は、その理由を、①健康状態、②心身機能・身体構造、③心理・価値観・習慣、④物的環境、⑤人的環境、⑥経済、⑦その他、の分類で該当すると判断する項目にチェックする（複数の項目にチェックすることとなる場合もある）。これは、「していない理由」を解決して「するようになる」ために、どのようなポイントに働きかけを行うのが有効かを検討するためである。

#### <「今後どうしたいですか」欄>

1. その生活行為について、今後どうしたいのかの意向を、やってみたい、やらなければならない、やりたくない、やれない、必要がない で本人、家族の双方に確認し、特に、やりたくない、やれない、必要がない という回答の場合には、その理由についても確認する。こうして消極的ないし否定的な意向を確認することも、「していない理由」を解決して「するようになる」ために、どのようなポイントに働きかけを行うのが有効かを検討するのに役立つものである。
2. やってみたい、やらなければならない にチェックがついた項目は、今は十分にできていないが、以前のように回復してみたいと利用者や家族が考える生活行為であり、課題分析者にとっては積極的な材料である。ただし、例えば、本人は積極的であっても家族が消極的な場合や、その逆の場合があり、本人と家族に意向の違いがある場合があるときは注意を要し、この点については、課題分析者は今後、双方が積極的になるよう働きかけるポイントとして認識する必要がある。
3. また、「今後どうしたいですか」について、「やりたくない」「やれない」「必要がない」との意向が示された項目については、「やってみたい」という意欲を引き出すような働きかけを行うポイントとして認識することが重要である。ここでも、課題分析者は、している生活行為を維持・改善したり、今はしていない生活行為を改善することができれば、利用者や家族は、今後、どのような生活を送れる可能性があるのかという、成功のイメージの提示を行いつつ、アセスメントを行い、利用者や家族が積極的になるよう働きかける手法が求められる。

※ “以前は自分でしていたのに、現状ではしていない”ことが生活不活発病などによる生活行為の減退を意味しているため、原則的な支援対象となる。とりわけ、以前は自分でしていなかったが、今後は自分でした方がよいと考えられることが当面の支援対象となる。また、現在自分でしている行為であっても将来できなくなる可能性があるとして課題分析者が判断した生活行為も支援対象となる。

※ この欄より右欄については、ここまでの利用者・家族からの聞き取りの状況を勘案し、課題分析者が考える改善（維持）可能性の評価と根拠等を記入することにより、課題分析者がそのように考えるに至った根拠、思考の過程を記載する。

#### <「背景・原因の分析と改善（維持）の可能性の評価」欄>

1. 「背景・原因の分析」欄は、利用者・家族が述べた「今はしていない理由」等の聞き取りの状況を踏まえて、①本人の示す理由以外の理由（原因）はないか、②本人の気づいていない理由（原因）はないか、③真の理由は何か等について評価・分析を行い、その結果を記入する。

その際、幅広い視点から検討するため、背景・原因の分析軸として「健康状態」、「心身機能・身体構造」、「心理・価値観・習慣」、「物的環境」、「人的環境」、「経済」、「その他」の7つの視点で分析する。

2. 「今後の改善（維持）の可能性の評価とその根拠」欄は、「背景・原因の分析」を踏まえ、今後の改善（維持）の可能性の評価とその根拠について記入する。

今後の改善（維持）の可能性の評価は、その生活行為の現状・理由・意向や他の生活行為の聞き取りの状況等を総合的に勘案し、課題分析者が専門家として行うものである。

併せて、現在している行為でも、特別な努力をしなければ近い将来できるなる可能性のある生活行為があるか、今ある能力を活かしてできる可能性のある生活行為はないか、という視点でも評価・分析し、積極的な支援に結びつける視点が重要である。

#### <「メモ（関連し合う生活行為に共通する背景・原因等）」欄>

この欄は、生活行為29項目全ての項目にそれぞれ記載するものではなく、特に、課題分析者が生活行為の現状の確認を進めていく中で、複数の生活行為に共通する背景・原因が発見されることがあるので、その共通する背景・原因等について記載する。

また、課題分析者が、利用者とのやりとりの中で、積極的に支援した方がよく、効果も期待できると感じ、「0表」に記載すべき項目の候補と考える場合などには、その旨を記載する。



(以下、生活行為項目28項目について同様)

<「これ以外のことで、これからどんな生活を送りたいですか？どんなことをしたいですか？」欄>

予め設定された生活行為29項目以外で、利用者が、どのような生活行為を実現したい（生活を送りたい）と思っているか、29項目以外で、したいと思っていることがあるか、について尋ね記載する。

<「主治医から聞いている生活上の注意点は、どんなことがありますか？」欄>

利用者が、既に主治医から聞いている生活上の注意点があれば記入する。

<「あなたが身の回りのことで不自由に感じているとしたら、その原因はなんだと思いますか？」欄>

29項目は部分的かつ分析的な質問であり、利用者本人が、今、最も、どのようなことを不自由、困りごとと感じているか、また、複数項目の関連性が見えにくいことから、その原因が明らかにならない場合がある。このため、本人が日常生活の中で不自由に感じていることがあれば、その事柄や理由について記載し、支援を要すると認められるときは「0表」の候補としていく。

<「あなたの人生」欄>

「あなたの人生」欄は、アセスメントのテーマ「得意なところ、強いところと一緒に探してみましよう」を最も反映した事項である。利用者が自分自身の得意なことや強いところ、自分以外の他の人に役立ち期待される自分を再発見して、今後の人生を積極的に捉え、自分は、どのような生活・人生を送り得るのかをイメージし意欲を獲得・向上を促すための欄である。

## 第 0 表

本表は、アセスメントと居宅サービス計画書・介護予防サービス計画書をつなぐシートであり、利用者が送りたいと考えている生活・人生を実現するためには、どのような支援が必要なのかを、利用者、家族、課題分析者が調整し合い、合意していくための表である。

課題分析者は、アセスメントの過程や結果を踏まえ、利用者の生活・人生に対し、「～までできているので、続けていきましょう。」、「～までできるはずだから努力しましょう」と意欲を引き出す働きかけを行い、「そうすれば、〇〇な生活を送れるようになるのではないのでしょうか」という具体的な可能性を提示し、利用者との協働作業により「本人が意欲を持ち、必要な支援を活用しながら、努力して積極的に実現を目指す生活」をイメージし、合意していくことになる。この際、利用者が意欲的に「私は、〇〇〇のような生活を創っていくのだ」という明確な意識を持つことが極めて重要である。

このイメージされた生活を実現するために、利用者・家族と相談して、アセスメント表の生活行為項目等のうち意欲やサービスの効果が高いと見込まれるものについて上位5つ以内の項目を選定する。選定したこの「するようになる生活行為」に対して必要な支援を提案し、利用者・家族と調整・合意していくことが重要である。

### <「私が創る生活・人生（目指す生活・人生）」欄>

アセスメントの結果、利用者が意欲を持ち、課題分析者と合意した、「必要な支援を活用しながら、努力して積極的に実現を目指す生活・人生」について、なるべく具体的に記載する。

これは、利用者が今後どのような生活を送っていきたいかということなので、利用者自身の意思・意欲を尊重することが重要であるが、そのような生活のイメージを具体的に表せない利用者の中には、アセスメント表の「あなたの人生」欄の利用者が得意だと思っていること、楽しい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中には、必要に応じて、専門家の視点から利用者の可能性を判断し、具体的に「〇〇な生活を送れるようになるのではないのでしょうか」と提示することなどにより、利用者の力と意欲を引き出すような働きかけを行うことが重要である。

この欄には、必要に応じて、課題分析者が上記のような支援を行いつつ、利用者と課題分析者が合意した生活・人生について記載する。

＜「1日の生活」、「1週間又は1ヶ月程度の単位での生活」、「もっと長い（半年、1年程度）の生活」欄＞

利用者の状況によって、「私が創る生活・人生（目指す生活・人生）」をどのように思い描くかは様々である。利用者によって具体的に「生活を創っていく」イメージのできる幅が違い、1日の生活をイメージするのがちょうどよい人もあれば、1週間や1か月単位でイメージできる人も、もっと長いレンジでイメージできる人もいる。利用者の状況にあわせて記載していく。したがって、「1日の生活」のみに記載される利用者もある。

＜「私が創る生活・人生の実現のために特に関わりの深い生活行為」欄中の「(1) するようになる生活行為」欄＞

1. この欄は、「私が創る生活・人生（目指す生活・人生）」を実現するためには、どのような生活行為を改善（維持）する必要があるかについて、利用者・家族と相談の上、アセスメント表の生活行為等のうち、意欲やサービスの効果が高いと見込まれるものについて上位5つ以内の項目を選定し記載する。

具体的には、利用者が意欲的、積極的な項目については「(私は) ○○できるようになる」などと記載され、その段階では意欲が十分には獲得されないが改善の必要性を理解し合意し項目については「(私は) ○○するようになる」などと、あくまで利用者主体の表現で記載する。

2. なお、ときとして、アセスメントの結果が、やってみたい、やらなければならないにチェックがつく項目が5つに満たない場合がある。また、むしろ、やりたくない、やれない、必要ない にチェックされるものが多いこともある。このときは、課題分析者が、改善の可能性があると評価し、利用者にとって支援の必要やサービスの効果が高いと見込む項目について、さらに利用者や家族と相談し、理解と納得を得て、互いに1つでも改善を目指す項目を見つけ出すような努力を行う必要がある。

＜「(2) (1) についての意向・意見」欄＞

1. (1) の「するようになる生活行為」について本人・家族はどう望んでいるのか、主治医、保健師等・介護支援専門員、その他関係者はどう考えているのかについて記載する。

2. 新規にケアマネジメントを行う場合には、原則として「本人」、「家族」、「保健師・介護支援専門員」の意向・意見が示される。ただし、「主治医」、「その他関係者」の意向・意見についても、既に把握している場合には記載する。継続事例の場合には、「主治医」「その他関係者」の意向・意見も示されるので、それを記載する。

< 「(3) 支援のポイント (生活不活発病の改善・予防の要点)」欄 >

記載された「するようになる生活行為」について、保健師等・介護支援専門員の意見と本人や家族の意向が一致し、積極的に改善に取り組む場合を前提にしたとき、その生活行為を達成するために必要な、支援する上で留意すべきポイントを記載する。

< 「(4) 支援要素」欄 >

1. 「支援のポイント」を踏まえ、「するようになる生活行為」について、本人（本人自身の努力）、家族（家族のサポート）、地域（友人、知人、近隣住民、ボランティア、社協、NPO等のインフォーマルサービス）のサービス、介護保険サービス、介護保険以外の公的サービスがそれぞれどのような支援を行えば、その生活行為を達成できるかについて、本来必要と考えられる支援要素を記載する。

なお、ここには、具体的なサービス名（サービス種別）は記載してはならない。

2. この内容に本人と家族が合意した場合には、この内容が居宅サービス計画において具体的な支援内容となる。その場合には、この欄より右欄については記載を要しない。

< 「(5) 当面（本来の支援できない場合）の支援要素」欄 >

(4) の支援要素について、本人、家族と同意できない場合や、当該地域に必要な社会資源がない場合には、当面の支援要素として、本人、家族と合意できた、または、実現できる支援要素について記載する。

< 「(6) 本来の支援を目指すための今後の方針」欄 >

当面（本来の支援ができない場合）の支援は、あくまで当面であり本来の支援ではない。課題分析者としては、今後、本来の支援につなげるための方針（働きかけ）を記載する。こうして、本来の支援と当面の支援は両者が記載され、相違があること、本来の支援を目指すべきことを、利用者、家族、課題分析者が共通に認識しておくことが重要である。

< 「合意に至らない残された重要な課題」欄 >

「するようになる生活行為」について、課題分析者が利用者にとって重要な項目と考えながらも、利用者、家族とは、どうしても合意に至ることができなかった項目について記載し、課題分析者の専門的視点を明らかにしておく。

(居宅サービス計画書・介護予防サービス計画書記載要領)

本様式は、当初の居宅サービス計画・介護予防サービス計画原案を作成する際に記載し、その後、居宅サービス計画・介護予防サービス計画の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。

第 1 表

「居宅サービス計画書・介護予防サービス計画書（1）」

<「利用者名」欄>

当該居宅サービス計画・介護予防サービス計画の利用者名を記載する。

<「生年月日」欄>

当該利用者の生年月日を記載する。

<「住所」欄>

当該利用者の住所を記載する。

<「サービス計画作成者氏名」欄>

当該居宅サービス計画・介護予防サービス計画作成者の氏名を記載する。

<「居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地」欄>

当該居宅サービス計画作成者の所属する居宅介護支援事業者・事業所等の名前及び所在地を記載する（新予防給付において地域包括支援センターが直接行った場合には、当該地域包括支援センターの名前及び所在地を記載し、地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に委託し、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が介護予防サービス計画を作成する場合には、当該居宅介護支援事業所の名前及び所在地を記載する）。

<「サービス計画作成（変更）日」欄>

当該居宅サービス計画・介護予防サービス計画を作成又は変更した日を記載する。

<「初回サービス計画作成日」欄>

当該居宅介護支援事業所等において当該利用者に関する居宅サービス計画・介護予防サービス計画を初めて作成した日を記載する。

<「初回・紹介・継続」欄>

当該利用者が、当該居宅介護支援事業所において初めて居宅介護支援又は介護予防支援を受ける場合は「初回」に、他の居宅介護支援事業所（同一居宅介護支援事業者の他の事業所を含む。以下同じ。）又は介護保険施設から紹介された場合は「紹介」に、それ以外の場合は「継続」を○で囲む。

なお、「紹介」とは、当該利用者が他の居宅介護支援事業所又は介護保険施設において既に居宅介護支援等を受けていた場合を指す。

また、「継続」とは、当該利用者が既に当該居宅介護支援事業所から居宅介護支援等を受けている場合を指す。

おって、当該居宅介護支援事業所において過去に居宅介護支援を提供した経緯がある利用者が一定期間を経過した後に介護保険施設から紹介を受けた場合には、「紹介」及び「継続」の両方を○印で囲むものとする。

<「認定済・申請中」欄>

「新規申請中」（前回「非該当」となり、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」を○で囲む。それ以外の場合は「認定済」を○で囲む。

<「認定日」欄>

「要介護状態区分」が認定された日（認定の始期であり、初回申請者であれば申請日）を記載する。

「申請中」の場合は、申請日を記載する。認定に伴い当該居宅サービス計画・介護予防サービス計画を変更する必要がある場合には、作成日の変更を行う。

<「認定の有効期間」欄>

被保険者証に記載された「認定の有効期間」を転記する。

<「要介護状態区分」欄>

被保険者証に記載された「要介護状態区分」を○で囲む。

<「利用者及び家族の生活に対する意向（私が創る生活・人生）」欄>

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたと考えているのか、私が創る生活・人生について課題分析の結果を記載する。

利用者及びその家族の介護に対する意向が異なる場合には、各々の意向を区別して記載する。

なお、要支援者の場合には、第0表の「私が創る生活・人生」欄を転記する。

<「介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」欄>

被保険者証を確認し、「認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」が記載されている場合には、これを転記する。

<「私が創る生活・人生」を実現するための総合的な支援の方針」欄>

課題分析により抽出された、「するようになる生活行為」に対応して、当該居宅サービス計画作成者や利用者本人をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、「私が創る生活・人生」を実現するための総合的な支援の方針を記載する。

<「地域包括支援センター確認欄」>

要支援者に対するケアマネジメントであって、居宅介護支援事業所等が地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用する。

要支援者に対するケアマネジメントについて、基本的なプロセスは、要介護者に対するケアマネジメントと同様である。具体的には、①アセスメントを行い、②その結果等に基づき（第0表を活用）、介護予防サービス計画原案を作成する。③サービス担当者会議の開催等により、サービス担当者等から専門的な見地からの意見を求めるとともに、目的を共有し、互いの役割について確認する。④利用者に介護予防サービス計画原案の内容について十分な説明を行い、同意を得た後に、これを利用者に交付するというプロセスとなる。

地域包括支援センターが居宅介護支援事業所等に事務の一部を委託する場合、そのケアマネジメントの最終的な責任主体である地域包括支援センターは、介護予防サービス計画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所等は、介護予防サービス計画原案を作成し、サービス担当者会議の開催等を経た後に、その介護予防サービス計画原案（第1表、第2表、第3表）にアセスメント表、第0表を添付し、地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する（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介護予防サービス計画原案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。

#### < 「利用者による同意欄」 >

居宅サービス計画・介護予防サービス計画原案の内容を利用者又はその家族に対し、説明を行った上で、利用者本人との同意がとれた場合、利用者の氏名を記入してもらおう。この場合、利用者が氏名を記入した原本は、事業所において保管する。



## &lt; 「するようになる生活行為」欄 &gt;

利用者が創る生活・人生を実現するために、本人の努力や支援が必要なことを記載する。

なお、利用者と合意できたことについては、利用者が意欲的に取り組めるよう利用者主体で記載する。要支援者の場合には、0表の「(1) するようになる生活行為」で、5項目以内の生活行為を挙げることになっているので、それを転記する。

## &lt; 「「するようになる生活行為」を実現するための目標（長期目標・短期目標）」欄 &gt;

左欄の「するようになる生活行為」を実現するために必要な目標を記載する。

「長期目標」は、このケアプラン終了までの目標を、基本的には個々の「するようになる生活行為」に対応して設定するものである。ただし、「するようになる生活行為」が短期的に解決される場合やいくつかの生活行為が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。

「短期目標」は、長期目標を達成するための段階的な目標であり、「するようになる生活行為」及び長期目標に段階的に対応し、達成に結びつけるものである。

緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度、「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。

なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に達成が可能と見込まれるものでなくてはならない。

## &lt; （「長期目標」及び「短期目標」に付する）「期間」欄 &gt;

「長期目標」の「期間」は、「するようになる生活行為」を、いつまでに、どのレベルまで達成するのかという「長期目標」の達成期限を記載する。

「短期目標」の「期間」は、「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載する。

また、原則として開始時期と終了時期を記入することとし、終了時期が特定できない場合等にあっては、開始時期のみ記載する等として取り扱って差し支えないものとする。

なお、期間の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

#### <「支援内容」欄>

「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。

この際、本人、家族、地域、介護保険のサービス、介護保険以外の公的サービスごと、それぞれがどのような支援を行うのかを明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われている支援についても、その支援がニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。

要支援者の場合には、0表の「本来の支援」の「支援要素」について利用者と合意できていればその内容を、合意できていない場合には、「当面(本来の支援ができない場合)の支援」の「支援要素」を転記する。

#### <「サービス種別」欄>

「支援内容」欄の「介護保険のサービス」及び「介護保険以外の公的サービス」について記載された「支援内容」及びその提供方針を適切に実行することができる居宅サービス、介護予防サービス等を選定し、そのサービス種別を記載する。

#### <「支援提供事業所等」欄>

具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。

また、家族、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても、誰が行うのかを明記する。

#### <「頻度」・「期間」欄>

「頻度」は、「支援内容」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）」で実施するかを記載する。

「期間」は、「支援内容」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。

なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。