

第3節 介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法

3.1 様式作成の背景

- 「予防重視型システム」は、介護保険制度の基本理念でもある「自立支援」の徹底と、今回の制度改正の狙いである「明るく活力ある超高齢社会の構築」「制度の持続可能性」の確保を図る上で、大変重要な役割を果たすものです。

- 特に「自立支援の徹底」の観点からみると、利用者の生活の質の維持・改善に向けたケアマネジメント及びサービス提供がなされる必要があります。また、「明るく活力のある超高齢化社会の構築」や「制度の持続可能性」の観点からみると、できる限り要介護状態にならない、あるいは要介護度の悪化を防ぐとともに、軽度者に対するサービスの効率化を図ることが、ひいては給付の効率化・重点化につながるようになります。

- その要は、適切なケアマネジメントの実施に尽きると考えられます。これまで多数のアセスメント方式やケアプラン作成方法が示されてきましたが、これらの道具を利用する場において、その理念や仕組みが十分理解されずに利用された結果、十分な成果を挙げていない例があるとの指摘も見られるところです。

- 多数あるケアマネジメント手法に関し、共通して流れる考え方は、大まかに言えば、利用者の心身の状況及び置かれている環境を把握して、心身機能が低下してきた要因・背景を洞察し、その要因を明確にするとともに、それ以上機能低下をしないようにするために必要なこと、あるいは改善をもたらすことを明らかにした上で、具体策を提案し、関係者間で意見交換を図った上で合意をした内容に沿って実際の取り組みを行いながら、その後の状況の推移を観察して、次の対応を検討するといったものでしょう。

- 今回の制度見直しに伴う「予防重視型システム」を実のあるものとし、これを主体となって担う地域包括支援センターの介護予防ケアマネジメント業務の効率的実施を援助するための一方策として、必要最低限の様式を示すものです。

3.2 関連様式の特徴

■本マニュアルに掲載した介護予防ケアマネジメント関連様式は以下の4つです。

- ①利用者基本情報
- ②介護予防サービス・支援計画書
- ③介護予防支援・サービス評価表
- ④介護支援経過記録

■様式を作成するに当たっては、次の5つのポイントに留意して作成しました。

- ①利用者主体のケアマネジメントプロセスの確立
- ②「生活主体」のケアマネジメントの確立
- ③利用者本人の可能性を最大限に引き出す積極的ケアマネジメントの実現
- ④地域生活支援のための包括的・継続的ケアの実現
- ⑤明確な目標設定と事後の評価の実施

■本マニュアルに掲載した関連様式について、以下の3つの特徴があげられます。

①本マニュアルで示す様式は標準書式例とし、その内容については介護予防ケアマネジメントに当たっての必要最低限の項目と考えています。そのため、本様式に記載する情報を基本としつつ、各市町村において創意工夫を図り、新たな様式や項目を追加したり、紙面の構成や紙面の大きさを変えることも可能です。例えば、アセスメントについては、各領域に関する質問項目の例を示しますが、各市町村で最適と判断した項目を用いても構いません。また、ケアマネジメント全体についても、追加したいプロセスがあれば追加することは可能です。ただし、本様式例の項目は最低限必要なものなので、項目を減らすことは望ましくありません。

②予防給付と介護予防事業の様式例は、

- ・利用者が生活機能の変化により両制度を行き来する可能性があること、
- ・介護予防ケアマネジメントにおける情報の一貫性・連続性の確保、
- ・地域包括支援センターにおける両制度の一体的運営への配慮

等の理由から共通の様式例としています。

③個人情報保護の観点から、利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画書の下欄に同意欄を設けています。

3.3 利用者基本情報

- 利用者基本情報は、いわゆるフェイスシートといわれるものであり、利用者のおかれている状態の全体像を客観的な情報を中心にして簡易に把握するための項目をとりまとめたものです。基本的な情報を把握する過程においては、利用者や家族の認識を察知したり、意欲を引き出すポイントがどこにあるかなどを意識しつつ、会話を進めることが大切です。

- 利用者基本情報は、利用者が地域包括支援センターに初回に関わった時点で作成されます。つまり、介護予防ケアマネジメントだけでなく、総合相談や権利擁護など地域包括支援センターにおける他事業においても、利用者基本情報は共用されます。

- 作成時には、その後、この情報がサービス事業者などの関係者へ必要時に提供されることについて利用者から同意を得ておく必要があります。

- 介護予防ケアプラン作成時には、アセスメントの一環として利用者から聴取又は、利用者自身に記入してもらいます。利用者との面接時、基本チェックリストや生活機能評価で一度利用者に聞いたことは、再度聞く必要はなく、聴取結果を踏まえて、利用者基本情報に記入します。

- なお、各市町村において利用者基本情報のシートと類似の様式がすでにある場合には、本様式例を参照して、足りない項目を補って活用することができます。

(※介護予防ケアマネジメント部分を抜粋)

例

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)		
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()				
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳		
住所		Tel () Fax ()			
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：年 月 日～年 月 日 (前回の介護度)				
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、・・・ ()				
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無				
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・				
来所者 (相談者)		家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	家族関係等の状況		
住所 連絡先				続柄	
緊急連絡先	氏名			続柄	住所・連絡先

利用者基本情報

例

《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	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

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、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・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、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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します。

平成 年 月 日 氏名

印

【利用者基本情報の記入の仕方】

< 「作成担当者」欄 >

課題分析者及びサービス・支援計画者（アセスメントを行う者）の氏名を記載する。

<< 基本情報 >>

< 「相談日」欄 >

初回の相談日で、この利用者基本情報を作成した年月日を記載する。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記入する。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する。

< 「本人の現況」欄 >

本人の現在の居所について記載する。入院または入所中の場合は、その施設名を記載する。

< 「本人氏名」欄 >

利用者名及び性別を記載する。介護保険被保険者証と一致していることを確認して、利用者の生年月日と年齢を記載する。

< 「住所」「電話番号」欄 >

利用者の現在居住している居住地と住民票の住所地が異なる場合の「住所」の記載は、介護保険被保険者証に記載されている住所とする。「電話番号」は利用者自宅の電話番号を記載する。

< 「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3（1）の「日常生活の自立度等について」を参考に、課題分析者が現在の状態に該当するものに○印を付ける。

< 「認定情報」欄 >

利用者の要支援認定の区分について、「非該当」、「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○で囲む。また、認定有効期間と前回の介護度を記載する。

< 「障害者等認定」欄 >

障害等の種別について○印で囲む。障害等級等、特記することがあれば空欄に記載する。

< 「本人の住居環境」欄 >

該当するものについて○印で囲む。自室の有無、自室のある場合は自室のある階を記載する。また、住宅改修の有無についても記載する。

< 「経済状況」欄 >

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。

< 「来所者（相談者）」欄 >

来所者または相談者について、氏名を記載する。

< 「住所連絡先」「続柄」欄 >

来所者または相談者の住所や連絡先、本人との続柄を記載する。

< 「緊急連絡先」欄 >

緊急時に確実に連絡が取れる電話番号を記載する。高齢者世帯では介護者の体調不良などによる緊急連絡先も想定されるため、連絡先は複数確認することが望ましい。利用者の急変等、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する。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取れる電話番号を記載する。

< 「家族構成」欄 >

利用者の家族について記載する。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する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。利用者に関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する。なお、家族関係で、特記すべき事項があれば記載する。

《介護予防に関する事項》

< 「今までの生活」欄 >

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する。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する。

< 「現在の生活状況」（どのような暮らしを送っているか）欄 >

「一日の生活・すごし方」

起床から就寝までの1日の流れや食事・入浴・買い物など、仕事や日課にしていること（散歩・園芸など）、テレビを見て過ごすなどの1日の過ごし方を記載する。一日ごろごろしていて、横になっていることが多いなどは、上段に記入し、食事や入浴、家事など毎日の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入する。

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する。

「趣味や楽しみ、特技」は、以前取り組んでいたものも聞き取る。

「友人や地域との関係」は、交流頻度や方法、内容を書く。

《「現病歴・既往歴と経過」欄》

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、利用者の主な既往症と治療・服薬の状況について時間の経過順に記載する。また、主治医意見書を記載した医療機関または医師について★印を付けてください。

《「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支援について、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・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によって行われている非公的なサービスを分けて記載する。

< 「個人情報の第三者提供に関する同意」欄 >

地域包括支援センターが行う事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、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、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呈することに同意します。

3.4 介護予防サービス・支援計画表

NO. _____

利用者名 _____ 様	認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	地域支援事業
--------------	-------------------------------	-----------------------------------------------------------	----------	---------	-----------	--------

計画作成者氏名 _____

委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

担当地域包括支援センター: _____

目標とする生活

1日 _____	1年 _____	_____
----------	----------	-------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・活動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1.	1.	1.		()					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	2.	2.	2.		()					
社会参加、友人関係、コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	3.	3.	3.		()					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					

健康状態について
主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本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

必要な事業プログラムの下欄に○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	認知症予防	物忘れ予防	うつ予防
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

地域包括支援センター	【意見】 _____
	【確認印】 _____

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印

- この様式例は、利用者及び家族と面接しながら、アセスメント領域毎に課題を分析し、利用者および家族の意欲・意向を確認しながら、具体的な目標や実際の支援計画を立てるものです。
- 本表は、いわばケアマネジメントの思考過程を明らかにしたものであり、その手順は左から右へ概ね進めるように構成されています。アセスメントは、「総合的課題」を引き出すまでをいい、「課題に対する目標と具体策の提案」や「本人・家族の意向」欄は、ケアプランを導き出すまでの段階であり、ケアプランは「目標」以降をいいます。具体的な記入順序については、「標準的な記入の順序について」を参考にして下さい。
- 課題の分析では、利用者の日常生活の状況をアセスメント領域毎に分析します。領域ごとに分析された課題をもとに、総合的な課題として統合し、根本的な解決や強化すべき課題を引き出します。高齢者の抱える問題や課題は、身体、心理、社会・経済的背景まで相互に絡み合っていることが多く、課題分析者は介入すべき課題の探索を専門的な知識を用いて行う必要があります。
- また、本様式例では、アセスメントに基づきケアプランを立てた上で、利用者からの同意や地域包括支援センターの確認を得ることになっています。
- 予防給付対象者の場合、主治医意見書や認定情報を事前に入手するとともに、基本チェックリストについてもアセスメントに先立って利用者に記入してもらいます。

【介護予防サービス・支援計画表の記入の仕方】

1. 基本的な事項に関する項目群

< 「NO.」 欄 >

利用者の整理番号を記載する。

< 「利用者名」 欄 >

利用者の氏名を記載する。

< 「認定年月日」 欄 >

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 >

認定の有効期間を日付で記載する。

< 「初回・紹介・継続」 欄 >

初回 … 初めて介護予防事業および予防給付を受ける人は初回に○印を付ける。

紹介 … 介護予防事業を受けていたが、今回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○印を付ける。

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現在受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は継続に○印を付ける。

< 「認定済・申請中」 欄 >

要介護認定が済んでいる場合には、認定済みに○印を付け、申請中の場合は申請中に○印を付けてください。

< 「要支援1・要支援2 地域支援事業」 欄 >

該当する要介護度あるいは事業名に○印を付けてください。

< 「計画作成者」 欄 >

本計画作成者の氏名を記載（地域包括支援センター担当者名）する。なお、予防給付の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する。

< 「委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）」 欄 >

予防給付のケアマネジメントを委託する場合は、委託事業者または事業所名と所在地（住所と電話番号）を記載してください。

<「担当地域包括支援センター」欄>

予防給付のケアマネジメントを委託する場合に、利用者が活用する地域包括支援センター名を記載する。

<「計画作成(変更)日 (初回作成日)」欄>

本計画を作成した日を記載する。また、2回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載してください。

2. アセスメントに関する項目群

<「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、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。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場合には、利用者基本情報の「趣味・楽しみ・特技」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場合には、必要に応じて、専門家の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課題分析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。

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、利用者にとっては介護予防への最初の取り組みである「目標とする生活」のイメージについて記載する。

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のレベルでともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握できるので、再度利用者と修正するのは良い。決して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ぬものではない。

1日

ここでは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。例えば、毎朝新聞受けへ新聞を取りに行き、1番に新聞を読みたい、毎日一通ずつ絵手紙を書いて郵便局まで出しに行くなど、対象者が達成感・自己効力感が得られるような内容が望まれる。

1年

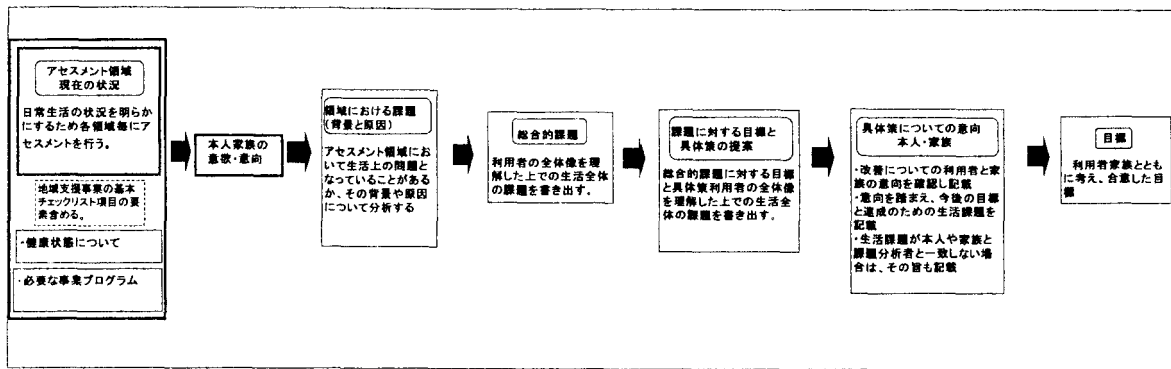
利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防支援や利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする。課題分析者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

例：お盆に小学校の同窓会に出席する、春に盆栽展に出展するなど。

<「健康状態について」欄>

「主治医意見書」「生活機能評価」「基本情報」等より健康状態について、ケアプラン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、主治医意見書からは「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」、あるいは生活機能評価からは「血圧が高めなので運動系のサービス前後は血圧が必要」などを記載する。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。

アセスメントの入り口から目標を立てるまでの流れ



<「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。

- ①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。
- ②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する。
- ③利用者・家族からの情報だけでなく、課題分析 者が観察した状況についても記載する。
- ④アセスメントに際しては、利用者を全人的 にアセスメントすることが重要である。
- ⑤初回面接では、完璧に情報収集しようとして、利用者が強引に聞き出そうとするような利用者を不快にさせないよう留意する。

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、以下を参考にされたい。

(例)

アセスメント領域と 現在の状況	運動・移動について
日常生活（家庭生活）について	<p>自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうか。</p> <p>(確認する項目例)</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 交通機関を使って移動することについての状況</p>
<p>長期の入院生活で体力が低下しており、自信もないため、近くのコンビニまでは買い物に行けるが、少し離れたスーパーまでは買い物に行けない。そのため、食べ物以外は、ほとんど娘に買ってきてもらっている。脳梗塞後の右手のしびれや握力低下が残り、包丁は持つのが怖い。普段の食事はコンビニで買ったものを温めて食べている。掃除や洗濯は自分でやっている。</p>	<p style="text-align: center;">日常生活（家庭生活）について</p> <p>家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等）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。</p> <p>(確認する項目例)</p> <p><input type="checkbox"/> 日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況</p> <p><input type="checkbox"/> 献立を考え、調理することについての状況</p> <p><input type="checkbox"/> 家事（家の掃除、洗濯、ゴミ捨て、植物の水やり等）についての状況</p> <p><input type="checkbox"/> 預貯金の出し入れを行うことについての状況</p>

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。

(確認する項目例)

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

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・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についての状況
- 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についての状況
- 健診を受けることについての状況
- 薬を飲み忘れず、管理することについての状況

※これらの項目例については、複数の領域にかかる場合もある。

本人・家族の 意欲・意向

(本人) もともと料理は好き。包丁を使って切ったり刻むのが難しいので障害があっても上手に調理できる方法があったら知りたい。自分で作るのが怖いから誰かそばにいて手伝ってほしい。

(娘) 母は昔料理が上手だった。また、作れるようになると嬉しい。

<「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をした内容について、利用者・家族の認識について記載する。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、「○○できるようにになりたい」「手伝ってもらえば○○したい。」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と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、ただちに介護予防ケアプラン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。

(例)

領域における課題 (背景・原因)
<p>■有 □無</p> <p>自分で調理したいという意欲はあるが、右手のしびれや握力低下により、包丁を握ることが困難な状態である。不安は大きいようだが、このまま、右手を使わないまましていると拘縮してしまう可能性もあるので、調理器具や調理方法を工夫することで、1人で調理をおこなえるようにする必要がある。</p>

<「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及びその背景・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、実際の面談中の様子、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。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□有」に■印を付ける。

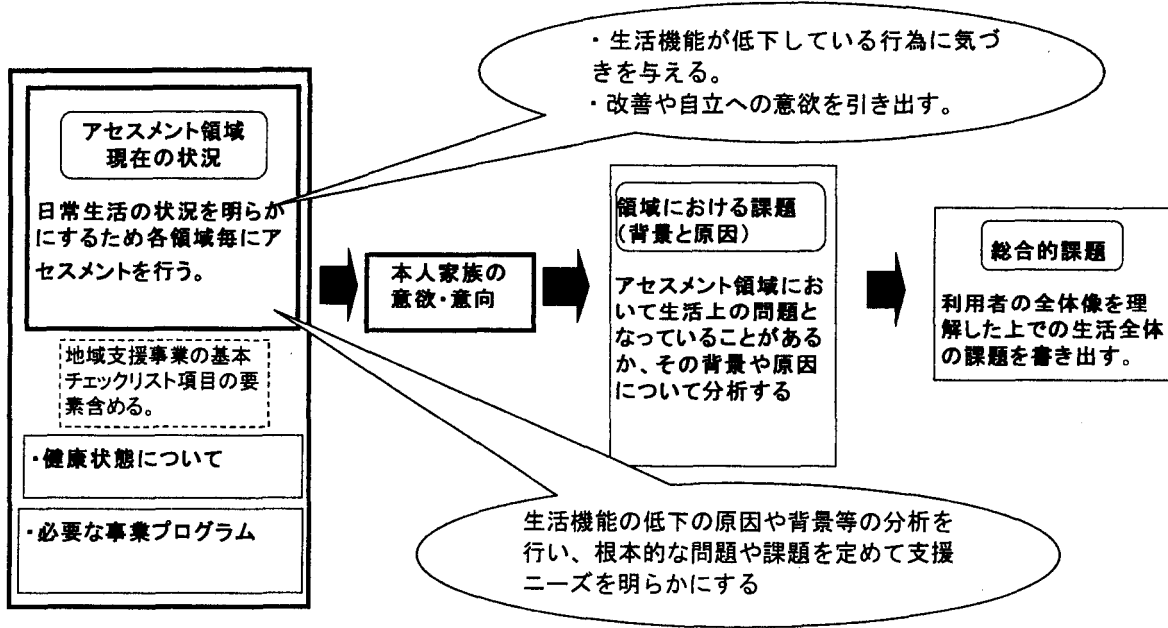
総合的課題
<p>1. 1人で調理ができるように、調理器具や方法を工夫する。</p>

<「総合的課題」欄>

前項目で分析した各「領域における課題」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、各課題共通の背景等を見つけて統合する。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。例えば、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。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付けておく。

【ここまでの思考の整理 I】



3. 介護予防ケアプランの前段階の項目群

<「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、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、様々な角度から具体策を考える。具体的な支援やサービスは、特定高齢者施策や介護保険サービスだけでなく、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」等と記載し、提案する。

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ケアプランの目標と支援内容につながっていく。

(例)

総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案
1. 1人で調理ができるように、調理器具や方法を工夫する。	1. (目標) 自宅で週2回調理が行えるようになる。 (具体策) ①自分にあう調理器具、調理方法を見つける。 ②家族に料理を食べに来てもらう。 ③スーパーの宅配サービスを活用する

【例：合意の場合】

具体策についての意向 本人・家族

(本人) 調理が自分で行えるようになるのは嬉しい。でも、まだ自分1人で行うのは心配。最初は誰かと一緒がいい。

(家族) がんばってほしい。おかあさんのおせち料理が食べたい。まだ、おかあさんの味を覚えてないから、また、料理を習いたい。基本的には同意しているが、本人は不安があるようだ。

<「具体策についての意向 本人・家族」欄>

課題分析者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」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。例えば、取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、その理由や根拠が次の項目の「目標」欄の根拠となってくる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上で、の足がかりとなる。

【例：合意が得られなかった場合】

具体策についての意向 本人・家族

(本人) 調理が自分で行えるようになるのは嬉しい。でも、まだ自分1人で行うのは無理。しばらくの間ヘルパーさんに来てもらいたい。

(家族) がんばってほしい。でも、危ないし、ヘルパーさんが来てくれた方が安心。

1人で調理することに対して、不安から誰かにしてもらいたいという気持ちが本人家族ともに強い。

右手を動かさないと拘縮が進み、細かい動きがとれなくなる可能性もある。できれば、早期から手を使うことは重要。自宅ではなく、施設などで練習するという段階を踏むのはどうか。

4. 介護予防ケアプランに関する項目群

(例)

目標

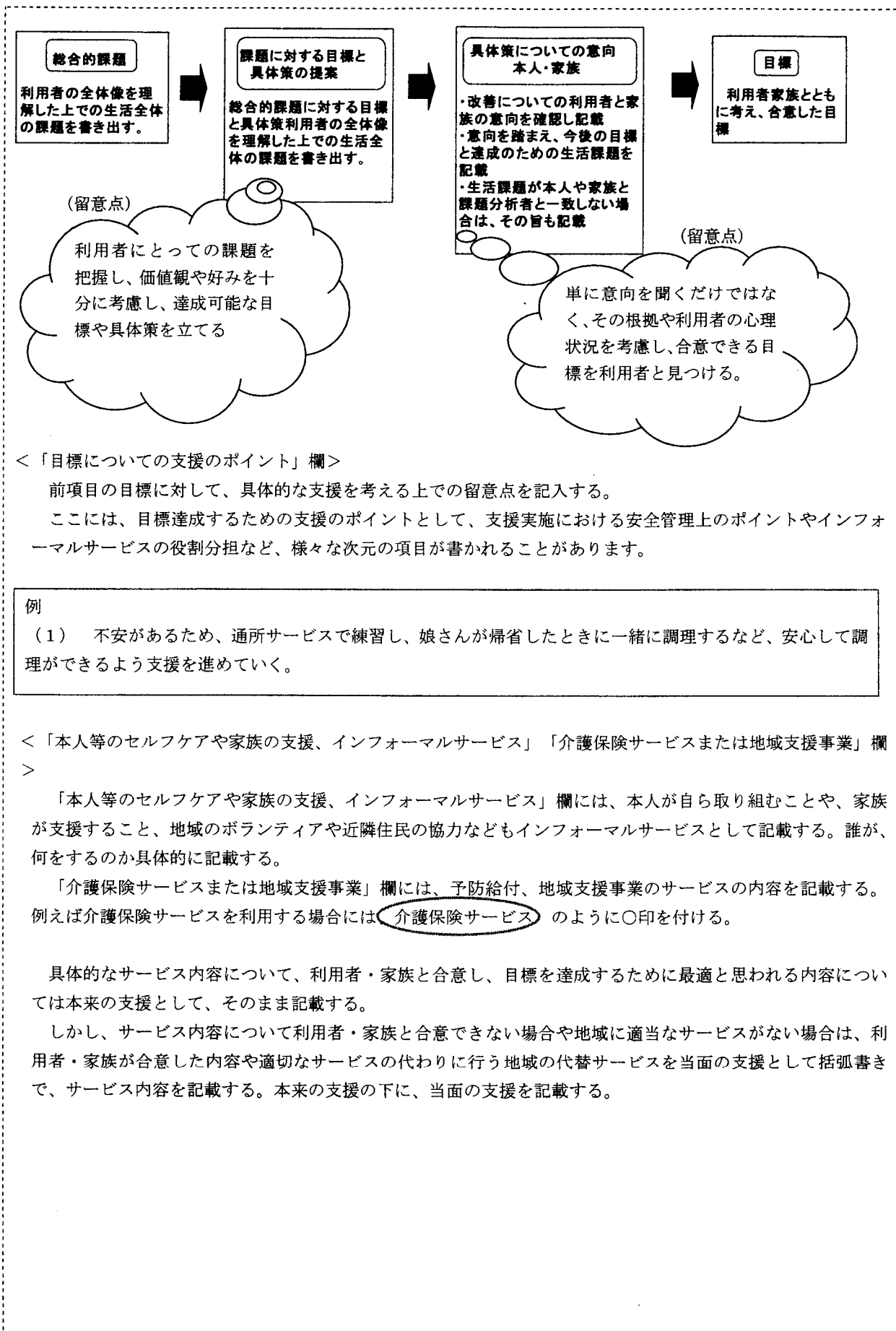
自宅で週2回調理を行う。

<「目標」欄>

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、課題分析者と利用者・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」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載する。

【ここまでの思考の整理Ⅱ】

- 課題分析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。
- 「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。
- 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。



本人等のセルフケアや 家族の支援、インフォー マルサービス	介護保険サービス または 地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間
<p>(本人) 娘が帰省したときに 自宅で1人で調理する 教室で習った献立を家 でも作ってみる。 (家族)母親の作った料 理を食べに、帰省する (時間があれば見守 る)。 (地域)近所の人に、買 い物をさそってもらう。 スーパーの宅配サービ スを使う。</p> <p>自立支援の観点か らセルフケア等か ら検討していく。</p>	<p>(介護保険サービス) 障害にあわせた調理 器具や調理方法につ いて、情報提供、訓練 する。</p>	<p>介護予防通所リハ ビリテーション</p>	<p>Tセンター</p>	<p>平成〇〇年〇〇月 〇日～平成〇〇年 〇〇月〇日</p>

<【本来行うことが妥当な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」欄>

本来の支援が実施できない場合で、①利用者や家族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。(例)友愛訪問がないので、民生委員と協力して地域資源の構築につなげることが必要。

(例)

通所介護リハビリテーションで、調理器具等を紹介してもらった後に、すぐに自宅で1人で料理ができると考えていたが、本人が不安であるということを考え、まず、娘が帰省しているときに作ってもらい、そこで自信がついたら1人で作るよう声をかけていく。

<「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地域支援事業」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

例えば、介護予防通所介護、介護予防通所介護、たすけあい事業、ふれあい昼食会など。

<「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。

<「期間」欄>

「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（「〇か月」「〇月〇日～〇月〇日」など記載する）。

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。

また、「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）」で実施するか提案があれば記載する。

<「総合的な方針（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、課題分析者、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。

<「必要な事業プログラム」欄>

基本チェックリストによって、特定高齢者及び予防給付対象者が参加することが望ましいと考えられる介護予防プログラムについては、〇印を付ける。〇印を付けたプログラムについては、介護予防ケアマネジメントの参考情報とする。（本文の「1.5.3 介護予防事業の対象者」の頁を参照）

<「地域包括支援センターの意見・確認印」>

予防給付の場合で、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。この場合、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、介護予防サービス支援計画表について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・家族に説明を行った上で、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、事業所において保管する。

【介護予防支援経過記録の記入の仕方】

<「利用者名」欄>

利用者の氏名を記載する。

<「計画作成者名」欄>

計画作成者の氏名を記載する。

<「年月日」欄><「内容」欄>

訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。事業所から報告書等が提出された場合は、ここに添付する。ここでは、事実の記載は最重要事項であるが、その事実に基づきケアプランの修正が必要と考えられた場合などは、記録を残すことも重要である。

3.6 介護予防支援・サービス評価表

介護予防支援・サービス評価表

評価日 _____

利用者名 _____

殿

計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針	地域包括支援センター意見	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防特定高齢者施策 <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> 終了

【介護予防支援・サービス評価表の記入の仕方】

< 「目標」欄 >

「介護予防サービス・支援計画表」の目標を記載する。

< 「評価期間」欄 >

「介護予防サービス・支援計画書」の「期間」欄から期間を転記する。

< 「目標達成状況」欄 >

評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する。

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いったん評価を行い、介護予防ケアプランを見直す。

< 「目標 達成/未達成」欄 >

目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付ける。

< 「目標達成しない原因（本人・家族の意見）」欄 >

何故、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、原因を記載する。

< 「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」欄 >

何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、課題分析者としての評価を記載する。

< 「今後の方針」欄 >

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、専門的な観点を踏まえて記載する。

< 「総合的な方針」欄 >

今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。

< 「地域包括支援センター意見」欄 >

介護予防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、その根拠も記載する。特に、委託する場合、課題分析者の今後の方針など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支援センターと委託された課題分析者の方針の統一を図る必要がある

地域包括支援センター意見を参考に今後の方針で該当するものにレ印を付ける。