

介護予防支援及び
介護予防ケアマネジメント業務に係る
関連様式記載要領

利用者基本情報

ア 「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する。

イ 「相談日」

初回の相談日で、当該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。

ウ 「本人の現況」

利用者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。

エ 「本人氏名」

利用者氏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、利用者の生年月日と年齢を記載する。

オ 「住所」

当該利用者の現在居住している居住地进行を記載すること。住民票の住居地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住居进行を記載する。

利用者基本情報

カ「電話番号」

当該利用者と連絡のとれる電話番号を記載する。

キ「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、要支援認定で用いられた主治医意見書の3a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○印を付す。

ク「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」、「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。

基本チェックリストの記入について、「事業対象者の該当有り」又は「事業対象者の該当なし」のいずれかを○で囲み、記入日を記載する。

ケ「障害者等認定」

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。

コ「本人の住居環境」

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。

利用者基本情報

サ 「経済状況」

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。

シ 「来所者(相談者)」

来所者または相談者について、氏名を記載する。

ス 「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する。

セ 「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する。連絡先は複数確認することが望ましい。当該利用者の急変等、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とれる電話番号を記載する。

ソ 「家族構成」

当該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。当該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する。なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載する。

利用者基本情報

タ 「今までの生活」

当該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。

チ 「現在の生活状況(どのような暮らしを送っているか)」

「一日の生活・すごし方」は、起床から就寝までの一日の流れや食事・入浴・買い物・仕事や日課にしていることなど、一日の過ごし方を記載する。上段には、生活全般に関する様子を記入し、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。

ツ 「趣味や楽しみ、特技」

以前取り組んでいた趣味や楽しみ、特技も聞き取り記載する。

テ 「友人や地域との関係」

友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

利用者基本情報

ト「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。記入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○印を付し、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○印を付す。その他の状況の場合には「その他」に○印を付す。また、要支援者の場合、主治医意見書を記載した医療機関または医師については★印を付す。

ナ「現在利用しているサービス」

当該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。

ニ「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及び居宅介護支援事業者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記入内容、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、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、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る。

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

★ケアマネジメントC様式⑤ ⑥ 「GOGO健康!いきいきプラン」記載事項(P57~)
ア「No.」

利用者の整理番号を記載する。

イ「利用者名」 ★【PI名前に記入。本人の自書可】

当該サービス・支援計画等の利用者名を記載する。

ウ「認定年月日」

当該利用者の要支援認定の結果を受けた日を記載する。

エ「認定の有効期間」

当該利用者の認定の有効期間を日付で記載する。

オ「初回・紹介・継続」

当該利用者が、当該地域包括支援センター、指定介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において初めて介護予防ケアマネジメント及び予防給付を受ける場合は「初回」に、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に紹介された場合、又は、予防給付を受けていたが、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、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○を付す。

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

カ 「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」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」に○を付す。それ以外の場合は「認定済」に○を付す。認定を受けていない場合は、○を付さない。

キ 「要支援1・要支援2、事業対象者・要介護1～5」

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」を選択する。

ク 「サービス・支援計画作成者」 ★【P4「連絡先」に記入】

当該サービス・支援計画等作成者(担当者名)の氏名を記載する。なお、地域包括支援センターが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する。

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

ケ 「委託の場合：サービス・支援計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）」

地域包括支援センターは、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、当該サービス・支援計画等作成者の所属する介護予防支援事業者・事業所名及び所在地（住所と電話番号）を記載する。

コ 「担当地域包括支援センター」 ★【P4「連絡先」に記入】

当該利用者が利用する地域包括支援センター名を記載する。

サ 「サービス・支援計画作成（変更）日（初回作成日）」 ★【P1「作成日」に記入】

当該地域包括支援センター若しくは介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において当該利用者に関するサービス・支援計画等を作成した日を記載する。また、「初回作成日」には、二回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載する。

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

シ 「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付けとなる。この欄には、必要に応じて計画作成者が前記の支援を行いつつ、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、一日単位及び一年単位で、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一緒に考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者と修正するのは差し支えない。一日及び一年単位の目標は両方記載することが望ましい。また、両者の目標は関連を持たせた目標となるように記載することが望ましい。

本人の疾患等により、一年単位の「目標とする生活」がイメージできない場合は、一日単位の「目標とする生活」のみの記載でも差し支えない。

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

シ 「目標とする生活」

「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、利用者が達成感や自己効力感が得られるような内容が望ましい。

※1日の目標は具体的で、「毎日できたかどうか」を利用者や家族・支援者が確認できる

内容でかつ実現可能なものが望ましい。

「1年」 ★【PI「長期目標」に記入 本人の自書】

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する。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の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可能性の分析を行うようにする。

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

ス 「健康状態について」

「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、サービス・支援計画等を立てる上で留意すべき情報について記載する。

セ 「アセスメント領域と現在の状況」 ★【P2表「暮らしの様子」に記載】

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。アセスメントは、主治医意見書、興味関心チェックシート、基本チェックリストの回答状況も加味して行う。

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。また、利用者・家族からの情報だけでなく、サービス・支援計画作成者が観察した状況についても記載する。

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

セ 「アセスメント領域と現在の状況」

「運動・移動について」★

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について確認する必要がある。

「日常生活（家庭生活）について」★

家事（買い物、調理、掃除、洗濯、ゴミ捨て等）や住居、経済管理、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。

「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。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。

「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。

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

ソ 「本人・家族の意欲・意向」

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、ただちにサービス・支援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及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。

アセスメント領域 と現在の状況	主な日常生活の状況	状況を聞き取る時の視点	
		本人からの聞き取り	家族からの聞き取り
運動・移動について	<ul style="list-style-type: none"> ・歩行 ・昇降 ・移動手段(自家用車) ・移動手段(バス) ・移動手段(タクシー) 	自分で行えているか	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が行えているか ・家族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
日常生活(家庭生活)について	<ul style="list-style-type: none"> ・買い物 ・調理 ・掃除 ・洗濯 ・ゴミ捨て ・住居の管理 ・家計(金銭)の管理 ・花木やペットの世話 	自分で行っているか	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が行えているか ・家族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
社会参加 対人関係・コミュニケーションについて	家族との交流 近所との交流 家族や近隣での役割の有無	内容 程度	内容 程度
	老人クラブ・町内会行事 仕事・ボランティア活動	参加状況	参加状況
健康管理について	<ul style="list-style-type: none"> ・食事 ・水分 ・排泄 ・清潔 ・整容 ・口腔ケア 	回数・量 自分で行えているか	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が行えているか ・家族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
	健康管理 <ul style="list-style-type: none"> ・服薬 ・定期受診 ・運動 ・休養 ・飲酒、喫煙 	自分で行えているか	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が行えているか ・家族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

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

タ 「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、経済状況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結果についても考慮する。この欄には、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■印を付す。

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

チ「総合的課題」★【P2表「目標を達成するための課題」に記入】

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。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及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、優先度の高い順に1から番号を付す。

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

ツ 「課題に対する目標と具体策の提案」 ★【P2表「お勧めしたいこと」に記入】

「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、地域包括支援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、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、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。

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

テ 「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」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を確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

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。

ト 「目標」 ★【「PIの目標を達成するための取組」に記入】

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」などを記載してもよい。

ナ 「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上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、様々な次元の項目が書かれることがある。

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

ニ 「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(総合事業のサービス含む)」

★【P4いきいきカレンダーに記入】

「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)」「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)」欄には、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、民間企業に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地域支援事業(総合事業のサービス含む)」欄には、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含めた地域支援事業のサービスの内容を記載する。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する。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

ヌ「サービス種別」★【P4いきいきカレンダーに記入】

「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具体的に記載する。

ネ「事業所(利用先)」★【P4いきいきカレンダーに記入】

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(利用先)」を記載する。また、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明記する。

ノ「期間」

「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」の設定においては要支援者の場合は「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。※ 評価期間は最長12か月です。

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

ハ「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)」

主治医意見書などから特に注意すべき事柄を記載する。副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある症状、禁忌事項などを記載する。

ヒ「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する。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する。

フ「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などを記載する。

ヘ「必要な事業プログラム」(事業対象者)

基本チェックリストの該当項目数から、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する。また、専門職による訪問型短期予防サービスを利用する場合は、その基準から考えられるプログラムの枠内の数字に○印を付す。必ず実施しなければならないものではない。

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

(a)「地域包括支援センターの意見」

居宅介護支援事業者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、その介護予防支援及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地域包括支援センターは、サービス・支援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、計画原案等を作成し、サービス・支援計画書について当該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、確認をした当該地域包括支援センターの担当者が本欄に意見・担当者名を記載する（当該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サービス・支援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、利用者に最終的なサービス・支援計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

(b)「サービス・支援計画に関する同意」

サービス・支援計画原案等の内容を当該利用者・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、利用者名を記入する。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・介護予防ケアマネジメント経過記録」

ア 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

イ 「計画作成者名」

当該計画等作成者（担当者名）の氏名を記載する。なお、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には、委託を受けた指定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

ウ 「年月日」「内容」

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、その事実に基づきサービス・支援計画等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。

「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表」

ア 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

イ 「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画等作成者(担当者名)の氏名を記載する。

なお、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合には、担当介護支援専門員名を記載する。

ウ 「評価日」

当該介護予防サービス・支援評価を行った日を記載する。

エ 「目標」

当該「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載する。

オ 「評価期間」

「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。

「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表」

カ 「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、介護予防サービス計画等を見直す。

キ 「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×印を付す。

ク 「目標達成しない原因（本人・家族の意見）」

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当該利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。

ケ 「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」

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、計画作成者としての評価を記載する。

コ 「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、専門的な観点を踏まえて記載する。

「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表」

サ 「総合的な方針」

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。

シ 「地域包括支援センター意見」

サービス・支援計画等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、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合、計画作成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を受けた指定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す。

※介護支援専門員の基礎となる資格や経験等により、得意とする視点や分野が異なります。地域包括支援センターの担当職員と情報を共有・検討することで、アセスメント内容や介護予防サービス・支援計画書を作成するための視野が広がり、効果的な支援計画になることが期待されます。

「暮らしのアンケート」

■使い方

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの開始時や評価時に、本人の生活状況や考え方などを理解するために使用します。アンケートの内容から健康状態や生活状況、課題等について、本人や家族から更に詳しく聞きとり、その結果をもとにアセスメントを行います。課題だけでなく、本人ができている事も併せて評価しましょう。聞きとりを行う際は、本人と家族の双方に話を聞き、認識の違いなどにも注意します。

なお、初回面接等で本人が話したくない事は、無理やり聞き出す必要はありません。

■記入方法

記入は本人または、本人から聞きとりを行った地域包括支援センター職員（ケアマネジャー）が行います。代行で記入した場合は、間違いがないか本人・家族に必ず確認します。

■特徴

「暮らしのアンケート」は介護予防ケアマネジメント様式②「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）」のアセスメント領域に対応しています。

「暮らしのアンケート」

■確認内容と支援のポイント

I 「歩き方や動作、外出方法について」【運動・移動】

この領域の質問に「はい」と答えた場合、移動機能に何らかの支障がある可能性があります。

1 移動時（立上り、歩行、階段昇降）に支えの必要性

①②③支えが必要な場合の道具の選択と安全性について評価します。

なぜ移動に支障をきたしているか、身体症状や疾病要因を明らかにします。

2 転倒の危険性や歩行状態

④⑤ 転倒の状況や危険性を評価します。

転倒すると再転倒を恐れて外出を控え、生活不活発病の要因となります。場合によっては、骨折するなど要介護状態になる危険性もありますので、予防的な取組をすすめてみましょう。あわせて、転倒しにくい環境づくりについても支援しましょう。

「暮らしのアンケート」

■確認内容と支援のポイント

3 歩行能力と運動習慣

⑥ 歩行状態や運動習慣（健康づくり・介護予防への取組）について確認します。

時間や歩数等を確認することで、本人の健康づくりに関する考え方や情報の入手方法なども理解できます。また、評価時には客観的なデータとしても使用できます。

たとえ歩行状態が落ちていたとしても、本人が健康づくり・介護予防のために取り組んでいる体操や生活の工夫についても確認しましょう。

4 移動手段と範囲

⑦⑧自分だけで可能な移動範囲と手段、自宅周辺の環境について確認します。

あわせて、移動時の危険性の判定や家族の支援内容についても確認しましょう。

「暮らしのアンケート」

Ⅱ「日頃の暮らしについて教えてください」【日常生活(家庭生活)】

この領域の質問に「いいえ」と答えた場合、日常生活に何らかの支障がある可能性があります。

Ⅰ IADLの自立度や介助の状況

①～⑧ 家事、買い物、金銭管理、住宅管理など、自分で行えているか介助(支援)を受けているかを確認します。

介助を要する場合は、支障をきたしている要因(心身状況や疾病、環境など)を明らかにするだけでなく、誰からどのような介助(支援)を受けているか聞くことで、家族や近所、友人などの関わりもみえてきます。

「暮らしのアンケート」

Ⅲ「趣味活動などの外出状況について教えてください」

【社会参加、対人関係・コミュニケーション】

この領域の質問で「いいえ」と答えた場合、社会参加の低下が考えられます。

1 趣味・特技

① 趣味や特技を確認します。(現在だけでなく過去も含めて聞きとりましょう)

趣味がない場合や過去の趣味や特技が思い浮かばない場合には、「興味・関心チェックシート」を活用してみましよう。本人が前向きに暮らしていくための目標づくりに向けたヒントになります。また、仕事で培った技術や知識を確認することで、今後の地域参加にむけた支援を行うきっかけになることもあります。

2 社会参加の状況や家庭内・地域での役割

②～⑤ 仕事やボランティア、地域・町内会活動、趣味の会等への参加状況を確認します。

「その他」には、上記以外への社会参加の状況や家族内の役割、交流の状況などを記入します。

⑥ 外出の頻度を確認します。あわせて、目的(行先)を確認すると、本人の生活状況が更に見えてきます。

「暮らしのアンケート」

IV「健康状態について教えてください」【健康管理について】

この領域の質問は問②以外「はい」と答えた場合、健康維持に課題がある可能性があります。

I 食生活や栄養の状況

①肥満度を把握します。

BMI18.5以下の時には低栄養の可能性があり、理由が特になく、急激な体重減少がある場合には注意が必要です。

②～③ 食事の状況を確認します。

1日3回の食事をとっているか確認します。

特に体重減少がある場合には詳しく聞きましょう。疾病管理の視点から、食事の管理ができているか確認します。特に、配食サービスや給食会を利用する場合には、減塩指示やアレルギー等を確認し、プラン作成者からも連絡することが望ましいと考えます。

「暮らしのアンケート」

IV「健康状態について教えてください」【健康管理について】

2 口腔機能

④～⑤ 歯の残数、噛み合わせなどを確認します。歯の欠損や義歯の不具合などで噛み合わせの状況を確認します。

噛み合わせが悪い場合、食事摂取の内容が偏る可能性があります。また、噛み合わせが悪いと奥歯でくいしばることができず、「歩行バランスが悪い、転倒リスクが高くなる」といった研究も出ています。必要時、歯科医の受診をすすめましょう。

また、おせこみや飲み込みの悪さは、口腔機能が低下している可能性があります。正しい姿勢での食事摂取や「お口の体操」等を伝えたり、地域包括支援センター(地域ケアプラザ)で実施している「介護予防教室」の参加、医療機関の受診をすすめましょう。

「暮らしのアンケート」

IV「健康状態について教えてください」【健康管理について】

3 嗜好

- ⑥ 量や頻度について確認します。

健康管理(疾病の悪化予防)の観点から医師との連絡を必要とする場合があります。

4 清潔保持

- ⑦ 入浴行為に関する自立度や回数について確認します。

入浴ができない場合は代替方法なども確認します。必要時、浴室等の環境の確認も行います。

5 排泄の状況

- ⑧ 排泄の困り事や心配がないか確認します。

心配がある場合は、どんなことに困っているのか具体的に確認します。行為の自立度や回数や量形状についても確認します。また、排泄に関することはデリケートな問題なので、慎重に質問をしましょう。ただし、頻尿、尿漏れなど、加齢とともに問題を抱える高齢者は多く、それ自体が外出を減少させる原因になることを伝えることも大切です。

「暮らしのアンケート」

IV「健康状態について教えてください」【健康管理について】

6 休養

⑨ 睡眠時間や生活のリズムを確認します。

「睡眠の質が悪い」、「睡眠薬代わりに飲酒している」といった訴えがある場合には、主治医への相談をすすめましょう。(過剰な飲酒は睡眠の質を下げるといわれています)

7 身体状況

⑩⑪ 聴力や視力を確認します。

生活に支障をきたしたり、転倒の原因にもなるため、丁寧に聞きとりを行いましょう。また、情報伝達やサービス提供時に配慮が必要となりますので、サービス提供者や団体等へも状況を伝えることが望ましいと考えます。

8 薬の管理

⑫ 薬の管理が自分でできているか確認します。

また、自分が飲んでいる薬の内容や悪化予防の方法についても理解しているか確認しましょう。

「興味・関心チェックシート」

本人が持つ興味や関心を引き出すために使用することができます。

※本シートの著作権は、一般社団法人日本作業療法士会に帰属しています。
使用の際に許可をとる必要はありませんが、書式の変更等はしないでください。

END