

介護予防サービス・支援計画表等 作成の手引き

大分市地域包括支援センター主任介護支援専門員部会

大分市長寿福祉課

(令和元年 10 月)

目次

1. 利用者基本情報（記載のポイント）・・・P. 1～2	
2. 基本チェックリスト（実施票・基本チェックリストの考え方）・・・P. 3～6	
3. 生活機能評価表（記載のポイント）・・・P. 7～9	
4. 介護予防サービス・支援計画表	
(1) 記載の留意点	・・・P. 10
(2) 基本チェックリスト・生活機能評価表と介護予防サービス・支援計画表の関連性	・・・P. 11
(3) 介護予防サービス・支援計画表「本来行うべき支援が実施できない場合」の記載例	・・・P. 12
5. サービス評価表	・・・P. 13

内容が変更、追加となった場合は、要追記（追記日を記載）。大きな変更がある場合には再作成

利用者基本情報

作成年月日を記載

年 月 日

《基本情報》

初回相談日を記載

計画作成者氏名：

相談日	年 月 日 ()	来所 ・ 電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)
把握経路	1. 介護予防検診 2. 本人からの相談 3. 家族からの相談 4. 非該当 5. 新予防からの移行 6. 関係者 7. その他 ()		
本人の現況	在宅・入院又は入所中 () 現在の居所を記載		
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳
住所	介護保険被保険者証に記載されている住所 (連絡が取れる番号) ()		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度 1・B2・C1・C2 認知症高齢者の日常生活自立度 Ⅰa・Ⅰb・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ 主治医意見書を参考に現在の状態に該当するものに丸印を付ける		
認定情報	非該当・要支援1・要支援2 認定期限： 年 月 日 ~ 特記することがあれば空欄に記載する		
障害等認定	身障 () ・ 療養 () ・ 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 (有 階・無) ・ 住居改修 (有 ・ 無) 浴室 (有 ・ 無) 便所 (洋式 ・ 和式) 段差の問題 (有 ・ 無) 床材、じゅうたんの状況 () 照明の状況 () 履物の状況 ()		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()		
来所者 (相談者)	続柄	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」 (同居家族等○で囲む) (介護力を把握するため) 兄弟、子、孫程度を記載する。兄弟の順番や子どもが既婚か未婚か、家族の年齢や居住地も可能な範囲で記載する。 日中独居 (有 ・ 無) 家族関係等の状況 ※特記すべき事項があれば記載 (例：長男とは長年交流がない など)	
住所			
緊急 連絡先	氏名 続柄 住所・連絡先		
(緊急時に備えた体制を構築するため) 緊急時に確実に連絡が取れる番号を記載。 複数確認することが望ましい。			

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	(利用者の生活歴や価値観、暮らしぶりを知ることで支援の方向性を見出すため) 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、家族との関係、住んでいる環境について記載		
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
	(一日の活動量を把握できるよう)生活全般の様子を記載。アセスメント領域「日常生活(家庭生活)について」を反映させる。		
	(ケアプランの「目標とする生活(一年)」や目標設定時のきっかけとなるため)今していることと、過去にしていたことの両方を記載する。		
	時間	本人	介護者・家族
	食事、入浴、家事など決まった生活行為		
	続柄を記載(例:「長男」「孫」)		
	友人・地域との関係		
	(社会的なつながりを知るため)友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載。		

《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
		TEL	治療中 経過中 その他	受診頻度、治療内容を記載。服薬の内容、副作用や禁忌事項があれば把握しておく。
			治療中 経過中 その他	
			治療中 経過中 その他	

服薬等の治療を受けていれば治療中に○。
 治療は受けていないが受診だけしていれば経過観察中に○。
 その他の状況についてはその他に○

《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
(現在利用しているサービスを把握することで、包括的な支援が可能となるため)、民生委員の訪問や、配食サービス等の保険外サービスなども記載する。	

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、及び主治医の意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、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。

年 月 日 氏名 印

基本チェックリスト実施票

No.	質 問 項 目	回 答 (いづれかに○をしてください。)	
1	バスや電車で1人で外出していますか（自分で運転する場合も含みます）	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか（自ら外出し、日用品を購入していれば「はい」、電話等の注文のみで済ませている場合は「いいえ」とします。）	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか（家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」とします。）	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか（電話による交流や家族・親戚の家への訪問は「いいえ」とします。）	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか （電話のみで相談にに応じている場合も「はい」とします。）	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか（時々手すり等を使用している程度であれば「はい」、習慣的に使用している場合は「いいえ」とします。）	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか （時々つかまっている程度であれば「はい」とします。）	0. はい	1. いいえ
8	15分くらい続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか （自分の健康状態や体力から転びやすいと感じる方は「はい」とします。）	1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか （6か月以上かかって減少している場合は「いいえ」とします。）	1. はい	0. いいえ
12	身長（ cm） 体重（ kg） ※体重は1ヶ月以内の値（BMI ）	1. 18.5未満	0. 18.5以上
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか（半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化がない場合は「いいえ」とします。）	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか（週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヶ月の状態を平均してください。）	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか（本人が物忘れがあると思ってても周りの人から指摘されない場合は「いいえ」とします。）	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて電話をかけることをしていますか（誰かに電話番号を尋ねてかけたり、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合は「いいえ」とします。）	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか （月と日の一方しかわからない場合は「はい」とします。）	1. はい	0. いいえ
21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	（ここ2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

各項目に該当した場合には
詳しく聞き取り
生活機能評価表の備考欄に記載。

※ BMI = 体重（kg）÷ 身長（m）÷ 身長（m）

該当する基準

① No. 1 ～ 2 0 までの 2 0 項目のうち 1 0 項目以上に該当	複数の項目に支障
② No. 6 ～ 1 0 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	運動機能の低下
③ No. 1 1 ～ 1 2 の 2 項目のすべてに該当	低栄養状態
④ No. 1 3 ～ 1 5 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	口腔機能の低下
⑤ No. 1 6 ～ 1 7 までの 2 項目のうち No. 1 6 に該当	閉じこもり
⑥ No. 1 8 ～ 2 0 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当	認知機能の低下
⑦ No. 2 1 ～ 2 5 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当	(うつ病の可能性)

基本チェックリストについての考え方

【共通項目】

- ① 対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ② 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③ 習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④ 各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか(例えば、必要な物品を購入しているか)を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。 <u>同行者や介助者の有無は問いません。</u>
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等や <u>銀行員</u> に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねていますか友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。 <u>膝を持ち加重をかけて立ち上がっている場合は「いいえ」とします。</u>
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。 <u>歩く速さは問いませんが、杖や歩行器を使用している場合は「いいえ」とします。</u>
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		

11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合「いいえ」となります。 <u>※本人が感じる固い物が半年前と比べ食べにくくなっているかで判断する。</u>
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、 <u>本人の主観に基づき回答してください。</u>
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。 <u>30分以上の外出を指します。買い物や病院受診、デイサービスなど「はい」、自宅の敷地内や敷地内のデイサービスは「いいえ」とします。</u>
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間)以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

生活機能評価表(参考例)

備考欄は、事前が○1であっても記載要

氏名		性別	調査日	年	月	日	
事前はすべての項目に記載		事前	事後	事後予測は短期目標の期間で改善させたい項目のみ記載			備考
ADL	室内歩行			☐ 基本CL「階段昇降時の手すり等使用有」「椅子立ち上がり時のつかまり有」の場合、特に起き上がり、立ち上がり、歩行時の支えや用具の有無。 ☐ 痛みやしびれの有無、有の場合は いつ、どのように対処しているか。痛みやしびれで出来ないことはなにか ☐ 基本CL「1年間の転倒歴あり」の場合、場所、場面、頻度。			
	屋外歩行			☐ 歩行時の支えや用具の有無 ☐ 基本CL「15分続けて歩けない」場合の理由。連続歩行は何分・何メートル可能か、痛み、しびれの有無。 ☐ 基本CL「1年間の転倒歴あり」の場合、場所、場面、頻度。			
	外出頻度			☐ 外出頻度（週何回か等）。基本CL「外出頻度が週1以下」「昨年より外出頻度減」の場合は特に理由を把握。 ☐ 手段（徒歩、自転車、バス、タクシー等）			
	排泄			☐ 排尿（昼 回、夜間 回）、おむつ等の使用 ☐ 排泄動作の支障の有無 ☐ 間に合わず失敗することがあるか ☐ 利尿剤、整腸剤等の有無			
	食事			☐ 食事形態、食事動作に支障がないか ☐ 食事回数、食事内容（たんぱく質、野菜等の有無）。基本CL「6カ月間の体重減少有」「BMI18.5以下」の場合は、特に食事量や肉・魚・卵の摂取回数。「BMI26以上」の場合、間食等も要確認。 ☐ 一日の水分量。食事の他に500mlペットボトル2本分程の水分摂取しているか。 ☐ 基本CL「固い物の食べにくさ」「むせ」「口の渇き」のいずれかがある場合、義歯・自歯の状態、噛み合わせ、清掃状況、歯科受診有無を要確認。			
	入浴			☐ 1週間の入浴回数、洗身・洗髪の介助の有無 ☐ 基本CL「階段昇降時の手すり等使用有」「椅子立ち上がり時のつかまり有」の場合は、浴室の環境要確認。 ☐ 浴槽のまたぎの可否			
	着脱衣			☐ 着脱時の可動域制限、補助等が必要か ☐ 着衣に季節感があるか等			
IADL	掃除			☐ 掃除場所、内容、道具は使用しているか ☐ （していない場合）いつから・なぜしていないのか、誰が代行しているか ☐ （していない場合）できそうなことは何か			
	洗濯			☐ 洗濯機の使用の可否、干す、取り込む、たたむなどの可否 ☐ （していない場合）いつから・なぜしていないのか、誰が代行しているか ☐ （していない場合）できそうなことは何か			

IADL	買物			☐ 頻度、場所、手順、行為等 ☐ (していない場合) いつから・なぜしていないのか、誰が代行しているか ☐ (していない場合) できそうなことは何か
	調理			☐ 頻度、内容(※調理全般、簡単な調理のみ、食器洗いのみ) ☐ (していない場合) いつから・なぜしていないのか、誰が代行しているか ☐ (していない場合) できそうなことは何か
	整理			☐ 身の回りの整理整頓、財布・眼鏡・衣類・年金等の書類管理状況 ☐ (していない場合) いつから・なぜしていないのか、誰が代行しているか ☐ (していない場合) できそうなことは何か
	ごみ出し			☐ 分別・運搬方法 ☐ (していない場合) いつから・なぜしていないのか、誰が代行しているか ☐ (していない場合) できそうなことは何か
	通院			☐ 移動手段、受診頻度 ☐ 受診時の内容をどの程度理解しているか ☐ (同行者がいる場合) 誰が同行しているか
	服薬			☐ 自己管理できているか。飲み忘れの有無・頻度。基本CLで「もの忘れがある」「何月何日かわからない」いずれかの場合、特に気をつけて把握。 ☐ (していない場合) いつから・なぜしていないのか、誰が管理しているか ☐ (していない場合) できそうなことは何か
	金銭管理			☐ 基本CL「預貯金の出し入れしていない」場合、いつから・なぜ、誰が代行しているか。基本CL「もの忘れがある」「何月何日かわからない」の場合と合せて把握。 ☐ 金銭管理について、全て自己管理しているか、お小遣い程度のみ管理か ☐ (していない場合) できそうなことは何か
	電話			☐ 基本CL「自分で電話をかけるか」と合せて把握。自分でかけるか、伝言を受けることの可否 ☐ (していない場合) いつから・なぜしていないのか、誰が代行しているか ☐ (していない場合) できそうなことは何か
	社会参加			☐ 基本CL「友人の家を訪ねていない」場合、友人・知人とどのような方法で交流しているか ☐ 自治会、老人会、サロン等の参加の有無 ☐ (していない場合) いつから・なぜしていないのか ☐ (していない場合) できそうなことは何か

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

○△×の基準例

自立度	困難度と改善可能性	判定	日常生活に支障をきたしている状況
自立	楽にできる	○1	自立しており、問題ない
	少し難しい	○2	自立しているが不十分、難しい
一部介助	改善の可能性高い	△1	能力はあるが少し手助け必要
	改善の可能性低い	△2	何とか自分でやっているが、手伝いの方が多くの割合を占めている
全介助	改善の可能性高い	×1	前は自立、今は介助、再びできそう(△2～×1)
	改善の可能性低い	×2	自分では実施していない

介護予防サービス・支援計画表 記載の留意点

介護予防サービス・支援計画表

事業対象者から要支援者へ、要支援者から事業対象者へ変更になった場合○印を付ける

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： 事業対象者の場合○印を付ける

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、利用者の意思・意欲を尊重し、望む日常生活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。（1年と1日のどちらかの記載也可。）

1日 ※大きな目標達成のための段階的な目標等、利用者が達成感・自己効力感が得られるような目標を設定

1年 ※生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい具体的な目標を設定

利用するサービス・事業に○印を付ける
利用を併用する場合は、
下枠の例のように記入

アセスメント

合意

ケアプラン

支援計画

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	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・移動について 室内や屋外の移動（杖等の使用の有無）、外出の状況（交通機関の利用等） 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・経済の管理、花木やペットの世話等を行っているか。 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、家庭内や近隣における役割の有無等。 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。飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養等健康管理の観点から必要と思われる内容。食事・水分摂取、排泄の状況については、回数や量等を具体的に確認する必要がある。	各アセスメント領域の内容について、利用者・家族の認識と意向を記載・機能低下を自覚しているか、困っているか、どのように考えているか等記載し、その理由について確認する （例）「○○できるようにになりたい」「手伝ってもらえば○したい」等 ※利用者と家族の意向が異なる場合はそれぞれ記載 ※否定的・消極的な場合はその理由を明らかにすることが重要	□有 □無 「アセスメント領域と現在の状況」において生活上問題となっていること及びその背景・原因を整理し、分析する（基本チェックリストの結果についても考慮する） <課題分析> ・直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を分析する。 ・現在課題となっていることや、その状態が続くことでどのようなことが起こる等、課題を予測して記載	「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、各領域における課題共通の背景等を見つけて出す。課題の原因や背景等が同一の場合、統合して記載 ※課題のみ記載し、意向や目標、具体策は記載しない ※優先度の高い課題から順に記載（意欲の低い利用者等、簡単な課題解決を優先することで介護予防の効果が出ると判断するケースでは、達成可能な課題順でもよい）	アセスメントに基づき、「総合的課題」に対して専門的な観点から、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策について記載 <目標設定> ・漠然としたものではなく、評価しやすい具体的なもの ・一定の期間に達成可能なもの ・利用者の価値観や好みを考慮した分かりやすく取り組み易いもの <具体策> 介護保険サービスだけでなく、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等の活用についても記載	「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 提案した内容と利用者の意向の相違点を確認できる ■合意が得られた場合 「○○することは必要だと思う」「○○を行いたい」等記載 ■合意が得られなかった場合 その理由や根拠等について利用者や家族の考えを記載 （取り組むのが困難であったり、継続が難しい等、その理由や根拠が次の項目の「目標」欄の根拠となる。	ケアプラン作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載 ※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はその目標を転記、もしくは「同左」「提案どおり」等記載	家族を含む支援者共通の安全管理上のポイント等を記載	誰が何をするか具体的に記載 ・利用者が自ら取り組むこと ・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等	具体的なサービス内容について利用者・家族と合意し、目標達成するために最適と思われる内容について記載 （例）「地域支援事業・かがむ動作を伴う掃除のサポート。掃除方法の提案（道具や使用方法等）」 「介護保険サービス ・疾患に注意しながら、筋力やバランス能力が向上するためのプログラムをおこなう」	サービス種別を具体的に記載し、支給区分、通所系サービス等の加算についても記載 （例）「生活サポートホームヘルプサービス（Ⅱ）」 「訪問型パワーアップ教室」 「元気予防デイサービス（運動器機能向上加算）」 ※介護予防・生活支援サービスは「訪問型サービス（独自）」や「通所型サービス（短期集中）」等の記載可。	具体的なサービス事業所名を記載 目安：3ヶ月～6ヶ月 ※認定の有効期間を考慮 事業所の体制に係る加算や利用者全体に係る加算は記載不要。利用者ごとに必要性を判断する加算は記載が必要で、加算名または内容や必要性等を記載する。なお、記載場所はサービス種別以外も可。	開始・終了年月日を記載（例） ○年○月○日～○年○月○日

健康状態について

□主治医意見書、検診結果、観察結果等を踏まえた留意点

ケアプランを立てる上で留意すべき事項を記載

※単に主治医意見書の疾患等をそのまま転記するものではない。

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）

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	認知症予防
／5	／2	／3	／2	／3	／5

・基本チェックリストの該当項目数を記載（例）3／5

・該当項目はアセスメント領域と現在の状況に反映する

・短期集中予防サービス利用の場合は、判断基準から参加することが望まれるプログラムの枠内に○印を付ける

【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①利用者・家族の合意が得られない場合は、本来の支援ができるように働きかけられ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 ②本来必要な社会資源が地域にない場合は新たな活動の創設の必要性を記載

【意見】本人・家族に向けてのメッセージやアドバイス等記載

【確認印】・氏名と確認日を記載

・印鑑は省略可

受託した居宅は担当包括に確認を受けた後に、利用者に最終的な原案の説明を行い、同意を得る

地域包括支援センター

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、介護予防ケアプラン作成者、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、チーム全体の留意点等を記載

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

プラン開始前に同意を得る

基本チェックリスト、生活機能評価表と介護予防サービス・支援計画表の関連性

基本チェックリスト		実施日	年	月	日
No.	質問項目	回答	ご記入		
			(お答えの欄に記入してください)		
1	バスや電車で1人で外出していますか(自分で運転する場合も含みます)。	○, はい	1	い	い
2	日用品の買物をしていませんか(自ら外出し、日用品を購入していれば「はい」、電卓等の注文のみで済ませている場合は「いいえ」とします)。	○, はい	1	い	い
3	預金の出入しをしていますが(家族等に依頼して、預金の出し入れをしている場合は「はい」とします)。	○, はい	1	い	い
4	友人の宅を回っていますが(電卓による交友や家族・親類の宅への訪問は「はい」とします)。	○, はい	1	い	い
5	家族や友人の相談ののっていますか(電卓のみで相談に応じている場合も「はい」とします)。	○, はい	1	い	い
6	服股を主とする口座をつくらずにご自身でつかっていますか(時々ずすり等各店用いている程度であれば「はい」、定期的に口座を開設している場合は「はい」とします)。	○, はい	1	い	い
7	椅子に座った状態から何もせず立ち上がりつづけていますか(時々つかまっている程度であれば「はい」とします)。	○, はい	1	い	い
8	15分くらい続けて歩いていますか	○, はい	1	い	い
9	この1年間に転んだことがありませんか	1, はい	0	い	い
10	転倒に対する不安は大丈夫ですか(自分の健康状態が他人からわかりやすいと感じる方は「はい」とします)。	1, はい	0	い	い
11	6ヶ月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか(6ヶ月以上かつ減少している場合は「はい」とします)。	1, はい	0	い	い
12	身長 (cm) 体重 (kg)	1, 身長 150	0, 体重 50		
13	歩行速度1ヶ月以内の値 (B/M)	1, 1.8	0, 1.5		
14	半年前に比べて1割以上の筋力を失ったことがありますか(半年以上前から筋力が衰えていく、その筋力に変化がない場合は「はい」とします)。	1, はい	0	い	い
15	お薬や物等をむせることがありませんか	1, はい	0	い	い
16	口の渇きが気になりますか	1, はい	0	い	い
17	週に1回以上は外出していますか(週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヶ月の状態を平均してください)。	○, はい	1	い	い
18	昨年と比べて外出の回数が増えていますか	1, はい	0	い	い
19	肩のりやから「つむぎ」を聞くことなどの術技があると聞かれますか(本人が覚えていたり覚えているもののやり方と誤差が生じている場合は「はい」とします)。	1, はい	0	い	い
20	指で電話番号を指で電卓をかけることをしていますか(指から電話番号を尋ねてかけたり、指から電話番号を尋ねたりしない方法で電卓をかける場合は「はい」とします)。	1, はい	0	い	い
21	昨日が何月何日からでない場合は「はい」とします	1, はい	0	い	い
22	(月) (日) の月一日からでない場合は「はい」とします	1, はい	0	い	い
23	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1, はい	0	い	い
24	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが少し減ってきた	1, はい	0	い	い
25	(ここ2週間) 以前は家でできていたことが今ではおこなうに感じられる	1, はい	0	い	い
26	(ここ2週間) 自分が立つ人間だと思えない	1, はい	0	い	い
27	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1, はい	0	い	い

※ B/M = 体重 (kg) × 身長 (m) × 身長 (m)

生活機能評価表				
氏名	性別		調査日	年 月 日
	事前	事後	備考	
A D L	室内歩行			
	屋外歩行			
	外出頻度			
	排泄			
I A D L	食事			
	入浴			
	着脱衣			
	掃除			
	洗濯			
	買物			
	調理			
	整理			
	ごみ出し			
	通院			
	服薬			
	金銭管理			
電話				
社会参加				

事前はすべての項目に記載。

事後は短期目標の期間で改善させたい項目のみ記載。

自立度と改善可能性	自立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

例



基本チェック
リストの各項目に該当した
場合には詳細
に聞き取り、
備考欄に記載。
「事前」には
○1以外がつく。

事前はすべての
の項目に記載。

事後は短期目標の期間で改善させたい項目のみ記載。

生活機能評価表
後」と連動して
とが望ましい。

[illegible]

「本来行うべき支援が実施できない場合」について

有 ☐ 無							
留意点	【本来行うべき支援が実施できない場合】 適切な支援の実施に向けた方針				総合的な方針：生活不活		
					計画に関する同意		
	地域包括 支援センター				上記計画について、同 平成 年 月		

「課題に対する目標と

具体策の提案」



本人・家族より合意が

得られなかった場合に記入

【記入例】

例①「毎日の散歩については、体力の自信がまだないとの事ですので、できる家事を続けながら、体力の自信がついたところで、通所リハビリの提案をしていきたいと思っています。」

例②「知らない人の中に入っていく自信がないとの事ですので、地域のサロンや運動クラブ等への参加を促し、顔見知りの関係の中で運動ができる環境づくりを提案していきたいと思っています。」

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表

評価日 年 月 日

利用者名 様

計画作成者氏名

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
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
●評価を行う目標(ケアプランの短期目標)と一致	●ケアプランの目標設定期間と一致	●評価期間内に目標がどの程度達成できているか、具体的に記載	●目標を達成した場合は「達成」、未達成の場合は「未達成」と記載 ●入カソフトにより「達成」「一部達成」「未達成」等の選択肢があるが、基本的には「<u>プラン変更</u>」となり、次回達成可能な目標に変更	●なぜ、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性を含め利用者・家族の認識を確認し、原因を記載	●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、計画作成者としての評価を記載	●計画作成者としての意見をまとめる ●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
●今後の方針が決定したら、計画作成者が該当するものにレ点 ●サービスに変更がなくても、<u>基本的には</u>、新たな目標が設定されるため、「プラン変更」に印をつける ●「プラン継続」は稀なケース。例えば一時的な入院等があり、サービス利用できなかったが退院後、本人の状態や意向の変化がなく、改めて同じ目標、内容を実施する場合や、あと少し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 ●「プラン継続」に関しては、毎回継続にならないよう、適切な目標設定となるよう検討する事 ●計画作成者が、一部委託を受けている居宅介護支援事業所の場合、地域包括支援センターの意見を踏まえて判断 ●入カソフトにより「プラン中断」「無し」等の項目があるが、基本的に「プラン継続」「プラン変更」「プラン終了」の3つの項目のみのレ点で可						
⑧ 総合的な方針 ●目標に限らず、利用者の生活全体に対する、今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から記載 ●「介護予防サービス・支援計画表」右下の総合的な方針と同じではなく、ここでは計画作成者による支援の方向性を記載			⑨ 地域包括支援センター意見 ●居宅介護支援事業所へ一部委託した場合に、計画作成者に対し、地域包括支援センターの担当職員が特記する事項がある場合は記載		⑩ ☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了	⑪ ☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防・生活支援サービス事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 終了

- 評価を行う目的は、ケアプランで設定された目標が達成されたか、支援が適切であったかどうかをチェックするとともに、必要に応じて今後のケアプランを見直すことにより、次の段階につなげていく事にあります。
- 評価表の作成時期としては、①介護予防プランに位置づけた「期間」が終了する前 ②利用者の状態が変化し、ケアプランの見直しが必要となった時、等です。サービスを今後も継続していくのか、サービスの提供に効果があったのかわかり見直しを行い、次の支援の方針を立てるために必要ですので、たとえ短い期間であっても評価が必要です。
- 今後の支援の方針等に対して責任をもって最終的に決定するのは地域包括支援センター(介護予防支援事業所)です。居宅介護支援事業所が一部委託を受けた場合には、地域包括支援センターと利用者の状況や事業所からの報告を元に話し合いを行い、方針の統一をはかります。