船橋市介護予防ケアマネジメント業務関連書式 記載ポイント集

1. 基本チェックリストの考え方
2. 船橋市版アセスメントシートの記載ポイント
3. 介護予防サービス・支援計画書(A3版)【記載ポイント】
4. 介護予防サービス・支援計画書(A4版・No.1～No.3)【記載ポイント】
5. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録【記載ポイント】
6. 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【記載ポイント】

船橋市 地域包括ケア推進課
令和6年4月

1. 基本チェックリストの考え方

【共通事項】

- 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。
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。
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。
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	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は「いいえ」となります。
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	口の渴きが気になりますか	口の中の渴きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。

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。
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	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	

2. 船橋市版アセスメントシートの記載ポイント

領域	該当項目	記載ポイント
I 運動・移動	全体	・①以外に該当する場合は、いつからその状況なのかを、具体的に聞き取る。
	1	・脳梗塞後遺症等による麻痺等の有無についての状況。感覚障害は含まない。 ・⑥その他は、握力低下や四肢の極端な筋力低下により日常生活に支障を来している場合や、四肢に欠損がある場合に選択する。
	2	・起き上がりは、普段臥床している場所(布団・ベッド等)からの起き上がりの状況。
	3	・5m続けて歩けるかどうか。自宅や屋外の歩行状況。杖や歩行器等の使用状況は「特記・課題等」欄に記載する。
	4	・椅子からの立ち上がりについての状況。
	5	・1秒間程度、片足を上げたままの立位が保持できるかどうか。
	6	・行きたい場所に自ら移動できるかどうか。 ・②誰かと一緒に行く、③行けないに該当する場合は、状況を「特記・課題等」欄に記載する。
II 日常生活(家庭生活)	全体	・家事(調理・買い物・掃除・洗濯・ゴミ出し等)や、経済的管理等を日常的に行っているか聞き取る。
	7	・経管栄養や治療目的で分食を行っている等の場合は④その他を選択し、状況を「特記・課題等」欄に記載する。
	8	・献立を考えて調理をする一連の行為についての状況。
	9	・買い物の方法は問わず、日常に必要な物品を自分で選んで買うことについての状況。 ・通信販売やインターネット等を利用している場合は、状況を「特記・課題等」欄に記載する。
	10~12	・掃除、洗濯、ゴミ出しをする一連の行為についての状況。
	13	・預貯金の出し入れを行っているか、収支を把握しているか等についての状況。
	14	・日常生活の協力者の有無の状況。
	8~13	・①している以外を選択した場合は、いつからその状況なのかや理由等を「特記・課題等」欄に記載する。 ・③一部しているを選択した場合は、その具体的内容やその理由等を「特記・課題等」欄に記載する。
III 社会参加・対人関係	全体	・状況に見合った適切な方法で人々と交流しているか、家庭・近隣の人との人間関係が保たれているかを聞き取る。 ・仕事やボランティア活動、町内会等への参加状況、家庭内や近隣における役割の有無等の内容や状況について聞き
	15	・日中、誰と過ごすことが多いか。
	16	・病院、買い物以外の外出の頻度。(例:図書館に行く、地域の集まりに参加する等)
	17	・親戚や友人等と、会話や手紙等により交流することについての状況。
	16・17	・頻度が年1~2回の場合は、②を選択する。
	18	・急に涙もろくなったり、怒りっぽくなったりすること等があれば、②感情が不安定になることがあるを選択する。
	19	・日常生活における会話に支障がなく、普通に聞き取れるかどうかの状況。補聴器等の使用状況は「特記・課題等」欄に記載する。
	20	・新聞や本等の文字が見え、日常生活に支障がない程度の視力を有しているかどうかの状況。 ・メガネ等の使用状況や視野狭窄・視野欠損等がある場合は、「特記・課題等」欄に記載する。
19・20	・聴力・視力の状況は、「社会参加、対人関係・コミュニケーション」の領域だけでなく、「運動・移動」や「日常生活(家庭生活)」、「認知機能」の領域にも関連があるため、他の領域に影響がある場合は、「特記・課題等」欄に記載する。	
IV 健康管理	全体	・健康管理の観点から定期受診、服薬管理、清潔・整容の保持等を行っているか聞き取る。
	21	・医師から運動に関しての制限や、その他生活上の注意等を受けているか。
	22	・定期受診や健診の受診状況。
	23	・面接時の体調について、本人がどのように感じているか。③よくない場合は、具体的によくない状況を聞き取り、その内容を「特記・課題等」欄に記載する。
	24	・睡眠についての状況。
	25	・処方薬の有無を確認し、処方薬がある場合は内服状況を確認する。 内服に関して工夫していること等があれば、「特記・課題等」欄に記載する。(例:薬カレンダーを活用している等)
	26	・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。
	27・28	・口腔機能の状況。歯(義歯を含む)の手入れについての状況。
	※飲酒や喫煙、食事制限の有無や運動習慣等の状況については、「特記・課題等」欄に記載する。	
V 認知機能	全体	・認知機能の状況を聞き取る。
	29	・直接聞き取りが出来なくても、面接時の状況を勘案して判断する。
	30	・②ときどきある、③あるを選択した場合は、頻度や物忘れの内容等の状況を「特記・課題等」欄に記載する。
	31	・身なりを気にしなくなった、今まできれい好きだった人が掃除や片づけをしなくなった等の状況。 ※対象者の認知機能の状況を把握することによって、認知症予防・早期発見・治療につなげる。
特記・課題等	項目に対する回答だけでは把握できない、個別性の高い情報を記載する。(環境要因など)	

3. 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)【記載ポイント】

No. 居宅介護支援事業所又はケアマネジャー管理用としてNo.を使用する。

予防給付・ケアマネジメントA・ケアマネジメントB・ケアマネジメントC

いずれかに○をつける。
※現時点では、予防給付又はケアマネジメントAのいずれか

※ケアマネジメントBまたはCの記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能。

暫定プランは「申請中」に○を付け、認定有効期間は記入しない。
システムによって認定有効期間が表示されてしまう場合は二重線で消す。

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 事業対象者

計画作成者氏名: 計画作成日は、同意日以前となる。

事業対象者は基本チェックリスト実施日を記載する。

要支援認定者のみ記載する。

【委託の場合】計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

該当する区分に○をつける。
「初回」:初回加算対象の方 「紹介」:地域包括支援センターエリアが変わらず事業所の移管又はケアマネジャーの変更
「継続」:上記以外のプラン ※地域包括支援センターエリアが変更時は「初回」になるため要注意

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 大きな目標にたどり着くための段階的な目標を設定する。利用者が達成感を得られるような具体的なイメージももてる内容にする。
例)毎朝玄関まで新聞を取りに行く。

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で達成可能な目標を設定する。どのような生活を送りたいか意欲を引き出せる内容にする。例)近所の商店街まで一人で買い物に行くことができるようになる。

予防給付サービスまたは指定事業者による総合事業のサービスに該当するものについて○をつける。

アセスメント領域と現在の状況	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(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)	サービス種別	※	事業所	期間
運動・移動について 【項目例】 自ら行きたい場所へ移動できるか(歩行、昇降、交通機関の活用、乗り物の操作など)。 【参考項目】 基本チェックリスト:1、6~10、16、17 (事業対象者)アセスメントシート:Ⅰ、Ⅲ-16 例)転倒後は一人で外出することなく、家族に車で連れて行ってもらう。	・本人と家族が、現状をどのように認識しているのか、今後どのようにしていきたいか、本人達の言葉のまま記載する。 ・本人と家族の意向が異なる場合は、本人・家族それぞれの意向を分けて記載する。 ・否定的・消極的な意向であった場合は、その意向に対してプランを立てるのではなく、消極的・否定的な理由を明らかにして記載する。	☐有 ☐無 ・本人が意識できるように、課題を領域ごとに記載する。 ・できないことが強調されすぎて、本人の自信が失われないように配慮する。 ・難しい表現や「ADL」等の専門用語は使用しない。 ・各アセスメント領域ごとに課題の有無を判断し、「☐有 ☐無」のいずれかにチェックする。 ・課題が「無」であれば空欄でもよいが、本人に続けてほしいこと等、さらに良くする方策を記載してもよい。	・4領域から見つかった課題の中から、優先度の高い順に課題を挙げる。ただし、本人の意欲が低い場合は、達成可能な順でもよい。 ・複数の課題があっても、課題の原因や背景が同一の場合、統合して記載した方がよい(より利用者の全体像をとらえた課題となるため)。	【目標】 総合的課題をもとに、計画作成者の捉えた目標を記載する。目標は、実現でき評価可能で具体的なものを考える。 【具体策】 介護保険サービスだけでなく、インフォーマルサービスも記載し、具体策も記載し、本人や家族が実際に取り組めるように具体的に記載する。	・提案した具体策それぞれについて、本人や家族の意向を記載する。 ・提案への合意が得られなかった場合は、その理由や根拠等について、本人や家族の考えを記載する。	・計画作成者が提案した「課題に対する目標」と「本人・家族の意欲・意向」をすりあわせ、合意した目標を記載する。 ・客観的に達成状況が判断できるように具体的な目標を記載する。	家族を含む支援者共通の安全管理上のポイントを記載する。	本人が取り組むこと(セルフケア)や、家族が支援すること、友人や地域のボランティアの協力など、誰が何をするのか具体的に分けて記載する。	・各サービス事業者、提供機関が行う具体的な支援内容を記載する。 【記載例】 〈訪問型サービス〉 ・日頃の様子や体調確認 ・家事負担の軽減:台所、居間、寝室、浴室の掃除など 〈通所型サービス〉 ・下肢筋力向上のためのリハビリテーション ・趣味の手芸を利用者に教えるプログラムなど	・サービス種別を具体的に記載する。 ・加算についても記載する。 ※事業所の体制に係る加算は記載不要。	事業所名または機関名を記載する。	・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。 ・最長12ヶ月以内とする。ただし、認定有効期間を越えないこと。 例)令和0年4月1日~令和0年3月31日	
日常生活(家庭生活)について 【項目例】 買い物、調理、掃除、洗濯、ゴミ捨て、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。 【参考項目】 基本チェックリスト:2、3 (事業対象者)アセスメントシート:Ⅱ 例)現在は家事全般を家族に行ってもらっている。昼食は家族が作ったものを温めて食べている。													
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 【項目例】 適切な方法で交流しているか。家族、近隣の人との関係。仕事や地域活動への参加状況や、家族内・近隣における役割など。 【参考項目】 基本チェックリスト:4、5、16、17 (事業対象者)アセスメントシート:Ⅲ 例)電話では友人とやりとりしている。商店街の顔なじみの人たちと交流がなくなった。													
健康管理について 【項目例】 清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているか。健康管理の観点から必要と思われる事項、特に食事、水分、排泄の状況。 【参考項目】 基本チェックリスト:11~15 (事業対象者)アセスメントシート:Ⅳ 例)家族の付き添いで整形外科に月2回受診。入浴は家族のいる時間に自分で行える。		◎住宅改修について 住宅改修を追加で行うことになった場合、支援経過に経緯を記載する。 ◎軽微な変更について 本人の状態像の変化がないこと、目的やサービス内容を含め目標にも変更がないことを確認し、下記を参考にすること。 (変更例) ①サービス提供の曜日変更、②サービス提供の回数変更(週1回程度)、③利用者の住所変更(住居表示変更のみ)、④事業所の名称変更、⑤目標期間の延長、⑥福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみ異なる場合、⑦目標もサービスも変わらない単なる事業所の変更、⑧目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合(支援内容追加など)、⑨担当ケアマネジャーの変更(同事業所内の場合)											

※介護予防給付サービスまたは指定事業者による総合事業のサービスに該当するものについては○印をつける。

健康状態について
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

医師の意見、診断名、ケアマネジャーの見立ても含め、留意すべき事項を記載する。
・特定健診、定期健診や人間ドックの結果等についても記載していく。
・軽度者に対する例外給付制度利用時は、医師から聞き取った「該当する状態像」を記載する。特殊寝台は介護保険課の押印が必要。押印後、地域包括支援センターへ提出。

基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書き下さい。

	日常生活 関連動作	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または 総合事業	/5	/5	/2	/3	/2 No.16に該当有・無	No.16への該当の有無に○をつける。	
	/20						

【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

・利用者や家族の同意が取れない場合は、本来の支援をできるだけ働きかける具体的な手順や方法を書くなど、本来行うべき支援の実現に向けた方向性を記載する。
・本来必要な社会資源が地域にない場合は、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

【意見】

同意日は、計画作成日以降となる。

【確認印】

総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント

本人・家族を含むチームが目指す共通の方向性や、共有すべき留意事項を記載する。

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします

真正性を確保する観点から自署を原則とする。
押印は不要。

年 月 日 氏名

4. 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)【記載ポイント】

いずれかに○をつける。

※現時点では、予防給付又はケアマネジメントAのいずれか

予防給付 ・ ケアマネジメントA ・ ケアマネジメントB ・ ケアマネジメントC

暫定プランは「申請中」に○を付け、認定有効期間は記入しない。
システムによって認定有効期間が表示されてしまう場合は二重線で消す。

居宅介護支援事業所又はケアマネジャー管理用としてNo.を使用する。

※ケアマネジメントBまたはCの記録表として使用する際は、網掛け部分の

No.	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	事業対象者
利用者名	認定年月日: 年 月 日		認定の有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日	
計画作成者氏名	担当地域包括支援センター	事業対象者は基本チェックリスト実施日を記載する。	要支援認定者のみ記載する。	

該当する区分に○をつける。「初回」:初回加算対象の方、「紹介」:地域包括支援センターエリアが変わらず事業所の移管又はケアマネジャーの変更、「継続」:上記以外のプラン
※地域包括支援センターエリアが変更時は「初回」になるため
要注意

【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)

計画作成日は、同意日以前となる。

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を設定する。利用者が達成感を得られるような具体的なイメージがもてる内容にする。 例)毎朝玄関まで新聞を取りに行く。
1日	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で達成可能な目標を設定する。どのような生活を送りたいか意欲を引き出せる内容にする。 例)近所の商店街まで一人で買い物に行くことができるようになる。

総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント

本人・家族を含むチームが目指す共通の方向性や、共有すべき留意事項を記載する。

計画に関する同意

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画について、同意いたします。

同意日は、計画作成日以降となる。

真正性を確保する観点から自署を原則とする。
押印は不要。

年 月 日 氏名

利用者名

4. 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)【記載ポイント】

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)
運動・移動について 【項目例】 自ら行きたい場所へ移動できるか(歩行、昇降、交通機関の活用、乗り物の操作など)。 【参考項目】 基本チェックリスト:1、6~10、16、17 (事業対象者)アセスメントシート:Ⅰ、Ⅲ-16 例)転倒後は一人で外出することはなく、家族に車で連れて行ってもらっている。	・「自分でできること」「できないこと」「支援してもらっていること」等の現状を簡潔に記載する。 ・複数の領域で重複する内容は、一領域に記載すればよい。	☐ 有 ☐ 無 ・本人が意識できるように、課題を領域ごとに記載する。 ・できないことが強調されすぎて、本人の自信が失われないように配慮する。 ・難しい表現や「ADL」等の専門用語は使用しない。 ・各アセスメント領域ごとに課題の有無を判断し、「 ☐ 有 ☐ 無」のいずれかにチェックする。 ・課題が「無」であれば空欄でもよいが、本人に続けてほしいこと等、さらに良くする方を記載してもよい。	・4領域から見つかった課題の中から、優先度の高い順に課題を挙げる。ただし、本人の意欲が低い場合は、達成可能な順でもよい。 ・複数の課題があっても、課題の原因や背景が同一の場合、統合して記載した方がよい(より利用者の全体像をとらえた課題となるため)。	【目標】 総合的課題をもとに、計画作成者の捉えた目標を記載する。目標は、実現でき評価可能で具体的なものを考える。 【具体策】 介護保険サービスだけでなく、インフォーマルサービスも記載し、具体策を考える。本人や家族が実際に取り組めるように具体的に記載する。	・提案した具体策それぞれについて、本人や家族の意向を記載する。 ・提案への合意が得られなかった場合は、その理由や根拠等について、本人や家族の考えを記載する。
日常生活(家庭生活)について 【項目例】 買い物、調理、掃除、洗濯、ゴミ捨て、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。 【参考項目】 基本チェックリスト:2、3 (事業対象者)アセスメントシート:Ⅱ 例)現在は家事全般を家族に行ってもらっている。昼食は家族が作ったものを温めて食べている。	・本人と家族が、現状をどのように認識しているのか、今後どのようにしていきたいか、本人達の言葉のまま記載する。 ・本人と家族の意向が異なる場合は、本人・家族それぞれの意向を分けて記載する。 ・否定的・消極的な意向であった場合は、その意向に対してプランを立てるのではなく、消極的・否定的な理由を明らかにして記載する。	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 【項目例】 適切な方法で交流しているか。家族、近隣の人の関係。仕事や地域活動への参加状況や、家族内・近隣における役割など。 【参考項目】 基本チェックリスト:4、5、16、17 (事業対象者)アセスメントシート:Ⅲ 例)電話では友人とやりとりしている。商店街の顔なじみの人たちと交流がなくなった。	・本人と家族が、現状をどのように認識しているのか、今後どのようにしていきたいか、本人達の言葉のまま記載する。 ・本人と家族の意向が異なる場合は、本人・家族それぞれの意向を分けて記載する。 ・否定的・消極的な意向であった場合は、その意向に対してプランを立てるのではなく、消極的・否定的な理由を明らかにして記載する。	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
健康管理について 【項目例】 清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているか。健康管理の観点から必要と思われる事項、特に食事、水分、排泄の状況。 【参考項目】 基本チェックリスト:11~15 (事業対象者)アセスメントシート:Ⅳ 例)家族の付き添いで整形外科に月2回受診。入浴は家族のいる時間に自分で行える。	・本人と家族が、現状をどのように認識しているのか、今後どのようにしていきたいか、本人達の言葉のまま記載する。 ・本人と家族の意向が異なる場合は、本人・家族それぞれの意向を分けて記載する。 ・否定的・消極的な意向であった場合は、その意向に対してプランを立てるのではなく、消極的・否定的な理由を明らかにして記載する。	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無

基本チェックリストの (該当した質問項目数) / (質問項目数) をお書き下さい。

	日常生活 関連動作	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付 または 総合事業	/5	/5	/2	/3	/2 No.16に該当 有・無	/3	/5
/20							

No.16への該当の有無に○をつける。

健康状態について

主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

医師の意見、診断名、ケアマネジャーの見立ても含め、留意すべき事項を記載する。 ・特定健診、定期健診や人間ドックの結果等についても記載していく。 ・軽度者に対する例外給付制度利用時は、医師から聞き取った「該当する状態態」を記載する。 特殊寝台は介護保険課の押印が必要。押印後、地域包括支援センターへ提出。

利用者名

4. 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)【記載ポイント】

予防給付サービスまたは指定事業者による総合事業のサービスに該当するものについて○をつける。

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(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)	サービス種別	※	事業所	期間
・計画作成者が提案した「課題に対する目標」と「本人・家族の意欲・意向」をすりあわせ、合意した目標を記載する。 ・客観的に達成状況が判断できるように具体的な目標を記載する。	家族を含む支援者共通の安全管理上のポイントを記載する。	本人が取り組むこと(セルフケア)や、家族が支援すること、友人や地域のボランティアの協力など、誰が何をするのか具体的に分けて記載する。	・各サービス事業者、提供機関が行う具体的な支援内容を記載する。 【記載例】 <訪問型サービス> ・日頃の様子や体調確認 ・家事負担の軽減:台所、居間、寝室、浴室の掃除など <通所型サービス> ・下肢筋力向上のためのリハビリテーション ・趣味の手芸を利用者に教えるプログラムなど	・サービス種別を具体的に記載する。 ・加算についても記載する。 ※事業所の体制に係る加算は記載不要。		事業所名または機関名を記載する。	
◎住宅改修について 住宅改修を追加で行うことになった場合、支援経過に経緯を記載する。		◎軽微な変更について 本人の状態像の変化がないこと、目的やサービス内容を含め目標にも変更がないことを確認し、下記を参考にする。 (変更例) ①サービス提供の曜日変更、 ②サービス提供の回数変更(週1回程度) ③利用者の住所変更(住居表示変更のみ) ④事業所の名称変更 ⑤目標期間の延長 ⑥福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみ異なる場合 ⑦目標もサービスも変わらない単なる事業所の変更 ⑧目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合(支援内容追加など) ⑨担当ケアマネジャーの変更(同事業所内の場合)		・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。 ・最長12ヶ月以内とする。ただし、認定有効期間を越えないこと。 例)令和〇年4月1日～令和〇年3月31日			
【サービス種別記載例】 <介護保険サービス> ○介護予防訪問型サービス ・介護予防訪問型サービスⅠ・Ⅱ・Ⅲ ・生活機能連携向上加算 ○介護予防通所型サービス、介護予防通所リハビリテーション ・口腔機能向上加算 ・栄養改善加算 ・生活機能向上グループ活動加算 ○介護予防福祉用具貸与+算定項目(車椅子、特殊寝台等) <インフォーマルサービス> ○配食サービス ○ボランティア							

※介護予防給付サービスまたは指定事業者による総合事業のサービスに該当するものについては○印をつける。

【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

- ・利用者や家族の同意が取れない場合は、本来の支援をできるよう働きかける具体的な手順や方法を書くなど、本来行うべき支援の実現に向けた方向性を記載する。
- ・本来必要な社会資源が地域にない場合は、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。

6. 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【記載ポイント】

評価日 年 月 日

利用者氏名 様

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
「介護予防サービス・支援計画」の目標と一致させる。	「介護予防サービス・支援計画」の「期間」欄から期間を転記・一致させる。 (記載例) 令和〇年4月1日～令和〇年3月31日	・評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体策を記載する。 ※「達成」でも「未達成」でも記載する。	・それぞれの目標に対し「達成」か「未達成」の何れかを記載する。	・左記で「未達成」の時は必ず記載する。 ・なぜ目標が達成されなかったのか、目標設定の妥当性も含め、本人、家族の思いや認識を確認し、原因を記載する。 ※ここには計画作成者の意見は記載しない。	・左記で「未達成」の時は必ず記載する。 ・本人、家族の意見を含め、計画作成者として、なぜ目標が達成されなかったのか評価を記載する。	・評価達成状況や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各目標ごとに記載すると分かりやすい。

プラン継続に☑がつく状況は、次の場合が想定される。
 認定の有効期間内であり、
 ①利用者の状態は変わらず、目標が未達成だが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
 ②一時的な入院等でサービス利用が中断していたが、本人の状態や意向の変化がなく同じ目標や内容を実施する場合

介護予防・生活支援サービス事業とは、訪問型サービスや通所型サービス等の総合事業のサービスのことである。

総合的な方針	地域包括支援センター意見		
目標に限らず、利用者の生活全体に対する今後の総合的な支援の方向性について、専門的な観点から方針を記載する。	委託先の担当ケアマネジャーに対して、地域包括支援センターが特記する事項がある場合には記載する。	☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了	☐ 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

プラン変更に関がつく状況は、次の場合が想定される。
 ①プラン変更の場合(プラン満了月以外)
 ②プラン満了月において、サービスに変更がなくても、基本的に新たな作成日・目標が設定される場合