

# 文京区総合サービス事業 介護予防サービス・支援計画書 作成の手引き

2024.11.26 改訂

高齢者あんしん相談センター

文京区福祉部高齢福祉課

## 1. はじめに

本書は、介護保険法（以下「法」という。）における介護予防・日常生活支援総合事業のうち、文京区における介護予防・生活支援サービス（以下、「総合サービス事業」という。）において行われる第一号介護予防支援（法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号ニ）に基づく介護予防ケアマネジメントの作成方法を取りまとめた。

なお、保険給付において行われる指定介護予防支援（法第 8 条の 2 第 16 項）による介護予防サービス計画の書式も、当該書式に取りまとめたので、今後は介護予防サービス計画も当該書式で作成されたい。

当該書式は、介護予防の理念・概念に基づいて構成されているため、介護予防に取り組む本人や支援者が、その向かうべき方向が共有できるようになっているが、詳細について十分に理解することにより、よりその効果が期待できるため、当該書式の使用方法について解説したので、効果的な介護予防に役立ててほしい。

## 2. 当該書式の使用場面

- ・ケアマネジメント A：
  - ・総合サービス事業の介護予防ケアマネジメント
  - ・予防給付で行う、介護予防サービス計画
- ・ケアマネジメント B：
  - ・総合サービス事業の短期集中予防サービスで使用するケアマネジメント（通所型・訪問型）
- ・ケアマネジメント C：
  - ・通所 B、訪問 B の住民主体型サービス、一般介護予防事業で行うケアマネジメント（初回のみ実施、介護予防サービス支援計画書は作成不要）
  - ・予防給付のうち、介護予防支援費の支給対象外サービスのケアマネジメント（居宅療養管理指導など）

	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
使用時	予防給付 総合サービス事業	短期集中予防サービス	住民主体型サービス 予防給付の支給対象外 サービス
アセスメント	○	○	○
原案作成	○	—	—
サービス担当者会議	○	—	—
プランの確定・交付	○	○	—（簡便な情報提供）
二次アセスメントと サービス提供計画作成	○	○	—
モニタリング	○※	○	—（状況変化時に情報 収集）
評価	○	○	—

※モニタリングは毎月実施、ただし、少なくとも 3 月に 1 回は自宅へ訪問し面談すること。

### 3. 様式と使用方法

当該書式は、介護予防サービス・支援計画書の①～④の4枚で構成され、次の内容になっている。

- ・介護予防サービス・支援計画書①  
基本情報と基本チェックリストからなり、事業対象者か否かの判断を行う。
- ・介護予防サービス・支援計画書②  
いわゆる“アセスメント”の部分である。
- ・介護予防サービス・支援計画書③  
計画書の主要部分に該当し、長期・短期目標やサービス導入の主眼等を記載する
- ・介護予防サービス・支援計画書④  
サービスの種別や評価を記載する

以下、順に説明する。

#### (1) 介護予防サービス・支援計画書①

介護予防サービス・支援計画書①

利用者名 \_\_\_\_\_ 種 \_\_\_\_\_

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

計画作成(変更)日 \_\_\_\_\_

所在地(包括支援センター) \_\_\_\_\_

アセスメント領域と現状の状況	***** ****	支援を必要とする領域	事業の意向・実施	***** ****
認知症予防の観点から対応していますか	いい	運動機能低下		
認知症予防の観点から対応していますか	いい	運動機能低下		
15分単位で行っていますか	いい	運動機能低下		
この1年間に1人以上はありますか	いい	運動機能低下		
転倒に起因する不安は大きいですか	いい	運動機能低下		
バスや車などで1人で外出していますか	いい	生活機能低下		
週に1回以上は外出していますか	いい	閉じこもり予防		
昨年と比べて外出の回数が減っていますか	いい	閉じこもり予防		
自由記載欄				
日照料の支払い滞りしていますか	いい	生活機能低下		
預貯金の出し入れ滞りしていますか	いい	生活機能低下		
周りの人からいじめられるような状況があると思われるか	いい	認知症予防		
自分で服薬管理をすべて、薬類をかけることを行っていますか	いい	認知症予防		
薬日が何月何日かわからない時がありますか	いい	認知症予防		
自由記載欄				
友人の聲を聴いていますか	いい	閉じこもり予防		
家族や友人の相対にしていますか	いい	閉じこもり予防		
ここ1ヵ月(1週間)の生活に充実感がない	いい	うつ予防		
ここ1ヵ月(1週間)これまで楽しんでいたことが楽しめなくなった	いい	うつ予防		
ここ1ヵ月(1週間)以前は楽しんでいたことが今ではおっくうに感じられる	いい	うつ予防		
ここ1ヵ月(1週間)自分が役に立つ人間だと感じない	いい	うつ予防		
ここ1ヵ月(1週間)わけもなく疲れたような感じがする	いい	うつ予防		
自由記載欄				
健康状態				
半年前と比べて強いものが食べにくくなりましたか	いい	口腔ケア		
お茶や汁、箸で食べる場合がありますか	いい	口腔ケア		
口の潤いが足りなくなりますか	いい	口腔ケア		
6ヶ月間で2kg以上の体重減少がありましたか	いい	栄養改善		
体重: _____ kg 体高: _____ cm				
健康のために自分で取られていることは何ですか				
自由記載欄				

健康状態について  
(現病歴、既往症、主治医意見書、健診結果、観察結果を踏まえた留意点を記載)

- ・認定情報等を記載する。  
※総合事業とあるが、ここでは総合サービス事業のこと
- ・頭書き部分  
利用者氏名、計画作成者名、作成日(変更日)、包括名を記載する
- ・基本チェックリスト  
(詳細は後述)
- ・健康状態について  
現病歴、既往症、主治医意見書、健診結果、観察結果を踏まえた留意点を記載する

・基本チェックリスト

(注) 支援計画書②に繋ぐため、実際の基本チェックリストと項目順を変えている。

【共通的事項】

- 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う。  
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う。
- 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う。
- 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う。

1) 運動と移動

質問項目	判断基準、考え方等
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る。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とし、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」となる。
椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がりますか	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る。時々、つかまっている程度であれば「はい」とする。
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る。屋内、屋外等の場所は問わない。
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る。
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する。
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る。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る。
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ヵ月の状態を平均する。
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」となる。

2) 家庭生活

質問項目	判断基準、考え方等
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、必要な物品を間違いなく購入しているか）を尋ねている。頻度は、本人の判断に基づき回答する。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となる。
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る。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」とする。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」となる。

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」となる。
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る。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」となる。
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する。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となる。

### 3) 社会参加

質問項目	判断基準、考え方等
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る。電話による交流、家族や親戚の家への訪問は含まない。
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る。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とする。
(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もらう。
(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	
(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	
(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) わけもなく疲れたような感じがする	

### 4) 健康管理

質問項目	判断基準、考え方等
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る。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」となる。
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する。
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、本人の主観に基づき回答する。
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る。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となる。
身長、体重 身長、体重は、整数で記載。	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ない。

健康のために自分で努めていることは何ですか	本人より聞き取り、記載する。
-----------------------	----------------

(注) 本項目は、基本チェックリストの項目にあらず。アセスメント時に聞き取り記載する。

### ※事業対象者 判定基準

- ・運動機能 6～10のうち3項目以上に該当
- ・低栄養 11～12のうち2項目以上に該当
- ・口腔機能 13～15のうち2項目以上に該当
- ・虚弱 1～20のうち10項目以上に該当
- ・閉じこもり 16に該当（17にも該当する場合は要注意）
- ・認知症 18～20のうちいずれか1つに該当
- ・うつ予防 21～25のうち2項目以上に該当

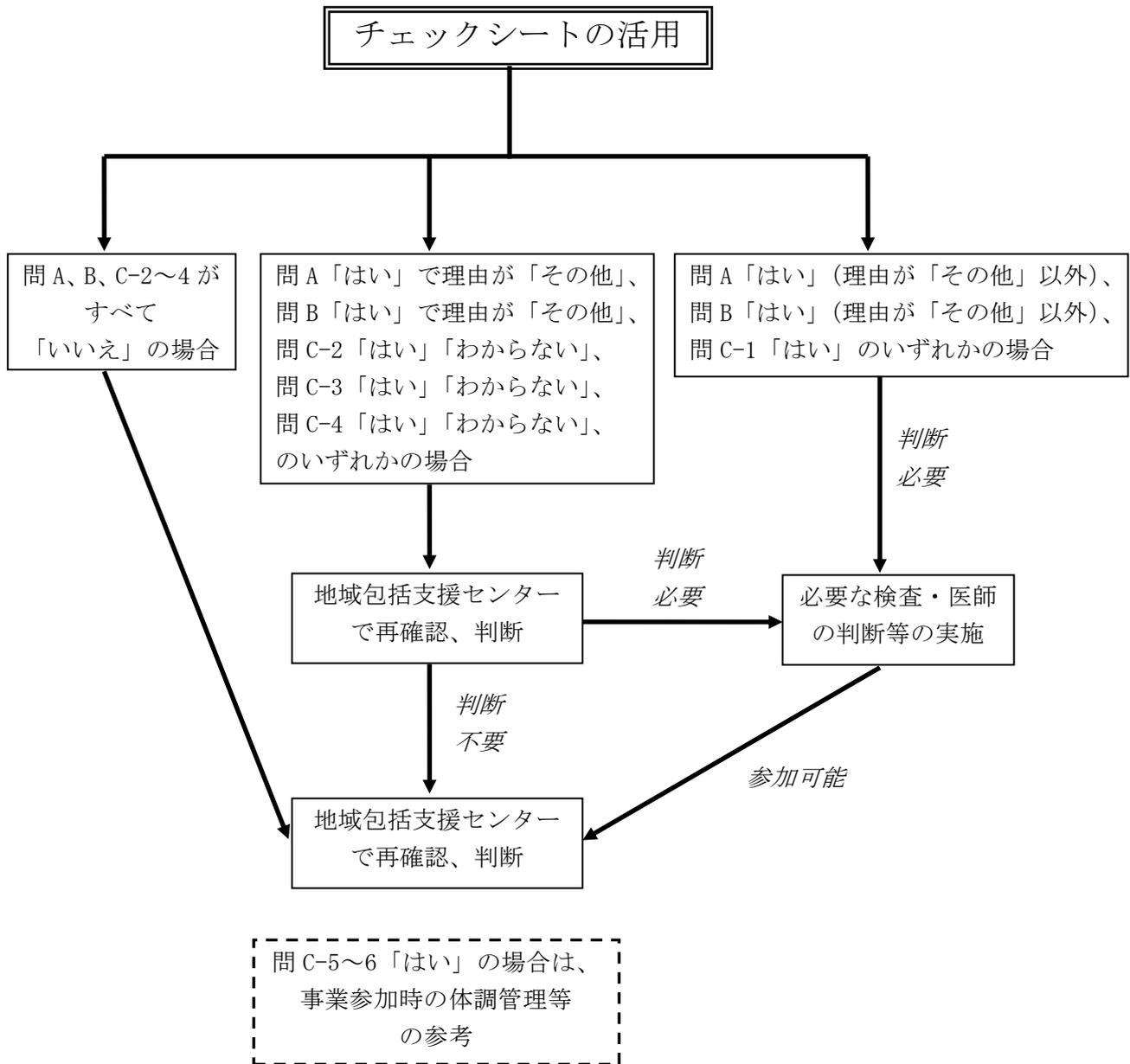
日常生活動作	1	バスや電車で1人で外出していますか		10項目以上
	2	日用品の買い物をしていますか		
	3	預貯金の出し入れをしていますか		
	4	友人の家を訪ねていますか		
	5	家族や友人の相談にのっていますか		
運動機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	3項目以上	
	7	椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっていますか		
	8	15分位続けて歩いていますか		
	9	この1年間に転んだことがありますか		
	10	転倒に対する不安は大きいですか		
低栄養	11	6ヵ月で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	2項目以上	
	12	身長、体重（身長、体重は、整数で記載）		
口腔機能	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	2項目以上	
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか		
	15	口の渇きが気になりますか		
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	16に該当	
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか（該当する場合は要注意）		
認知症	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	いずれか1つ	
	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		
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか		
うつ	21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	2項目以上	
	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		

※短期集中予防サービスのみ利用の場合は、要支援認定を必須としないが、「プログラム参加に係るチェックシート」を行い、医師の判断を求めるか否かを判断すること。

その流れについては、「プログラム参加に係るチェックシートを活用した医師の判断を求める対象者把握の流れ」を参照のこと。



プログラム参加に係るチェックシートを活用した医師の判断を求める対象者把握の流れ



(2) 介護予防サービス・支援計画書②

介護予防サービス・支援計画書②

領域における課題(背景・原因)		総合的課題	
<b>運動機能低下</b> <input type="checkbox"/> 該当			
どうして転倒しやすい状況なのですか			
筋力や体力が落ちた	はい	普段の生活に自分に合った運動を取り入れたい	運動と移動
日頃運動していない	はい	定期的に運動をしたい、続けたい	運動と移動
段差など転びやすい場所がある	はい	転倒しない生活環境が作りたい	運動と移動
自由記載欄			
<b>閉じこもり予防</b> <input type="checkbox"/> 該当			
どうして閉じこもりやすい生活になったのでしょうか			
筋力や体力が落ちた	はい	普段の生活に自分に合った運動を取り入れたい	運動と移動
悪気や気になる症状があるため外出を控えてしまっている	はい	悪気や症状を軽減したい	健康管理
行くところが少ない	はい	定期的に通える場所を作りたい	社会参加
外出したいと思わない	はい	外出の困難を減らしたい	社会参加
自由記載欄			
<b>生活機能低下</b> <input type="checkbox"/> 該当			
どうして生活機能低下が起こりやすい生活なのですか			
日中は寝たまま過ごしている	はい	普段の生活に自分に合った運動を取り入れたい	運動と移動
家事が難しい、できなくなっている	はい	必要な支援を受けながら家事に取り組みたい	健康管理
生活リズムが崩れている	はい	起床や寝る時間を決め、規則正しい生活を送りたい	健康生活
悪気や気になる症状がある	はい	悪気や症状を軽減したい	健康管理
自由記載欄			
<b>口腔ケア</b> <input type="checkbox"/> 該当			
どうして食べたり飲んだりしにくいのでしょうか			
虫歯・歯周病がある	はい	歯科受診をしたい	健康管理
食べられない入れ歯がある	はい	歯科受診、口腔ケアに取り組みたい	健康管理
むせや食べこぼしがある	はい	口のストレッチに取り組む、楽しく、おいしく食べたい	健康管理
口が渇く、口臭がある	はい	口腔ケアに取り組みたい	健康管理
食べたり飲んだりする手助けをしていない	はい	口腔ケアに取り組みたい	健康管理
自由記載欄			
<b>うつ予防</b> <input type="checkbox"/> 該当			
どうして気持ちが落ち込むなどの症状があるのでしょうか			
悪気や気になる症状がある	はい	悪気や症状を軽減したい	健康管理
心配事などがある	はい	解決に向けて相談や支援を受けたい	健康管理
ほとんど寝たまま過ごすことがない	はい	交流の機会を増やしたい	社会参加
自分では解決の糸口がつかめない	はい	解決に向けて相談や支援を受けたい	健康管理
自由記載欄			
<b>栄養改善</b> <input type="checkbox"/> 該当			
どうして低栄養を起こしやすい生活なのですか			
悪気の影響がある	はい	自分に合った食事を知り、実践したい	健康管理
栄養バランスを調整していない、S食食べていない	はい	栄養バランスに配慮して食事したい	健康管理
食欲がない、味が飽きる	はい	季節の味や調理法など、楽しく食べる機会を増やしたい	社会参加
嚥下口の弱さがあるため	はい	適切な口腔ケアを受けておいしく食べたい	健康管理
食物や調理が難しい、できなくなって来た	はい	必要な支援を受けながら買い物や調理をしたい	健康生活
自由記載欄			
<b>健康意識・認知症予防</b> <input type="checkbox"/> 該当			
健康だと感じますか			
定期的に運動(健康診断を含む)をしていない	はい	定期受診をする	健康管理
健康意識ができていない	はい	指示通り服薬をする	健康管理
高い物置が動いていない	はい	健康正しい生活を送りたい	健康管理
誰かのことで悩んでいる	はい	健康コントロールをしたい	健康管理
音が聞き取れない、音が遠くなって不自由なことがある	はい	聴覚に生活する方法を知りたい	健康管理
物忘れが気になる	はい	認知症予防に取り組みたい	健康管理
自由記載欄			

いわゆる、アセスメントの部分である。

ここでは、介護予防サービス・支援計画書①で抽出された「支援を必要とする領域」の、運動機能低下、閉じこもり予防、生活機能低下、口腔内ケア、うつ予防、栄養改善、健康管理・認知症予防の7領域について、それぞれの領域ごとに背景・要因を分析し、総合的課題を抽出する。

なお、各領域における項目は、文献検索によって要素・要因を抽出、カテゴライズして、リスク発生頻度について、概ね60～70%をカバーするように設定した。その後、そのカテゴリーを聞き取るにふさわしい項目名を作成した。

各領域における項目の設定理由と考え方については次の通り。

1) 運動機能低下

介護予防サービス・支援計画書①基本チェックリストに該当するとレ点が入ります。

プルダウンリスト  
“はい”を選択すると自動的に右欄と支援カテゴリが表示されます。

領域における課題(背景・原因)		総合的課題	
<b>運動機能低下</b>		<input checked="" type="checkbox"/> 該当	<b>支援カテゴリ</b>
どうして転倒しやすい状況なのですか			
考えられる背景・要因	筋力や体力が落ちた	はい	普段の生活に自分に合った運動を取り入れたい
	日頃運動していない	はい	定期的に運動をしたい、続けたい
	段差など転びやすい場所がある	はい	転倒しない生活環境が作りたい
	自由記載欄		

- その他、考えられる背景・要因と課題があれば入力して下さい。
- ここには、意向や目標、支援計画等は入力しないで下さい。

運動機能低下による介護予防上の最大のリスクを「転倒」と仮定し、その状況を惹起する要因について、次のように分類した

	表記	要因・素因	概要・解説
①	筋力や体力が落ちた	身体機能的要因	筋力低下、関節可動域の低下、バランス能力の低下などに着目する
②	日頃運動していない	脳機能的要因	特に複数のタスクを同時に処理するといった脳機能の低下などに着目する
③	段差など転びやすい場所がある	環境的要因	段差や傾斜、あるいは床に物が乱雑に置かれている状況などに着目する

## 2) 閉じこもり予防

どうして閉じこもりやすい生活になったのでしょうか				
考えられる背景・要因	筋力や体力が落ちた	はい	普段の生活に自分に合った運動を取り入れたい	運動と移動
	病気や気になる症状があるため外出を控えてしまう	はい	病気や症状を軽快したい	健康管理
	行くところがないため	はい	定期的に通える場所を作りたい	社会参加
	外出したいと思わないため	はい	外出の回数を増やしたい	社会参加
	自由記載欄			

閉じこもりの要因を次のように分類した。

	表記	要因・素因	概要・解説
①	筋力や体力が落ちた	身体的要因	体力低下、疾患・障害（脳卒中・転倒・骨折など）
	病気や気になる症状があるため外出を控えてしまう		
②	行くところがないため	社会・環境要因	人的環境（家族の態度・接し方、友人仲間） 物理的環境（家屋構造、住環境、気候風土）
③	外出したいと思わないため	心理的要因	活動意欲の低下、障害受容・性格

## 3) 生活機能低下

どうして生活機能低下を起こしやすい生活なのでしょうか				
考えられる背景・要因	日中は家の中で座って過ごしている	はい	普段の生活に自分に合った運動を取り入れたい	運動と移動
	家事が難しい、できなくなっている(何が?)	はい	必要な支援を受けながら家事に取り組みたい	家庭生活
	生活リズムが乱れている	はい	起床や食事時間を決め、規則正しい生活をしたい	家庭生活
	病気や気になる症状がある	はい	病気や症状を軽快したい	健康管理
	自由記載欄			

生活機能低下によって表現される（以前と様相が変わるもの）を次のように分類した。

	表記	要因・素因	概要・解説
①	日中は家の中で座って過ごしている	心身機能	体・精神の働き
	病気や気になる症状がある		
②	家事が難しい、できなくなっている（何が？）	活動	ADL（日常生活行為）・外出・家事・職業に関する生活行為全般
③	生活リズムが乱れている	参加	家庭や社会での役割を果たすこと

なお、生活機能に関しては多岐にわたるため、次の点も留意し、自由記載欄を活用すること。

- ・健康状態（病気・怪我・ストレスなど）
- ・痛み（腰痛や関節痛）
- ・判断力の確認
- ・視力（新聞の字が普通に読めるか）
- ・聴力（普通の会話が可能か）
- ・転倒（この1年間での転倒経験の有無）
- ・失禁（不意に尿がもれることがあるか）
- ・物を噛むときの痛みの有無
- ・めまい・ふらつき
- ・環境因子（物的環境・人的環境・制度的環境）
- ・個人因子（年齢・性別・価値観など）

#### 4) 口腔ケア

どうして食べたり飲んだりしにくいのでしょうか				
考えられる背景・要因	虫歯・歯周疾患がある	はい	歯科受診をしたい	健康管理
	歯がない・入れ歯が合わない	はい	歯科受診、口腔ケアに取り組みたい	健康管理
	むせや食べこぼしがある	はい	口のストレッチに取り組み、楽しく、おいしく食べたい	健康管理
	口が渇く	はい	口腔ケアに取り組みたい	健康管理
	歯や入れ歯の手入れをしていない	はい	口腔ケアに取り組みたい	健康管理
	自由記載欄			

口腔ケアについて観点を持たなければならない状況を次の通り分類した。

	表記	要因・素因	概要・解説
①	虫歯・歯周疾患がある	咀嚼能力の低下	
	歯がない・入れ歯が合わない		
②	むせや食べこぼしがある	嚥下機能の低下	
	口が渇く		
③	歯や入れ歯の手入れをしていない	口腔衛生	

その他、下記状況が見られる場合は、他領域（うつ予防、栄養改善や健康管理・認知症予防）との関連を考慮し、自由記載欄を活用すること。

- ・粘膜の知覚や味覚の低下
- ・注意力や集中力の低下
- ・脳卒中や認知症による障害

## 5) うつ予防

どうして気持ちが落ち込むなどうつ症状があるのでしょうか				
考えられる背景・要因	病気や気になる症状がある	はい	病気や症状を軽快したい	健康管理
	心配事などがある	はい	解決に向けて相談や支援を受けたい	健康管理
	ほとんど誰とも話をすることがない	はい	交流の機会を持ちたい	社会参加
	自分では解決の糸口がつかめない	はい	解決に向けて相談や支援を受けたい	健康管理
	自由記載欄			

うつ予防に資する背景や要因の把握・分析を次のように分類した。なお、うつ病に関しては医療対応とし、ここではうつ予防に着目している。

	表記	要因・素因	概要・解説
①	病気や気になる症状がある	身体的要因	疲労、脳血管障害等、感染症、甲状腺機能障害、ホルモンバランス。服薬等
②	心配事などがある	個別要因	成育歴、気質、ストレス耐性
	自分では解決の糸口がつかめない		
③	ほとんど誰とも話をすることがない	環境要因	喪失体験（死別、経済的）、人間関係、家庭内不和、リロケーションダメージ

なお、チェックリストにあるうつ予防の項がほぼ該当する場合で、生活歴等や他の要因からうつ病ないし双極性障害が疑われる場合は、速やかに医療対応を検討すること。

## 6) 栄養改善

どうして低栄養を起こしやすい食生活なののでしょうか				
考えられる背景・要因	病気の影響のため	はい	自分に合った食事を知り、実践したい	健康管理
	栄養バランスを意識していない、3食食べていない	はい	栄養バランスに配慮して食事をした	健康管理
	食欲がない、食が細い	はい	食欲のでる生活環境（運動・共に食事する機会）を作りたい	社会参加
	歯や口の問題があるため	はい	適切な口腔ケアを受けておいしく食べたい	健康管理
	自由記載欄			

栄養改善について観点を持たなければならない状況を次の通り分類した。

	表記	要因・素因	概要・解説
①	食欲がない、食が細い 歯や口の問題があるため	たんぱく質不足 エネルギー不足	特に摂食行動について着目して、摂取総量の低下や栄養素の不足、その不足を惹起している原因・要因について考慮する。
②	買物や調理が難しい、できなくなってきた	買い物や調理（など準備）の負担	摂食行動に関する要素ではなく、その準備に関する手段や習慣、能力について着目する
③	病気の影響のため、栄養バランスを意識していない、3食食べていない、	食事量や栄養バランスに興味・関心が無い	摂食行動について着目するが、特にそのリテラシー、セルフケアについて着目する。

## 7) 健康管理・認知症予防

健康だと思いますか				
考えられる背景・要因	定期的に受診(健康診断を含む)をしていない	はい	定期受診する	健康管理
	服薬管理ができていない	はい	指示通り服薬する	健康管理
	良い睡眠が取れていない	はい	規則正しい生活をしたい	健康管理
	排泄のことで悩みがある	はい	排泄コントロールをしたい	健康管理
	目が見えにくい、耳が遠くなって不自由なことがある	はい	快適に生活する方法を知りたい	健康管理
	物忘れが気になる	はい	認知症予防に取り組みたい	健康管理
	自由記載欄			

健康管理と認知症予防についての要素を次の通り分類した。

	表記	要因・素因	概要・解説
①	定期的に受診(健康診断を含む)をしていない	セルフケア	定期的受診や適正な服薬の必要性を理解し実行している
	服薬管理ができていない		
②	良い睡眠が取れていない	適正な生活パターン	昼夜逆転や定時の食事、本人の通常排泄パターン
	排泄のことで悩みがある		
③	目が見えにくい、耳が遠くなって不自由なことがある	目や耳のケア	適正に管理されているか、メガネ、補聴器の適正利用等
④	物忘れが気になる	MC I の観点	早期からの認知症対策が履行されているか

なお、健康管理については、他領域との関連が強い項目であり、当該項目のチェックがなくとも、他領域から健康管理の重要性が否定し得ない場合は、自由記載欄を活用すること。

(3) 介護予防サービス・支援計画書③

総合的課題に対する本人の目標	
長期目標	介護予防サービス・支援計画書②で抽出された課題に対処することにより、想定された期間を経た時に見込まれる、あるべき姿や望ましい姿、こうなっていきたいという状態像を、本人とともに策定。
短期目標	長期目標を達成するプロセスでの中間到達点や、長期目標を達成するために、続けて、積み重ねていくことを、本人とともに策定。健康管理や生活機能の向上、生活行為の拡大、環境改善など、さまざまな目標が設定される場合もあり得る。
総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント	
プランを総括し、利用者や家族、プラン作成者、サービス担当者が、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。	

目標についての支援のポイント	支援内容	本人	家族	事業者	頻度	期間
<input type="checkbox"/> 運動と移動 <input type="checkbox"/> 家庭生活 <input type="checkbox"/> 社会参加	<input type="checkbox"/> 運動機能を維持・向上 <input type="checkbox"/> 行動範囲を広げる	<input type="checkbox"/> 筋力の維持・向上 <input type="checkbox"/> 定期的な外出				
	目標を実現するために必要となる要素を、運動と移動、家庭生活、社会参加、健康管理、その他の5領域に分け、それぞれについて必要な視点についてチェック。	目標に対する支援のポイントから、具体的な支援内容を導き出し、記載。用意された支援内容に合致する場合は、それにチェックを入れる。合致した支援内容がない場合は、自由記載欄を活用し、具体的な支援内容を記載。	・本人、家族欄 支援内容に対して、本人が取り組む場合は本人、家族が担当する場合は家族に○。 ・事業者欄 事業者が担当するものについては、数字(①②③④⑤⑥)を入力。これは、介護予防サービス・支援計画書④の「サービス種別」の番号に対比させて記入。 ・頻度、期間欄 頻度と期間を入力。			
<input type="checkbox"/> 健康管理	<input type="checkbox"/> 健康の保持増進	<input type="checkbox"/> 定期健診				
	<input type="checkbox"/> 栄養状態の改善	<input type="checkbox"/> 服薬管理				
	<input type="checkbox"/> 規則正しい生活リズム	<input type="checkbox"/> 口腔ケア				
	<input type="checkbox"/> 口腔ケアを正しく行う	<input type="checkbox"/> 食事の管理				
	<input type="checkbox"/> 認知症予防					

本来必要な支援ができないとき、その支援の実施に向けた方針
介護予防のプランと同様で、現在の社会資源や制度上、取り組むことが難しい場合や、本人の取り組みに関する理解や優先順位などで、本来必要な支援ができないとき、その支援の実施に向けた方針を記載。

## ・自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点

(厚生労働省 介護予防・日常生活支援事業ガイドラインより)

### 【概要】

自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントは、要支援者等が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、ケアマネジメントのプロセスを通じて本人の意欲に働きかけながら目標指向型の計画を作成し、地域での社会参加の機会を増やし、状態等に応じ、要支援者等自身が地域の支え手になることを目指すものである。

### 【課題分析】

課題分析の目的は、本人の望む生活(=「したい」)(生活の目標)と現状の生活(=「うまくできていない」)のギャップについて、課題分析項目に基づく情報の収集から「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題(目標)」を明らかにすることである。

## ・介護予防の観点

介護予防の観点としては、維持向上、行動変容、補完の3つが考えられる。

**維持向上**：今していること、今できていることを維持する取り組み。積極的、かつ継続的に取り組むことで、現状よりも活動性を向上させ、可能性を増大させること

例) 運動などにより筋力向上を図り、自力での買い物や外出ができる

バランス向上により、転倒リスクの減少が図られ、外出機会が増える

柔軟体操をしてからなら掃除ができるので、柔軟体操を取り入れた

**行動変容**：現在の能力や環境では、これまでの生活様式や活動範囲・レベルを維持継続することが難しい場合で、動作や方法の変更や工夫、価値観の変容により、望ましい生活を継続すること

例) 洗濯の際、腰が伸びなくなって、濡れた衣類を高いところに持ち上げることが難しいので、背丈よりも低い物干し台を導入した

掃除機が重くて、一人で掃除できなくなったので、※を導入した。

※軽いコードレス掃除機、ほうきとちり取り、化学モップなどの代替品  
かがめず雑巾がけが出来なくなったので、※を導入した

※モップ、化学雑巾のモップ、化学雑巾になっている部屋履き、等  
かがめず雑巾がけが出来なくなったので、※にした

※絨毯を敷いた、見なかったことにした

**補完**：現在の能力や環境では、行動変容によっても生活の維持が困難で、特に困難な部分の補完(置き換え・代替)によってでしか全体の完遂を見ないもの

例) 洗濯の際、濡れた衣類が重くて、安全に干す作業だけができないため代替する物をどけながら掃除機をかけるのが困難なので、物をどける作業は手伝ってもらう(物をどける作業は自分でして、掃除機掛けを手伝ってもらう)

買い物を選んで、支払いは自分でできるが、家まで運ぶのが困難

(商店等の配達サービスを使う、ヘルパーが同行して持ち運ぶ、等)

必要な買い物は選べるが、商店等まで行くことは困難

(買い物代行サービス、等)

介護予防は、本人ができること、続けていることに着目し、それらの能力の維持向上を図ることから取り組むこと。

無理をして続けていることの場合は、あきらめてしまうまで無理を続けるのではなく、その負担

軽減の方策として、本人の能力向上が可能か、その方策はあるのか、などをまずは検討し、それが難しい場合は、方法や環境の変容により、無理なく続けられる方法を検討すること。

なお、単純に無理を続けることは、近い将来の諦観を惹起しかねない場合や、他の自立した生活部分にも悪影響があると考えられる場合は、本人の向上心や自立心、自尊心等を維持向上させるために、自分の力で完遂した、していると感じられるような、ごく最低限度の補完を行うことも検討すること。

できなくなったこと、行ったことがないことに対する支援は、部分的補完によって、ご本人が「自分でできたことの喜び」などを感じられるような支援を行うなど、一連の作業をすべて自分で行うことが出来なくなったとしても、ごく部分的な支援によって、あきらめる必要がないことを実感いただくことが肝要と考えられる。

方法としては、最初から部分的・最低限度の補完を導入したとしても、諦観が強い場合は効果が見込めないので、「それならやってみよう」と思える程度のサポートを行い、本人の能力に応じてフェードアウトしていく手法が妥当と思われる。

以下、各項目について解説する。

## 1) 運動と移動

当該項目での観点は、

- ①運動機能を維持向上させること
- ②方法や行動様式の変更により結果を満足させること

の2点となる。

具体的には、

- ・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
- ・歩く、走る、昇降する、様々交通を用いることによる移動を行えているかどうか
- ・自宅や屋外の歩行状況
- ・交通機関を使つての移動状況
- ・運動習慣の有無
- ・転倒歴

などを確認し、分析する。

## 2) 家庭生活

- ①生活機能の維持向上を図ること
- ②工夫により、結果を得ること
- ③補完により、結果を得ること

の分類になるが、①から行い、②、③と不足分を補うことになる。

予防の観点では、①及び②で生活継続ができることが望ましいが、向上の蓋然性が低いこと、工夫の余地が少ないこと、代替性が弱いことなどを総合的に判断し、動作研究によって補完部分の適正化を図り、必要最低限の補完的サービスの導入を検討することになる。

具体的には、

- ・家事（買物・調理・掃除・選択・ゴミ捨てなど）や住居・経済の管理、花木やペットの世話などをおこなっているか。
- ・日常に必要な品物を自分で選んで買うことについて
- ・献立を考え、調理することについて

などを確認し、分析する。

### 3) 社会参加

他のすべての項目（運動と移動、家庭生活、健康管理）をある程度満足させること、うつ傾向や閉じこもり傾向についての対策（外出阻害因子の排除・対応）を講じることが十分条件となる。

ただし、十分条件をいくら多く整えても、本人の動機（モチベーション）に左右される要素が多いことから、当該項目の支援については、アセスメント（状況確認や要望聴取）の段階やプラン作成のプロセスを通じて、本人のプランであることを共有し、能動性を高める工夫が必要となるので

- ①本人の積極性を高め、能動的に行動（選択）できる
- ②積極性がさほど発揮できない場合、背中を押して選択できる
- ③消極的選択（ほかに選択肢がない）であっても、とりあえず取り組める  
の順でとらえることになる。

具体的には、

- ・人々と交流しているか
- ・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、高齢者クラブや町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、内容程度
- ・家族や友人のことを心配する、相談に応じるなどの状況
- ・友人を招いたり、訪問したりしているか
- ・家族や友人と手紙や電話などによる交流があるか
- ・仕事や地域、家庭内での役割があるか
- ・趣味や楽しみがあり、続けることについての状況  
などを確認し、分析する。

### 4) 健康管理

- ①適正なセルフメディケーションの観点（相談すべき時は相談すること）
- ②適正な運動と食事、ミールラウンド
- ③生活リズム
- ④口腔ケア
- ⑤認知症予防に資する生活
- ⑥排泄コントロール（体調の維持含む）
- ⑦目・耳のケア

具体的には、

- ・定期的に受診をしているか、健診を受けているか
- ・薬を飲み忘れず管理できているか
- ・清潔・整容・口腔ケア
- ・飲酒や喫煙の習慣
- ・食事や運動、休養など健康管理
- ・食事・水分摂取、排泄の状況
- ・3食食べているか、栄養に気を付けているか  
などを確認し、分析する。

### 5) その他

その他の要素がある場合に記載する

(4) 介護予防サービス・支援計画書④

	サービス種別	事業者
1	左の番号と、介護予防サービス・支援計画書③で位置付けたサービス種別の対応する番号のものを、ドロップダウンリストから選択。(介護予防サービス・支援計画書③の事業所欄に「①」と記載されたものは、当該欄の「1」に記載)	
2		
3		
4		

本人が必要とする社会資源、公的給付対象以外のサービス

介護予防サービス・支援計画書③で位置付けたもの以外の社会資源や公的給付対象以外サービスを記載。

計画に関する同意

地域包括支援センター意見

計画作成の一部委託をした際には、包括の意見を記載。

上記計画について、同意いたします。

本人の同意欄。

年 月 日 氏名

【サービス評価表】

領域	運動機能低下	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	認知症予防	うつ予防	生活機能低下
●月●日実施	当該欄は、基本チェックリストの結果が表示される。 上段は、当該計画の初期に行ったものが表示され、下段は、終期のチェックリスト結果(次の計画書初期分)が表示される。						
●月●日評価							

目標達成状況	原因(本人・家族の意見)	原因(計画作成者の評価)
評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に入力。	目標達成・不達成の原因について、目標設定の妥当性も含めて利用者・家族の認識を入力。	目標達成・不達成の原因について、利用者・家族の意見も考慮し、計画作成者としての評価を入力。

今後の方針	総合的な方針
目標達成状況や不達成の原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて入力。	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支援の方向性について、専門的な観点から入力。

地域包括支援センター意見

計画作成の一部委託の場合、意見を記載。

- プラン継続
- プラン変更
- 終了

- 介護給付
- 予防給付
- 総合事業

現計画の今後についてチェック。

次の展開についてチェック。

以下、各項目について解説する。

**【サービス種別、事業者】**

介護予防サービス・支援計画書③で、事業者が行うことに位置付けたサービス内容について、そのサービス種別を記載する。サービス種別はドロップダウンリストから選択する。

サービス内容に対比した、事業者欄には、○囲みアラビア数字（①②③④⑤⑥）を入力しているので、その番号に対比した欄に、サービス種別を記載し、その右にはその事業者名を記載する。

例)

介護予防サービス・支援計画書③

目標についての支援のポイント	支援内容	本人	家族	事業者	頻度	期間
<input checked="" type="checkbox"/> 運動機能を維持・向上	<input checked="" type="checkbox"/> 筋力の維持・向上	○		①	週1	3か月
<input checked="" type="checkbox"/> できる作業を増やす	<input checked="" type="checkbox"/> 掃除（掃除機かけ・拭き掃除・整理整頓など）	○		②	週1	3か月
	<input checked="" type="checkbox"/> 洗濯（洗濯機・選択物干し・たたみ・その他）	○		②	週1	3か月
<input checked="" type="checkbox"/> 健康の保持増進	<input checked="" type="checkbox"/> 服薬管理	○	○	③	月2	6か月

介護予防サービス・支援計画書④

	サービス種別	事業者
1	通所介護	○○デイサービス
2	訪問介護	○○ヘルパーステーション
3	居宅療養管理指導（薬剤師）	○○調剤薬局
4		

**【本人が必要とする社会資源、公的給付対象以外のサービス】**

上段サービス種別はドロップダウンリストから選択するので、それ以外のサービスを記載する。

**【計画に関する同意】**

- ・地域包括支援センター意見：計画作成の一部委託をした場合、意見を記載する
- ・本人の同意欄：本人に署名してもらう

**【サービス評価表】**

当該欄は、基本チェックリストの結果が表示される。

上段は、当該計画の始期に行ったものが自動表示される。

下段は、終期のチェックリスト結果（次の計画書始期分）が表示される。

**【目標達成状況（達成・一部達成・未達成）】**

- ・評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に入力する。

例) 週1回の外出はできなかったが、近隣住民との交流が楽しみになり、一人でも行きたいとデイケアの運動に対する意欲が向上してきている。

**【原因（本人・家族の意見）】**

目標達成・不達成の原因について、目標設定の妥当性も含めて利用者・家族の認識を入力する。

**【原因（計画作成者の評価）】**

目標達成・不達成の原因について、利用者・家族の意見も考慮し、計画作成者としての評価を入力する。

### 【今後の方針】

目標達成状況や不達成の原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて入力する。

例) 体調を整えることは重要だが、外出などの運動で、膝の痛みの軽減や下肢の筋力向上につながることを家族にも再認識してもらおう。ただ、毎週というのが負担になっているので、頻度を減らした目標設定にしていく。

### 【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支援の方向性について、専門的な観点から入力する。

例) 感染予防を行ってもらいながら、今後も活動範囲を拡大していけるよう支援していく。

### 【地域包括支援センター意見】

計画作成の一部委託の場合、意見を記載する。

### 【プラン継続・プラン変更・終了】

現計画の今後について記載する。

○プラン継続を選択する要件等

- ・長期目標の達成がもう少しか、現計画の継続によりその達成が見込める場合
- ・計画期間が3か月に満たない場合などで、現目標に継続して取り組むことが妥当な場合  
(要支援認定期間との兼ね合いなどで、調整期間などを設けていた場合など)
- ・そもそもの長期目標が維持目標であり、その状態維持が最も望ましい場合  
(通常は選択しません)

○プラン変更を選択する要件等 (通常の変更)

- ・サービスに変更がなくても、基本的には新たな目標が設定されるため、変更となる。
- ・現計画が目標達成で終了、ないし、未達成で終了し、現計画は終了する場合  
(目標達成で終了か、目標未達成で終了、あらたな目標を立てて取り組む場合)

○終了

- ・現枠組みでの取り組みを修了する場合  
(予防給付から介護給付に移行、総合サービス事業から予防給付に移行、すべて終了、等)

### 【介護給付、予防給付、総合事業・終了】

次の展開についてチェックする

○介護給付

- ・予防給付から介護給付へ移行、総合サービス事業から介護給付へ移行の場合

○予防給付

- ・総合サービス事業から予防給付へ移行の場合

○総合事業

- ・予防給付から総合サービス事業へ移行の場合

○終了

- ・死亡、転居、他の施策等へ移行の場合

## 4. その他

- ・週間予定表 (D表)
  - ・経過記録 (E表)
  - ・担当者会議の要点 (E表別表)
- 以上は、従前のものを使用します。
- ・利用者基本情報は、従前のものを使用します。

<b>A表</b>	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	地域支援
介護予防サービス・支援計画表(1/3)				
利用者名	様			
認定年月日	年	月	日	～ 年 月 日
計画作成者氏名	委託の場合： 担当地域包括支援センター			
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)

目標とする生活	1日、1週間、 または1月 1年	
総合的な方針 (生活の不活発化の改善・ 予防のポイント)		

<b>【地域包括支援センター記入欄】</b>		<b>【利用者記入欄】</b>	
担当地域包括支援センター	名称 意見	確認印	年 月 日 氏名

<b>B表</b>	介護予防サービス・支援計画表(2/3)					
利用者名	様	計画作成(変更)日 年 月 日				
<b>【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】</b>	<b>【必要な事業プログラム】</b>					
	運動器	栄養改善	口腔機能	閉じこもり	物忘れ	うつ予防

現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	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 本人・家族の意向
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	h	i	
日常生活(家庭生活)について	f	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
その他の事項について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

<b>C表</b>	介護予防サービス・支援計画表(3/3)						
目標	目標についての 支援のポイント	具体的な支援の内容	※1	サービス 種別	サービス提供者 (事業所)	頻度	期間
	j	本人 家族・地域の 支援者等 介護保険 地域支援 区市町村					
※1 予防給付の対象サービス又は二次予防事業の場合は、○をつける。							
【本来行うべき支援が実施できない場合：当面の方針】							

<b>F表</b>						
目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成状況に対する評価		今後の方針
				本人・家族の意見	計画作成者の評価	
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"/> 二次予防事業 <input type="checkbox"/> 一次予防事業 <input type="checkbox"/> 終了

介護予防サービス・支援計画書①

利用者名	様	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 継続
計画作成者指名	(a)	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2
計画作成(変更)日		認定日 年 月 日
担当地域包括支援センター		認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日
		計画実施期間 年 月 日 ~ 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 認定申請中 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input checked="" type="checkbox"/> 総合事業
		※委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)
		(初回作成日：)

アセスメント領域と現在の状況	実施日	支援を必要とする領域	本人・家族の意向・意欲	評価
運動と移動				
階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	いいえ	運動機能低下	(f)	
家庭生活				
日用品の買い物をしていますか	いいえ	生活機能低下		
社会参加				
友人の家を訪ねていますか	いいえ	閉じこもり予防		
健康管理				
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	口腔ケア		
健康状態について(現病歴、既往歴、主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点等を記載)				
(d)				

介護予防サービス・支援計画書②

領域における課題(背景・原因)		総合的課題	
運動機能低下	<input type="checkbox"/> 該当		支援カテゴリ
どうして転倒しやすい状況なのですか			
背景・考えられる要因	はい	普段の生活に自分に合った運動を取り入れたい	運動と移動
筋力や体力が落ちた	はい	定期的に運動をしたい、続けたい	運動と移動
日頃運動していない	はい	転倒しない生活環境が作りたい	運動と移動
段差など転びやすい場所がある			
自由記載欄			

介護予防サービス・支援計画書③

総合的課題に対する本人の目標	
長期目標	(b) (i)
短期目標	
総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント	

目標についての支援のポイント	支援内容	本人	家族	事業者	頻度	期間
<input type="checkbox"/> 運動機能を維持・向上	<input type="checkbox"/> 筋力の維持・向上			(j)		
<input type="checkbox"/> 行動範囲を広げる	<input type="checkbox"/> 定期的な外出					
( ) まで行く・通う	<input type="checkbox"/> 杖やシルバーカー等の福祉用具を用いて					
<input type="checkbox"/> 転倒予防	<input type="checkbox"/> バス・電車などを使用して					
本来必要な支援ができないとき、その支援の実施に向けた方針 (C表に相当)						

介護予防サービス・支援計画書④

サービス種別	事業者
本人が必要とする社会資源、公的給付対象以外のサービス	

地域包括支援センター意見	(c)	上記計画について、同意いたします。 年 月 日 氏名
--------------	-----	-------------------------------

【サービス評価表】							
領域	運動機能低下	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり	認知症予防	うつ予防	生活機能低下
●月●日実施							
●月●日実施							
目標達成状況(達成・一部達成・未達成)		原因(本人・家族の意見)			原因(計画作成者の評価)		
今後の方針				(k)	総合的な方針		
地域包括支援センター意見				(F表に相当)		<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"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> 終了	

