

# 帳票の書き方解説

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

## 介護予防サービス・ケアプラン画表(1/3)

利用者名

認定年月日 年 月

計画作成者氏名

計画作成事業者  
事業所名及び所在地(連絡先)

『初回』地域包括支援センター、指定介護予防支援事業所又は委託を受けた居宅介護支援事業所で初めて受ける場合。  
『紹介』予防給付と介護予防ケアマネジメントを行き来する場合。  
『継続』制度間の行き来がなく予防給付又は介護予防ケアマネジメントを続ける場合。

要支援認定について「新規申請中」「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』。それ以外の場合は『認定済』。認定を受けていない場合は、○をつけない。

総合事業における介護予防ケアマネジメントを利用する場合。

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	<p>利用者が目標を立てやすい期間を選択。具体的で達成感が得られる内容で目標とする生活のイメージを言語化。(参考)「前にはできていたが今できないものは？」を思い出してもらう。「これ以上悪くならなければいい」という方には「今できていること」を見つけ、それが続けられるように。</p>
	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)		<p>生きがいや楽しみをもとにした、将来(1年後)実現したい生活のイメージ。夢ではなく、このケアプランに取り組むことで達成可能なもの。</p> <p>利用者や家族、ケアチームのメンバーが「目標とする生活」「目標」(生活不活発化の改善、予防)に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</p>

\* 初回プランではB・C表まで記入してから改めて利用者に確認しながら書くことも可能。

### 【地域包括支援センター記入欄】

### 【利用者記入欄】

担当地域包括支援センター	名称	<p>委託の場合のみ使用。(高齢者総合相談センター職員が記入する) 利用者本人に向けてのコメント。</p>	確認印	<p>包括担当者が押印。 コメントを記載した月日も記載。</p>	<p>* 委託の場合、手順としては左の高齢者総合相談センター記入の方が先。 豊島区では、利用者印のある原本は計画作成者が保管し、サービス終了時に高齢者総合相談センターに返却する。</p>	<p>計画について、同意い</p> <p>年 月 日</p> <p>印</p>
	意見					

B表

No.

利用者

サービス提供の際に必要な健康状態の情報(副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項など)を記入する。プライバシーであるため記入の仕方、内容には十分配慮すること。

### 介護予防サービス・支援

基本チェックリストの結果(本人の主観を記載)を分数の表記で転記する。判定基準を参考にしながらアセスメントし、事実と主観が異なる場合などは「現在の状況」にアセスメント内容で活かす。また、専門職による短期集中予防サービスを利用する場合は、利用が望ましいと考えられるプログラムの枠内の数字に○をつける。

#### 【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】

本人の主観と専門職(ケアマネ等)の客観的なアセスメントの両方を記載。できている・できていないを明確化し、生活全体を見る意識を忘れずに。5つの分野にしてあるが内容が重複している場合は割愛しても良い。

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	予防	物忘れ予防	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
<p><b>運動・移動について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●自ら行きたい場所に移動するための手段がとれるかどうかを確認する●自宅や屋外の歩行状況や交通機関を使って移動することについての状況等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●現在の状況について、利用者・家族の認識と意向を記載「○○できるようになりたい」「○○をやりたい」と記載し、誰の意向かを明確にし、その理由について確認●利用者や家族の意向が異なった場合にはそれぞれ記載</li> <li>●家族が言っている事で、本人が傷つく言葉はそのまま書かない</li> <li>●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、直ちにプランを立てるのではなく、なぜ消極的、否定的なのかという理由を明らかにする</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <ul style="list-style-type: none"> <li>●現在の状況の各項目における生活上の課題とその背景・原因を整理し分析する</li> <li>●現在の課題と、このままにしていると将来の課題になる場合は『<input type="checkbox"/>有』にチェック『<input type="checkbox"/>無』の場合はコメントは不要</li> <li>●分析は、面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書等の情報を基に、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、基本チェックリストの結果についても考慮する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●利用者にとって優先順位の高い順に課題を挙げ、番号を付けていく</li> <li>●複数の領域に課題があったとしても、その課題の原因・背景などが同一の場合、統合して目標や具体策を立てたほうが利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる</li> <li>●支援の必要性を明確にするために課題だけを記載意向や目標・具体策は記載しない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●総合的課題に対して目標と具体策を記載する</li> <li>●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り、評価可能で具体的なものとする</li> <li>●具体策は、介護保険サービスだけではなく生活機能低下を予防するためのセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサポートなどの活用についても記載する</li> <li>●右欄で同意が得られた場合にはここで提案した「目標と具体策」がC表の「目標と支援内容」につながる例) 【目標】(3ヶ月後には)一人で○○まで歩いて行かれるようになる【具体策】①○○を利用して××を行う②誰々が○○を行う③…</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●左欄の提案について利用者や家族の意向を確認して記載する</li> <li>●具体策について単に意向を聞くだけでなく、その理由や根拠について把握し記載する</li> <li>●ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足掛かりとなる合意が得られた場合は「○○を行いたい」等と記載する</li> </ul>
<p><b>日常生活(家庭生活)について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●家事(買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミだし等)や花木の手入れやペットの世話等を行っているかを確認する●預貯金の出し入れや住居の管理等についても確認</li> </ul>					
<p><b>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●家族や近隣・友人との交流状況や、関係を保つことができているか等●仕事やボランティア活動活動、老人クラブや町会等の参加状況●家庭内や地域での役割があるか●趣味や楽しみがあり続けられているか等</li> </ul>					
<p><b>健康管理について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●入浴やシャワーの状況●肌、顔、歯、爪等の手入れ●健康のために食事や運動等の管理を行うこと●服薬、定期受診、飲酒や喫煙等の自己管理●食事・水分・排泄状況(回数や量等)</li> </ul>					
<p><b>その他の事項について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●経済や住宅の状況、家族の状況等、上記4項目に該当しない項目で、必要と思われることについて確認する</li> </ul>					

この項目は専門家としての判断を記入する

B表【必要な事業プログラム】欄への記載方法 基本チェックリストの項目該当数を転記する。判定基準を参考にしながらアセスメントし、事実と主観が異なる場合などは「現在の状況」にアセスメント内容で活かす。また、専門職による短期集中予防サービスを利用する場合は、利用が望ましいと考えられるプログラムの枠内の数字に○をつける。

No.	質問項目	いずれかに○をお付け下さい	
		0.はい	1.いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	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	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	0.はい	1.いいえ
8	15分位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	1.はい	0.いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	「栄養改善」 11～12で該当する項目数/2	
12	身長( )m 体重( )kg BMI( )	(注)	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	「口腔機能の向上」 13～15で該当する項目数/3	
14	お茶や汁物等を飲ん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	「閉じこもり予防」 16～17で該当する項目数/2	
17	昨年と比べて外出の回数は	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事	「物忘れ予防」 18～20で該当する項目数/3	
19	自分で電話番号を調べて	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	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は思えない	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

「運動器の機能向上」6～10で該当する項目数/5

「栄養改善」 11～12で該当する項目数/2

「口腔機能の向上」 13～15で該当する項目数/3

「閉じこもり予防」 16～17で該当する項目数/2

「物忘れ予防」 18～20で該当する項目数/3

「うつ予防」 21～25で該当する項目

(注)BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。

介護予防サービス・支援計画

給付対象サービスに○印をつける

サービス担当者会議で最終的に合意された頻度を記載する  
本来はサービス事業所の個別計画によって決まる

目標	支援計画						
	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
<p>●B表の本人や家族の意向を踏まえ、計画作成者と本人・家族の三者で共に考え、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』について合意が得られた場合にはそのまま転記する ●複数の目標を立てた場合、項目ごとに番号等をつけて、右欄の( )内にも対応する番号等を記載する ●具体的数量目標があると達成したかどうか評価しやすい 例) ・ひとりで〇〇まで歩いて行かれるようになる ・一日に一度は肉か魚を調理して食べる</p>	<p>( )</p> <p>●支援者側が具体的な支援を考える上での留意点を記載する ●目標達成に向けて、支援における安全管理のポイントや支援者の役割分担など、様々な次元の項目について具体的に記載する 例) ・脱水症の心配があるので夏場はみんなで水分補給の声かけを行う</p>	本人の取組	●本人が自ら取り組むことを、本人と相談しながら具体的に記入	<p>●支援の内容に適したサービス種別を具体的に記載する ●訪問型サービスについては報酬区分を記載する ●個別の加算も必要時には記載する ただし、体制加算はサービス担当者会議にて確認して記入は不要</p>			
		家族・地域の支援、民間サービス等	●家族が支援すること、ボランティアや近隣住民の協力、民間サービスを利用すること等について記載する例) ・娘が病院の往復を車で送る ・近所の友人が買物に行く時に声をかけ、一緒に行く				
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス					
		本人の取組	●予防給付や総合事業の具体的な支援の内容を記入 例) ・自宅でもできる体操を指導する ・安全に洗濯物が干せるように見守り手の届かないところを手伝う ・調理法を覚えるまで一緒に作る				
		家族・地域の支援、民間サービス等					
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス					

※1 予防給付の対象サービス又は介護予防特定高齢者施策の場合は、○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】

- 本人や家族の合意がとれない場合は、本来の支援が実施できるように働きかける具体的な手順や方針を書く
- 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

F表  
No.

この用紙は計画作成者のための帳票。  
利用者本人やサービス提供事業者に見せるため  
のものではないことに注意。

### 介護予防サービス・支援評価表

●実際に評価をし  
た日を記載する。  
終了日ではない。

評価日 年 月 日

利用者名

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			
<p>●「介護予防サービス・支援計画表（C表）」の目標を転記</p> <p>●「介護予防サービス・支援計画表（C表）」の「期間」欄でサービス提供開始日の最も早い日からサービス提供終了日の最も遅い日を評価期間として転記する。計画の途中で見直す場合は次のケアプラン開始の前日を終了日とする。</p>	<p>●評価期間内に目標がどの程度達成できているか、生活機能がどれだけ向上・維持できたのかを具体的に記載する。</p> <p>●評価の際は、サービス事業者等のモニタリングと、計画作成者のモニタリングを併せて利用者の生活機能全体に関する評価を行う。</p>	<p>●目標を達成した場合には○印、未達成の場合は×印を付ける。</p> <p>●目標を達成した場合、感想や満足度を記載する。 例) 一人で○○まで行くことができるようになった</p> <p>●目標を達成しなかった場合、何故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、原因を記載する。 例) 一人では行けないが、誰かが付き添えれば行けるようになった</p>	<p>●目標が達成された場合、取り組みに対する成果や達成状況に対する評価を記載。</p> <p>●目標が達成されなかった場合、何故目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含めてケアプラン作成者としての評価を記載する。</p> <p>●評価の際は、利用者・家族の意見、事業所のモニタリング結果も含め、目標設定の妥当性やサービスの入れ方について評価する。同時に、新たな課題の発生がなかったかも含めて分析する。 例) ○○が原因で××しづらくなったために、目標の△△には至らなかったが、□□の段階までは到達できた</p>	<p>●目標達成状況や評価から、今後の方針について、目標ごとに、専門的な観点を踏まえて記載する。 例) 目標は達成され、歩行能力の改善もみられて、ご本人の生活意欲も向上している。そのためあきらめかけていた趣味のサークル再開にも希望を持ち始めている。本人の取り組み内容を見直すことで、サークルに通えるように支援を変更する。</p>	<p>●基本的に『プラン変更』になる。 同時に、変更後に該当する制度にもチェックをする。</p> <p>●『終了』は死亡、転出、ケアプランが不要になった時。</p> <p>●『継続』はケアプラン中に一時的な入院等のためにサービス終了をして評価をしたが、退院後の本人状態・目標等の変更がなく、改めて同じケアプラン内容を実施する場合など稀なケース。</p> <p>●高齢者総合相談センターの意見を踏まえていずれかにチェックをする。</p>	<p>総合的な方針</p> <p>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。(次に立てるケアプランの総合的な方針につながる)</p>	<p>地域包括支援センター意見</p> <p>委託の場合に高齢者総合相談センター職員が計画作成者に対して記載する。</p>	<p><input type="checkbox"/> プラン継続</p> <p><input type="checkbox"/> プラン変更</p> <p><input type="checkbox"/> 終了</p> <p><input type="checkbox"/> 介護給付</p> <p><input type="checkbox"/> 予防給付</p> <p><input type="checkbox"/> 介護予防特定高齢者施策</p> <p><input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策</p> <p><input type="checkbox"/> 終了</p>

「介護予防特定高齢者施策」→「**すこやか生活プラン**」  
「介護予防一般高齢者施策」→「**一般介護予防事業**」  
で読み替える（必要に応じて脇に記載）