

生活行為	生活行為の現状など	今はしていない理由	今後どうしたいですか
25 自宅以外の屋内を円滑に歩行している。 (杖なし、杖あり、車イス)	自分でしていますか ☐ はい ☐ いいえ ----- 以前はどうしていましたか ☐ 自分でしていた ☐ 自分ではしていなかった		☐ やってみたい ☐ やらなければならぬ ☐ やりたくない ☐ やれない ☐ 必要がない (理由)
26 屋外を円滑に歩行している。 (杖なし、杖あり、車イス)	自分でしていますか ☐ はい ☐ いいえ ----- 以前はどうしていましたか ☐ 自分でしていた ☐ 自分ではしていなかった		☐ やってみたい ☐ やらなければならぬ ☐ やりたくない ☐ やれない ☐ 必要がない (理由)
27 移動のために、バスや電車、他人が運転する自動車などを使っている。	自分でしていますか ☐ はい ☐ いいえ ----- 以前はどうしていましたか ☐ 自分でしていた ☐ 自分ではしていなかった		☐ やってみたい ☐ やらなければならぬ ☐ やりたくない ☐ やれない ☐ 必要がない (理由)
28 自分で自動車や自転車などを使って、移動している。	自分でしていますか ☐ はい ☐ いいえ ----- 以前はどうしていましたか ☐ 自分でしていた ☐ 自分ではしていなかった		☐ やってみたい ☐ やらなければならぬ ☐ やりたくない ☐ やれない ☐ 必要がない (理由)
29 日常生活に関する内容については自分で決めている。	自分でしていますか ☐ はい ☐ いいえ ----- 以前はどうしていましたか ☐ 自分でしていた ☐ 自分ではしていなかった		☐ やってみたい ☐ やらなければならぬ ☐ やりたくない ☐ やれない ☐ 必要がない (理由)

これ以外にこれからどんな生活を送りたいですか？どんなことをしたいですか？

主治医から聞いている生活上の注意点は、どんなことがありますか？	
---------------------------------	--

あなたが身の回りのことで不自由に感じているとしたら、その原因は何だと思えますか？	
--	--

あなたの人生	あなたの得意だと思えることは何ですか？	
	あなたの楽しいと思うのはどんな時ですか？	
	人に喜ばれていると感じるのはどんな時ですか？	

私が創る生活・人生（目指す生活・人生） （本人が意欲を持ち、必要な支援を活用し ながら、努力して積極的に実現を目指す生活）	1日の生活	
	1週間又は1ヶ月程度の 単位での生活	
	もっと長い（半年、1年程 度）生活	

私が創る生活・人生の実現のために特に関わりの深い生活行為		ケアプランを作成するための分析			
		本来の支援		当面（本来の支援ができない場合）の支援	
(1) 1 8 1 1 するようになる生活行為	(2) (1)についての意向・意見	(3) 支援のポイント(生活不活発病 の改善・予防の要点)	(4) 支援要素	(5) 当面（本来の支援ができない 場合）の支援要素	(6) 本来の支援を目指すための今 後の方針
	(本人)		(本人)		
	(家族)		(家族)		
	(主治医)		(地域)		
	(保健師・介護支援専門員)		(介護保険のサービス)		
	(その他関係者)		(介護保険以外の公的サービス)		
	(本人)		(本人)		
	(家族)		(家族)		
	(主治医)		(地域)		
	(保健師・介護支援専門員)		(介護保険のサービス)		
	(その他関係者)		(介護保険以外の公的サービス)		

（注）（2）について新規の場合は、「主治医」と「その他関係者」の欄には、記入されない場合もある。

（5）については、本来導入すべきサービスではなく、代替するサービスを利用せざるを得ない場合のサービス要素を記載する。

第0表（新予防給付用）（2）（案）

私が創る生活・人生の実現のために特に関わりの深い生活行為		ケアプランを作成するための分析			
		本来の支援		当面（本来の支援ができない場合）の支援	
(1) するようになる生活行為	(2) (1)についての意向・意見	(3) 支援のポイント(生活不活発病 の改善・予防の要点)	(4) 支援要素	(5) 当面（本来の支援ができない 場合）の支援要素	(6) 本来の支援を目指すための今 後の方針
	(本人)		(本人)		
	(家族)		(家族)		
	(主治医)		(地域)		
	(保健師・介護支援専門員)		(介護保険のサービス)		
	(その他関係者)		(介護保険以外の公的サービス)		
-182-	(本人)		(本人)		
	(家族)		(家族)		
	(主治医)		(地域)		
	(保健師・介護支援専門員)		(介護保険のサービス)		
	(その他関係者)		(介護保険以外の公的サービス)		
	(本人)		(本人)		
	(家族)		(家族)		
	(主治医)		(地域)		
	(保健師・介護支援専門員)		(介護保険のサービス)		
	(その他関係者)		(介護保険以外の公的サービス)		

合意に至らない残された重要な課題

--

作成年月日 年 月 日

第 1 表

居宅サービス計画書・介護予防サービス計画書 (1) (案)

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所

サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

要介護状態区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
---------	------	------	------	------	------	------	------

利用者及び家族の生活に対する意向 「私が創る生活・人生」		介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

「私が創る生活・人生」を実現するための総合的な支援の方針	

地域包括支援センター確認欄 (予防給付のみ)	
---------------------------	--

(利用者による同意欄)

私は、この居宅サービス計画書・介護予防サービス計画書(第1表、第2表)、週間支援計画表(第3表)について同意いたします。

氏名 印

第 2 表

居宅サービス計画書・介護予防サービス計画書 (2) (案)

利用者名 殿 作成年月日 年 月 日

するように なる生活行為	「するようになる生活行為」を実現するための目標				支 援 内 容				
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	支援内容	サービス種別	支 援 提 供 事業所等	頻度	期間
					(本人) -----				
					(家族) -----				
					(地域) -----				
					(介護保険のサービス) -----				
					(介護保険以外の公的サービス) -----				
					(本人) -----				
					(家族) -----				
					(地域) -----				
					(介護保険のサービス) -----				
					(介護保険以外の公的サービス) -----				

- ※1 「長期目標」は、このケアプラン終了までの目標であり、「短期目標」は、長期目標を達成するための段階的な目標を記入する。
- ※2 「支援内容」については、本人（セルフケア）、家族、地域、保険給付、介護保険以外の公的サービスに区分し、それぞれどのような支援を行うかを具体的に明記する。
- ※3 「サービス種別」については、支援内容を適切に提供できるサービスの種別を具体的に記入する。
- ※4 「支援提供事業所等」については、サービス種別にかかれたサービスを提供する事業所等を記入する。なお、家族の行う支援内容については、具体的に誰が中心となるかを記入する。

第 3 表

週 間 支 援 計 画 表 (案)

利用者名 _____ 殿

年 _____ 月分より

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4 : 00								
	6 : 00								
早朝	8 : 00								
	10 : 00								
午前	12 : 00								
	14 : 00								
午後	16 : 00								
	18 : 00								
夜間	20 : 00								
	22 : 00								
深夜	24 : 00								
	2 : 00								
夜	4 : 00								

週単位以外
の支援

作成年月日 年 月 日

第 4 表

サービス担当者会議の要点

利用者名 殿

サービス計画作成者（担当者）氏名

開催日 年 月 日

開催場所

開催時間

開催回数

会議出席者	所属（職種）	氏 名	所属（職種）	氏 名	所属（職種）	氏 名
検討した項目						
検討内容						
結 論						
残された課題 (次の開催時期)						

作成年月日 年 月 日

第 5 表

サービス担当者に対する照会（依頼）内容

利用者名 殿 照会日 年 月 日
サービス計画作成者（照会者）氏名

サービス担当者会議を開催しない理由
ないし会議に出席できない理由

照会（依頼）先	照会（依頼）年月日	照会（依頼）内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容

※ サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。

第6表

居宅介護支援経過（案）

利用者氏名

サービス計画作成者氏名

[illegible]

※ 居宅介護支援経過は、出来事や訪問時に得た情報、観察したことなどを内容欄に時系列に記入し、それに伴う関係機関(各種サービス提供者等)や居宅サービス計画・介護予防サービス計画作成者(介護支援専門員等)の判断、および利用者・家族の考えを整理する。居宅介護支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合は、経過として方針変更やサービス調整を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所と本人・家族との調整などが内容欄に記載される。

第6-2表

居宅サービス計画・介護予防サービス計画
評価表（案）

利用者名 _____ 殿

サービス計画作成者氏名 _____

評価年月日	短期目標の内容	設定期間	目標の到達度	目標到達しない場合の理由	今後の方針

地域包括支援 センター意見	(コメント)	(今後の方針欄) ☐ 継続 ☐ プランの要変更 ☐ 介護給付での対応が望ましい ☐ 地域支援事業での対応が望ましい ☐ 自立のため給付の必要なし
------------------	--------	--

新予防給付アセスメント・ケアプランの記入要領（案）

基本的考え方

- 新予防給付の対象である要支援１・２の該当者の介護予防において重要なことは、可能な限り支援を要する状態を脱し、また、介護を要する状態にならないようにすることによって、自立生活を維持・向上していくことであり、利用者自身がそれを希求し、家族はそれを支え、意欲を持って能動的にサービスを利用していくことである。
- この新予防給付のアセスメント・ケアプランは、こうした観点から「生活機能の改善」を中心としてとらえていることが大きな特徴である。すなわち、「現在している行為」に対して「本来できる生活行為」を示して目標をもつことであり、「している生活行為」の幅が広がることによって、利用者が生活の自立に向けて意欲を持って取り組むことを支援するものである。
- できない行為や問題を抽出して、どのようなサービスが必要かを検討する方式では、どのような生活機能の改善が図られ、どのような生活が利用者に実現するのかが見えにくい。
- このため、新予防給付アセスメント・ケアプランでは、「利用者が意欲を持ち、必要な支援を活用しながら、努力して積極的に実現を目指す生活」を目標として掲げ、その目標を達成し望む生活を実現するためには、どのようなサービスを利用していかを利用者・家族・専門職が協働して検討していくものとした。

具体的には、アセスメントは、利用者及び家族と保健師等・介護支援専門員が共に記載し、確認しあうことができるよう、課題分析を行う保健師等・介護支援専門員の様式と本人、家族が持つための簡易な様式を用意している。
- 新予防給付ケアマネジメントにおいては、以下の項目を基本原則として、様式及びプロセスを見直した。

新予防給付ケアマネジメント 基本原則

① 本人主体のマネジメントプロセスの確立

【見直しのポイント】

- ・ 全国共通のアセスメント表を作成した。

- ・ 用語を「本人主体」に改めた。
- ・ 第1表に「利用者による同意欄」を明記した。

② 「生活主体」のマネジメントの確立

【見直しのポイント】

- ・ アセスメントでは、「本人がどんな生活をおくりたいか」に主眼を置き、生活行為に着目して項目を設定した。
- ・ サービス主導・機能補完型ではなく、生活を創り出すことを目指すものであることを明確にした。
そのため、第0表を新設し、また、特に第2表の大幅な改定を行った。

③ 本人の可能性を最大限に引き出す積極的マネジメントの実現

【見直しのポイント】

- ・ 「自立に向けて本人が努力し、それを多様な地域資源を活用して支援する」という理念を徹底し、補完型サービスに陥ることのないようケアプラン策定のプロセスを見直した。

④ 地域生活支援のための包括的・継続的ケアの実現

【見直しのポイント】

- ・ 介護保険サービスのみに依存することなく、本人・家族・地域・公的制度サービス・自治体独自サービスなど、本人を取り巻く様々な社会資源を組み合わせたケアプランを策定（地域包括ケア）していくことを明確にした。
- ・ 本人もまた一定の役割（自立への本人の努力）を果たし、それを多様な地域資源を活用して支援するものであることを明確にした。

⑤ 明確な目標設定と爾後の評価の実施

【見直しのポイント】

- ・ 明確な目標設定を行い、爾後に必ずその結果を評価する、というプロセスを徹底することを明確にした。
そのため、第6-2表を新設した。

新予防給付利用者基本情報

本様式は、利用者の基礎的な全体状況を表したものである。

<「作成年月日」欄>

この基本情報を作成した年月日を記載する。

<「作成担当者」欄>

課題分析者（アセスメントを行う者）の氏名を記載する。

<「利用者名」欄>

利用者名及び性別を記載する。

<「生年月日」欄>

利用者の生年月日と年齢を記載する。

<「住所」「電話番号」欄>

利用者の住所、電話番号を記載する。

<「緊急連絡先」欄>

例えば、利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合の連絡先を記載する。

<「申請経緯」欄>

利用者が、新予防給付を申請することになった経緯について、利用者本人による申請、家族による申請、地域のサービス機関等からの紹介による申請など具体的に記載する。

<「当初の相談内容」欄>

利用者やその家族がどのような動機・理由で新予防給付を受けようとしたのか、どのような援助を受けたいと望んでいるのか、それは漠然としたものか具体的なものかなどについて初回面接時の訴えの内容をそのまま記載する。

<「生活歴・生活状況」欄>

利用者の現在までの生活歴について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。職業や家族史、家族との関係、居住環境などの視点を持つ。

<「家族状況」欄>

利用者に関係する家族関係の状況を欄内の凡例を用い、本人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、現在本人と同居している家族は○で囲む。

<「病歴」欄>

利用者の主な既往症と治療の状況について時間の経過順に記載する。

<「主治医」欄>

主治医の医院名、診療科名、医師名、連絡先を記載する。複数の主治医がある場合には複数記載する。

<「日常生活度自立度」欄>

利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症である老人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、要介護認定で用いられた主治医意見書の3（1）の「日常生活の自立度等について」欄から転記する。

<「認定情報」欄>

利用者の要支援認定の区分について、「要支援1」、「要支援2」のどちらかを○で囲む。

<「利用者の被保険者情報」欄>

利用者の他制度の利用状況について記載する。

（例：医療保険の状況、身体障害者手帳の状況、年金・生活保護の受給状況等）

<「現在利用しているサービス」欄>

利用者が現在利用しているサービスについて、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は、行政の行う一般施策のような公的なサービスと社会福祉協議会やその他の団体、個人などによって行われている非公的なサービスを区分して記載する。

アセスメント表

(課題分析者用)

1. アセスメント表には、「課題分析者用」、「本人用」、「家族用」の3種類がある。

アセスメントは、利用者と介護支援専門員の協働作業であるため、アセスメント表は、この3者が持ち面談しながら記入していくことが望ましい。

なお、本人用、家族用については、事前に利用者・家族に事前に配布し、記入してもらい、アセスメント時に課題分析者と共に確認しあいながら行うことも可能である。

(アセスメントに参加する家族は、利用者と同居しているなど利用者の日頃の生活状況をよく知っている者が望ましい。一方で、そもそも家族がいない、家族が遠方に住んでいるため協力が得られないなどの場合には、課題分析者と利用者の2者でアセスメントを行う。)

2. アセスメント実施にあたって、課題分析者は、事前に、要介護認定で用いられた認定調査、主治医意見書の情報を把握した上で、本様式により、利用者や家族の主観的な判断や意見を聞き総合的に斟酌していくこととなる。

3. アセスメント実施に当たっては、一方的にあるいは漫然と質問項目について聞くのではなく、十分に利用者や家族と信頼関係を構築しつつ意向を引き出していくような手法に配慮する必要がある。

4. アセスメントでは、主に予め設定された、それぞれの生活行為について、「生活行為の現状など」から「今後どうしたいですか」までを利用者や家族に質問することとなるが、課題分析者は、機械的に欄を埋めるのではなく、常に「今はしていない生活行為」の「今はしていない理由」について、「本人の表出する理由以外の理由(原因)はないか」、「本人の気づいていない理由(原因)はないか」、「真の理由が他にあるのではないか」を念頭に置く必要がある。

また、「今でも自分でしている生活行為」についても「特別の努力をしないと、近い将来できなくなる可能性のある生活行為はないか」や、「今ある能力を活かしてできる可能性のあることはないか」ということを考えながら進めていく必要がある。

＜「生活行為の現状など」欄＞

1. 生活行為の状況を明らかにするため、予め設定された29項目の生活行為について、「現在、自分で(自力で)しているか否か」について、本人と家族の双方に、☐はい、☐いいえ で確認し、自力ではしていない生活行為(☐いいえ、にチェックされた項目)であっても、介助者や代行者、福祉用具などの何らかの支援を受けて「している」場合については、その支援の内容を点線の四角の「このことについ