

第2章 介護予防ケアマネジメント実施の流れ

介護予防支援と介護予防ケアマネジメントAでは、どちらも基本的なケアマネジメントのプロセスは同じです。まずアセスメントを行い、次に介護予防ケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議において検討のうえ、原案を固め、利用者の同意を得て「介護予防ケアプラン」として確定します。計画に基づくサービス提供開始後、一定期間のモニタリングを経て達成状況を評価し、必要に応じて計画の見直しを行うまでが介護予防ケアマネジメントの一連のプロセスです。

介護予防ケアマネジメントCにおいては、セルフマネジメントが前提となるため、上記の流れにおけるモニタリングと評価のプロセスは不要です。

実際の支援においては、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるよう「本人ができることはできる限り本人が行う」ことを基本とし、利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活を分かりやすくイメージできるよう、具体的な日常生活における行為についての目標を設定する必要があります。また、適切なアセスメントにより利用者の状態・特性を理解し、改善の可能性を実現するための適切なサービスを選択することも重要となります。

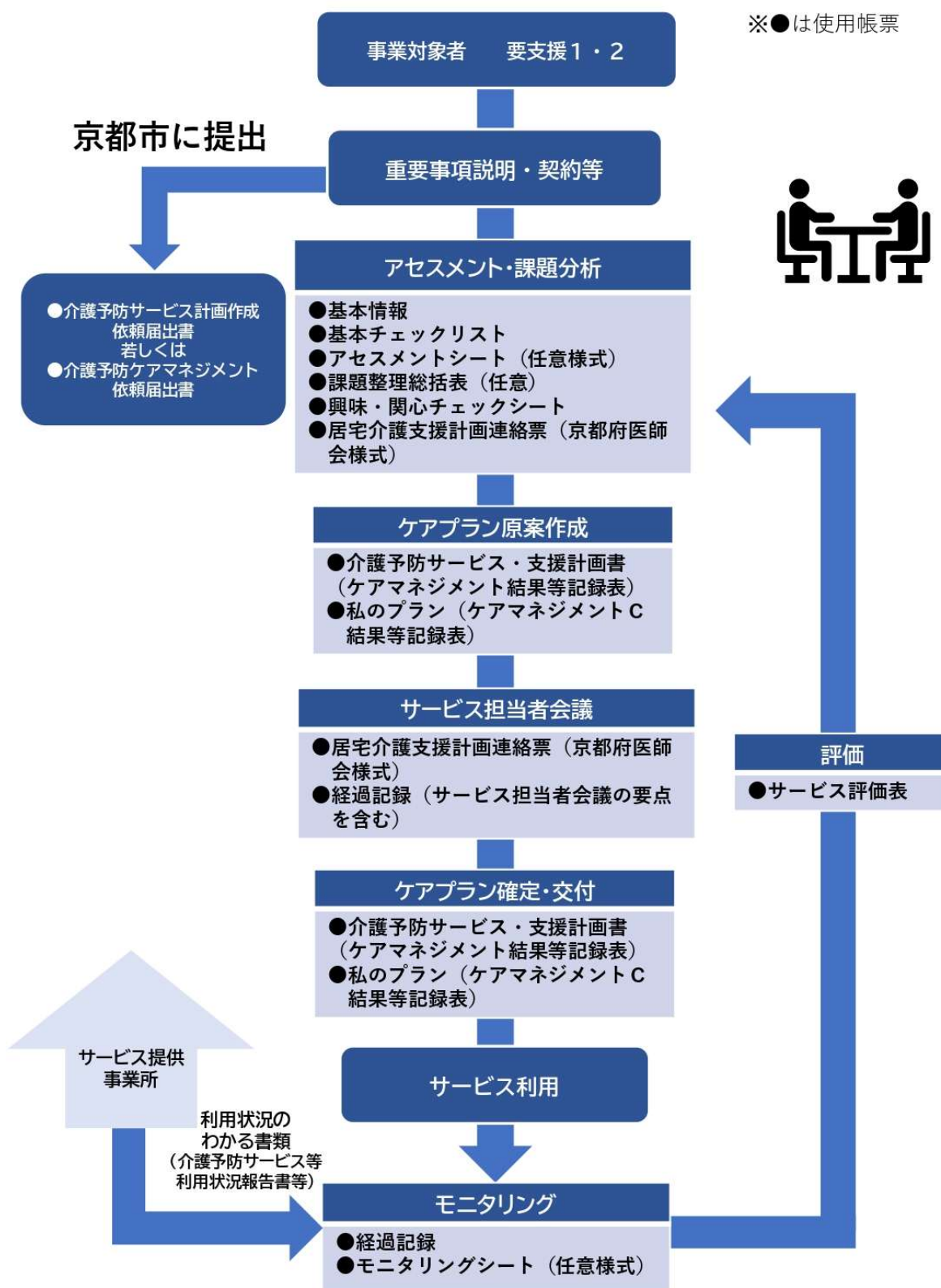
「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成十八年三月十四）（厚労令三七）」（※以下「運営基準」とする。）において、第三十一条「介護予防支援にあたっての留意点」では第1号～第8号に次のように記されています。

- 第1号 単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すのではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。
- 第2号 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。
- 第3号 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。
- 第4号 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。
- 第5号 サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。
- 第6号 地域支援事業(法第一百五十五条の四十五に規定する地域支援事業をいう。)及び介護給付(法第十八条第一号に規定する介護給付をいう。)と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。
- 第7号 介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとする。
- 第8号 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。

これらのことに留意していただき次項以降の手順を参照のうえ、実際の支援にあたってください。

介護予防ケアマネジメントの流れ

※●は使用帳票



1 具体的な実施手順

(1) 介護予防ケアマネジメント類型と必要なプロセス

		介護予防支援	介護予防ケアマネジメント A	介護予防ケアマネジメント C
プ ロ セ ス	インテーク	○	○	○
	アセスメント (課題分析)	○	○	○
	ケアプラン作成	○	○	— ※ケアプランの作成は必須ではない。
	サービス担当者会議	○	○	× (※1)
	モニタリング	○	○	× (※2)
	評価	○	○	× (※2)

※1 事業実施者等との連絡調整や打合せなどサービス担当者会議に類するものとして利用者の情報や援助の方針等について共有を図る。

※2 サービス・活動事業の実施者等と連携し、利用者の状況の変化があれば相談できる体制を構築しておく。

(2) 実施手順

※平成27年6月5日老振発0605号第1号「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の実施及び介護予防手帳の活用について」(令和6年8月5日一部改正)を参考にし、解釈通知の内容を含め、本市においての実施手順として示したもの

※「根拠法令」には、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」(平成十八年三月十四日)(厚労令三七)において該当する条項を掲載

プロセス	根拠法令
① インテーク (情報収集) ○ 利用者等の主訴の確認 <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターが行う総合相談支援等において、利用者や家族から相談を受け付けた場合、まず相談の目的やサービス等の利用希望がある場合は、その内容を聴き取る。 ・ 聴き取った内容を踏まえ、総合事業や一般介護予防事業等について説明を行う。更に、総合事業の趣旨として、①効果的な介護予防ケアマネジメントと自 	第一条の二 第1～2項

<p>立支援に向けたサービス展開による要支援状態等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業であること、②ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組んだ上で、目標達成の後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくことを説明する。</p> <p>○ 事業対象者は主治医意見書によって、医療情報を入手することができないことから、利用者又はその家族に「特定健診等の健康診断結果」又は「診断書」を提示するよう求める。これらがなく、通所型サービスの利用を希望している場合は、特定健診等の受診又は認定申請を行うことを勧奨する。</p> <p>○ 通所型サービスの利用を希望していて、「特定健診等の健康診断結果」又は「診断書」がある場合でも、次のことを質問して、いずれかに該当する場合は認定申請を行うことを勧奨する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現に治療中の疾患があるか。 ・ 継続的に服薬しているか。（お薬手帳があれば確認する。） ・ 定期的に受診しているか。 <p>○ 重度化防止の視点で、医療情報についても聴き取る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的に受診しているか。 ・ 服薬管理の状況（お薬手帳及び残薬の確認） ・ 治療中の疾患の症状等（お薬手帳の確認に併せ、検査結果を把握するなど方法を工夫する。） ・ 利用者及び家族の病識（病気の理解度や思い） ・ 療養生活上の留意点（医療連携） <p>○ 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が総合事業のサービス・活動事業を希望する場合、要支援認定の有無、又は要支援認定を受けていない者については、基本チェックリスト（様式1）の記入により、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。 ・ 要支援者又は事業対象者の基準に該当した者については、利用者本人の自宅等を訪問してアセスメント等を行うことを説明する。 <p>○ 介護予防ケアマネジメントの依頼等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防ケアマネジメント実施のため、「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」（様式2）を記入してもらう。 ・ また、介護予防ケアマネジメントにおける運営規程等の重要事項や契約書、個人情報情報取扱等について説明し、利用者の同意を得る。 <p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ サービス利用のための手続は、原則、利用者本人が直接市町村窓口や地域包括支援センターに出向いて行う。ただし、利用者本人が来所できない（入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある等）場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聴き取る。その場合の基本チェ 	<p>第二十九条 第1項</p> <p>第四条 第1項</p> <p>第七条及び 第八条の2</p>
--	--

<p>ックリストの活用については、本人や家族が行ったものに基づき、介護予防ケアマネジメントのプロセスで、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明等を行い、適切なサービスの利用につなげる。</p> <ul style="list-style-type: none"> 基本チェックリストの提出は、指定居宅介護支援事業者等からの代行も可能であるが、その場合の対応は利用者本人が来所できない場合と同様に対応する。 第2号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提となるため、要支援の認定を受けることにより、サービスを利用することができる。 <p>② アセスメント（課題分析）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者本人の自宅に訪問して利用者本人や家族と面接による聴き取り等を通じて行う。 ○ 利用者本人や家族の意向を尊重しつつも、生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に主体的・意欲的に取り組めるよう働きかけ等を行う。 ○ 利用者本人にあった目標設定に向けて「興味・関心チェックシート」（様式3）などを活用することで趣味活動、社会的活動、生活歴等も聴き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要である。 ○ 利用者の「できない・問題がある」というネガティブな部分だけでなく、「できている・頑張っている」というポジティブな部分（強み）も把握できるよう聴き取りを行う。 ○ この段階から、利用者本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。 ○ 利用者や家族との面接等によって聴き取った情報については、「利用者基本情報」又は「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）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）」を適宜活用して必要な情報を記録する事が可能。 ○ アセスメントにあたっては、「基本チェックリスト」、「興味・関心チェックシート」、「利用者基本情報」、「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）」の「アセスメント領域と現在の状況」及び「本人・家族の意欲・意向」欄及び居宅要支援被保険者については、要介護認定調査票、主治医意見書等を活用するほか、居宅介護支援における課題分析標準項目などを参考にして実施する。 ○ なお、アセスメントの内容を踏まえ、ケアマネジメントの類型が判断されるため、アセスメントはケアマネジメントの類型を問わず、実施が必要となる。 ○ リハビリテーション専門職等の活用について <ul style="list-style-type: none"> ・ 自立支援や介護予防の視点からアセスメントの実施にあたって、リハビリテ 	<p>第三十条 1項 第六号 ・ 第七号</p>
--	--

ジョン専門職等と連携し、同行訪問や助言を求めることも有効である。

○ 地域とのつながりについて検討する。

- ・ 地域の特性やインフォーマルな地域支援の状況をアセスメントする。本人と地域の関係を絶たないように注意する。
- ・ 緊急時対応（災害時対応を含む）の検討をする。
- ・ 利用者にとってステップアップの場となる社会資源が地域にない場合は、その開発を検討する必要がある。地域支え合い活動創出調整会議の場等を通じて、地域支え合い活動創出コーディネーターに情報共有することが望ましい。
- ・ 緊急時対応（災害時対応を含む）の検討をする。
- ・ 利用者にとってステップアップの場となる社会資源が地域にない場合は、その開発を検討する必要がある。地域支え合い活動創出調整会議の場等を通じて、地域支え合い活動創出コーディネーターに情報共有することが望ましい。地域支え合い活動創出コーディネーターは、住民が中心となって協働の場を立ち上げていけるように働きかけ、仕掛けていくことが重要な役割になる。
- ・ 地域包括支援センターや介護支援専門委員等も、こうした地域の協働の場にアウトリーチしていった側面的な支援を行う必要がある。

③ 介護予防ケアマネジメント計画原案作成

利用者本人や家族と支援関係者が、利用者本人の課題と目標を共有し、利用者本人・家族の取組みと支援関係者の役割を明示したもので、「利用者本人の望む生活」を実現するための計画となる。特に、指定事業者によるサービス・活動事業を利用する場合の根拠となる。

○ 健康上及び生活上の問題点及び解決すべき課題等の設定にあたって

- ・ 生活の目標については、「表1 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」などを参考にしながら、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者本人が、自身の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。

また、介護予防ケアマネジメント計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましい。

【表1：介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例】

課題	目標
セルフケア	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事

第三十条
1項
第四号
・
第八号

第二十九条
2項

清潔・整容・排泄の自立、TPO に応じた更衣、服薬管理、健康に留意した食事・運動など	や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPO に応じた身支度をする
<u>家庭生活</u> 日常での買物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分ですます
<u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
<u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
<u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
<u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に2回は買物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する。 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
<u>知識の応用（判断・決定）</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
<u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味をもつ

○ サービスの内容の選択

- 単にサービスの利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、利用者の自立支援を支える介護予防ケアマネジメント計画原案を利用者と共に作成する。

<ul style="list-style-type: none"> ・ サービスの組み合わせについては以下の点にも留意する。 ➤ サービスの訪問型サービスと通所型サービスとその他の生活支援サービスを、組み合わせて利用することができる。 ・ 利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数・利用時間を設定する。 <p>○ 利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、介護予防ケアマネジメント計画の原案の内容を検討していく中で、利用者の意向も踏まえながら、目標の設定やその達成に向けての取組、利用するサービス等、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、介護予防ケアマネジメント計画の原案全体を作成する。</p>	
<p>☞<u>運営基準</u>における<u>関連事項</u></p>	
<p>○ 介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護の利用について 介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護を介護予防サービス計画に位置付ける場合は、これらのサービスが利用者の在宅生活の維持につながるように十分留意する必要がある。</p> <p>○ 福祉用具の利用について 介護予防福祉用具貸与及び特定介護予防福祉用具販売については、必要性の検討が不十分であった場合、利用者の自立支援を阻害させる可能性があるため、介護予防サービス計画に位置付けるにあたり、サービス担当者会議を開催するとともに該当計画にもその必要性を明記する必要がある。</p>	<p>第三十条 1項 第二十三号 ～ 第二十五号</p>
<p>④ サービス担当者会議</p>	<p>第三十条の</p>
<p>○ サービス担当者会議の目的</p> <p>ア 利用者・家族の生活の意向・目標を共有する</p> <p>イ さまざまな専門職による専門的な見地や地域のさまざまな関係者の意見により、多面的なアセスメントを深めるとともに効果的な支援策を検討する</p> <p>ウ 介護予防ケアマネジメント計画に示された取組や関係者の役割分担を決め、参加者全員で共有する</p> <p>○ 医学的見地から意見を得るため、主治医に参加を依頼する。主治医が参加できない場合は、「居宅介護支援計画連絡票」等によって意見照会する。</p> <p>○ 特に通所系サービスを位置付ける場合は、主治医に、運動や入浴を行う際のリスクを必ず確認する。</p> <p>○ 医療系サービス利用の有無に関わらず、重度化防止の視点から、療養上の留意点を確認し、ケアチームで共有することが重要である。</p> <p>○ リハビリテーション専門職等の活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自立支援・介護予防の観点からリハビリテーション専門職等に参加を求める 	<p>1項 第九号</p>

<p>ことも有効である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防ケアマネジメント計画の作成時（居宅要支援被保険者の場合は、要支援更新認定時も含む）・変更時に開催する。 ○ サービスの実施者との連絡調整や打合せ等をとおして情報共有しておくことが重要である。 ○ テレビ電話装置等を活用して開催することも認められているが、利用者又はその家族が参加する場合にあたっては、その活用について当該利用者等の同意を得る必要がある。 	<p>第三十条 1項 第九号</p>
<p>⑤ 利用者への説明・同意</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス担当者会議の内容を踏まえた介護予防ケアマネジメント計画について、利用者及び家族に説明し、同意を得る。 ○ 本人の同意を得て、地域包括支援センターより介護予防ケアマネジメント計画を関係者に交付する。 ○ 利用者及びその家族に対し、以下のことを説明する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が「目標とする生活」（ありたい姿、望む生活）のイメージを共有 ・ 「目標とする生活」を実現するために「維持・改善すべき課題」の解決（目標の達成）を図ることが大切 ・ 目標が達成されたら、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップの場である地域の居場所や社会参加の場に通うことが大切 	<p>第三十条 1項 第十号</p>
<p>⑥ 介護予防ケアマネジメント計画確定・交付</p>	<p>第三十条 1項 第十号</p>
<p>⑦ サービス利用開始</p>	
<p>⑧ モニタリング（給付管理）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ モニタリングの目的 <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の状態変化や介護予防ケアマネジメント計画等に示された利用者等の取組、サービスの実行状況を把握することである。実施しているサービスが適切かどうか、新たな課題等が生じていないかどうか確認するとともに、利用者等の取組を支持し、促進する機会として活用することが重要である。 ○ 給付管理について <ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅要支援被保険者がサービスを利用する場合は、予防給付のサービスを利用しつつ、サービス・活動事業を利用するケースも想定されることから、予防給付の区分支給限度基準額の範囲内で、一体的に給付管理する。 ・ サービスのみを利用する場合の給付管理については、サービス・活動事業を利 	<p>第三十条 1項 第十四号 ・ 第十六号</p>

<p>用する場合にのみ行う。その際は、予防給付の要支援1の区分支給限度基準額を目安とする。介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業者によるサービス以外の生活支援・介護予防サービス等の利用状況も勘案して介護予防ケアマネジメント計画を作ることが適当であり、例えば、退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援に繋がると考えられるようなケース等利用者の状況によっては、予防給付の要支援1の区分支給限度基準額を超える（ただし、要支援2の区分支給限度基準額の範囲内）ことも可能である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 従前相当サービス（介護型ヘルプサービス、介護予防型デイサービス）及び指定事業者によるサービス・活動A（生活支え合い型ヘルプサービス、短時間型デイサービス）を利用する場合は、給付管理が必要となる。 <p>○ 介護予防支援と同様に、原則は、少なくとも3か月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。</p> <p>☞ 令和6年度報酬改定に伴う一部変更点</p> <p>人材の有効活用及び指定居宅サービス事業者等との連携促進によるケアマネジメントの質の向上の観点から、次に掲げる要件を設けた上で、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことを可能とする。</p> <p>ア 利用者の同意を得ること</p> <p>イ サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の心身の状態が安定していること。 ・ 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通できること。 ・ 介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。 <p>ウ 少なくとも6月に1回は利用者の居宅を訪問すること。</p> <p>⑨ 評価</p> <p>○ 介護予防ケアマネジメント計画に記載した実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、介護予防ケアマネジメント計画に位置付けたサービスの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共にしながら、新たな目標の設定や、利用するサービス等の見直し等今後の方針を決定する。</p> <p>○ 新たな課題が見つかった場合や、目標達成が困難な場合は、介護予防ケアマネジメント計画を見直すことになる。その際も必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション専門職等の意見を聴取して維持・改善の可能性を追求することが望まれる。</p>	<p>第三十条の 1項十五 号</p>
---	-----------------------------

○ 評価時のサービス担当者会議開催は必須ではないが、評価の結果、当該計画を変更する場合はサービス担当者会議を開催する必要がある。	
○ 目標志向型ケアプランの考え方から、目標が達成できなかった場合、実現可能な目標の再検討が必要である。	

(2) 居宅要支援被保険者等について特に把握が必要な課題分析（アセスメント）に関する項目

標準項目名	項目の主な内容（例）
健康状態	身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主病歴、症状、痛みの有無、褥そうの有無、受診に関する状況、服薬に関する状況、自身の健康に対する理解や意識の状況
ADL	寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等
IADL	調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等
認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況
コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況、コミュニケーション機器・方法等
生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度、休息・睡眠の状況等
排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム、排泄内容
清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況、寝具や衣類の状況
口腔内の状況	歯の状態、義歯の状況、かみ合わせの状態、口腔内の状態、口腔ケアの状況
食事摂取の状況	食事摂取の状況、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量、食事制限の有無
社会との関わり	家族等との関わり、地域との関わり、仕事との関わり
家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況、家族等による支援への参加状況、家族等について特に配慮すべき事項
居住環境	日常生活を行う環境、居住環境においてリスクになりうる状況、自宅周辺の環境やその利便性等
その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項

(3) 家族等への支援に必要な着眼点（ケアプラン点検項目マニュアルとの関連から）

介護予防ケアマネジメントにおいて、家族等への支援は、利用者の自立支援・重度化防止に不可欠です。利用者を介護することが、家族、特に配偶者や子どもなど近親者である養護者にとって大きな負担となっている場合、適切な社会資源やサービス利用により、過度な負担の軽減を図ることが必要となります。

厚生労働省が作成している「ケアプラン点検項目マニュアル」では、家族等への支援の観点から、ケアプラン作成・実施において以下の項目に関するアセスメントが必要であるとされています。これらの項目を参考に、家族等の負担にも配慮した適切な支援計画を作成するよう心がけてください。

20. 家族の主訴・要望

○ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、家族の主訴や要望がどのように記載されているかを確認します。

○ この項目を確認する必要性

- ・ 本人の尊厳のある生活を支えていくことは長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすいため、本人を中心に家族等とともに行われる意思決定を支援することが重要です。
- ・ 本人の尊厳を尊重する観点から、できる限り今の生活を継続できるようまずは本人の意向を把握するが、介護にかかわる意思決定には本人自身に加えて家族等がかかわって行われることを考慮し、意思決定にかかわる家族等（キーパーソン）の意向を把握することも重要です。
- ・ 本人の生活の継続を実現するには、本人の生活を支える人がケアに継続して関わることが出来るようにする必要があります。レスパイトだけでなく、情報の支援、情緒面での支援などの相談援助も併せて提供し、家族等や介護者等の負担感や不安感の軽減を図ることが重要です。

25. 家族の状況

○ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、家族の状況がどのように記載されているか確認します。

○ この項目を確認する必要性

- ・ 介護保険は利用者の「主訴」すべてに対応できるものではありません。利用者及び家族の自立を支援すること、ADL・IADLの「生活上の手間」への支援を目的とします。介護保険は家族介護を社会的に支援することを目指しており、家族が出来ることや家族だからこそできる「心の支え」までフォローできるものではありません。
- ・ 家族といっても、誰もがいつも「前向き」に介護できているわけではありません。家族自身の生活や近隣との関係、しがらみなどの影響を受けながら介護しているのが現状です。

- ・ 利用者主体の介護を行うためにも、ときには状況に応じて家族に重点をおいた支援の方策を練ることが必要となる場合もあります。そうすることで家族の力がまた大きくなり、利用者支援に還元されることにつながります。

26. 家族関係や周辺の社会資源との状況

○ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、家族構成が分かる図（ジェノグラム）や周辺の社会資源との関係性が分かる図（エコマップ）が記載されているかを確認します。

○ この項目を確認する必要性

- ・ ジェノグラムは、利用者を中心とした家族関係や、原則として三世代をさかのぼる世代関係を一つの図に表したもので、同居関係は円を描くことで表現します。利用者への支援は、その人のみならず、その家族の状況や関係も視野に入れて行うことが必要となります。家族の全体像をつかみ、その抱える問題を整理したり、誰にどう働きかけたら良いかなど、支援の在り方を検討するために役立ちます。
- ・ エコマップは、利用者と家族やさまざまな社会資源との関係を、地図のようにシステムの、図式的に描き出したもののことです。作成することで、利用者を取り巻く人間関係や社会関係が明確に把握できるという利点があります。
- ・ ジェノグラムやエコマップは、利用者の問題状況が生み出された理由を理解したり、援助を提供すべき部分がどこかを考えたりする際に役立ちます。
- ・ ジェノグラムやエコマップは、本人や家族の状況を正しく把握するため、また、ヤングケアラー等のリスクを把握するため、3世代以上にわたって記載することが重要です。

(4) 「京都市ケアラーに対する支援の推進に関する条例（ケアラー支援条例）」について

京都市会では、令和6年11月に、「京都市ケアラーに対する支援の推進に関する条例（ケアラー支援条例）」を制定しました。

ケアラーとは、高齢、身体上又は精神上的の障害、疾病、使用する言語等により援助を必要とする家族や友人、身近な人を無償でケアする人のことをいいます。

ケアの要因や範囲は様々であり、ケアラーの属性も多様化し、それに対する社会的認識も変化しています。ヤングケアラー、若者ケアラー、仕事をしながらケアを担うワーキングケアラー、ケアと子育てを同時に担うダブルケアラー、高齢のケアラーなど、それぞれが深刻なケアの課題に直面しています。

ケアは人生の中で誰もが携わり得るものであり、社会を支える不可欠な営みです。京都市では、社会全体でケアラーを支える社会の実現のため、ケアラー支援の一層の推進に取り組んでいきます。条例や京都市の取り組み、相談先については、京都市情報館や（No. 340927）周知リーフレットをご覧ください。



2 アセスメントのための基本チェックリストの活用について

(1) 基本チェックリストについて

基本チェックリストは、平成18年度の地域支援事業開始に伴い、要介護リスクのある虚弱な65歳以上を把握するために厚生労働省が提示した全25項目の質問票です。

「運動」「栄養」「口腔」などの面から生活機能を客観的に評価し、支援が必要な者を早期発見することを目的としており、「総合事業」における対象者判定のスクリーニング指標としても重要な役割を担っています。

(2) 基本チェックリストから見えるフレイルの兆候

フレイルは、加齢に伴う心身の変化と社会的・環境的な要因が合わさることによって起こる「虚弱状態」であり、健康な状態と要介護状態の中間に位置するものです。

事業対象者や要支援者においては、生活機能の低下が固定化した状態ではなく、「フレイル」の段階であることが多いため、要介護状態への進行を防ぐため、この段階で適切な支援を行うことが非常に重要になります。基本チェックリストにおける各領域の質問への回答から、フレイルの具体的な兆候を読み取ることができるため、アセスメントの際には、単に該当項目の多寡だけでなく、それぞれの質問への回答内容から、高齢者の心身の状態を把握し、個々の状態に応じた適切な支援につなげることが不可欠です。

具体的な該当項目についてさらに深掘りした質問を行い、その背景にある要因や本人の意向を丁寧に把握することで、より自立支援に資するケアマネジメントの実施が可能になります。

ア 各領域とフレイルの兆候の例

領域	No.	回答からできるアセスメント
運動機能	6～10	<ul style="list-style-type: none"> 「階段を手すりなしで昇れない」や「15分続けて歩けない」が「はい」の場合、下肢筋力やバランスの低下、転倒への恐怖が活動量減少につながっている可能性がある。 ⇒身体的フレイル 「転倒歴」や「転倒への不安」が「はい」の場合、転倒恐怖から活動量の低下に繋がっている可能性がある。 ⇒身体的・社会的フレイル
栄養	11～12	<ul style="list-style-type: none"> 「半年前より体重減少」が「はい」の場合、食事量の減少や、それによる低栄養・筋力低下の可能性はある。 ⇒サルコペニア※
口腔機能	13～15	<ul style="list-style-type: none"> 「固いものが食べにくい」や「お茶や汁物でむせる」が「はい」の場合は、食事量が低下している可能性がある。 ⇒オーラルフレイル、サルコペニア
閉じこもり	16～17	<ul style="list-style-type: none"> 「週に1回以上外出している」が「いいえ」の場合であったり、「昨年と比べて外出頻度が減っていますか」が「はい」の場合は、

		活動量の低下から社会参加が減少している可能性がある。 ⇒身体的・社会的フレイル
認知症	18～20	・ 「物忘れがあると言われる」や「今日が何月何日がわからない」が「はい」の場合、認知機能低下の可能性はある
うつ	21～25	・ 「これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった」や「できていたことが億劫に感じられる」が「はい」の場合、活動意欲が低下している可能性がある。 ⇒身体的・心理的・社会的フレイル ・ 「自分が役に立つ人間だと思えない」が「はい」の場合、自己効力感の低下や、抑うつ傾向の可能性はある ⇒心理的フレイル

※ 加齢などにより筋肉量が減少し、筋力や身体機能が低下した状態

イ アセスメントを深めるための質問について

質問の視点	確認すべき内容
時系列の把握	きっかけとなる出来事（病気、転倒、家族の変化など）について、いつから、その項目に該当するような状態になったのかを確認する。
阻害因子の特定	なぜ、その項目に該当するような状態になってしまったのかを確認する。 個人因子：痛み、息切れ、麻痺、筋力低下、視力・聴力低下といった身体的な症状はあるか。 「もう歳だから」という諦め、意欲の低下、認知機能への不安など、本人の内面的な要因はないか。 環境因子：自宅に段差が多い、坂道が多い、移動手段がない、近所づきあいが少ない、友人との交流が少ないなど、外部環境による要因はないか。
本人の認識確認	「まだ大丈夫」なのか、「不安に思っている」のか、その状態について本人はどのように感じているかを確認する。

(3) 基本チェックリストについての考え方

※平成27年6月5日厚労省通知「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」から抜粋

【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	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねていま

	ありますか	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 と言われますか	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。月と日の一方しかわからない場合には「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。		

2 1	(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。
2 2	(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	
2 3	(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	
2 4	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
2 5	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

(4) 基本チェックリストにおける事業対象者の該当基準

下表の①～⑦のいずれかに該当する場合、事業対象者とする。

① 質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当	生活機能全般の低下
② 質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当	身体機能の低下
③ 質問項目No.11～12の2項目のすべてに該当	低栄養
④ 質問項目No.13～15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 質問項目No.16に該当	閉じこもり
⑥ 質問項目No.18～20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 質問項目No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当	うつ

(注) この表における該当 (No. 12を除く。) とは、基本チェックリストの回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No. 12に限る。) とは、 $BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$ が18.5未満の場合をいう。

👉 関連情報

「リハビリ専門職派遣事業」

自立に資する介護予防ケアマネジメントを実施するにあたっては、リハビリ専門職との連携が効果的です。リハビリ専門職は、対象者の身体能力と生活環境、精神状態などから、どんな危険が予測されるかを考え、回避することが求められる職種なので、危険予測が得意です。また、現在の状態から心身機能などを考慮し、今後の生活や活動の変化を予測することも得意なので、サービス導入の際にも有益な助言が得られます。

京都市では、リハビリ専門職との連携に対する支援として、「京都市地域包括支援センター等の事例検討会及びアセスメント訪問に対するリハビリ専門職派遣事業」（以下「リハビリ専門職派遣事業」と表記）を実施しています。

「リハビリ専門職派遣事業」とは、地域包括支援センター等が開催する介護予防ケアマネジメントの事例検討会及びアセスメント訪問の助言者として、リハビリ専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）の派遣を受ける場合に、それに要する費用の助成を行うものです。

日々の業務の中で、「自立支援に資する支援ってどう考えたらいいの?」、「どんなサービスを導入したら本人の能力を維持・向上できる?」など、御自身の介護予防ケアマネジメントの実施について迷われた時は、ぜひ「リハビリ専門職派遣事業」を活用して、リハビリ専門職に御相談ください☆

3 介護予防サービス・支援計画書記載要領

介護予防サービス原案の作成について、運営基準第三十条1項の第八号について、解釈通知には以下のように記載されています。

担当職員は、介護予防サービス計画が利用者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分に認識し、目標指向型の介護予防サービス計画原案を作成しなければならない。したがって、介護予防サービス計画原案は、利用者についてのアセスメントの結果、利用者が目標とする生活、利用及びその家族利用者の意向を踏まえ、当該地域における指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス等が提供される体制を勘案した上で、実現可能なものとする必要がある。

また、当該介護予防サービス計画原案には、目標、目標についての支援のポイント、当該ポイントを踏まえ、具体的に本人等のセルフケア、家族、インフォーマルサービス、介護保険サービス等により行われる支援の内容、これらの支援を行う期間等を明確に盛り込み、該当達成時期には介護予防サービス計画及び各指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス等の評価を行い得るようにすることが重要である。

以上のことを念頭に置き、介護予防サービス計画書の作成にあたってください。

(1) 介護予防サービス・支援計画書様式

様式6

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）

No. _____

利用者名 _____ 様（男・女） 歳 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 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・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 _____

1	目標とする生活														
	1日														
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
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（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間			
運動・移動について		□有 □無					()								
日常生活(家庭生活)について		□有 □無					()								
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有 □無					()								
健康管理について		□有 □無					()								
14	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			15	【本を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			16	総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント						
17	基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて						18	【意見】 【確認印】		19	計画に関する同意 上記計画について、同意いたします。 年 月 日 氏名				
	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	うつ予防									
	予防給付または地域支援事業	✓5	✓2	✓3	✓2	✓3	✓5								

(2) 記載要領

※枠内は、平成27年6月5日老振発0605号第1号「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の実施及び介護予防手帳の活用について」(令和6年8月5日一部改正)より引用したもの

1 「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、利用者自身の意思・意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。

この欄には、必要に応じて計画作成者が上記のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取組である「目標とする生活」のイメージについて記載する。

具体的にどのような生活を送りたいかは、1日単位でも、1年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述する。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活のレベルでともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者と修正するのは差し支えない。1日及び1年単位の両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならないものではない。

「1日」は、大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もあり得る。また、利用者が達成感・自己効力感が得られるような内容が望ましい。

「1年」は、利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントや利用者の取組によって達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

ポイント

- ・ 3～12か月の期間内に、利用者自身のこのような自立した生活（ありたい姿、望む生活）を送れるようになりたいという「目標とする生活」（望む生活）を設定する。
- ・ 認定有効期間が12か月を超える場合や事業対象者で認定有効期間の終期が設定されていない場合でも、「目標とする生活」は3～12か月の期間内で設定する。
- ・ 「安心して」「安全に」等の抽象的な表現は避ける。
例) 1日：朝夕2回、30分程度家の周りを散歩する。
1年：体力を回復し、バス・電車を利用して京都の古寺巡礼を始める。
- ・ 1年後の目標（望む生活）を実現するために、段階的な目標を明確化し、設定する。

2 「アセスメント領域と現在の状況」

各アセスメント領域において「現在、自分で（自力で）実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について、その領域全般について聴取。アセスメントは、基本チェックリストの回答状況、主治医意見書（要支援者のみ）、生活機能評価の結果も加味して行う。

聴取するにあたって利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。

利用者・家族からの情報だけでなく、計画作成者が観察した状況についても記載する。

「運動・移動について」欄は、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、乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行っているかどうかについて確認する必要がある。

「日常生活（家庭生活）について」欄は、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などを行っているかについて確認する必要がある。

「社会参加、対人関係・コミュニケーションについて」欄は、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どうか。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、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要がある。

「健康管理について」欄は、清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思わ

れた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

📌 ポイント

- ・ 利用者の現在の状態で「できること」と「できないこと」を整理し、どちらも記載する。「できないこと」だけでなく、「できること」にも着目する。
- ・ 4つの領域のどの領域に記載するかにとらわれ過ぎず、必要な情報を網羅できるように記載する。
- ・ 利用者が読むことを前提に記載量に配慮し、「できていることで特に維持したいと思っていること」や「特に支障となっており、課題につながる事」などプランにつながることを簡潔に絞って記載する。
- ・ 介護予防サービス計画等の更新の場合は、前回からの変化も記載する。

3 「本人・家族の意欲・意向」

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。

具体的には、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい。」と記載し、その理由についても確認する。記載にあたっては、利用者と家族を区別し、それぞれの意向を記載する。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、ただちに介護予防サービス計画等を立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

📌 ポイント

- ・ 「7具体策についての意向 本人・家族」欄とは異なり、生活機能低下をどのように自覚しているかなど、「2アセスメント領域と現在の状況」に対する利用者・家族の認識にポイントを置いて記載することが望ましい。
- ・ 単に「〇〇のサービスを使いたい」という記載はせずに、今をどのように思っていて、今後どのようにしていきたいのかを記載する。
- ・ ネガティブな意向だけでなく、その先にあるポジティブな希望や願いを引き出して記載すると良い。
- ・ 利用者・家族が「〇〇できるようになりたい」などの意欲・意向が明らかな場合、その意欲・意向を参考にして「6課題に対する目標と具体案の提案」に反映させる。

4 「領域における課題（背景・原因）」

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、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、生活上の課題を分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。

ここには、現在課題となっていることあるいはその状態であると将来どのようなことがおこるかなど課題を予測して記載する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□ 有」に■印を付す。

🔑 ポイント

- ・ 現状の悪化防止や改善のために必要なことを課題として記載する。
- ・ 課題を「無」と判断した場合は、理由を簡潔に記載し、利用者のストレンクス（強み）を再確認する。

5 「総合的課題」

前項目で分析した各「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、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。例えば、複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付す。

🔑 ポイント

- ・ 問題となる点だけを記載するのではなく、利用者が今後どのような生活を送れるようになるのか、めざす生活を分かりやすく記載する。
- ・ 「～が必要」「～の危険性がある」等の表現は、支援者側のスタンスであり、主語が本人ではないため、注意して記載する。
- ・ 「～であるため、～することによって～できるようになる」というように、ポジティブな考え方・方向性で記載することによって、次欄からの目標設定等につなげる。（以下記載例参照）
例) ×「歩行が不安定であるが、適度な運動をしないと、今より筋力が低下するおそれがある」
○「歩行が不安定で歩行量も少ないため、積極的に体を動かし運動量を増やすことによって、筋力を維持・向上することができる」

6 「課題に対する目標と具体策の提案」

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏ま

えた目標と具体策を比較すると判断できるため、地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、サービス・活動事業や一般介護予防事業、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、民間企業により提供される生活支援サービス、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が介護予防サービス計画等の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者はアセスメントに基づき、専門的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的な方策について提案することが重要である。

📌 ポイント

- ・ 「**1**目標とする生活」に段階的に近づいていくために、3～12か月の期間、介護予防に取り組むことで解決することができる「維持・改善すべき課題」に対して「目標」を設定する。
- ・ 「サービスありき」の提案や本人・家族の意向に単純に追随した提案ではなく、ここでは、介護予防サービス計画等を作成する専門家として、介護予防に必要と思う具体策を提案する。
- ・ 目標は、サービス内容一つ一つに対する目標ではなく、生活全般においてどうありたいかという観点から設定する。利用者の視点に立って、距離・場所・時間・回数などを具体的に盛り込み、実現可能な行動目標を設定すると、評価もしやすくなり、達成感や意欲につながりやすくなる。

例) × 「筋力向上のため運動量を増やす」

○ 「毎日スーパーまで歩いていけるようになる」

7 「具体策についての意向 本人・家族」

計画作成者が提案した「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する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点を確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載する。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。

📌 ポイント

- ・ 利用者・家族が目標や具体策に対して明確な意向を持っていない場合でも、できるだけ「〇〇できるようにになりたい」などの積極的な意向を持ってもらうように働きかける。

- ・ 「今のままで良い」という発言であっても、そのままそれだけを記載するのではなく、「今のまま」がどういう状態、状況かを記載する。

8 「目標」

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が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」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよい。

9 「目標についての支援のポイント」

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記入する。
 ここには、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、様々な次元の項目がかかれることがある。

10 「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」「介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）」

「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）」欄には、本人が自ら取り組むことや、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、民間企業により提供される生活支援サービスなどもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。

「介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）」欄には、予防給付、総合事業のサービス事業や一般介護予防事業等含めた地域支援事業のサービスの内容を記載し、どのサービス・事業を利用するかわかるように○印で囲むものとする。

具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。

しかし、サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。

ポイント

- ・ 利用者が既に取り組んでいることで、自立支援のために効果的なことであれば、利用者自身の意識を高めるために改めて記載する。
- ・ 支援者の名称やサービスの種類ではなく、具体的なサービスの内容（「掃除」だけではなく、「どこの掃除を誰がどのように行うのか、一緒に行うのか」等）を記載する。
- ・ 「介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービスを含む）」ありきで考えるのではなく、家族やボランティアによる支援、民間企業により提供される生活支援サービス、地域住民等が自主的に運営する通いの場等での対応の可能性を検討し、可能であれば記載する。

1 1 「サービス種別」

「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）」「介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービスを含む）」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

📌 ポイント

- ・ サービスの種類だけでなく、加算についても必ず記載する。

1 2 「事業所（利用先）」

該当サービスの提供を行う「事業所名（利用先）」を記載する。また、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても明記する。

1 3 「期間」

「期間」は、「支援内容」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（「〇月〇日～〇月〇日」など記載する）。なお、「期間」の設定においては要支援者の場合は「認定の有効期間」も考慮するものとする。また、「支援内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するか提案があれば記載する。

📌 ポイント

- ・ 頻度（「週2回（月曜日・木曜日）などと記載する。）
- ・ 期間は目標の達成時期（3～12か月）とする。

1 4 「健康状態について」

「主治医意見書」（要支援者のみ）、「健診結果」「観察結果」等より健康状態について、介護予防サービス計画等を立てる上で留意すべき情報について記載する。

📌 ポイント

- ・ 健康状態で留意すべき点を本人に分かりやすく表現を工夫して記載する。
- ・ アセスメントにおいて、健康状態及び療養上の留意事項は重要であり、主治医への照会等のやり取りにおいて、把握した情報をケアチームで共有するために記載する。

1 5 「【本来行うことが適切な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」

本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかけ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する。また、本来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。

📌 ポイント

- ・ 目標に関して介護予防マネジメント担当者と本人・家族の擦り合わせが不調に終わった場合のほかに、支援計画欄の整理の際に、サービス種別の選択についての相違、支援内容に不得手な事業所を利用せざるを得ない場合も、記入することに留意。

- ・ 地域における資源の不足により、本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載し、機会をみて保険者に政策提案することも視野に入れておく必要がある。

1.6 「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、計画作成者、各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、チーム全体で留意する点などを記載する。

- ・ サービス担当者だけでなく、本人・家族の取組も包含した共通の方向性や留意点等を記載する。
- ・ 本人が取り組むポイント、家族・地域で取り組む方向性、サービス担当者が提供するポイント等が分かるように記載する。

1.7 「必要な事業プログラム」

基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入する。また、専門職による短期集中予防プログラムを利用する場合は、その判断基準から参加することが望まれると考えられるプログラムの枠内の数字に○印を付す。

1.8 「地域包括支援センター意見」

居宅介護支援事業者が地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用する。この場合、その介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの最終的な責任主体である当該地域包括支援センターは、介護予防サービス計画等が適切に作成されているかを確認する必要がある。

このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防サービス計画原案等を作成し、介護予防サービス計画書について当該地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした当該地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する（当該地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防サービス計画原案等の確認を行っても差し支えない）。

この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

（ただし、総合事業における介護予防ケアマネジメントの場合は、そのプロセスによっては、介護予防ケアマネジメント計画原案としての作成や、サービス担当者会議を省略することもある。）

1.9 「計画に関する同意」

介護予防サービス計画原案等の内容を当該利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の

同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。この場合、利用者名を記入した原本は、事業所において保管する。

4 「私のプラン（ケアマネジメントC結果等記録表）」の記載要領について

(1) 介護予防ケアマネジメントCの実施にあたって

「介護予防ケアマネジメントC」の実施にあたっては「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）」（以下「介護予防サービス・支援計画書」）又は「私のプラン（ケアマネジメントC結果等記録表）」（以下「私のプラン」）のいずれかの様式を用います。

「介護予防サービス・支援計画書」を用いる場合は、介護予防支援、ケアマネジメントAと同様に本書の既述の手順に従い作成することになりますが、ケアマネジメントCでは④「領域における課題（背景・原因）」、⑤「総合的課題」、⑥「課題に対する目標と具体策の提案」、⑦「具体策についての意向 本人・家族」、⑨「目標についての支援のポイント」、⑪「サービス種別」、⑬「期間」、⑮「【本来行うことが妥当な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」、⑯「総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」については省略が可能です。

「私のプラン」は本市独自の様式で、サービス担当者会議や定期的なモニタリングを行わないケアマネジメントCが、より効果的に実施できるよう、面接の中で利用者とともに書き込み完成させることができる様式としています。作成にあたっては「介護予防サービス・支援計画書」を用いる場合と同様に、既述の記載要領を参照するとともに、以下の「私のプラン」に関する記載要領も参考にしてください。

(2) 「私のプラン」の様式

被保険者番号:		私のプラン(ケアマネジメントC結果等記録表)		計画(変更)作成日: 年 月 日	
利用者氏名: 男・女		地域包括支援センター		担当者:	
生年月日: 大・昭 年 月 日 ()歳		住所:		電話:	
① ①か月後の私の姿(目標):		担当者メッセージ:			
* 太枠内の該当する項目の○を●のように塗りつぶしてください。追加項目がありましたら○その他:の後の何も書いていない所に簡単に記入してください。					
② 現在の状況		③ そんなふうになりたいですか(意欲・意向)		④ 維持・改善を目指すこと(目標)	
⑤ 民間サービス等(セルフケアや地域活動等をきむ)		⑥ 公的サービス		⑦ 事業所(利用先)	
運動・移動	○週に()回は歩いて外出している ○乗り物で出かけることがある(以下に○) 【車を運転・自転車・バス・電車・その他】 ○杖を使用している ○その他:	○外出の機会を増やしたい ○楽に歩けるようになりたい ○階段を安心して昇り降りしたい ○その他:	○外出の機会を増やしたい ○楽に歩けるようになりたい ○階段を安心して昇り降りしたい ○その他:	○セルフケアや地域活動等をきむ	○公的サービス
日常生活	○家事が負担になってきた(以下に○) 【買い物・調理・掃除・洗濯・その他】 ○家事以外にも趣味や日課がある 【例:花水やペットの世話等】 ○その他:	○身の回りのことは自分でしたい ○時々手伝ってもらいながら今の生活を続けたい ○趣味や楽しみを持ちたい ○その他:	○身の回りのことは自分でしたい ○時々手伝ってもらいながら今の生活を続けたい ○趣味や楽しみを持ちたい ○その他:		
社会参加	○一人暮らしである ○仕事をしている ○サークルや地域の活動に参加している ○身近な人のとの関わりが少ない ○その他:	○話し相手(仲間)がほしい ○地域の活動に参加したい ○家族や周りの人の役にしたい ○その他:	○話し相手(仲間)がほしい ○地域の活動に参加したい ○家族や周りの人の役にしたい ○その他:		
健康管理	○かかりつけ医がある ○薬の飲み忘れがある ○体重が増えて(減って)きた ○健康のために取り組んでいることがある 【例:ウォーキング、筋トレ、食事等】 ○その他:	○健康のために運動等に取り組みたい ○薬の飲み忘れをなくしたい ○体重を減らし(増やし)たい ○その他:	○健康のために運動等に取り組みたい ○薬の飲み忘れをなくしたい ○体重を減らし(増やし)たい ○その他:		
⑧ 【チェックリスト結果】(年 月 日実施分) 運動不足(実数) 歩数(歩) 歩行時間(分) 歩行回数(歩) 歩行速度(歩/分) 歩行距離(歩)		⑨ 実施にあたっての留意事項		⑩ ⑪【評価結果記録】(年 月 日) 【計画に関する留意】 上記計画について、同意いたします。 年 月 日 氏名	
/5 /2 /3 /2 /3 /5					

※こちらの様式はケアマネジメントの実施後、必要に応じて御利用者様自身に活用いただくものです。

⑫ ○私自身について
改めて自分自身について振り返ってみましょう。あなたの強みは何ですか？

一日の生活 (睡眠、食事、 散歩等)	午前	午後
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	
健康状態 (治療中の病 気、気になるこ と)		
食生活 (栄養バランス、 楽しめている の)		
家庭や地域での 役割 (家事、ボラン ティア等)		
性格 (良いと思うと ころ、気にして いること)		
趣味 (好きなこと、 興味のあふこ と)		
大切にしている こと (やがて行ける こと、現在の婚 等)		
困ったときに助 けてくれる人 (緊急連絡先、 友人等)		

⑬ ○活動記録
介護予防教室、研修会、地域活動への参加など、あなたが取り組んでいることを記録しましょう。参加してよかったと思えることがあったら必ずです。

活 動 日	活動記録 (メモ程度で構いません。気軽に書いてみましょう。)		
年 月 日	内容、場所等	出席った人等	感想等 (楽しかった事や新たな気づき等)
年 月 日	内容、場所等	出席った人等	感想等 (楽しかった事や新たな気づき等)
年 月 日	内容、場所等	出席った人等	感想等 (楽しかった事や新たな気づき等)
年 月 日	内容、場所等	出席った人等	感想等 (楽しかった事や新たな気づき等)
年 月 日	内容、場所等	出席った人等	感想等 (楽しかった事や新たな気づき等)
年 月 日	内容、場所等	出席った人等	感想等 (楽しかった事や新たな気づき等)
年 月 日	内容、場所等	出席った人等	感想等 (楽しかった事や新たな気づき等)
年 月 日	内容、場所等	出席った人等	感想等 (楽しかった事や新たな気づき等)
年 月 日	内容、場所等	出席った人等	感想等 (楽しかった事や新たな気づき等)
年 月 日	内容、場所等	出席った人等	感想等 (楽しかった事や新たな気づき等)

裏 面

(3) 記載要領

ア 表面の記載要領

① () か月後のわたしの姿 (目標)

「介護予防サービス・支援計画書」における「目標とする生活」に該当。(※1)「目標とする生活」を参照)「私のプラン」では数か月から1年単位を目処に、利用者がマネジメント結果を元に介護予防活動等を行った結果、達成可能な具体的な目標を設定する。

さらに、「担当者メッセージ」欄にはケアマネジメント担当者から利用者へ向けたコメントを記載する。利用者が住民主体の介護予防活動等に取り組む場合においては、セルフマネジメントにより活動を継続し、目標が達成出来るように、利用者をエンパワメントするようなメッセージが望ましい。

②現在の状況

「介護予防サービス・支援計画書」における「アセスメント領域と現在の状況」に該当。(※2)「アセスメント領域と現在の状況を参照)」

あらかじめ記載された項目を元に、これまで聴き取った情報を利用者とともに整理し書き込む。利用者自身に「現在の状況」について考えてもらうことで、主観的健康感等を引き出すとともに、やり取りの過程で得られた客観的事実も担当者から示しながら、現在の状況が総合的

に把握され、共通の理解となるように取り組む。

「運動・移動」「日常生活」「社会参加」「健康管理」のそれぞれについて、該当する項目の○を塗りつぶすとともに、趣味や日課等については空欄部分に具体的に記入する。また記載されている項目以外にも該当する事項があれば、その他の欄に追加で記入する。

③どんなふうになりたいですか（意欲・意向）

「介護予防サービス・支援計画書」における「本人・家族の意欲・意向」に該当。（※**3**「本人・家族の意欲・意向」を参照）

「②現在の状況」と同様、あらかじめ記載された項目について○を塗りつぶすほか、利用者の「なりたい姿」を引き出し、具体的に記載する。

現在の状況をどのように捉え、今後どのようにになりたいかについて利用者に主体的に考えてもらいながら、介護予防に取り組むモチベーションが高まるよう、本人の意識や意欲を引き出す支援を行う。

また、利用者自身の持つセルフイメージと、担当者が面接の中で把握した客観的事実をすり合わせながら、利用者が意欲や期待を持てる内容が設定できるよう配慮する。

④維持・改善を目指すこと（目標）

「介護予防サービス・支援計画書」における「目標」に該当。（※**8**「目標」を参照。また目標設定までプロセスについては**5**～**7**も適宜参照すること。）

介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントCを含む。）では、日常生活の活動性を高めることによる介護予防を促すため、本人の興味・関心に基づいて生活目標を設定し、目標達成に向けて、地域活動や趣味、スポーツ等に取り組めるよう支援する必要がある。

また、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも、利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。

このため、アセスメントの結果、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解したうえで、目標の達成に取り組んでいけるよう、住民主体のサービスや一般介護予防事業等の公的サービスの利用についても検討し、達成可能な具体的な目標を作成する。

⑤民間サービス等（セルフケアや地域活動等を含む）

「介護予防サービス・支援計画書」における「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）」に該当。（※**10**「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）」「介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）」を参照）

⑥ 公的サービス

「介護予防サービス・支援計画書」における「介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）」に該当。（※10）「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）」「介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）」を参照）

ケアマネジメントCでは、一般介護予防事業等の地域支援事業のサービスや本市が独自に実施する事業（例：「緊急通報システム」など）を記載する。

⑦ 事業所（利用先）

「介護予防サービス・支援計画書」における「事業所（利用先）」に該当。（※12）事業所（利用先）参照）

⑧ チェックリスト結果

基本チェックリストの当該項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入する。

⑨ 実施にあたっての留意事項

「基本情報」やケアマネジメントの過程で得られた健康状態や治療中の疾患等について、本人やサービス提供者が介護予防に関する取組等を実施していく上で留意すべき事項があれば記載する。

ケアマネジメントCでは地域包括支援センターがモニタリングを行わないため、疾病や障害をふまえた生活上の留意点を本人や家族、サロン等の運営主体に伝えておくことや、本人の状況が変化した場合に地域包括支援センターにすぐに相談に来てもらえるような関係づくりも必要である。

⑩ 計画に関する同意

「介護予防サービス・支援計画書」における「計画に関する同意」に該当。（※19）「計画に関する同意」を参照）

⑪ 評価結果記録

「介護予防サービス・支援計画書」を用いた際に使用する「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」に該当し、「私のプラン」を用いてケアマネジメントCを実施する場合の評価結果についてはこの欄に記載することになる。

自立支援加算を算定する場合、介護予防支援等の提供を終了した日の翌月から起算して4月後に電話等の手段で確認をおこなう。また、確認した内容については記録に残すことが望ましい。

イ 裏面の記載要領

「私のプラン」（裏面）については、利用者が主体的に介護予防に取り組めるよう、利用者自身が必要に応じて活用することを想定しており、ケアマネジメントCの実施にあたって必須の様式ではありません。

ケアマネジメントCの結果、特に住民主体が運営する活動場所や支援を中心に介護予防に取り組む場合は、専門職が直接関与する機会が少ないため、本人の管理のもとで、ケアマネジメント結果等（生活目標や活動計画等）を保管し、取組の経過等を記録するセルフマネジメントの仕組みが求められます。このため、裏面にはセルフマネジメントの一助となるように、「私自身について」と「活動記録」の記録様式を設けています。

なお、上記の用途以外にも、例えば、アセスメントにおいて、②現在の状況と合わせ生活状況を把握する際に活用するなど、ケアマネジメント担当者の創意工夫の範囲で活用することは差し支えありません。

⑫ 「私自身について」

利用者に日常生活を中心に複数の視点から振り返ってもらうことで、自分自身について再確認してもらうことを目的としている。この中で、目標の達成に向けて改善の必要な課題の抽出に終わらず、利用者自身が持つストレングス（強み）についても再認識してもらうことが大事である。

⑬ 「活動記録」

利用者に介護予防活動等の取組状況を記録してもらうことで達成感や充実感を感じてもらくとともに、継続実施へ向けたモニタリングの意味も持たせている。ここでも新たな出会いや気付き等、参加してよかったと思える前向きな感情を引き出すことを一番の目的にしている。