

利用者が元気になる予防ケアプラン

～喜びを感じるケアプランを作ろう～

大和高田市 保健部 地域包括ケア推進課

佐藤 博美

研修プログラム

- I. 介護予防プランと介護プランの違い
- II. モニタリングと評価
- III. 評価から次のケアプランへ
- IV. 目標の設定
- V. 介護予防ケアマネジメントが目指すもの

自分の立案した介護
予防サービス・支援計
画書、 介護予防
サービス・支援評価表

できれば、お手元にご用意ください。

老認発 0913 第 2 号 令和 4 年 9 月 13 日

「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」の一部改正について

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各介護保険関係団体 御中
← 厚生労働省 認知症施策・地域介護推進課

介護保険最新情報

今回の内容

「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」の一部改正について
計 47 枚（本紙を除く）

Vol.1099

令和4年9月13日

厚生労働省老健局
認知症施策・地域介護推進課

【貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしくお願いいたします。】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 3982）
FAX：03-3503-7894

利用者に喜ばれるケアプランって どんなプラン？

- **ご本人ができなかったことができるようになる**
- **家族に手伝ってもらうことが少なくなる**
- **ご本人の思うことが計画表に書かれている**
- **元気になるプラン**
-

ケアマネが喜びを感じるケアプランって どんなプラン？

- ◎ **ご本人が元気になる**
- ◎ **ご本人やご家族が喜んでくれる**
- ◎ **こうなったらいいと思う姿に近づく**
- ◎ **介護度が改善する**
- ◎

介護予防プランについてこんな声を聞きます

介護予防プランって書きにくい

介護予防プランは苦手

介護予防プランは面倒

どこに何を書いたらいいのかわからない

同じようなことばかり書いている

毎回同じプランになってしまう

I .介護予防プランと介護プランの違い

- 1.介護予防プランと介護プランの違い
- 2.介護予防プランは書きにくい？
- 3.自分のプランを見直そう《演習》

1. 介護予防プランと介護プランの違い

- ① 法的根拠
- ② 様式の違い
- ③ 対象者の違い
- ④ 介護予防ケアマネジメントの手順

予防給付の介護保険法上の位置づけ

予防給付は「**第四節 予防給付**」に、介護給付は「**第三節 介護給付**」に、それぞれ位置づけられている。

（予防給付の種類）第五十二条 に保険給付の対象とすることが記されている。

地域包括支援センターを置いている場合の

「指定介護予防支援事業者」の指定

介護保険法第58条、第115条の20第1項に、地域包括支援センターの設置者の申請により、介護予防支援事業を行う事業所ごとに**市町村長が指定**するとしている。

介護予防ケアマネジメントの 「介護保険法」上の位置づけ

第六章 地域支援事業等（地域支援事業）第115条の45第1項「二」に在宅の要支援者の介護予防を目的として、第一号訪問事業、第一号通所事業又は第一号生活支援事業その他の適切な事業が**包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行うこと**とされています。

介護予防ケアマネジメントの実施について

老認発 0913 第 2 号 令 和 4 年 9 月 13 日

「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」の一部改正について

別紙1 「介護予防・日常生活支援総合事業を行う場合の介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施について」に内容やプロセス等が詳しく記されている。

様式の違い

使用する様式等

- 利用者基本情報
- 介護予防サービス・支援計画書
(認定調査情報、主治医意見書、基本チェックリスト)
- 介護予防支援経過記録
- 介護予防サービス・支援評価表



平成30年5月10日老発0510第3号
「地域支援事業の実施について」の一部改正について

(別紙)

[介護予防支援業務に係る関連様式例及び記入要領]

利用者基本情報 (表面)

作成担当者:

【基本情報】

相 談 日	年 月 日 ()	来 所・電 話 その他 ()	初 回 再来 (前 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()		
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳
住 所	Tel ()		()
	Fax ()		()
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日～年 月 日 (前回の介護度)		
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、()		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・()		
来 所 者 (相 談 者)	家族構成		
住 所 連 絡 先	姓 名	続 柄	家族構成 ◎回=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)
	住所・連絡先	続 柄	
緊 急 連 絡 先	氏 名	続 柄	家族関係等の状況

利用者基本情報 (裏面)

【介護予防に関する事項】

今までの生活			
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族
	友人・地域との関係		

【現病歴・既往歴と経過】(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
			Tel		
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	

【現在利用しているサービス】

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

表7 基本チェックリスト様式例

記入日:平成 年 月 日()

氏名	住所	生年月日		
希望するサービス内容				
No.	質問項目	回答: いずれかに○をお付けください		
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ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	
12	身長 cm 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	1. はい	0. いいえ	
14	お茶や汁物等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	0. はい	1. いいえ	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ	
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	1. はい	0. いいえ	
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	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	

(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

表8 事業対象者に該当する基準

① No.1~20までの20項目のうち10項目以上に該当	(複数の項目に支障)
② No.6~10までの5項目のうち3項目以上に該当	(運動機能の低下)
③ No.11~12の2項目のすべてに該当	(低栄養状態)
④ 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 No.16~17の2項目のうちNo.16に該当	(閉じこもり)
⑥ 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 No.21~25までの5項目のうち2項目以上に該当	(うつ病の可能性)

介護予防サービス・支援計画書

No. _____

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

地域支援事業

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: _____

目標とする生活

1日 _____ 1年 _____

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	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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活(家庭生活)について		<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					()					

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

【本来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

総合的な方針: 生活不活発病の改善予防のポイント

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。

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○印をつけて下さい。

	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						

地域包括支援センター

【意見】

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 _____

介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

利用者氏名 _____

計画作成者氏名 _____

年 月 日	内 容	年 月 日	内 容

- ※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。
- 2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

利用者名 _____ 殿

計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標体制状況	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

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"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> <u>一般介護予防事業</u> <input type="checkbox"/> 終了

対象者の違い

介護予防ケアマネジメントの対象者像

認定調査結果からみると要支援者のほとんどは、

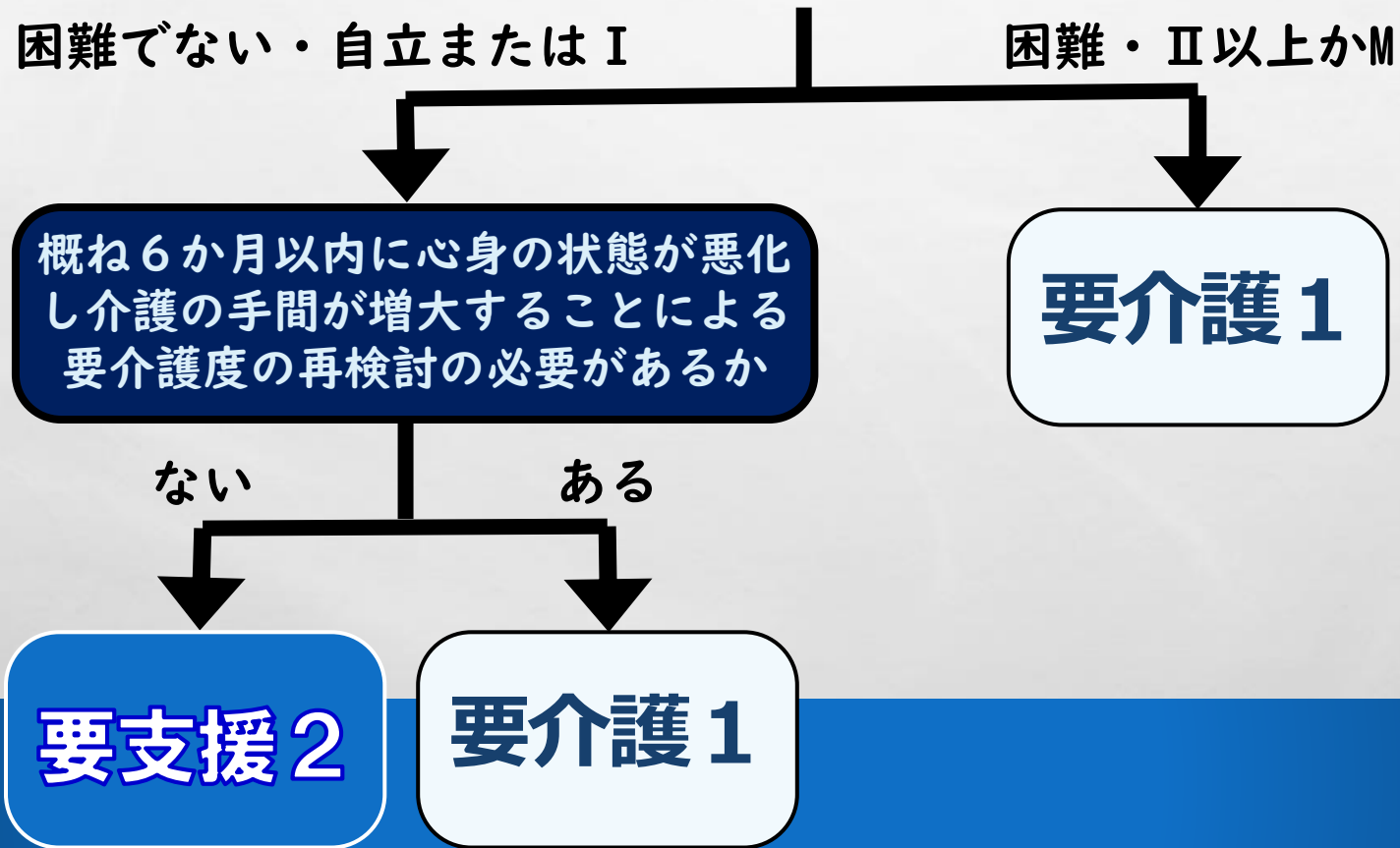
身の回りの動作は自立しているが、買い物
など生活行為の一部が困難となっている。

心身機能や生活環境が少しずつ変化する中で
起こってきている

加齢に伴う視力や聴力の低下
病気による体調の不良等
家族や友人との死別
家庭内の役割の喪失など

要支援2と要介護1の判定（状態の維持・改善可能性に関する審査判定）

認知機能や思考・感情等の障害により
予防給付の利用の理解が困難か
(合議体が判断した認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上かM)



高齢者の機能レベルと介護予防の必要性

地域介護予防活動支援事業や住民主体による支援（B型）等による介護予防・生活支援の充実
～地域住民が担い手に～

高齢者の機能レベル

自立

虚弱

要介護



何らかの気づき
介護申請・認定

相談支援体制の充実と
ハイリスク者の把握と改善のための
一般介護予防事業評価事業や
短期集中予防サービス（C型）等の充実

セルフケアの
啓発・実践

介護予防給付

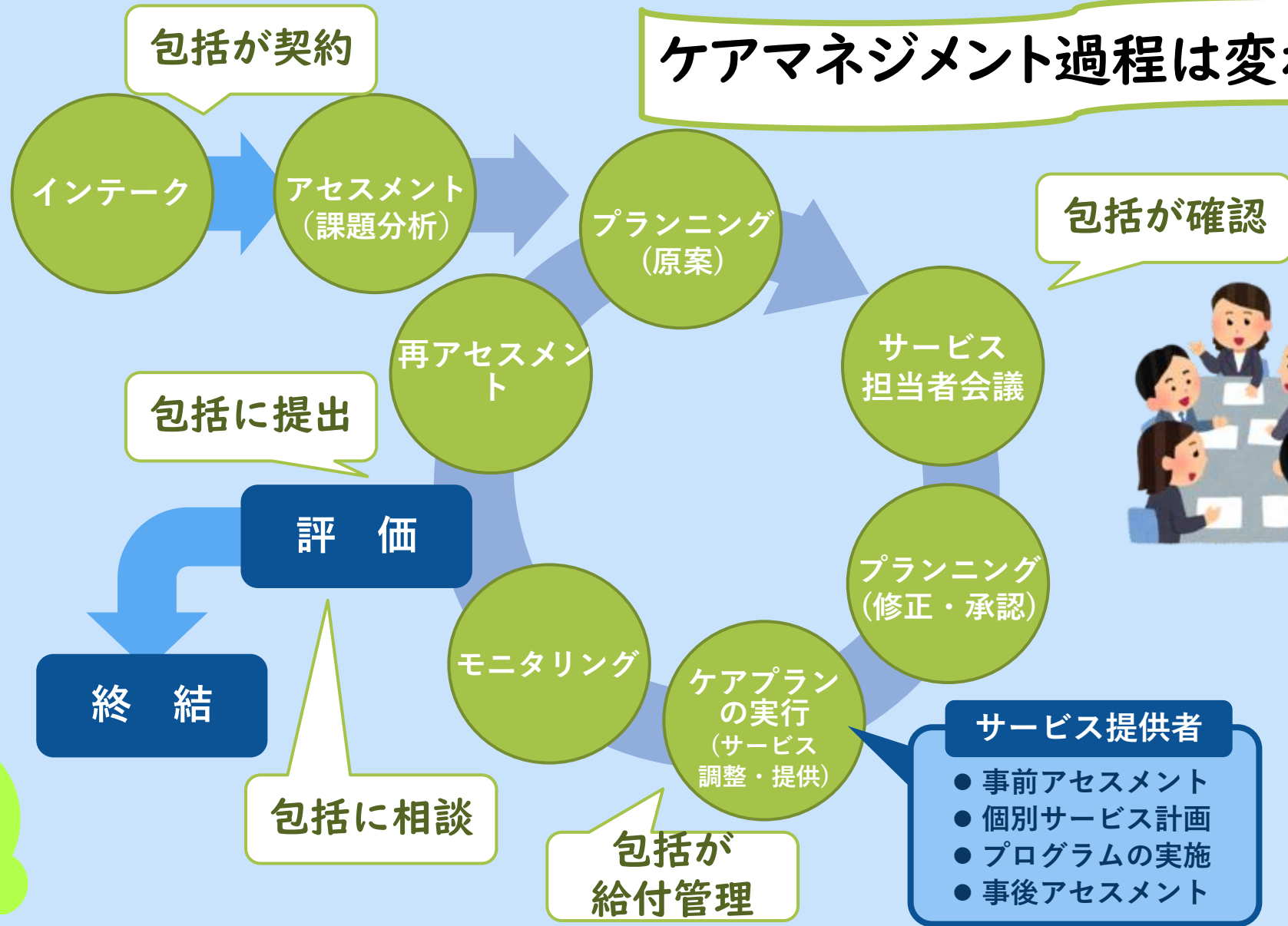
加齢とともに衰えていくことは否めないが、最後まで譲れない自分像があるはず

放置した場合

年 齢

介護予防ケアマネジメントの手順

ケアマネジメント過程は変わらない



2.介護予防プランは書きにくい？

- ①ケアマネの悩み
- ②様式の確認
- ③どこに何を書けばいいの？
- ④評価って何？

ケアマネさんからは

- 【領域と現在の状況】【領域における課題】【総合的課題】の区別がむずかしく、同じような内容を繰り返してしまう。
- アセスメントと目標が繋がらない。
- 目標についての支援のポイントに何を書けばいいのかわからない。
- 本来の支援と当面の支援の活用の仕方がわからない。

ケアマネの悩み

地域包括支援センター・ケアマネジャーの思い

「要支援者だから、外に出る場所もないし、足腰が弱くなってきたら、デイサービスに通って、足腰をしっかりとさせてあげたい」と従前相当のデイサービスの利用を調整。

【目標】足腰を強くして、再び地域のサロンに通いたい。
半年が経過すると、、、

利用者の思い

「友達もできたし、ここで過ごし続けたい」と願うようになっている。
利用当初の「足腰を強くして再び、地域のサロンに通いたい」と一緒に立てた目標を共に忘れてしまう。

モニタリング不足、、、



地域包括支援センター・ケアマネジャー

本人がそう思っていて、しかも、デイサービスに来ることで状態が維持が出来ているのなら、それでいいか・・・と考える（もう、お歳だから・・・）。

結 果

デイサービスが唯一の社会参加の場となり、活動性は向上せず、時を経て老化に伴い心身機能が低下し、次の目標は「デイに通って足腰の筋力低下を防ぐ」となってしまう。

落とし穴

高齢者の心身の変化を見過ごし、サービスを**〔継続〕**することが心身機能の**〔維持〕**につながると考え、モニタリングが十分にできていない。高齢者の**〈残存能力〉**や**〈可能性〉**を見極めることなく「**もう歳だから仕方ない**」と考えて、確かなアセスメントを行わず、例えばデイサービスを唯一の社会参加の場とすることで、自身の心身機能の維持のために必要だと利用者や家族が考えるようになった。他にも様々な活動の場所があり、**活動量をあげる方法はあったはず**・・・

(例) セルフケアの提案、元々、参加していた地域活動や趣味の再開、新たな活動場所の提案、家庭や地域内での役割の再獲得など



介護予防サービス・支援計画書の理解

アセスメントから計画作成に至るプロセス展開

面談の流れ

要支援状態の
現状確認

要支援状態となった
背景・原因の確認

改善の可能性のある方策の
提案を行う

今後の生活の
改善方法を共に考える

効果

本人が
このままの生活
ではいけないと
気付く

本人が
今後の生活を**決める**
ことができる

介護予防サービス・支援計画書で見るケアマネジメント過程

左から右へ書き進むように作られている

計画作成(変更)日		年		月		日 (初回作成日)		年		月		日		担当地域	
目標とする生活															
1日															
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		具体策についての本人・家族		目標		支援計画	
運動・移動について				口有 口無								目標についての支援のポイント		()	
日常生活について				口有 口無										()	
健康状態について		口主治医受診書、健診結果、観察結果等を添えた受診票													
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○印をつけて下さい													
予防給付または地域支援事業		運動不足		栄養改善		口腔内ケア		認知こもり予防		物忘れ予防		うつ予防		5 / 2 / 3 / 2 / 3 / 5	
地域連携支援センター															
【本来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															
総合的な方針: 生活不活発等の改善予防のポイント															
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									

専門家の提案した目標と具体策に対する
利用者の意向・意欲等の反応を見る段階

← アセスメント →

← ケアプラン →

本人・家族とのやり取りが見える化

- 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取れない場合は、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。
- 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。

【本来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

3.自分のプランを見直そう 《演習》

- ①様式の書き方を参考にケアプランを赤ペンでチェックする
- ②評価表を赤ペンでチェックする
- ③ケアプランを修正する
- ④評価表を修正する
- ⑤新たなプランを作成する

介護予防サービス・支援計画書

No. _____

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

地域支援事業

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: _____

目標とする生活

1日 _____ 1年 _____

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	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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活(家庭生活)について		<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					()					

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

【本来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

総合的な方針: 生活不活発病の改善予防のポイント

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。

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○印をつけて下さい。

	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						

地域包括支援センター	【意見】

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 _____

アセスメントに関する規定の理解

<運営基準 第四章 第三十条>

六) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる各領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握しなければならない。

個人因子

環境因子

因子分解・分析

状態の軽減又は悪化の防止・遅延化

出来ない状態だけではなく、悪化させる原因・背景を探る

知識が必要

- イ) 運動及び移動
- ロ) 家庭生活を含む日常生活
- ハ) 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション
- ニ) 健康管理

アセスメントの
四領域

介護予防ケアマネジメントの対象者像

認定調査結果からみると要支援者のほとんどは、
身の回りの動作は自立しているが、買い物
など生活行為の一部が困難となっている。

アセスメント領域
と現在の状況

心身機能や生活環境が少しずつ変化する中で
起こってきている

個人因子と環境因子
ICFの考え方

加齢に伴う視力や聴力の低下
病気による体調の不良等
家族や友人との死別
家庭内の役割の喪失など

領域における課題
(背景と原因)

介護予防サービス・支援計画書

No. _____

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

地域支援事業

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: _____

目標とする生活

1日

1年

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・動機	領域における課題	課題に対する	具体策についての意向	支援計画				
					等のセルフケア等の支援、インマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について									
日常生活(家庭生活)について									
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて									
健康管理について									

身の回りの動作など自立しているところはどこか？
困難になっているのは生活行為のどの部分か？

状態の客観的事実を書く
主観的な判断や思いは書かない
～できる。～できない。
～している。～していない。
●●を使って～している。
誰々が～している。

健康状態について

口主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来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

総合的な方針: 生活不活発病の改善予防のポイント

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。

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○印をつけて下さい。

	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						

地域包括支援センター

【意見】

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 _____

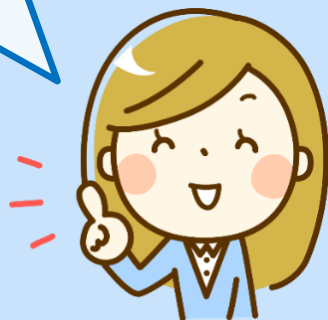
課題分析
標準項目

利用者基本情報

チェックリスト

アセスメント領域と現在の状況

情報収集・課題
分析が、不十分
だと課題（ニー
ズ）の捉え方も不
十分となりやすい



運動・移動

室内外の歩行状況。
転倒歴や転倒不安。
ふらつきの有無や移動先（距離）。
交通機関を利用しての移動状況等。

日常生活（家庭生活）

身の周りのことや家事全般をどうしているかについ
て、事実を記載。
預貯金の出し入れや日用品の買い物の状況等。

社会参加・対人関係・
コミュニケーション

近隣との交流やコミュニケーション能力、対人関係
や趣味等に関することについて事実を記載。

健康管理

健康管理の方法や通院、服薬、疾病の安定性の有無
や清潔保持についての状況を記載。

介護予防サービス・支援計画書

No. _____

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

地域支援事業

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: _____

目標とする生活

1日 _____ 1年 _____

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	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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活(家庭生活)について		<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					()					

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

【本来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

総合的な方針: 生活不活発病の改善予防のポイント

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。

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○印をつけて下さい。

	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						

地域包括支援センター	【意見】

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 _____

本人・家族の意欲・意向

- 困っていること、以前していたのに今はしなくなったこと、できなくなったこと
- そのことに対してどのように考えているのだろうか？



意欲・意向を
読み取ろう

今をどのように感じている？
なぜなんだろう？
今後は、どうしていきたい？
どうなったらいいの・・・

介護予防サービス・支援計画書

No. _____

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

地域支援事業

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: _____

目標とする生活

1日 _____ 1年 _____

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	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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活(家庭生活)について		<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					()					

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

【本来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

総合的な方針: 生活不活発病の改善予防のポイント

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。

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○印をつけて下さい。

	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						

地域包括支援センター

【意見】

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 _____

「領域における課題」から「総合的課題」へ

ADL・IADLの予後予測（生活行為重視）

領域における課題 （原因とその背景）

ADL・IADLに支援を要する状況になっている原因を整理する作業。

領域ごとに課題の背景や要因を整理。

個人因子

普段の体調管理/身体機能/認知機能等/疾病/性格

回復可能なものか

⇒期間を区切った自立支援か、ずっと続く自立支援の見極め

環境因子

家族/友人/知人/近隣環境/住環境/在宅や地域の生活動線/かかりつけ医/民生委員/生涯生活歴(経済的因子にも注意)

総合的課題

重複する課題と優先順位の整理

アセスメントのポイント

- ☑ 主治医意見書より、生活機能低下の大きな要因を推測。
- ☑ 本人の理解力やチェックリストをきっかけに、解決すべき方向性として、気持ちや体力の低下から活動量が落ちていることへの打ち手を考慮。
- ☑ 悪循環の渦に陥っているときは、悪循環をどこかで断ち切る必要性があり。「できていること」「できそうなこと」を共に確認していく作業が必要！
- ☑ 元々の本人の強みを引き出し、活動量を上げていくために不安材料を減らしていく対話と具体策の提案が重要！
- ☑ 「家族ができる支援方法」も模索していくなど、本人の応援団を作っていく支援にも注目！

Well being



etc

介護予防サービス・支援計画書

No. _____

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

地域支援事業

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: _____

目標とする生活 _____

1日 _____ 1年 _____

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	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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活(家庭生活)について		<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					()					

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

【本来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

総合的な方針: 生活不活発病の改善予防のポイント

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。

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○印をつけて下さい。

	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						

地域包括支援センター _____

【意見】 _____

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 _____

その人らしさを引き出す目標設定

その人の生活史、大切にしている価値、
周囲の環境などを知ることが大切！

【1日の生活・過ごし方】

【趣味・楽しみ・特技】

【友人・地域との関係】

【大切にしてきたこと】



「もし、以前の状態に戻れるとしたら、どのようなことをしたいと思いますか？」

「最近、していたことで、諦めてしまったことはありますか？」 etc…

意欲を引き出す作成方法

- 「暮らし方、生活習慣」で取り戻したいこと
- 「していること」で維持し続けたいこと
- 「できること（可能性）」で始めたいこと
- 「望む・目指す生活」で実現したいこと

※出来ること・出来そうなこと（可能性）を段階的にわけていく



「目標とする生活」欄



こんな風に暮らしたいとイメージを持つことは、
利用者が自ら介護予防に取り組むきっかけとなる。



目標とする生活ってどう聞いたらいいの？

1年の生活を思い描いてから日々の暮らし方を聞くか、
毎日の生活を思い描いてもらい1年先の目標を立てるか、その場の状況で。

1日

毎日こんな風に過ごしたいな…
こんなことなら日課にできるかな…

- 大きな目標にたどり着くための段階的な目標
- 庭木の水やり、新聞を読む、薬を飲んだらカレンダーに印を入れる、など

1年

「ゆくゆくはこうなりたい」「こうしたい」って思うことはどんなことですか？

- 今後の生活で達成したい目標
- 達成可能な具体的な目標

- その人らしい自己実現を引き出す

介護予防サービス・支援計画書の 記載方法と記載ポイント(1)

「目標とする生活」を聞いても、本人から出てこない場合

- 利用者基本情報の「趣味・楽しみ・特技」欄の活用
- 本人が「またそのことができるようになりたい」など今後、どのような生活を送りたいかという「生活のイメージ」が具体的に表現できるように支援する。

例) ゆくゆくはこうになりたい・こうしたいって思うことは、
どんなことですか？



介護予防サービス・支援計画書の 記載方法と記載ポイント(2)

本人や家族から「介護サービス」利用の強い要望が先に提示された場合

- 利用希望のサービスが、どうしても必要だと考えているのかをよく聞く。
- その上で、改めて、本人や家族といっしょにアセスメントを行いながら、課題を確認する作業の中で、必要なサービスへの理解を深めていく。



介護予防ケアマネジメントで大切なこと

1. 高齢者が気づいていない…やりたいことに気づいてもらう（意欲を引き出す）
2. できるのかな？という不安を解決するサービスを提示する（程よいタイミング!）
3. 最も大切なのは、その人を知る作業！

単に心身の機能だけでなく、その人の人生や生き方、価値観などプロフィールを深く知ること

具体策

- ◆ 大切なのは、インタビューとアセスメント
（大変かもしれないけれど、ここが肝！ここを丁寧に行うことで、トータルで楽になる!）
- ◆ ベテランはこんなところを見ている！（新人さんでもまずはここはおさえよう）
（初回訪問時：電話の対応、家の周囲、庭や玄関先、歩行状態、室内の様子、etc…）
- ◆ 病気のことが不安…（包括センターの保健師や認知症地域支援推進員に聞いてみよう）
- ◆ 地域の資源がわからない…（生活支援コーディネーターに聞いてみよう）

Ⅱ. モニタリングと評価

◎モニタリングって？

◎評価って？

モニタリング

(ケアマネジメントBの一部、ケアマネジメントCの場合を除く)

- ケアマネジメントAの場合は、介護予防支援と同様に、**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があったときには、訪問して面接する**。利用者の状況に変化があった場合は、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**。

モニタリング

目的

- ①利用者自身の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを見る
- ②介護予防ケアプランどおり実行できているかを把握する



介護予防ケアプランの修正

方法

自宅訪問やサービス事業者からの報告・連絡など幅広く情報を収集できる環境を整えておくことが重要
運営基準の確認→毎月必要
手段は訪問に限らない

《モニタリングの視点》

- 目標や実践内容を踏まえた上で、本人の生活状況等に関する変化の有無を確認
- ケアプランの変更を必要とするような新たな課題が生じていないか
- 利用しているサービスに対して利用者は満足しているか
- 個々の提供サービス等の支援内容が、実施の結果、適切であるかどうか
- サービスが、ケアプランどおりに提供されているか
- サービスの内容が互いに連動しているか
- 目標に対して、どの程度の達成状況かを確認
 - 高すぎる・低すぎる目標となっていないか

評価

(ケアマネジメントCの場合を除く)

- 介護予防支援・ケアマネジメントA, Bについては、設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて**目標の達成状況を評価**し、利用者
と共有しながら、**新たな目標の設定**や、**利用するサービスの見直し等****今後の方針を決定**する。

介護予防サービス・支援評価表

<実施目的>

- ・介護予防サービス・支援計画における、目標に対する評価を行う。(PDCAサイクルの一部)

<実施時期>

- ・介護予防サービス・支援計画書に達成可能な目標を設定したケアプラン終了時期

(各サービス提供期間とは異なる→プランの**評価期間**は1つしかない)

- ・次の介護予防サービス・支援計画書を作成する場合

<留意事項>

心身の状況変化だけでなく、本人の「活動や社会参加」等、日々の暮らしの変化も含めた評価

《評価の視点》

- 設定した目標が達成されたか
- 今後のケアプランの方向性をアセスメント

《評価時の留意点》

- 目標がどの程度達成できているのか、できていないのか、具体的に記載していく。
- 目標が達成できなかった場合
 - ① 本人や、家族の意見を確認する。
 - ② ①とサービス事業者からの報告を基にケアプラン作成者として分析する。
- 原則的には「ケアプラン変更」

【演習】 評価表を見直してみよう

- ◎ 設定した目標が達成されたか
- ◎ 目標がどの程度達成できているのか、できていないのか、具体的に記載していく。
- ◎ 目標が達成できなかった場合
 - ① 本人や、家族の意見を確認する。
 - ② ①とサービス事業者からの報告を基にケアプラン作成者として分析する。

Ⅲ. 評価から次のケアプランへ

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

実施目的

介護予防サービス・支援計画における、**目標に対する評価**を行う。

実施時期

介護予防サービス・支援計画書に**達成可能な目標を設定した時期**
(サービス提供期間とは異なる)

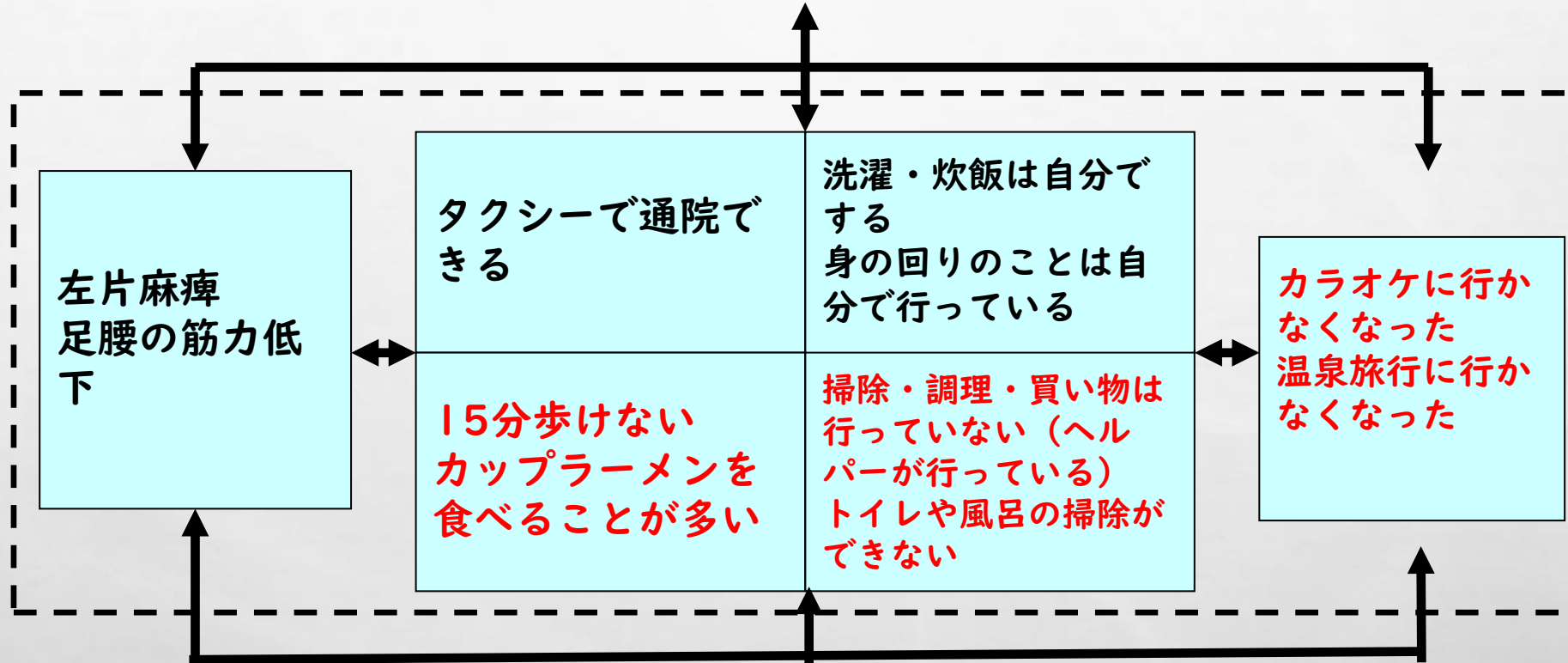
評価の視点

- ・設定した目標が**達成**されたか
- ・今後のケアプランを**見直す**必要があるか

評価時の留意点

- ・目標がどの程度達成できているのか、できていないのか、具体的に記載していく
- ・目標が達成できなかった場合
 - ① 本人や、家族の意見を確認する。
 - ② ①とサービス事業者からの報告をもとにケアプラン作成者として分析する。
- ・原則的には「**ケアプラン変更**」

脳梗塞後遺症（経観中）・高血圧（内服）
病状安定 月2回受診
要支援2



妹・姪・民生委員・カラオケで知り合った知人が訪ねてくれるが、**コロナで回数**
が減っている
買物の協力は妹たちがする

70歳の女性・1人暮らし
子供はいない・夫と死別
スーパーで長年働いていた
生真面目・がんばり屋

現在の状況

本人・家族の
意向

領域における
課題

総合的課題

転倒することが増えているので、外出を控えている

転んだら大変だから家で過ごす

このままじゃいけない

洗濯・炊飯は自分でやっている
身の回りのことは自分でやっている
掃除・調理・買い物はヘルパーがしている

ヘルパーが助けてくれるので安心

買い物の協力はできる

妹、姪、友人、民生委員が訪ねてくる

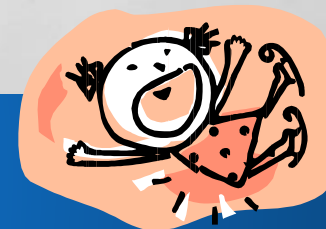
自分で通院している
福祉用具を使って一人で入浴する

転ばないか不安なため、歩く機会が減って足の力やバランスを保つ力が低下している

転倒に対する不安が強くなるべく体を動かさないような生活を心がけてきたため、ヘルパーに頼る部分が増えている

転倒が気になり身体を動かす機会が減っているため、足の力が弱くなってきている

(ますます弱る危険性があり、家事ができなくなる危険性がある)



【目標】 6か月後の自分の姿

週1回、ゆっくり歩いて30分先のスーパーマーケットまで一人で出かけ好きなものを買ってくる



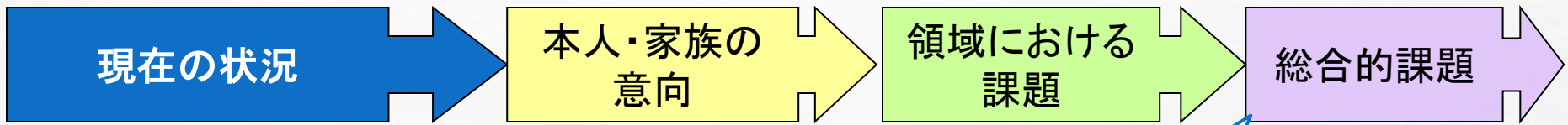
【1年後の目標】 1年後の自分の姿

一人で八木のカラオケ教室に通う



その先の自分の姿

大阪のカラオケ大会に出場したい



ここは必ず変化があるはず

が増えている
 えている

食事は自分で行っている
 身の回りのことは自分で行っている
 掃除・調理・買い物はヘル

転んだら大変だから家で過ごす

このままじゃいけない

ヘルパーが助けてくれるので安心

買い物の協力は

新たな課題が出ていないか

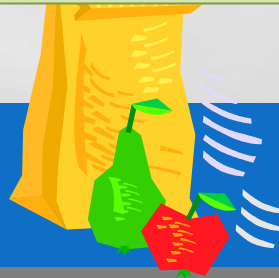
転倒に対する不安が強くなるべく体を動かさないような生活を心が

転倒が気になり身体を動かす機会が減っているため、足の力が弱くなってきている
 (ますます弱る危険性があり、家事ができなくなる危険性がある)

評価 ⇒ 再アセスメント

訪ねてくる

自分で通院している
 福祉用具を使って一人で入浴する



再アセスメント

領域における課題（背景と原因）

領域ごとに
なっているもの
を再統合

総合的課題

優先度の
高い順に
記載する

- ・各課題に**共通の背景や原因**がないか分析する
- ・「このままだと悪化する危険性がある」「これは、改善する可能性
がある」など「**悪化の危険性**」や「**改善の可能性**」を予測して記載
することで支援の方向性が見えてくる。

IV. 目標の設定

- 評価するためには【目標】をどう書くのかが大事
- 評価できる目標をご本人、ご家族といっしょに考えるプロセスが大事

ケアプラン作成者からよく聞く言葉

- 何を目標にしたらよいのか、わからない。
- 初回は目標を作れても次のケアプランでは何を目標にしたらよいかわからない。
- 初回目標を達成したので、今度はその継続を目標にした。でも次の目標をどうしたらよいのかがわからず、同じ目標が続いている。
- 利用者や家族が目標をたてたことをすっかり忘れていて、評価はもちろん未達成。

「課題に対する目標設定」 設定前に専門家として整理したいこと

1. 利用者の予後予測や可能性を十分アセスメントした上での現実的な介護予防のための目標設定であり、**3～6か月間に達成可能な内容**であること。
(1年、2年経過しても同じ目標では誰も参考にしなくなります)
2. 利用者が親しめる、**理解しやすい表現**であること。**具体的にイメージできる**こと。
3. **ケアスタッフ側の目標は入れない**こと。(例:異常の早期発見に努める等)

【目標】が達成した場合

目標が達成した要因について考察し、ケアプラン表の現状・課題・背景等変化があるものを修正し、次の目標を設定する。

1年後の【目標】に対して、どの段階まで到達できているのでしょうか？

【目標】が達成しなかった場合①

- ① 本人や、家族の意見を確認して要因を分析する。
- ② ①とサービス事業者からの報告から要因を分析する。
例) 体調を崩すことが多く、目標達成のための具体的な取組みであるデイサービスでの運動が十分できなかったからである。
- ③ 設定した目標にどのくらい近づいたか。
例) スーパーまで行くという目標は達成できなかったが、近所を散歩するようにはなった。

【目標】が達成しなかった場合②

- ・目標の設定が利用者・家族に合ったものだったか
- ・目標が高すぎなかったか
- ・利用者や家族の認識はどうだったか
- ・具体策が実行できていたか
- ・サービス事業所の選定が合っていたか
- ・適正なモニタリングが実施できていたか
- ・状態の変化に合わせて、適時プランの修正や変更ができていたか

こんなことできたらいいね！

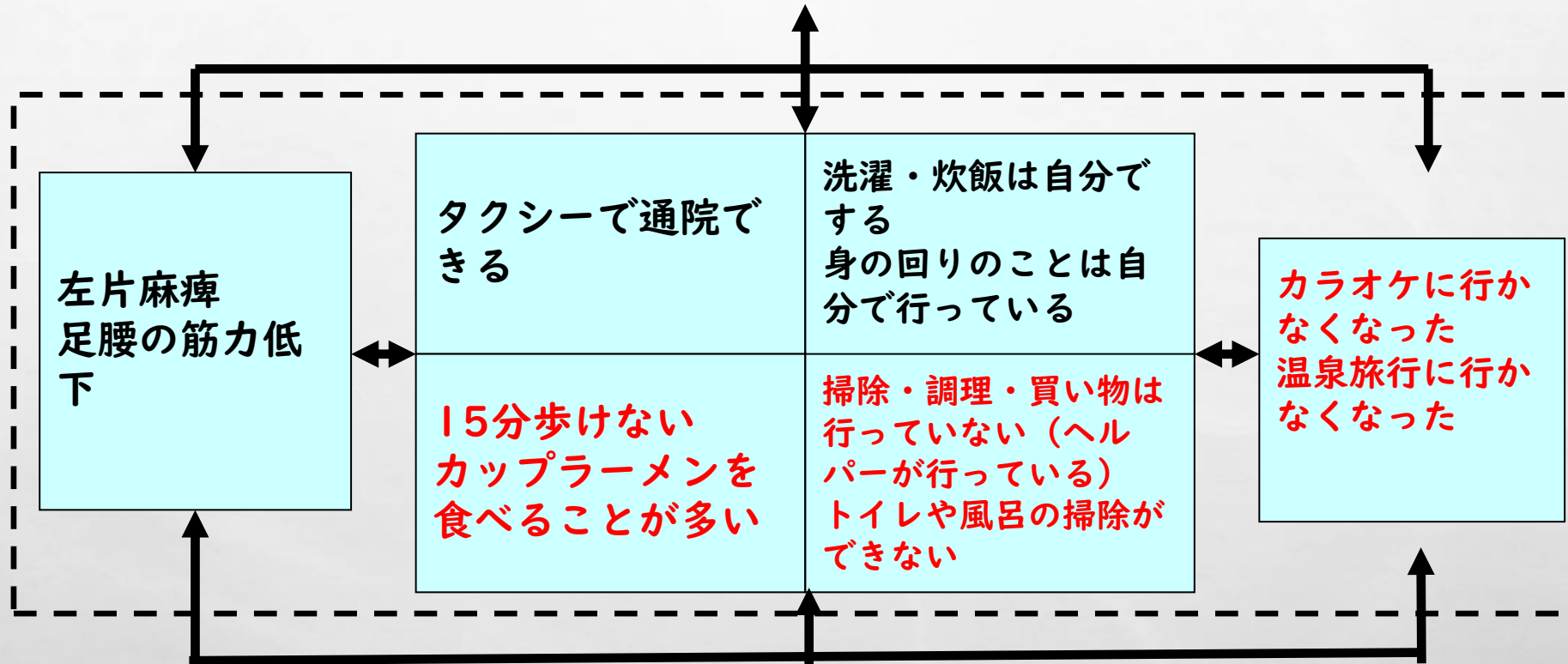


来年は大中公園で
妻と花見したいな

奈良公園まで写真を撮りに行きたいな



脳梗塞後遺症（経観中）・高血圧（内服）
病状安定 月2回受診
要支援2



妹・姪・民生委員・カラオケで知り合った知人が訪ねてくれるが、**コロナで回数**
が減っている
買物の協力は妹たちがする

70歳の女性・1人暮らし
子供はいない・夫と死別
スーパーで長年働いていた
生真面目・がんばり屋

【目標】の一例：発展型



● 初回ケアプラン

週に1回近所のスーパーまで歩いて買い物に行くことができる

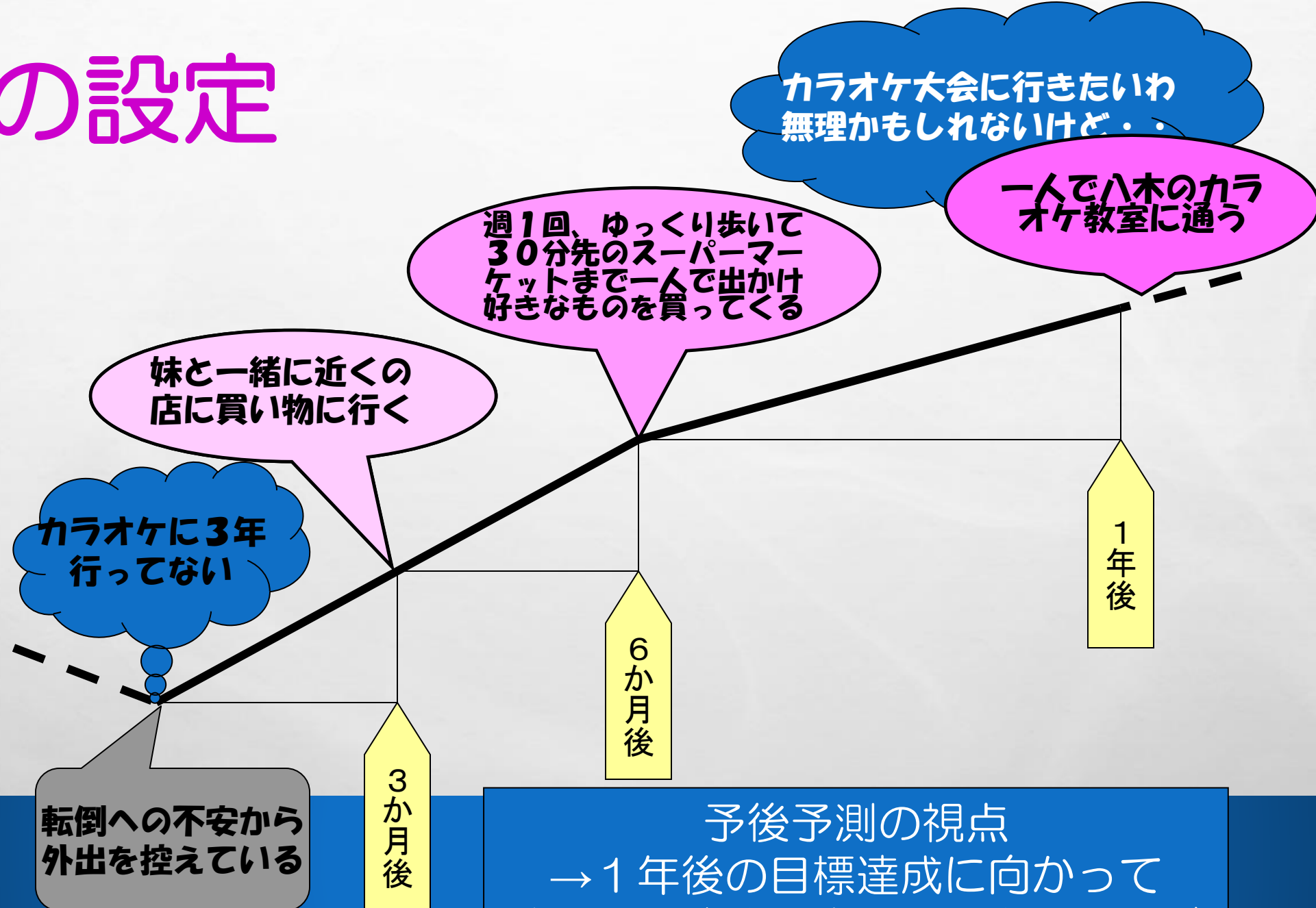
● 2回目ケアプラン

週に1回歩いて近所のスーパーに行くことを継続する。時には友人も一緒に外出する。

● 3回目ケアプラン

近所のスーパーだけでなく、本屋や喫茶店など外出先を増やし、時には友人宅に寄る。

目標の設定



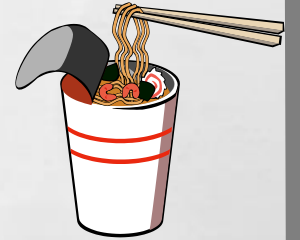
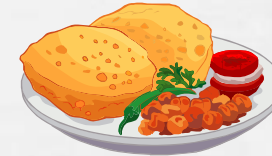
予後予測の視点
→ 1年後の目標達成に向かって
時系列に達成できる目標をイメージ



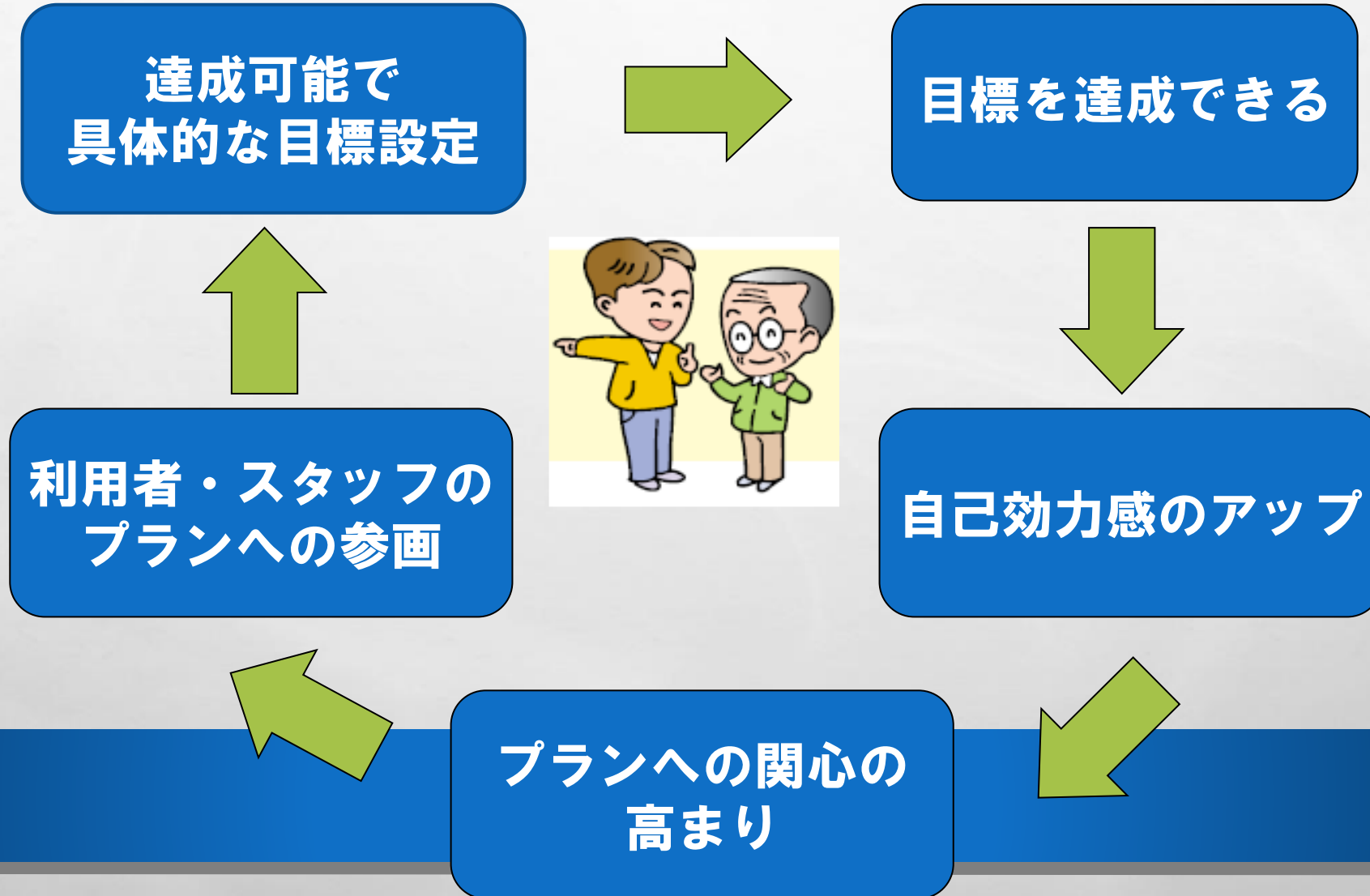
【目標】の一例：具体化

目標はいろいろな視点から提案する 達成したら、次は違う視点からの提案も重要

- バランスのとれた食事を規則的に摂り、健康を維持する。
⇒ 昼食にサラダなど野菜が入った食品を取り入れる。
⇒ 魚や肉、豆腐など毎食少しずつ食べて、カップラーメンのみは週1回までとする。
- ふれあい給食に参加できるようになる。
- 転倒に気をつけて浴室の掃除ができるようになる。



好循環への転換



今後の方針

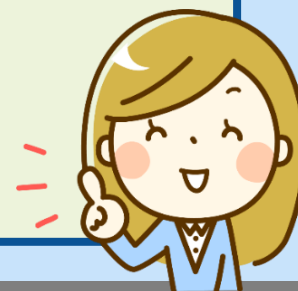
- 目標の達成状況や、目標が達成しない原因を踏まえ、専門的な観点を踏まえて、今後の方針を記載する。
- 目標が達成しない場合については、計画作成者の振り返りの部分もあり、次のアセスメントに連動させることが大切である。
- 目標が達成されていた場合についても、その状況等を踏まえ次のアセスメントに連動させることが大切。

総合的な方針

「総合的な方針」では、目標に対する達成状況のみを捉えるのではなく、利用者の生活全体に対する「総合的な支援の方向性・方針」を記載する。

意欲を引き出す支援が重要

- 残存能力・潜在能力を探す
- 生活歴から一緒に考える
- 環境づくり
- 動機付けや意欲の向上に対する支援が大切
- 重要なのは「アセスメント能力」
- 対象の人を知りたい！知る作業が重要！



介護予防ケアマネジメントとは

その人らしい生活を一緒に考え、探していく中で
その人ならではの【目標】を、
その人自らが掲げ、実践していけるように、
家族と共に支援していくことが大切である。

専門職として求められているものは「したいことなんて
何もないんだ」と話す言葉の中に隠れる【言葉にならないことば】を
聴きながら、再び「こんなことを始めてみたい・・・」
という意欲が持てるように導くこと・・・



V.介護予防ケアマネジメントが 目指すもの

介護予防の基本的な考え方

●介護予防とは…

- ① 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ
(健康の保持増進) こと
- ② 要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする
(改善・維持・悪化の遅延を図る) こと

その人の生活・人生を尊重し、できる限り
自立した生活を送れるように支援すること

即ち「**自立支援**」
(=介護保険の基本理念)

高齢者の機能レベルと介護予防の必要性

地域介護予防活動支援事業や住民主体による支援（B型）等による介護予防・生活支援の充実
～地域住民が担い手に～

高齢者の機能レベル

自立

虚弱

要介護



何らかの気づき
介護申請・認定

相談支援体制の充実と
ハイリスク者の把握と改善のための
一般介護予防事業評価事業や
短期集中予防サービス（C型）等の充実

セルフケアの
啓発・実践

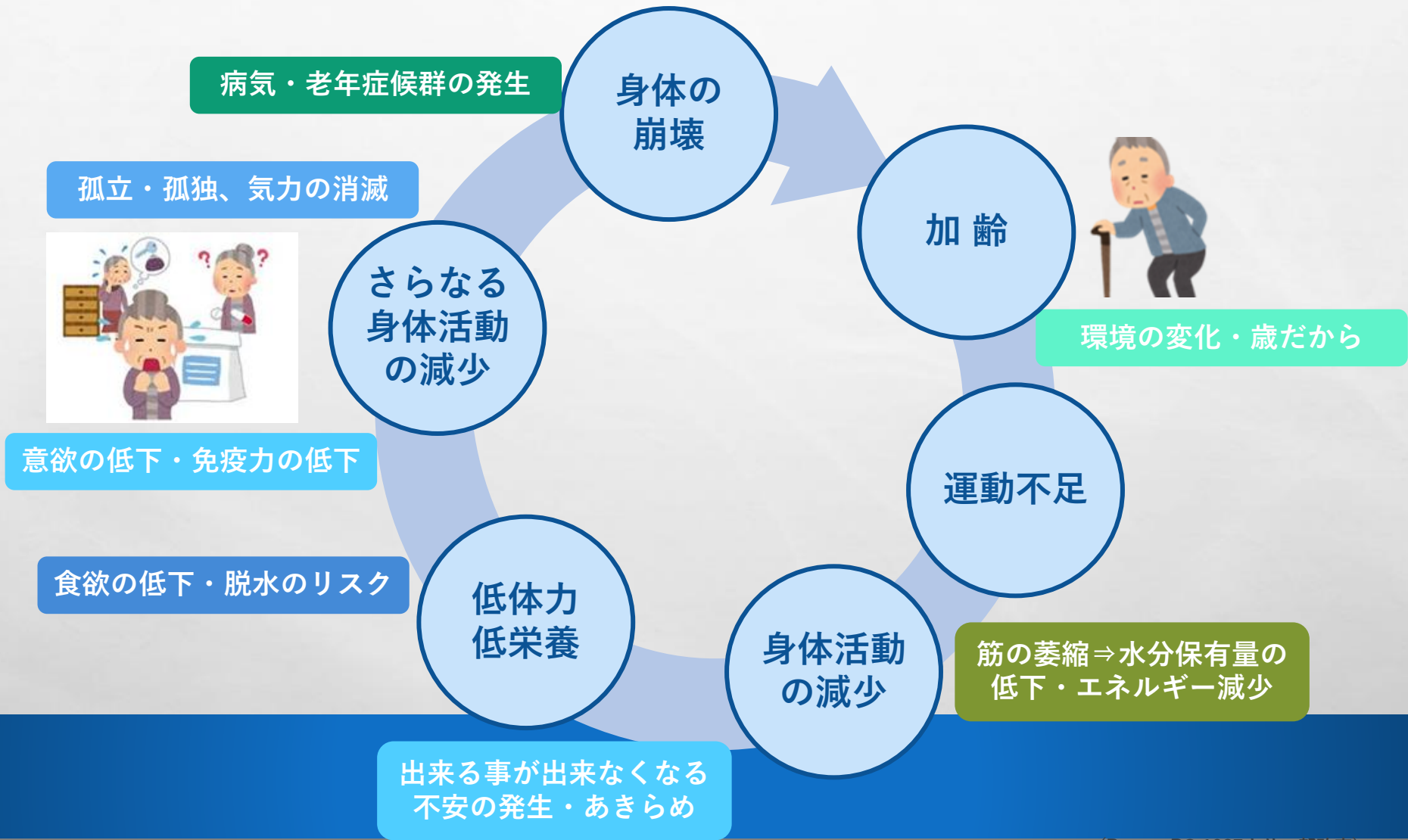
介護予防給付

加齢とともに衰えていくことは否めないが、最後まで譲れない自分像があるはず

放置した場合

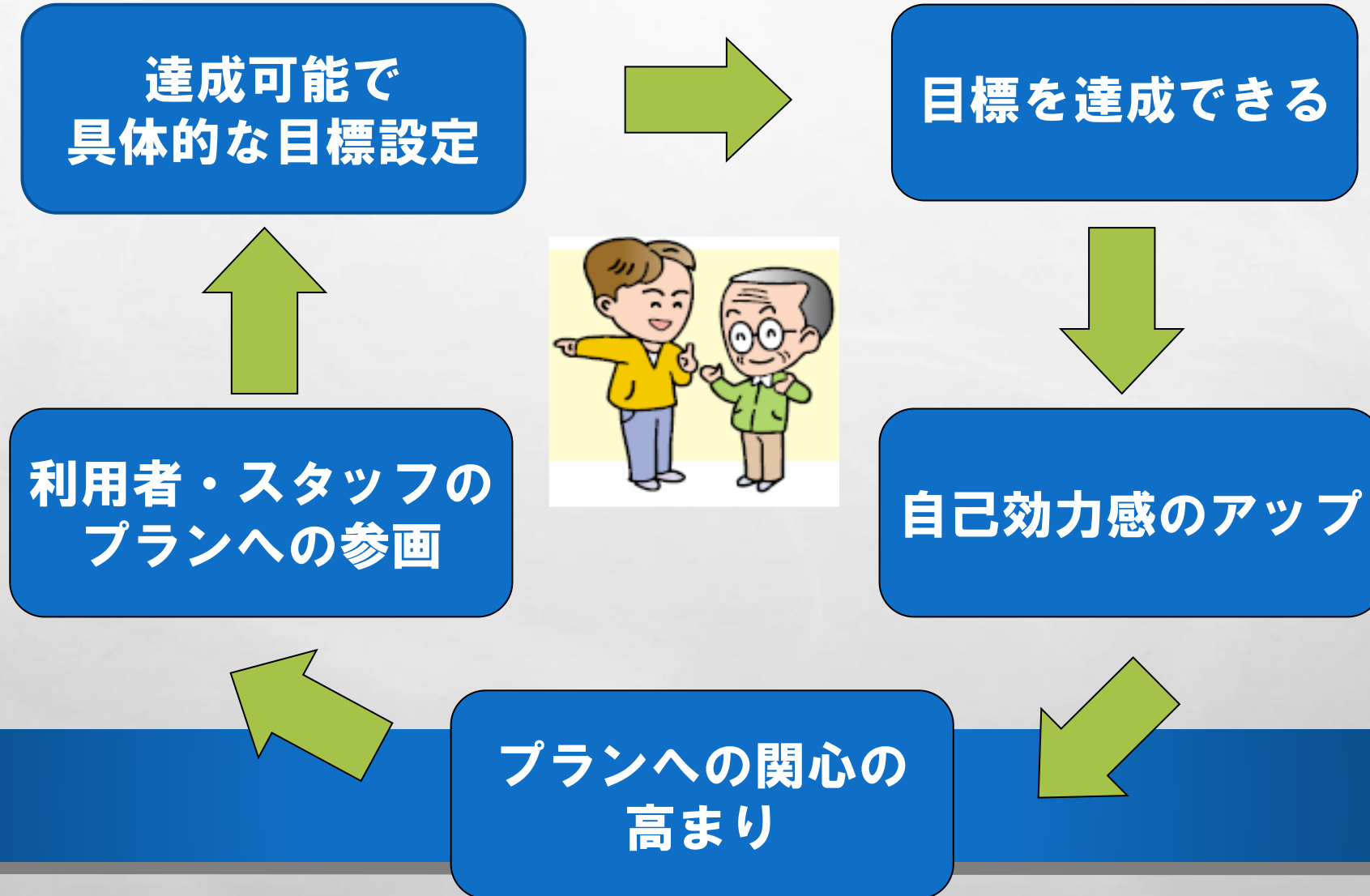
年 齢

「悪循環」のスパイラル



(Berger BG,1987より一部改変)

好循環への転換



目指すのは・・・

「豊かな人生」 「その人らしい生活の実現」

支援の 方向は～

- 自分が認められ支持されていることを知る
- 自分の生活について希望や望みを明確にする
- 自分の目標を見つける
- 取組みへの意欲が高まる
- 自分の力を信じられる



ケアマネジャーが作るケアプランには、
利用者さんを元気にする大きな“力”があります！

利用者さんが元気になっていただき、

ケアマネジャーも大きな“喜び”を

感じたいものです。