

介護予防のケアマネジメントの考え方と 関連様式の記入方法

～本人の生活意欲を引き出して
利用者主体の介護予防へ～



神戸市保健福祉局介護保険課



介護予防ケアマネジメント関連様式の構成

※必須

- ①利用者基本情報
- ②生活状況を把握するためのアセスメントシート
- ③マイ・ケアプラン（介護予防サービス・支援計画表）（１）（２）
- ④介護予防サービス・支援評価表
- ⑤介護予防サービス・支援経過記録

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

※必要時に使用する様式（事業対象者の状態像を確認）

- ⑥健康状態確認シート



利用者基本情報

利用者基本情報

作成担当者：

作成日：平成 年 月 日

《基本情報》 NO.

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 () 相談者 () 続柄 ()	初回 再来 (前回 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中 状況 ()		
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳
住 所		Tel 携帯 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・ 総合事業 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 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 (前回の介護度) 介護保険負担割合： () 割 基本チェックリスト記入結果： 事業対象 該当・非該当 基本チェックリスト記入日： 年 月 日		
障害等認定	身体 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、・・・ ()		
本人の 住居環境	持ち家・借家 / 一戸建て・集合住宅 () 階 / エレベーター 有・無 自室 有・無 / 住宅改修 有・無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・		
住 所 連絡先	続 柄	氏名	住所・連絡先
緊急連絡先			
家族構成		会=本人、○=家族、□=その他 ●=死亡、☆=帰国中 世帯構成に「世帯 別世帯」に「世帯」 (世帯別世帯は公認)	
家族関係等の状況			

令和6年4月以降
『利用者基本情報』
の裏面の記載は、
省略可能です。

生活状況を把握するためのアセスメントシート

生活状況を把握するためのアセスメントシート

利用者氏名：

様

障害高齢者の 日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・ B1・B2・C1・C2	初 回 (黒) : 平成 年 月 日 記入者 :
認知症高齢者の 日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・ Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	2回目 (赤) : 平成 年 月 日 記入者 :
		3回目 (青) : 平成 年 月 日 記入者 :

ご本人の主訴・意向 これからの生活についての希望	
家族の主訴・意向	

A 活動面について：自ら行きたい場所へ移動するための手段を取れるかどうか。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。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
運動機能 (支えの必要性)	立ち上がり： ☐ なし ☐ あり 片足立ち： ☐ なし ☐ あり	
歩行状況 (歩行レベル)	室内： ☐ 自立 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 手押し車 ☐ その他 () 屋外： ☐ 自立 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 手押し車 ☐ その他 ()	
転倒傾向	転倒 ☐ 無 ☐ 有 (状況など：) つますき ☐ 無 ☐ 有 (状況など：)	
移動範囲	☐ 近隣中心 ☐ 区内 ☐ 市内 ☐ 市外も可	
移動手段	☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー ☐ 自転車 ☐ 車 (運転・同乗) ☐ 徒歩 ☐ その他 ()	

B 日常生活について：家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等）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どうかの状況。

アセスメント項目	課題・ニーズ等記載欄
----------	------------

マイ・ケアプラン（１）

マイ・ケアプラン（１）

（介護予防サービス・支援計画表）

No. _____

名前 _____ 様 _____

記入日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

①今の生活や身体状況 (今していること、難しくなっていることなど)	②今の状況に対して希望すること (以前していたこと、続けたいことなど)	③望む生活に必要なこと・解決したいこと (ニーズ)
A : 活動面について(室内外の移動方法、交通機関の利用など)		望む生活
B : 日常生活について(家事や家庭での役割、楽しみなど)		
		④望む生活を実現するための目標
C : 社会や人との関わりについて(仕事、地域、家族、趣味など)		
		⑤望む生活を実現するための具体的な方法
D : 健康面について(体調、病気、食事、睡眠、自己管理など)		
備考欄		担当者所属：
		担当者名：

マイ・ケアプラン（2）

マイ・ケアプラン（2） （介護予防サービス・支援計画表）

名前 _____ 様

1. 目標 2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス	介護保険サービス 地域支援事業	サービス種別	事業者・支援機関 ・団体名等	期間

総合的な方針：介護(認知症) 予防および改善・支援のポイント

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 氏名 _____ 印 _____

初回作成日 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

認定年月日 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

認定有効期間 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日～平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

【 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 印 _____ 】 あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）

市記入欄 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

支援經過記錄

介護予防サービス・支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

NO.

No.	利用者氏名	様
-----	-------	---

計画作成者氏名

[illegible]

- ※1 介護予防サービス・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、介護予防支援や介護予防ケアマネジメント、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。
- 3 方法については、訪問、電話、サービス担当者会議などの種類を記入する。

介護予防サービス・支援評価表

介護予防サービス・支援評価表

評価日

No. 利用者氏名 様

計画作成者氏名

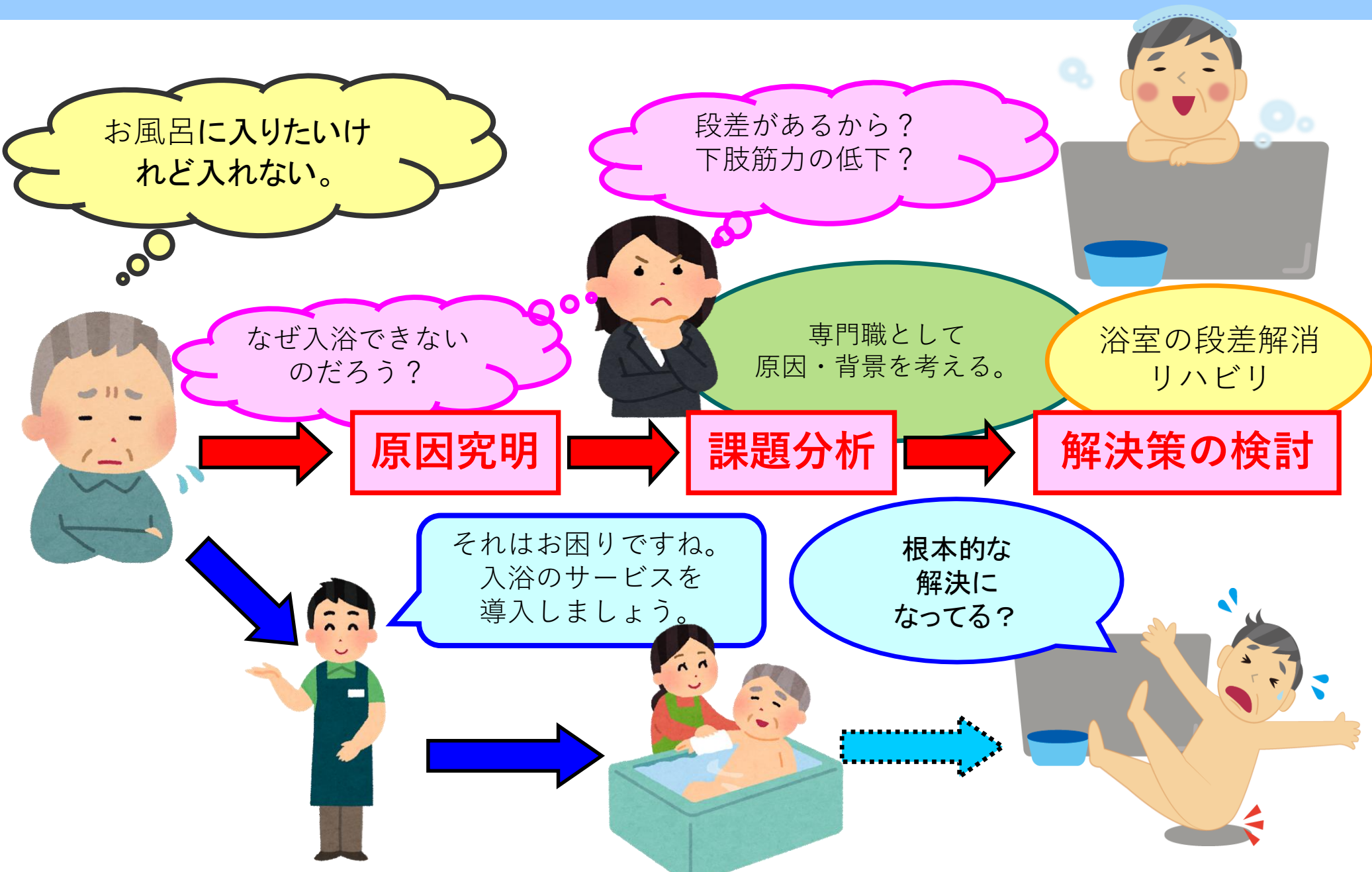
目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針	地域包括支援センター意見					
			☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了		☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防・生活支援サービス事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 終了	

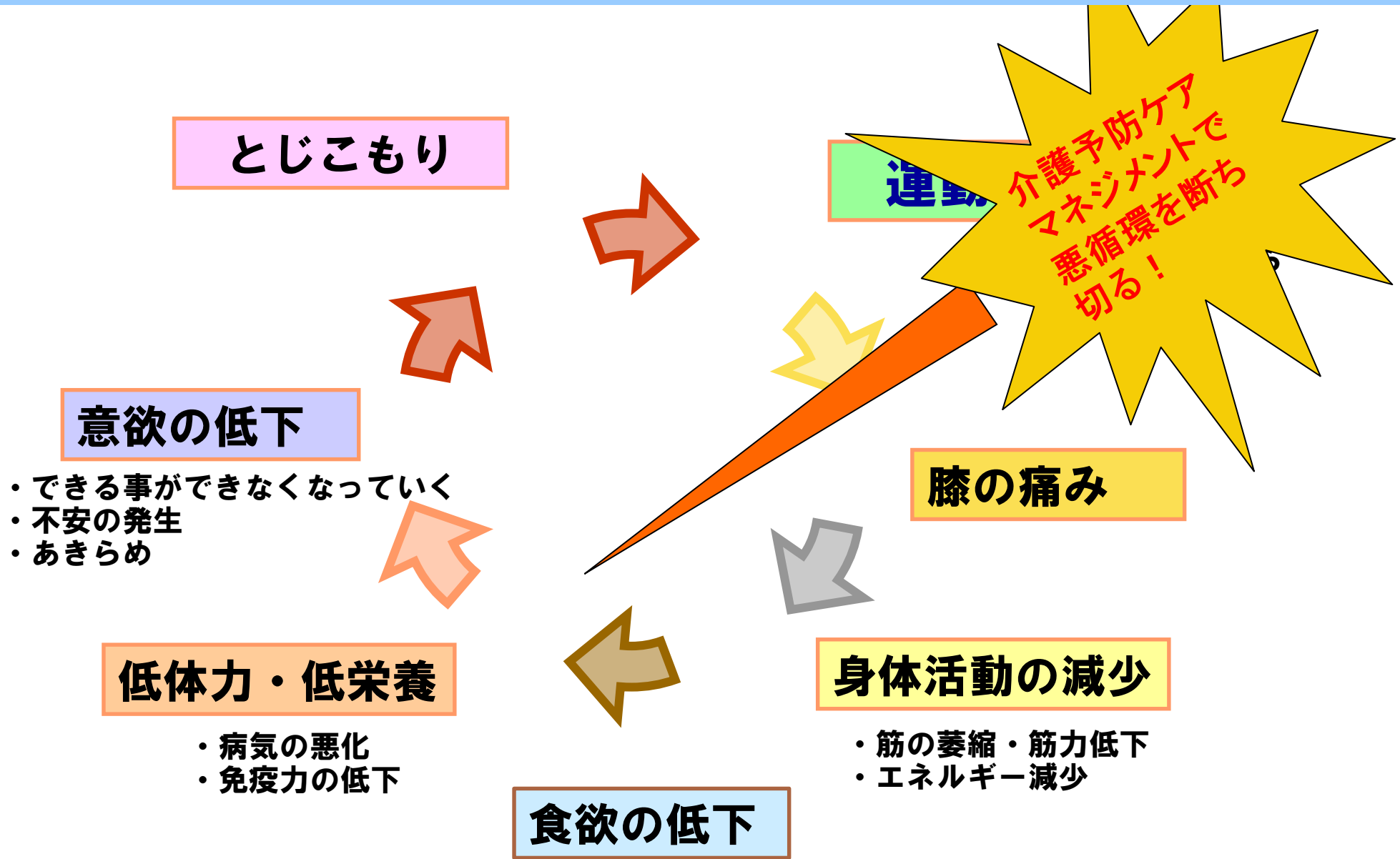
アセスメントについて



専門職としてのアセスメントとは



「悪循環」のスパイラル



アセスメントに関する規定

運営基準 第4章 第30条

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。

アセスメント情報の参考となる資料

- 主治医意見書(要支援者)
- 認定調査票(要支援者)
- 基本チェックリスト(事業対象者)
- 健康状態確認シート(事業対象者)

など



主治医意見書を「活用」するポイント

【特に重要なポイント】

- 2. 同意欄
- 3. 他科受診の有無
- 12. 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針
- 15. サービス提供時における医学的観点からの留意事項

【個人情報保護と守秘義務】

- 3. 被保険者本人及びその家族への対応について



生活状況を把握するためのアセスメントシート

利用者氏名：様

障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	初 回（黒）：平成 年 月 日 記入者：
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	2回目（赤）：平成 年 月 日 記入者：
		3回目（青）：平成 年 月 日 記入者：

ご本人の主訴・意向 これからの生活についての希望	
家族の主訴・意向	

要支援者：
基本的には、認定の主治医意見書の自立度を転記

事業対象者または、要支援認定の主治医意見書と現在の自立度が異なる要支援者：
ケアプラン作成担当者が各判定基準を基に判定し、記載

A 活動面について：自ら行きたい、歩く、走る、昇降する、様々な

アセスメント項目	
運動機能 （支えの必要性）	立ち上がり：□なし □あり 片足立ち：□なし □あり
歩行状況 （歩行レベル）	室内：□自立 □杖 □歩行器 □手押し車 □その他（ ） 屋外：□自立 □杖 □歩行器 □手押し車 □その他（ ）
転倒傾向	転倒：□無 □有 （状況など： ） つまずき：□無 □有 （状況など： ）
移動範囲	□近隣中心 □区内 □市内 □市外も可
移動手段	□電車 □バス □タクシー □自転車 □車（ 運転・同乗 ） □徒歩 □その他（ ）

B 日常生活について：家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等）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どうかの状況。

アセスメント項目	課題・ニーズ等記載欄
----------	------------

ケアマネジメント類型とサービス種別

類型	介護予防支援	ケアマネジメント 従来型	ケアマネジメント 簡易型	ケアマネジメント セルフ型
対象者	要支援者	要支援者・事業対象者		
サービス 種別	・ 予防給付サービス (介護予防訪問看護・ 介護予防福祉用具貸 与・ 介護予防通所リハビ リテーション 等)	・ 介護予防訪問 サービス ・ 介護予防通所 サービス (※重度) ※認知症高齢者の日 常生活自立度Ⅱ以上、 または障害高齢者の 日常生活自立度A以 上	・ 生活支援訪問 サービス - 介護予防通所 サービス (※軽度) ※認知症高齢者の 日常生活自立度が 自立またはⅠ、かつ 障害高齢者の日常 生活自立度が自立 またはⅠ ・ フレイル改善 通所サービス	・ 住民主体訪問 サービス ・ 一般介護予防 事業

生活状況を把握するためのアセスメントシート

利用者氏名：

様

障害高齢者の 日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・ B1・B2・C1・C2	初 回（黒）：平成 年 月 日 記入者：
認知症高齢者の 日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・ IIIa・IIIb・IV・M	2回目（赤）：平成 年 月 日 記入者：
		3回目（青）：平成 年 月 日 記入者：

ご本人の主訴・意向
これからの生活についての希望

- アセスメントシートを作成した日とケアプラン作成担当者名を記載。
- ケアプラン初回作成時・評価月・変更時に必ず使用。
- 2回目以降は、情報の追加や更新を行い、状態の変化を確認した上で、課題分析を行う。いつの時点の情報かわかるよう、ペンの色を変えて記載する。
- アセスメントシートの内容に大きな変更があった場合、また、4回目は新しいシートを用いる。

移動手段

☐車（ 運転・同乗 ） ☐徒歩 ☐その他（ ）

B 日常生活について：家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等）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どうかの状況。

アセスメント項目

課題・ニーズ等記載欄

生活状況を把握するためのアセスメントシート

利用者氏名：

様

障害高齢者の 日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・ B1・B2・C1・C2	初 回 （黒）：平成 年 月 日 記入者：
認知症高齢者の 日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・ Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	2回目 （赤）：平成 年 月 日 記入者：
		3回目 （青）：平成 年 月 日 記入者：

ご本人の主訴・意向 これからの生活についての希望	利用者本人や家族の主訴・意向を確認し、記載。
家族の主訴・意向	

A 活動面について：自ら行きたい場
る、歩く、走る、昇降する、様々な交
れるかどうか。乗り物を操作す
行えているかどうか。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
運動機能 (支えの必要性)	立ち上り、片足立ち	本当に必要な支援を 決定するには、希望だけでなく、 課題分析が非常に重要
歩行状況 (歩行レベル)	室内：□自立 □その他（ ） 屋外：□自立 □杖 □その他（ ）	
転倒傾向	転倒 □無 □有 (状況など：) つますき □無 □有 (状況など：)	
移動範囲	□近隣中心 □区内 □市内 □市外も可	
移動手段	□電車 □バス □タクシー □自転車 □車（ 運転・同乗 ） □徒歩 □その他（ ）	

B 日常生活について：家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等）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どうかの状況。

アセスメント項目	課題・ニーズ等記載欄
----------	------------

生活状況を把握するためのアセスメントシート

利用者氏名：

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

ご本人の主訴・意向 これからの生活についての希望	
家族の主訴・意向	

原因や背景は何？

【記載例】

「〇〇のために〇〇状態が生じている。
この状態が続いたら〇〇のおそれがある
と考えられる。」

「〇〇サービスを使えば、●●できる」

「〇〇サービスを使わないと、●●のリスクが
生じる」ではない！

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
運動機能 (支えの必要性)	立ち上がり：□なし □あり 片足立ち：□なし □あり	アセスメント項目等で 把握した情報から、課 題・ニーズ等を抽出し、 記載する。 課題・ニーズのほか、左 記のアセスメント項目以 外の必要な情報を記載す ることも可。
歩行状況 (歩行レベル)	室内：□自立 □杖 □歩行器 □手押し車 □その他() 屋外：□自立 □杖 □歩行器 □手押し車 □その他()	
転倒傾向	転倒 □無 □有 (状況など：) つますき □無 □有 (状況など：)	
移動範囲	□近隣中心 □区内 □市内 □市外も可	
移動手段	□電車 □バス □タクシー □自転車 □車(運転・同乗) □徒歩 □その他()	

B 日常生活について：家事（買い物・調理・掃除・洗濯・こみ括く等）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どうかの状況。

アセスメント項目	課題・ニーズ等記載欄
----------	------------

マイ・ケアプラン

(介護予防サービス・支援計画票)



マイ・ケアプラン（１）

No.

マイ・ケアプラン（１）

(介護予防サービス・支援計画表)

名前 _____ 様 _____

記入日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

①今の生活や身体状況 (今していること、難しくなっていることなど)	②今の状況に対して希望すること (以前していたこと、続けたいことなど)	③望む生活に必要なこと・解決したいこと (ニーズ)
A : 活動面について(室内外の移動方法、交通機関の利用など)		望む生活
B : 日常生活について(家事や家庭での役割、		
C : 社会や人との関わりについて(仕事、地		
D : 健康面について(体調、病気、食事、睡眠		

① 〈今の生活や身体状況〉

アセスメントシートで把握した生活や身体状況を領域ごとに、**本人になじみのある、わかりやすい言葉**を用いて記載する。

※利用者がわからない専門用語は使わない。

備考欄

担当者所属：

担当者名：

マイ・ケアプラン（１）

マイ・ケアプラン（１）

（介護予防サービス・支援計画表）

No. _____

名前 _____ 様

記入日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

①今の生活や身体状況 (今していること、難しくなっていることなど)	②今の状況に対して希望すること (以前していたこと、続けたいことなど)	③望む生活に必要なこと・解決したいこと (ニーズ)
A : 活動面について(室内外の移動方法、交通機関の利用など)		望む生活
B : 日常生活について(家事や家庭での役割、楽しみなど)		
C : 社会や人との関わりについて(仕事、地域、家族、趣味など)		
D : 健康面について(体調、病気、食事、睡眠、自己管理など)		

② 〈今の状況に対して希望すること〉

以前できていたこと、今できていることで継続したいことなど、本人や家族の希望・意向を記載する。

備考欄	担当者所属：
	担当者名：

マイ・ケアプラン（１）

No. _____

マイ・ケアプラン（１）

（介護予防サービス・支援計画表）

名前 _____ 様 _____

記入日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

①今の生活や身体状況 (今していること、難しくなっていることなど)	②今の状況に対して希望すること (以前していたこと、続けたいことなど)	③望む生活に必要なこと・解決したいこと (ニーズ)
A : 活動面について(室内外の移動方法、交通機関の利用など)		望む生活
B : ③〈望む生活に必要なこと・解決したいこと (ニーズ)〉		
C : 望む生活（長期目標：数年先、今後どのような生活を送りたい、どんなことをしてみたいか）		④望む生活を実現するための目標
D : アセスメントで分析した各領域における課題共通の背景などを見つけて統合し、望む生活を実現するため解決する必要がある課題を考えて記載する。		⑤望む生活を実現するための具体的な方法
備考欄		担当者所属： 担当者名：

望む生活に必要なこと・解決したいこと①

- 意欲の低い利用者の場合、簡単な課題から達成感を持って進む方が介護予防の意欲が出ると判断するケースでは、達成可能な課題順でもよい。
- 深刻な課題である判断から順位づけしなくてもよい。

望む生活に必要なこと・解決したいこと②

各領域における課題（背景と原因）

```
graph TD; A[各領域における課題（背景と原因）] --> B([生活全体の課題]);
```

生活全体の課題

- 各課題に共通の背景や原因がないか分析する。
- マイナスな表現だけでなく、ポジティブな表現で記載することもよい。

マイ・ケアプラン（１）

マイ・ケアプラン（１）

（介護予防サービス・支援計画表）

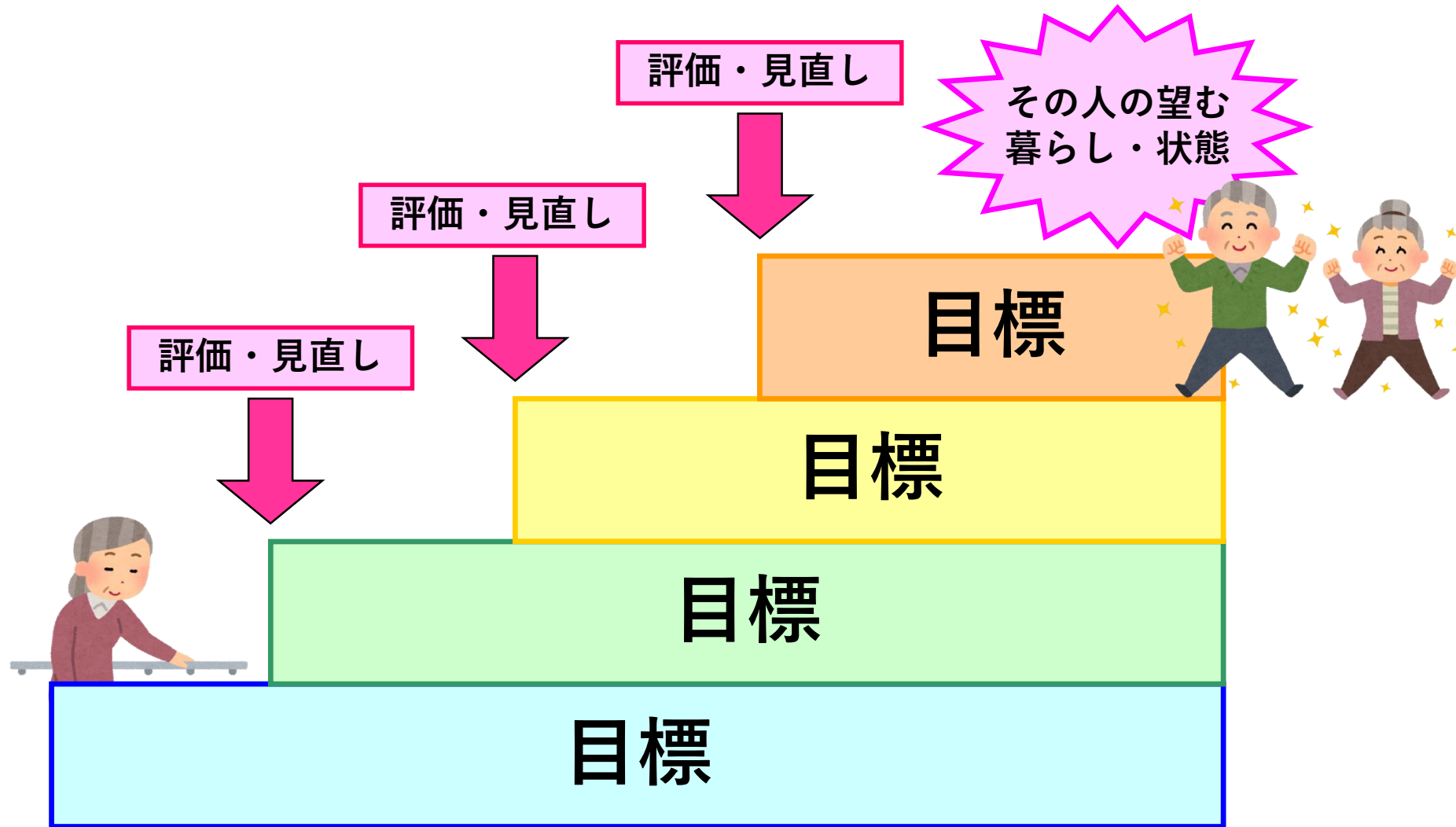
No.

名前 _____ 様 _____

記入日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

①今の生活や身体状況 (今していること、難しくなっていることなど)	②今の状況に対して希望すること (以前していたこと、続けたいことなど)	③望む生活に必要なこと・解決したいこと (ニーズ)
A : 活動面について(室内外の移動方法、交通機関の利用など)		望む生活
B : 日常生活について(家事や家庭での役割、楽しみなど)		
④ 〈望む生活を実現するための目標〉 ③の課題を解決する(望む生活を実現する)ため、 ケアプラン期間中（最長１年）に達成できそう な、より具体的で評価可能な目標を記載。(短期 目標)		④望む生活を実現するための目標
D : 健康面について(体調、病気、食事、睡眠、自己管理など)		⑤望む生活を実現するための具体的な方法
備考欄		担当者所属： 担当者名：

望む生活に向かっていきますか？





目標の設定について①

- 専門職と利用者・家族の合意が前提。
- 利用者の親しめる理解しやすい表現にする。
- ケアスタッフ側の目標にしない。
- 利用者がケアプラン期間中に達成可能な内容を設定する。

目標の設定について②

- 「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
- 「望む生活」を実現するためにクリアする必要があること

※できること・できそうなこと(可能性)を段階的にわけていく

目標のハードルは、高すぎず・低すぎず

・・・ほどよい見込み期間

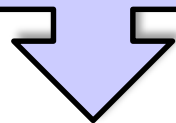
サービス内容は、あくまでも手段

・・・**利用することだけが**目的にならないようにする



目標の設定について③

「望む生活」を聞いても、利用者からでてこない場合



- 利用者基本情報の「趣味・楽しみ・特技」欄の活用
- 利用者が「またそのようなことができるようになりたい」等、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。

マイ・ケアプラン（１）

マイ・ケアプラン（１）

（介護予防サービス・支援計画表）

No.

名前 様

記入日 平成 年 月 日

①今の生活や身体の状態 (今していること、難しくなっていることなど)	②今の状況に対して希望すること (以前していたこと、続けたいことなど)	③望む生活に必要なこと・解決したいこと (ニーズ)
A : 活動面について(室内外の移動方法、交通機関の利用など)		望む生活
B : 日常生活について(家事や家庭での役割、楽しみなど)		
C : 社会面について(地域活動、ボランティアなど)		④望む生活を実現するための目標
D : 健康面について(食事、運動、睡眠など)		⑤望む生活を実現するための具体的な方法
		担当者所属:
		担当者名:

⑤〈望む生活を実現するための具体的な方法〉

④の目標を達成するための具体的な方法、主にセルフケア行動を記載する。その他、家族支援やインフォーマルサービスについてもあれば記載する。

マイ・ケアプラン（１）

マイ・ケアプラン（１）

（介護予防サービス・支援計画表）

No.

名前 様

記入日 平成 年 月 日

①今の生活や身体状況 (今していること、難しくなっていることなど)	②今の状況に対して希望すること (以前していたこと、続けたいことなど)	③望む生活に必要なこと・解決したいこと (ニーズ)
A : 活動面について(室内外の移動方法、交通機関の利用など)		望む生活
●主治医意見書等から得られた情報を参考に、サービスを利用する上で、注意すべき事柄や副作用、注意すべき薬、急変の可能性のある病状、禁忌事項などを記載する。 ●ケアプラン作成担当者から利用者へのメッセージなどを記載することも可能。 ●災害時の「緊急連絡先・避難先」等を記載。		
備考欄		担当者所属： 担当者名：

指定介護予防支援事業者または、受託した居宅介護支援事業所名。

介護予防ケアプラン作成担当者名。

「1.目標 2.セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス」

マイ・ケアプラン（2） （介護予防サービス・支援計画表）

名前 様

1. 目標	介護保険サービス 地域支援事業	サービス種別	事業者・支援機関 ・団体名等	期間
2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス				

【1. 目標】
マイ・ケアプラン（1）の④望む生活を実現する
ための目標を転記する。

【2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス】
本人が自ら行うことや、家族支援、地域のボラン
ティアや近隣住民の協力などもインフォーマルサー
ビスとして記載する。
主に、マイ・ケアプラン（1）で記載した、⑤望む
生活を実現するための具体的な方法を誰が何をする
のかわけて記載する。

総合的な方針：介護(認知症)予防および

初回作成日 平成 年

認定年月日 平成 年

認定有効期間 平成 年 月

「介護保険サービス・地域支援事業」

マイ・ケアプラン（２） （介護予防サービス・支援計画表）

名前 _____ 様

1. 目標 2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス	介護保険サービス 地域支援事業	サービス種別	事業者・支援機関 ・団体名等	期間
介護保険サービス、 地域支援事業の具体的 なサービスの内容を 記載する。				

総合的な方針：介護(認知症) 予防および改善・支援のポイント

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 氏名 _____ 印 _____

初回作成日 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

認定年月日 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

認定有効期間 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日～平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

[_____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日] あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）
印 _____

市記入欄 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

「サービス種別」

マイ・ケアプラン（2）
（介護予防サービス・支援計画表）

名前 様

1. 目標 2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス	介護保険サービス 地域支援事業	サービス種別	事業者・支援機関 ・団体名等	期間
サービス種別、回数、送迎の有無を記載する 例） 介護予防通所サービス 口腔機能向上加算 週1回 送迎なし				

総合的な方針：介護（認知症）予防および改善・支援のポイント

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

初回作成日 平成 年 月 日

認定年月日 平成 年 月 日

認定有効期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日

【 平成 年 月 日 】 あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター） 印

市記入欄

年 月 日

年 月 日

年 月 日

「期間」

マイ・ケアプラン（2） （介護予防サービス・支援計画表）

名前 _____ 様

1. 目標	介護保険サービス	サービス種別	事業者・支援機関 ・団体名等	期間
2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス	地域支援事業			

望む生活を実現するための目標の設定
（ケアプラン）期間

○年○月○日
～○年○月○日

要支援認定や基本チェックリストの有
効期間を考慮する

総合的な方針：介護（認知症）予防

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 氏名 _____ 印 _____

初回作成日 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

認定年月日 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

認定有効期間 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日～平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

[_____] あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）
平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 印 _____

市記入欄 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

「総合的な方針：介護(認知症)予防および改善・支援のポイント」

マイ・ケアプラン（２） （介護予防サービス・支援計画表）

名前 _____ 様

1. 目標
2. セルフケアや家族支援・インフォーマ

目標を達成するための支援のポイントとして、
家族を含む支援者共通(支援者側の)の安全管理
上の留意点を記載する。

利用者や家族・支援者が介護予防に向けて取り
組む、共通の認識や留意点を記載する。

- 〇〇できるように支援する。
- 〇〇をサポートする。
- 〇〇を配慮する。

総合的な方針：介護(認知症)予防および改善・支援の

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 氏名 _____ 印 _____

初回作成日 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

認定年月日 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

認定有効期間 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日～平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

【 _____ 】 あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）
平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 印 _____

市記入欄 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

「計画に関する同意」

マイ・ケアプラン（２） （介護予防サービス・支援計画表）

名前 _____ 様

1. 目標 2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス	介護保険サービス 地域支援事業	サービス種別	事業者・支援機関 ・団体名等	期間
マイ・ケアプラン原案の内容を利用 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。 ※自署の場合、押印は省略可能。				

総合的な方針：介護（認知症）予防および改善・支援のポイント

計画に関する同意

--

上記計画について、同意いたします。	
平成 年 月 日 氏名	印

初回作成日 _____ 平成 年 月 日

認定年月日 _____ 平成 年 月 日

認定有効期間 _____ 平成 年 月 日～平成 年 月 日

[_____] あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）
平成 年 月 日 印

市記入欄	年 月 日	年 月 日	年 月 日

「あんしんすこやかセンター確認欄」 （一部委託の場合のみ）

マイ・ケアプラン（2） （介護予防サービス・支援計画表）

名前 _____ 様

- 1. 目標
- 2. セルフケアや家族支援・

- 居宅介護支援事業者があんしんすこやかセンターからの委託を受けて行う場合
最終的な責任者であるあんしんすこやかセンターがケアプランが適切に作成されているかを確認する。
- 委託された居宅介護支援事業者は、ケアプラン原案を作成し、確認を受ける必要がある。
- 委託したあんしんすこやかセンターは、ケアプラン原案を確認する。
確認後は、センター名、確認日を記載し、確認した担当者の印を押す。

総合的な方針：介護（認知症）

年 月 日 氏名 _____ 印 _____

初回作成日 平成 年 月 日

認定年月日 平成 年 月 日

認定有効期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日

[_____] あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）
平成 年 月 日 印 _____

市記入欄

年 月 日

年 月 日

年 月 日

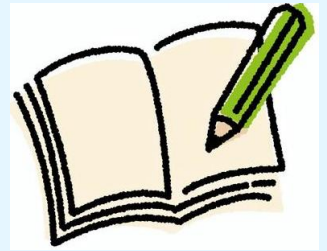
支援経過の記録について

(サービス担当者会議・モニタリング)



支援経過記録記入上の留意点

- ケアプラン作成者のメモではなく、**公的な文書**となっていますか。
- **5W1H**が明確になっていますか。
- 簡潔明瞭に要点を記載していますか。
- **客観的な事実に基づいた**記載となっていますか。
- **訪問目的やその結果**がわかりやすく記載されていますか。
- ケアプラン作成者の判断も記入していますか。
- 日常的なサービス担当者との**連絡事項が記載**されていますか。
- 関係機関に働きかけ、情報が十分得られなかった場合も、その経過を記載していますか。



支援経過記録記入例

介護予防支援経過記録（サービス担当者会議等による場合）					
No.	利用者氏名	△△ △△ 様	訪問の目的を記載する	成者氏名	●● ●●
年 月 日	方法	内 容	年 月 日	方法	内 容
H24/●/●	訪問	【サービス担当者会議】 出席者：本人・妻・□□デイサービス △△氏・〇〇先生（照会）・●● 検討内容：目標の確認、サービスの見直しと今後の方針について 「階段昇降が大変。体も相変わらずしんどいのでデイサービス以外は外出できていない。病院も2週間に1度しか受診できていない」とのこと。 足が上がりにくいのか、引きずるように歩行している。膝痛は持続している様子であるが、通所介護の利用について「デイサービスは体操したり皆と話もできるから楽しい」と笑顔で話し、継続利用を希望される。 通所介護利用中の体調は落ち着いているとのことであるが、主治医より「緊張すると血圧が上がるため、こまめに血圧測定を」と指示あり。血圧の変動・膝痛等、利用日の身体状況に合わせて内容の調整をすることとする。 日課として継続している「1日に1回プランターの花に水をやる」ことを目標とし、通所介護の利用、自宅での運動を取り入れながら歩行状態や屈曲動作の改善を図れるよう支援することを確認する。 支援計画表について説明し、同意を得る。	H24/■/●	FAX	□□デイサービス △△氏より報告あり 血圧が高い時には休憩して落ち着いた頃に再度血圧測定し、運動に取り組んでもらっている。以前よりも下肢筋力は改善されているとのこと。
H24/■/◆	電話	【モニタリング】 「立ち上がって歩き始める時に特に膝が痛む」とのこと。転倒に気をつけ、無理のない範囲で自宅での運動に取り組むよう助言。「寝たきりになったら困る」との思いで、デイサービスでは血圧に注意しつつ、体操等のプログラムに楽しんでいる様子。			

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、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。
 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。
 、電話、サービス担当者会議などの種類を記入する。

訪問・電話
などの方法
を書く

サービス提供事業所
との連絡事項の記載

モニタリング
内容（観察
したこと等）
を記載する

判断したことや検討
したことも記載する

サービス担当者会議について

目的

- ①利用者やその家族の生活全体およびその課題を共通理解すること
- ②地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどの情報共有をし、その役割を理解すること
- ③利用者の課題、その利用者の生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議すること
- ④介護予防ケアプランにおけるサービス事業者等の役割を相互に理解すること



役割

- ①利用者が「自分の果たす役割を理解」していくプロセス
- ②チームアプローチ「生活目標」の達成に向けての取り組みを共有

開催時期

- ケアプラン作成時（運営基準第30条第9号）
- 更新認定・区分変更認定を受けた場合（第17号）
- 利用者の状態等に変化があり、介護予防ケアプランの変更が必要な場合
- 提供されているサービスが介護予防ケアプランどおりの効果を果たしていないと考えられる場合
- サービスや事業の利用中断がある場合

担当者会議を進めるときの留意点

- 参加者全員が発言をする。
- 利用者・家族にとってわかりやすい言葉を使用する。
(利用者・家族にわからない専門用語を使用しない)
- 使用する資料は個人情報と認識し、事前に利用者の了解を得る。
- 重要な役割を担う人や関係機関の出席を確保する。(特に医療系サービス) 必要な場合は医療情報を主治医から事前に入手する。
- 決められた時間内に要点を絞って進行する。レジュメを作るなど、気になることや、関わりのポイント等を挙げておくのも1つの方法。
- 参加者に開催目的を事前に周知・徹底しておく。
- やむを得ない理由で書面照会のみで担当者会議を実施した場合、書面照会となった理由及び、照会した結果、ケアプラン作成者が考察した内容を介護予防サービス・支援経過記録に記入する。

モニタリングの視点

【モニタリングの視点】

- 利用者の生活状況に変化がないか。
- 介護予防ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。
- 個々の提供サービス等の支援内容が適切であるかどうか。
- 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。
- 介護予防ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか。

モニタリングの実施方法

(介護予防支援・従来型)

〈運営基準〉

- モニタリングは毎月行い記録する。
そのうち最低限以下については本人の
居宅への訪問しモニタリングを行う。
 - ・サービスの提供を開始する月の翌月から起算して
3月に1回
 - ・評価期間を終了する月
- 訪問をしない月は、サービス事業所での
面接や電話でモニタリングを行う。

評価について



評価の目的と視点

【目的】

- ・ 介護予防ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかをチェックする。
- ・ 今後のケアプランを見直すことにより、**介護予防の効果を最大限に発揮**できるよう支援する。

【視点】

ケアプラン自体の評価

根拠のあるケアプランだったか？

ケアプランが有効に作用したか？

サービスの評価

ケアプランに沿ったサービス提供がされているか？

本人の評価

生活機能の向上が図れたか？

目標とする生活にどれだけ近づいたか？

No. 利用者氏名

様

計画作成者氏名

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
【ケアプラン（2）の1.目標】を 転記する。 期間はケアプラン期間を転記 するが、プラン変更の場合は 開始～変更日までの期間を 記載する。				○か×または 達成、未達成		目標達成状況や目標 達成しない原因から、 今後の方針について、 専門的な観点を踏ま えて記載する。
目標に限らず、今後の 支援の総合的な方針を 記載する。				センター担当者から 居宅介護支援事業の ケアプラン作成者へ		サービス利用を継続する 場合は「プラン変更」 になる。 ケアプラン作成者が記入
総合的な方針			地域包括支援センター意見			
			☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了 ☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防・生活支援サービス事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 終了			

評価のポイント

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、アセスメントで変化があるものを修正し、次の目標を設定する。



評価のポイント

目標が達成しなかった場合

- 目標の設定が利用者、家族に合ったものであった。
- 目標が高すぎなかったか。
- 目標と利用者の実像とギャップはなかったか。
- 状態の変化に合わせて、適時ケアプラン変更ができていたか。
- 利用者・家族の認識はどうだったか。目標を理解できていたか。
- 具体的な方法は実行できたか。
- 実行可能な内容であったか。

