

Ⅱ 様式の活用－①

(様式の記入を確認する/ぐんま予防プランも含)



介護予防サービス・支援計画書 作成ポイント

注！お願い

作成マニュアルに沿って説明します。
委託を受ける場合、契約している各市町村からの
指導・助言を受け、計画書等の作成を行ってください

参考資料：地域包括支援センター運営マニュアル 3訂

令和4年4月 一般財団法人 長寿社会開発センター



介護予防ケアマネジメント関連様式

- ①利用者基本情報
- ②介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録
(サービス担当者会議の要点を含む)
- ③介護予防サービス・支援計画書
- ④介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表

その他

- 基本チェックリスト 課題整理総括表
- 興味・関心チェックシート など



様式は標準様式

①様式の弾力的取扱いについて(予防給付部分抜粋)

- ・要支援1、2の介護予防ケアマネジメントにあたっての必要最低限の項目。
標準様式例に示されている項目を基本としつつ新たな様式や項目を追加したり、紙面の構成や大きさを変更するなどの創意工夫は差し支えない

(平成18年3月31日老振発0331009老健局振興課長通知)

例えば

ぐんま版予防プラン・神奈川様式・仙台様式(宮城県版) 北九州市版・和光市するなど

②自己作成(いわゆるセルフケアプラン)の様式について

- ・本マニュアルで示す様式が盛り込まれているのであれば、様式は問わない。



利用者基本情報の作成

- フェイスシート

利用者のおかれている状態の全体像を客観的な情報を中心にして、簡易に把握するための項目をとりまとめたもの。利用者・家族の認識を察知したり、意欲を引き出すポイントがどこにあるかなどを意識して進める事が大切。

- 地域包括支援センターが、初めて相談を受ける総合相談の時点で作成する
- 地域包括支援センターにおける他業務でも共有
- 作成時、個人情報使用に関する同意を得る
- アセスメントの一環として利用者から情報を聴取か、本人記入(状況に応じて)
- ≪介護予防に関する事項≫は目標設定に活用できる情報
「1日の生活・すごし方」「趣味・楽しみ・特技」はケアプランづくりに重要



次に様式の確認です。

資料として準備していただきました介護予防サービス・支援計画書をお手元に置いて、解説を聞いてください。

白紙の様式と合わせて、ご自分で作成したケアプランもみていただくと確認ができます。

意図通りに書くこと、ポイントがつかめていたか自分で確認できます。



介護予防サービス・支援計画書 ケアマネジメントの思考過程を明らかにしたもの

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

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 _____

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
----------	---------	-----------	-------

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（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		<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 <input type="checkbox"/> 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】 受当な支援の実施に向けた方針	総合的な方針：生活不活発発病の改善予防のポイント
<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>

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

	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

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について説明を受け、同意し、交付を受けました。

年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印 _____



支援計画書を確認する… その前に！

事前情報を活用しましょう！

□利用者基本情報

- ・その人らしさを見つけるはじめの一歩

□基本チェックリスト ・「はい・いいえ」に隠れた「それはなぜ？」

□主治医意見書・要介護認定情報項目(事業対象者は入手不可)

- ・客観的な視点



目標とする生活

1日、1年をどのように過ごしたいか
望む生活のイメージを具体的にする

この目標を達成するためにサービス計画が作成される
介護予防:活動性・意欲を高める→生活不活発病の予防

◆具体的な表現(抽象的、あいまいな表現は避ける)

× 健康に注意して、生活したい

○ 薬を毎日飲み、血圧を150台に維持したい

◆述語は、「～したい」願望 「～できる」「～られる」可能



◆達成可能な内容を入れる

× 毎日散歩をしたい。 ○ 天気の良い日には、散歩をしたい。

◆優先順位をつける。

旅行に行ったり、買い物に行ったりしたい。

- ・利用者の意向は……①旅行 ②買い物
- ・可能性は……①買い物 ②旅行
- ・介護予防となるのは…①買い物 ②旅行

腰痛がこれ以上悪くならず、散歩や買い物などや家事が継続でき夫婦二人で今の生活を続けたい。

- ・利用者の意向は……①腰痛 ②夫婦 ③散歩
- ・可能性は…… ①夫婦 ②買い物 ③散歩
- ・介護予防となるのは…①腰痛 ②買い物 ③散歩

◆1日～大きな目標にたどり着くための段階的な目標

※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れる。

◆1年～今後の生活で達成したい目標

※その人らしい自己実現を引き出すようにする。

1日・1年どちらの目標設定だけでも可能、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述



利用者から望む生活が出てこないとき

ヒント その1 アセスメントをした後に

- ①生きがい・趣味から
- ②意欲につながっていることから
- ③介護予防につながっている生活行為から
- ④強いところ(ストレングスの視点)の発見
- ⑤専門職として改善が必要と思われた内容から

などを提案し、望む生活を引き出す。

ヒント その2 「こうなったら困る」ってことは何か聞いてみる。

- ①今までできていたのにできなくなったこと
- ②できなくなったら困ること

「するようになる生活」が見えてくる。



健康状態について

主治医意見書や生活機能評価(検診)から留意すべき情報を抽出する。
副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項などを書く

◆合わせて利用者にも確認する

どんなふうに自分の健康を受け止めてるんだろう。

主治医の先生からいつも言われていることは？
どんなことに気をつけてほしいと言われてますか？



アセスメント領域と現在の状況

どのような生活を送っているか
目標と実際の生活状況の乖離を明らかにする。

- ◆ 乖離を明らかにしたうえで目標を達成するためには
 - ・もともとの原因は何かを整理する（総合的課題）
 - ・障害となっているものを確認する（領域における課題）
 - ・目標達成するための方法を選定する（具体策の提案）



◆情報を整理する

- ・目標と関連するアセスメント項目は網羅する。
- ・アセスメント→支援計画につながる。

アセスメントが総合的課題、目標と具体策、支援計画の根拠となる。

◆計画作成担当者として

- ・介護予防に必要なだと思ったこと
- ・課題だと思ったこと
- ・具体策として提案できると思ったもの

◆具体的、端的に記載する。

※空欄ができる項目もある。



【運動・移動】

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、さまざまな交通を用いる移動が行なえているかどうか。

・歩行

状態:どのような姿勢で歩いているか、歩く速さ

状況:どのくらいの距離、頻度

例えば

領域における課題 → 足の筋力が低下している

総合的課題 → 足の筋力をつける

・交通機関での移動

状況:何を使っているか

:自力でしている場合 ~ その頻度

:自力でしていない場合 ~ どのように移動しているか (誰と、どのように、どのくらい)

例えば

領域における課題 → 人との交流が少ない

総合的課題 → 人と話す機会をつくる

目標の提案 → 公民館活動(民謡)に参加する



【日常生活(家庭生活)】

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を
行なっているか。

・自分でしている

状態:苦痛はないか、動作に不安を感じてないか

状況:どのように(プロセスの確認、方法、工夫)、頻度、時間は

・自分でしていない(手伝ってもらっている)

状態:どのような状態のため(きっかけ)

状況:いつから、どこを、誰が、何回くらい(日、曜日、月)

【社会参加・対人関係・コミュニケーション】

状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。家族や近隣との人間関係が保た
れているか。家庭内や近隣における役割の有無など。

・自分でできる

状況:誰と、どんな方法(電話・訪問など)で、何の目的でどの位

・自分ではしていない、できない(手伝ってもらってる)

状態:どのような状態になったため?(きっかけ)

状況:いつから、どこを、誰が、何回くらい(日、曜日、月)



【健康管理】

清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行なえているかどうか、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はこの項目。

高齢者の体調に影響する(食事・水分摂取・排泄状況等)状況については、回数や量などを具体的に記入

- ・通院状況(いつ、どのように、誰と、どんな目的で)
- ・セルフケアの視点
- ・服薬管理
- ・入浴

※ぐんま版予防プランでは

その他(例 趣味・生きがい) 趣味、生きがいから、4つの領域の現在の状況を読取ることができる
例えば 趣味

A:今はしていないけれど将棋をさすのが好きだったね

Q:どこへ?バスで?(運動・移動) だれと?(社会参加・コミュニケーション)

お昼ご飯はどうしていたのですか(家庭生活)、何故、行かなくなったのですか?(健康管理)

本人・家族の意欲・意向

現状をどのように思っているか
今後どのようにしたいと思っているか



今、していない理由は？今後どうしたいですか？

利用者・家族がどのように認識しているかを明らかにする
目標を達成するためには……

目標達成に向けての意欲が必要

目標達成するための目標設定や方法決定には意向が重要

支援者として意向を読み取ろう



◆利用者や家族の認識をそのまま受け止める。

- ・利用者や家族は専門職ではないので必ずしも現状と原因が合致しない。

例えば……

現状 → 外出することが少なくなった。

本人 → 「歳だから、歩くのも疲れるし、億劫だから」

家族 → 「だんだん、出不精になった」

「わからない」という認識も大切→まずは、本人が気付くことから

◆利用者と家族の意向が異なる場合もそのまま記載する。

- ・総合的課題、目標の設定に優先順位がつく。

◆消極的、否定的な意向についてはその理由を記載する。



領域における課題(背景・原因)

現状の原因は何か、改善可能性は？

アセスメントと利用者の認識を参考に、目標とする生活を実現するために課題となっている背景・原因を専門職の観点から分析し、利用者の全体像を明らかにする。

- ・利用者に対して、自分自身の生活状況や心身状態について気づきを促す機会
- ・総合的課題の根拠
- ・目標設定の方向性が明確になる



◆「～のため、……である(なっている)。

しかし、××をすることによって、〇〇ができる(可能)と思われる。

- ・「～のため」 原因
- ・「……である」 現状
- ・「しかし、××をすることによって」 方法
- ・「〇〇ができる」 課題解決の可能性

例えば・・・

以前、散歩していて転倒した経験があるために外出に対する不安がある。そのため、家にいる時間が増え、活動量が減り、体力が落ちたため歩くとすぐに疲れ、好きな買物に行くことが出来ない状態である。しかし、自分で買物に行きたいという意欲があり、体力をつけたくて、家の中で自己流の運動をしている。足腰の力や体力がつく効果的な運動をすることによって、スーパーの店内を一周できる体力が付き自力で買物に行くことができる(と思われる)。



総合的課題

目標とする生活を達成する為に改善の必要があること

利用者が取り組むべき課題を明らかにする
各領域における課題を総合し全体像を捉える

- ①利用者の**生活全体の課題**を探すため、**各領域における課題共通の背景**を見つけて出す。
- ②支援を必要としていることを明確にするために**課題だけを記述し、意向や目標、具体策などは記載しない。**
- ③優先度の高い順から、1. 2～
- ④但し、意欲が低い場合で簡単な課題の方が効果が期待できると判断した場合は達成可能な課題順でもOK
- ⑤危険性や可能性の予測を記入



課題に対する目標と具体策の提案

目標とする生活を達成するために、実行すること

実行していく事柄を明らかにする

**目標設定は、総合的課題の解決を目指し設定され、
具体策は目標を達成するための方法**

目標は「達成具合」を評価する。
漠然とした目標ではなく、**評価可能で具体的なもの**



- ◆目標と具体策は実行可能なことをあげる
 - ・利用者の意欲や意向があること
 - ・アセスメントから確認した実際にしていること
- ◆評価可能な表現で記載する。
 - ・ひとつの目標には、ひとつの事柄を記載する

例えば・・・ 「自分で献立を考え、買い物をする」

→「献立を考える」と「買い物をする」は具体策が異なる上に
両方が実行できないと目標達成に結びつかない。

- ・抽象的な表現は避ける

例えば・・・ 「毎日規則正しい生活をする」 → 規則正しい生活って？



具体策についての意向

提案した目標をどのように思うか

提案した具体策について、利用者の意欲や実行の可能性を明らかにする

具体策の実行に向けての意思確認と共通理解、プラン確定までの合意プロセス

- ◆あまり前向きではない場合は「とりあえず」・「お試し」で実行し、その状況をモニタリング。その後、プランを確定。実行してから、実績により、必要に応じて修正をしていく。プランの変更はできない！という不安感を与えない事が大切。



目 標

望む生活に必要なこと

まずは何からはじめていこう

目標とした生活に近づくには、この期間で何が出来たらいいのか

《支援計画では》

- ・支援のポイント:望む生活を実現するポイント、支援者の共通言語
- ・それぞれが出来ること・すること
 - ・自分ですること
 - ・家族として出来ること、していること
 - ・地域の資源、近所の力
 - ・介護保険で出来ること →どんな方法で誰に？



支援計画

具体的に何をどのようにしていくか

実行計画を具体的に提示する

実行目標に対して、利用者を誰がどのように支援し、いつまでに実行するか決定する。



目標から支援計画まで

目標(合意できた目標)

- ◆提案した具体策の中から利用者が選択する
(合意されていた目標を選択した場合は「同左」&「提案どおり」と記載可)
- ◆評価が可能ないように具体的に記載する
(状況・回数などをいれると達成度が分かり易い)

例えば:「天気の良い日には散歩をする」

→天気の良い日に散歩ができたかどうか評価する

「散歩を週2回する」→週2回できたか評価する

支援のポイント

- ◆合意できた目標を支援するための支援者共通の留意点を記載する

例えば:「天気の良い日には散歩をする」

→天気の良い日でも腰痛があるときは無理をさせない。

→気温が安定する午後2時頃の散歩を促し、体に寒さの負担をかけないように見守る。

【支援方法】

◆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

誰がどのように実行するかを具体的に記載する

例えば:「天気の良い時には散歩をする」

本人:前日にテレビを見て天気を確認し散歩をする時間を決める。

家族:天気がはっきりしないときには家族と相談して決める。

◆介護保険サービス(または、地域支援事業)

サービス利用時どのような支援を行うか記載する

例えば:介護予防通所介護

「天気の良い日には散歩をする」

→1週間の散歩の実施状況を確認するとともに、散歩によって

新たな問題が生じていないか観察する。

◆サービス種別・事業所・期間

・実行目標の達成期間をいつまでにするか考慮して決める。

・頻度は提供事業者が設定、目標達成可能な回数を専門的見地から提案する。



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、計画作成や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

「目標とする生活」や「目標」について
それぞれが取り組む共通の方向性や留意点を記載する。

再び、今のような状態を起こさないように
改善できた状態を維持していく
機能の改善／生活の改善



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)

◆訪問、電話、サービス担当者会議での連絡や相談、決定事項等があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載。

- ・事実の記載
- ・事業所からの報告書などは添付
- ・ケアプランの修正が必要と考えられたこと

※利用者の状態を記載するものではなく**支援した記録**

- ・担当者として利用者に対して実行したこと。
- ・必要だと判断したことの根拠などを記載する



モニタリング

目的

- ・利用者自身の日常生活能力や社会状況の変化によっておこる課題の変化を見る
- ・ケアプランどおり実行できているか把握する

※評価(エバリュエーション)とは・・・

介護予防プランの修正

ケアプランに対する評価

当初立てた目標が達せられたか否か

方法

- ①サービス事業者からの報告・連絡
- ②事業所への訪問
- ③利用者からの意見聴取・訪問

幅広く情報収集できる
環境整備が重要



介護予防サービス・支援評価表

評価の時期は？

- ◆プログラムにより設定した期間ごとに評価(中間評価)
必要に応じて計画書の見直しをする

- 【目標】 介護予防サービス・支援計画表の目標
- 【評価期間】 介護予防サービス・支援計画表の期間
- 【目標達成状況】 評価期間内の状況を記載
- 【目標達成/未達成】 達成 ○印 未達成 ×印
- 【目標達成しない原因】 本人・家族と計画作成者の評価
- 【今後の方針】 達成状況や達成しない原因から専門的な
観点を踏まえて記載
- 【総合的な方針】 今後の支援の総合的な方針



ぐんま版予防プラン

<https://www.pref.gunma.jp/02/d2310053.html>

「ぐんま版予防プラン」でインターネット検索をしていただくとダウンロードできます。

群馬県庁のホームページからだと迷子になるかもしれないので上記のように「ぐんま版予防プラン」で検索する方が早道です。

平成18年1月の研修会の際、現場のみなさんの声を聞き、ダ
ツシュで作成、4月からの利用に間に合いました。使い易いように介護給付の
様式と同じA4版の横にしました。

初心者は使いやすく、A3版に移行するのがスムーズとの声もいただきました。
。



①表紙		介護予防サービス・支援計画書					初回・紹介・継続		認定済・申請中		
NO:							状態区分		要支援1・要支援2・地域支援事業		
利用者氏名:		様	被保険者番号:		生年月日: 明・大・昭		年	月	日 (満 歳)		
認定年月日:		認定有効期間:		~							
計画作成者氏名:		担当地域包括支援センター名:		前橋市地域包括支援センター							
計画作成事業者(事業所名):		(所在地)			(電話番号)						
計画作成(変更)日:		(初回作成日)									
目標とする生活 生活に対する意向や希望	本人の希望(こんな風にしたい)				1日	1日の生活をどのように作っていくか 具体的でなおかつ達成が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。1日1年どちらかの目標設定でも可能					
	家族の希望(こんな生活をしてほしい・こんな風にかかわりたい)					1年	週や月、年単位でしたいこと 生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。 夢ではないもの				
健康状態	主治医意見書・健診結果・観察等を踏まえた留意点 主治医意見書などから特に注意すべき事柄を書く。副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項などを書く				必要なプログラム		運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防
	主治医のアドバイス 受診時、言われたことや言われていること				<input type="checkbox"/> 予防給付	<input type="checkbox"/> 地域支援事業	/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3
総合的な支援の方法	改善・予防のポイント(支援の方向性・留意点など)				介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定						
	利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善・予防に 向けに取り組む、共通の認識や留意点を記載する				妥当な支援の実施に向けた方針【本来行うべき支援ができない場合に記入】 ・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						
1週間の予定	曜日	月	火	水	木	金	土	日			
	午前										
	午後										
【地域包括支援センター記入欄】 意見:					【利用者記入欄】						
担当者名: _____ 印					私はこの介護予防サービス・支援計画書(①、②、③)について同意します。 令和 年 月 日 氏名: _____ 印						

②アセスメント表

アセスメント実施年月日:

利用者名:

様

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		総合的課題
何をして、何をしていないか？		今していない理由？	今後どうしたいですか？	有無	背景・原因の分析、改善可能性の評価	望む生活に必要なこと
運動・移動 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 交通機関での移動 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	・自ら行きたい場所に移動できているか ・杖や福祉用具、手段 ・自宅や屋外での歩行 ・交通機関を使つての移動状況	【本人】	【本人】	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	①
日常生活(家庭生活) <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> その他の家事 <input type="checkbox"/> 預金管理 <input type="checkbox"/> 世話(花・ペット) <input type="checkbox"/>	・日常に必要な品物の買物の状況 ・自分で選んで買っているか ・献立・調理の状況 ・家事(家の掃除、洗濯、ゴミ捨て等)についての状況 ・預貯金の出し入れの状況	【本人】	【本人】	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	
社会参加・対人関係・コミュニケーション <input type="checkbox"/> 相談ごと <input type="checkbox"/> 来訪・訪問 <input type="checkbox"/> 会話・手紙 <input type="checkbox"/> 仕事・地域の役割 <input type="checkbox"/>	・家族や友人との関係、交流の状況 ・友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ・家族、友人などとの会話や電話での意思疎通 ・認知機能(見当識等) ・地域での役割(老人クラブや町内会) ・趣味や楽しみの状況 ・緊急時の対応状況	【本人】	【本人】	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	
健康管理 <input type="checkbox"/> 入浴・清潔 <input type="checkbox"/> 身だしなみ <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 健診受診 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/>	・排泄の状況 ・入浴やシャワーの状況 ・肌、顔、歯、爪などの手入れ ・健康への配慮(食事、運動、睡眠に気を付けている状況) ・服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができていますか。	【本人】	【本人】	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	③
その他(例 趣味・生きがい) <input type="checkbox"/> 以前のこと <input type="checkbox"/> 今のこと <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	・話のきっかけ 例えば：趣味はゲートボール いつ頃、どこで、誰と？ご飯はどうしていたの？行き帰りは？歩くときは杖？仲間との関係は良好？何円しているのですか？などなど	【本人】	【本人】	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	

・各領域における課題を統合して全体像を捉える
 ・領域における各課題共通の要因、背景等を見つけ、それらが引き起こす生活課題を記入
 ・意向や目、具体策は書かない
 ・課題ごとに、1、2と番号をふる

アセスメントと利用者の認識を参考に、目標とする生活を実現するために課題となっている背景・原因を専門職の観点から分析し、利用者の全体像を明らかにする。
 ~のため、...である(なっている)。しかし、××をすることによって、〇〇ができる(可能)と思われる。

・「~のため」原因
 ・「...である」現状
 ・「しかし、××をすることによって」方法
 ・「〇〇ができる」課題解決の可能性

課題整理総括表の「見直し」欄と考え方は同じ

③ケアプラン

総合的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		支 援 計 画				
目標の提案 (評価可能で、具体的)	具体策の提案 (様々な角度からの支援内容)	本人・家族の意向 (合意のない理由・根拠等)	合意できた目標	支援方法	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間
①	本人	本人	目標 前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記入する 数量目標があると、達成したかどうかの数量評価がしやすい	本人(セルフケア)				
	家族	家族 ()		家族				
	その他	()		地域				
				保険外サービス				
②	本人	・具体策についても、総合事業や予防給付だけではなく、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、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 具体策には「〇〇が必要」「〇〇を行うと記載し提案する。次の右側の項目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目標と支援内容につながる。 例) 「目標」(3か月後) ひとりで□□まで歩いて行けるようになる。 「具体策」 ①▼▼を利用して△△を行う ②誰々が■■を行う	目標	本人(セルフケア)				
	家族		家族					
	その他		()	支援のポイント	地域			
				保険外サービス				
③	本人	・具体策についても、総合事業や予防給付だけではなく、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、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 具体策には「〇〇が必要」「〇〇を行うと記載し提案する。次の右側の項目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目標と支援内容につながる。 例) 「目標」(3か月後) ひとりで□□まで歩いて行けるようになる。 「具体策」 ①▼▼を利用して△△を行う ②誰々が■■を行う	目標	本人(セルフケア)				
	家族		家族					
	その他		()	支援のポイント	地域			
				保険外サービス				

「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、専門家として示す提案である。

・具体策についても、総合事業や予防給付だけではなく、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、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
 具体策には「〇〇が必要」「〇〇を行うと記載し提案する。次の右側の項目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目標と支援内容につながる。
 例)
 「目標」(3か月後) ひとりで□□まで歩いて行けるようになる。
 「具体策」
 ①▼▼を利用して△△を行う
 ②誰々が■■を行う

前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記入する
 数量目標があると、達成したかどうかの数量評価がしやすい

支援のポイント
 支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して具体的な支援を行ううえで支援者側の留意点を記載する。



その人らしい生活を一緒に考え探していくこと
生活することの楽しさを見つけていくこと

「何もすることがないんだ」と話す言葉の中に
隠れている「ことばにならないことば」が大切

聴くこと力



目指すのは



「豊かな人生」
「その人らしい生活の実現」

