

介護予防ケアマネジメント関連様式

介護予防ケアマネジメント関連様式

ケアマネジメント様式の構成

- ①利用者基本情報
- ②介護予防サービス・支援計画書
- ③介護予防サービス・支援評価表
- ④介護予防支援経過記録
- ⑤基本チェックリスト



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。

介護予防サービス支援計画書 作成ポイント

注！お願い

ここでは作成マニュアルに沿って説明します。
委託で担当する場合、契約している市町村からの
指導・助言にそって計画書等の作成を行ってください

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、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

支援計画表を確認する・・・ 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步
- 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
 - 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。

両方記載しなくてもだいじょうぶ！！

1日でも1年でも、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

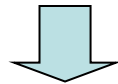
「こうなったら困る」ってことは何か聞いてみる。

- 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。

◆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。

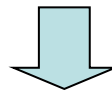
主治医の先生からいつも言われていることは？
どんなことに気をつけてほしいと言われていますか？



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しているか。

- 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ます。

例えば

- ・趣味は？ ～ 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）
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。

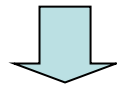
- 総合的課題、目標の設定に優先順位がつく。

◆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、○○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
- ・ 「○○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つ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。



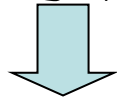
目標設定は総合的課題の解決を目指し設定

- ①利用者の生活全体の課題を探するため、各領域における課題共通の背景を見つけ出す。
- 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

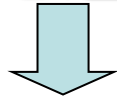
課題に対する目標と具体策の提案

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か

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」と「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

◆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

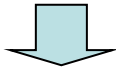
※利用者の状態を記載するものではなく**支援した記録**

- 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



介護予防プランの修正

※評価（バリュエーション）とは・・・
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