

# 介護予防ケアプランの書き方(熊本県荒尾市Ver.2)

ケアプラン作成のポイントは、「**内容を読めば、本人を知らない人でも本人の姿が思い浮かぶ**」もの  
にすることです。  
そして、ケアプランは利用者本人の同意を得て完成します。本人が読んでわかりやすい内容になっ  
ていますか？本人が目にして問題ない内容ですか？

日 月 年

要支援1 要支援2 事業対象者

所在地(連絡先)

地域包括支援センター: 荒尾市地域包括支援センター

1日	1年後に向けて本人が日常生活の中で頑張れることや取り組みやすいことを書く。趣味、楽しみ、特技などを活かして動機づけにつながる内容を意識する。	1年	本人が希望する将来の生活のイメージを具体的に書く。そのためには、本人が考えている「近い将来(1年後ぐらい)に実現したいと思う自分の姿」を引き出すことが重要になる。
----	--	----	---

①アセスメント			②合意		③ケアプラン												
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(総合事業サービス)	サービス種別	事業所	期間					
<b>運動・移動について</b> 行きたい場所への移動手段 自宅内外の歩行状況 交通機関の利用状況	本人、家族の言葉をそれぞれ書く。 > 現状の受け止め方 > 生活能力等の向上への意欲 > 今後に向けた思いや考え ※ 否定的・消極的な場合はその理由を明らかにすることが重要。 【記載例】 ● ○○ができるようになりたい。 ● 手伝ってもらえれば○○がしたい。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<<目標>> 総合的課題と、利用者が望む暮らしや価値観、好みを踏まえて計画作成者が考えた目標を書き、利用者に提案する。 目標設定のポイントは、「達成した時の本人の様子が映像としてイメージできる」、「達成にはちょっとした頑張りが必要」、「成功体験や達成感が持てる」、「評価しやすい」。 上部に書いた「1年後の目標」が、目標設定のポイントを満たす内容なら、同じでもよい。そうでなければ、「1年後の目標」につながる目標にする。 【記載例】 ● ○○ができる。 ● ○○できるようになる。	計画作成者と利用者、家族で合意した目標を書く。 「課題に対する目標と具体策の提案」で提案した目標で合意できていれば、そのまま書く。 「具体策についての意向/本人・家族」を踏まえて、改めて目標を設定した場合はそれを書く。	提案した目標や具体策に対する本人や家族の意向を書く。 合意が得られなかった場合は、本人や家族が合意できないと思った理由も書く。 【記載例】 ● ○○と思う。 ● ○○してほしい。	目標達成に向けて支援を行う上での留意点や、本人や家族を含む関係者で連携して支援することを書く。	本人が行うセルフケアや取り組み、家族が行う支援内容、近所の人との協力などインフォーマル支援について書く。 <<本人のセルフケアとして書くこと>> > 行動すること > 知識や方法を学ぶこと > 習慣化すること 【記載例】 ● ○○する。 ● ○○を行う。	介護保険サービスや総合事業サービスの種類、社会資源の種類を書く。 【記載例】 <<総合事業や介護保険のサービス>> ・ 訪問型緩和型サービス ・ 通所型緩和型サービス ・ 介護予防訪問リハビリテーション ・ 介護予防福祉用具貸与 等 <<社会資源>> ・ 配食サービス ・ 貯筋体操 ・ 高齢者いきいきサロン ・ 趣味の教室 ・ 定期受診 ・ 地域の支え合い活動 ・ 民生委員の見守り 等	サービス事業所や社会資源を提供する事業者や団体、個人等を書く。	目標達成に必要な期間を書く。介護保険認定の有効期間内で最長1年間。 【記載例】 令和○年○月○日～令和△年△月△日							
<b>日常生活(家庭生活)について</b> 日用品の買い物状況 献立作りや調理の状況 掃除、洗濯、ゴミ捨て 植木やペットの世話 お金の出し入れなど金銭管理 入浴や排せつ		各領域の生活上の課題を明らかにして、その原因や背景を分析した上で、悪化の危険性や改善の可能性を書く。 原因や背景には、「直接的なもの」もあれば、「間接的なもの」もあることを意識する。 問題点だけでなく、利用者の強み(意欲、潜在能力、環境の強みなど)をもとに「改善の可能性」を書くこと、支援の方向性が見えやすくなる。 書いた内容と、課題の「有・無」のチェックがあべこべにならないように注意。									<<具体策>> 上記の目標を達成するために取り組む必要があることを書き、利用者に提案する。 <<どう方法を使って取り組むかもあわせて書くが、介護保険や総合事業のサービスだけでなく、民間サービスや地域資源、家族支援、本人自身で取り組むなどあらゆる社会資源の活用を意識する。>> 取り組みは本人や家族が取り組みそうなことや取り組みたいことを意識する。 【記載例】 ● △△に行って○○をする。 ● 自宅で○○を行う。	本来なら右のケアプランの部分に書く必要がある内容に対して、本人や家族の合意が得られず、目標設定ができないものについては、下の「本来行うべき支援ができない場合」の欄に、支援の実現に向けた方針を書く。	目標達成に向けて、本人が行うセルフケアや取り組み、家族が行う支援内容、近所の人との協力などインフォーマル支援について書く。 <<家族などの支援として書くこと>> > 直接的な支援 > 心理的な支援 【記載例】 ● ○○する。 ● ○○を行う。	目標達成に向けて、介護保険や総合事業のサービスによって提供してもらうこと(サービス事業所の役割や行ってもらう支援内容)を書く。 支援内容が本人の望む暮らしや目標の達成につながるっているか意識すること。 <<通所系サービスや訪問リハ、訪問看護の時の書き方のポイント>> 何のためにどういった支援内容を提供してほしいか具体的に書く。 【記載例】 ● 疾患に注意しながら、下肢筋力やバランス能力向上のための運動プログラムを行う。 <<ヘルパー、家事おたすけ隊の時の書き方のポイント>> 本人と一緒にいることを念頭において書く。 また、本人が自力で行えるようになるための助言等も役割の一つ。 【記載例】 ● 屈み動作を伴うトイレや浴室内の掃除を支援する。 ● 掃除のやり方や道具の工夫について提案する。 <<レンタルの時の書き方のポイント>> ● レンタルする物とその目的を具体的に書く。 ● 使い方の指導・確認や定期的なメンテナンスも支援の一つ。	介護保険サービスや総合事業サービスの種類、社会資源の種類を書く。 【記載例】 <<総合事業や介護保険のサービス>> ・ 訪問型緩和型サービス ・ 通所型緩和型サービス ・ 介護予防訪問リハビリテーション ・ 介護予防福祉用具貸与 等 <<社会資源>> ・ 配食サービス ・ 貯筋体操 ・ 高齢者いきいきサロン ・ 趣味の教室 ・ 定期受診 ・ 地域の支え合い活動 ・ 民生委員の見守り 等	サービス事業所や社会資源を提供する事業者や団体、個人等を書く。	目標達成に必要な期間を書く。介護保険認定の有効期間内で最長1年間。 【記載例】 令和○年○月○日～令和△年△月△日
<b>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</b> 家族や近隣の人との交流 地域活動への参加状況 仕事やボランティア活動 家族や地域での役割の有無 趣味や楽しみの有無		領域ごとに、現状や課題に結びつく内容を中心に書く。 「できないこと」や「支援を受けていること」だけでなく、「できていること」や「していたこと」にも着目する。 いくつかの領域にまたがるものは、どこか一か所に書くことと良い。									<<各領域における課題の中で原因や背景が共通するもの、方向性が同じものをまとめ、「本人の課題」として整理する。>> 複数の総合的課題がある場合は、優先度が高いものから書くこととわかりやすい。 単に問題だけではなく、計画作成者として利用者が今後どのような生活を送れるようになるかとも書くと、支援の方向性が見えやすくなる。	【本来行うべき支援が実施できない場合】 妥当な支援の実現に向けた方針	本人や家族の合意が得られなかった場合に、本来行うべき支援の実現に向けた方針を書く。また、必要な社会資源が本人の住む地域にない場合に、その資源の必要性などを書く。 > からだ元気教室(通所型サービスC)の対象外と判断した場合、この欄にその理由を具体的に書く(※85歳以上の場合は理由の記載不要)。	総合的な方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント			
<b>健康管理について</b> 服薬管理、定期受診の状況 飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、睡眠などの健康管理状況 口腔ケアの状況	健康状態について特に注意すべきことがあれば書く。主治医意見書の書面だけでなく、実際に主治医に確認したことも書く。難しい言葉は、一般の人がわかる言葉に言い換えるなど工夫すること。	基本チェックリストの該当した質問項目数をお書きください。	地域包括支援センター 【確認印】	新規(要介護から更新申請で要支援になった人も含む)のケアプランはサービス担当者会議の前に、地域包括支援センターによる内容の確認とコメントが必要。 サービス担当者会議開催日の3営業日前までに、利用者基本情報と基本チェックリスト、ケアプランをシステムで作成し、地域包括支援センターに電話を入れる。	計画に関する同意 上記計画について、同意いたします。												

「1年」や「目標」の欄に書いたことに向けて、利用者や家族、計画作成者、サービス事業所担当者が共通して意識する方向性や特に注意すべき点を書く。

サービス担当者会議を開催して同意を得た(署名をもらった)ケアプランは、事業所で保管する。  
 ※ ケアプランや支援経過記録(サービス担当者会議の要点含む)等をすべて、リアルタイムで地域包括支援センターでも確認できるため、原本の提出は不要。

年 月 日 氏名