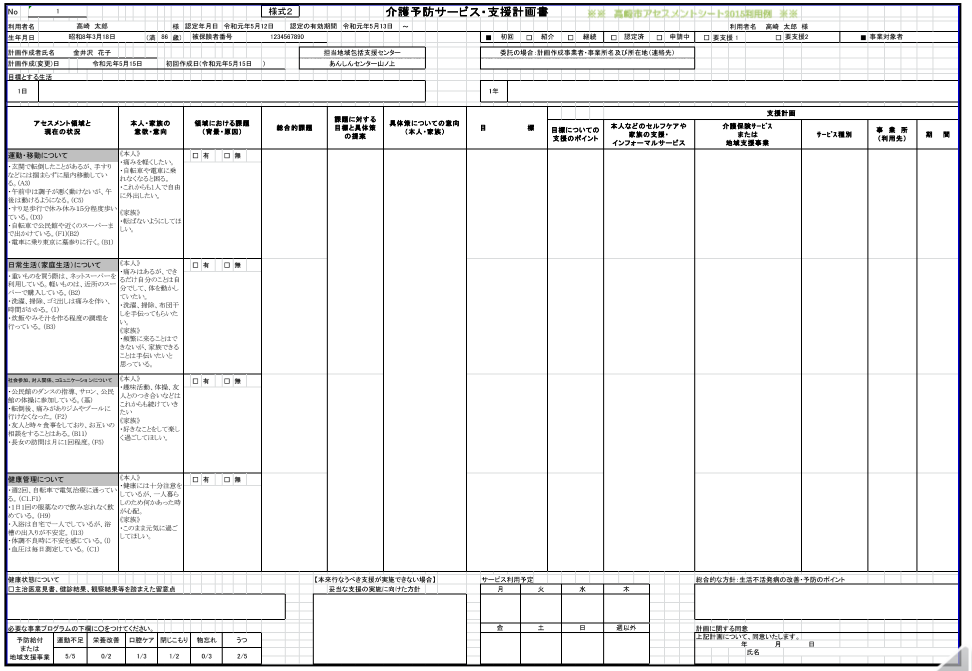
介護予防ケアマネジメント研修会

ケアプランの作成



No 1　様式2

介護予防サービス・支援計画書

※※　高崎市アセスメントシート2015利用例　※※

利用者名　高崎　太郎　様　認定年月日　令和元年5月12日　認定の有効期間　令和元年5月13日　～

利用者名　高崎　太郎　様

生年月日　昭和8年3月18日　（満　86　歳）　被保険者番号　1234567890

■ 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

計画作成者氏名　金井沢　花子

計画作成(変更)日　令和元年5月15日　初回作成日(令和元年5月15日　)

担当地域包括支援センター：あんしんセンター山ノ上

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

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	本人などのセルフケアや家族の支援・インフォーマルサービス	介護保険ｻｰﾋﾞｽまたは地域支援事業	ｻｰﾋﾞｽ種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について ・玄関で転倒したことがあるが、手すりなどには掴まらずに屋内移動している。(A3) ・午前中は調子が悪く動けないが、午後は動けるようになる。(C5) ・すり足歩行で休み休み15分程度歩いている。(D3) ・自転車で公民館や近くのスーパーまで出かけている。(F1)(B2) ・電車に乗り東京に墓参りに行く。(B1)	《本人》 ・痛みを軽くしたい。 ・自転車や電車に乗れなくなると困る。 ・これからも1人で自由に外出したい。 《家族》 ・転ばないようにしてほしい。	□ 有　□ 無										
日常生活（家庭生活）について ・重いものを買う際は、ネットスーパーを利用している。軽いものは、近所のスーパーで購入している。(B2) ・洗濯、掃除、ゴミ出しは痛みを伴い、時間がかかる。(I) ・炊飯やみそ汁を作る程度の調理を行っている。(B3)	《本人》 ・痛みはあるが、できるだけ自分のことは自分でして、体を動かしていたい。 ・洗濯、掃除、布団干しを手伝ってもらいたい。 《家族》 ・頻繁に来ることはできないが、家族できることは手伝いたいと思っている。	□ 有　□ 無										
社会参加、対人関係、コミュニケーションについて ・公民館のダンスの指導、サロン、公民館の体操に参加している。(基) ・転倒後、痛みがありジムやプールに行けなくなった。(F2) ・友人と時々食事をしており、お互いの相談をすることはある。(B11) ・長女の訪問は月に1回程度。(F5)	《本人》 ・趣味活動、体操、友人とのつき合いなどはこれからも続けていきたい 《家族》 ・好きなことをして楽しく過ごしてほしい。	□ 有　□ 無										
健康管理について ・週2回、自転車で電気治療に通っている。(C1.F1) ・1日1回の服薬なので飲み忘れなく飲めている。(H9) ・入浴は自宅で一人でしているが、浴槽の出入りが不安定。(I13) ・体調不良時に不安を感じている。(I) ・血圧は毎日測定している。(C1)	《本人》 ・健康には十分注意をしているが、一人暮らしのため何かあった時が心配。 《家族》 ・このまま元気に過ごしてほしい。	□ 有　□ 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

【本来行なうべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

必要な事業プログラムの下欄に〇をつけてください。

予防給付または地域支援事業	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり	物忘れ	うつ
	5/5	0/2	1/3	1/2	0/3	2/5

サービス利用予定

月	火	水	木
金	土	日	週以外

総合的な方針：生活不活発病の改善・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

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

１日・１年どちらかの目標設定だけでも可能

【１日】

具体的でなおかつ達成感が得られる内容。日々行っていること。

（例）・毎日の薬を飲み忘れない。

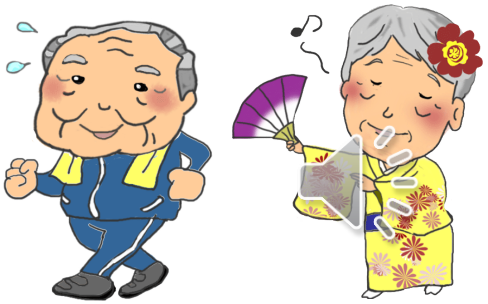
・夜寝る前に日記をつける

【1年】

生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標

（例）・旅行に行って山の写真を撮る

・ホテルのレストランで食事をする



Copyright (c) Takasaki City All rights Reserved.

アセスメント領域と現在の状況・本人の意欲

《アセスメントシート2015の領域》
【基】基本情報　【A】環境　【B】老研式活動能力指標　【C】身体状況
【D】運動・転倒　【E】栄養・口腔　【F】閉じこもり　【G】うつ　【H】認知機能（MCI）
【I】IADL・ADL

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向
運動・移動について ・玄関で転倒したことがあるが手すりなどには掴まらずに屋内移動している(Ａ3) ・午前中は調子が悪く動けないが、午後は動けるようになる。(Ｃ5) ・すり足歩行で休み休み１５分程度歩いている。(Ｄ3) ・自転車で公民館や近くのスーパーまで出かけている。(Ｆ1.Ｂ２) ・電車に乗り東京に墓参りに行く。（Ｂ１）	《本人》 ・痛みを軽くしたい。 ・自転車や電車に乗れなくなると困る。 ・これからも１人で自由に外出したい。 《家族》 ・転ばないようにして欲しい。

Copyright (c) Takasaki City All rights Reserved.

領域における課題（背景・原因）

・アセスメント領域において生活上の問題となっていること、及びその背景・原因を今までのプロセスに記載した内容や面接中の様子、事前情報をもとに健康状態・心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状況等の観点から整理し、分析する。
・現在課題になっていること、あるいはその状態でいると将来どのようなことが起こるかなどの課題も予測し記載する。マイナスのことだけではなく、**ストレングス（本人のもつ潜在的な力、未活用の能力）**という、プラスの面から見た改善可能性についても考慮する。

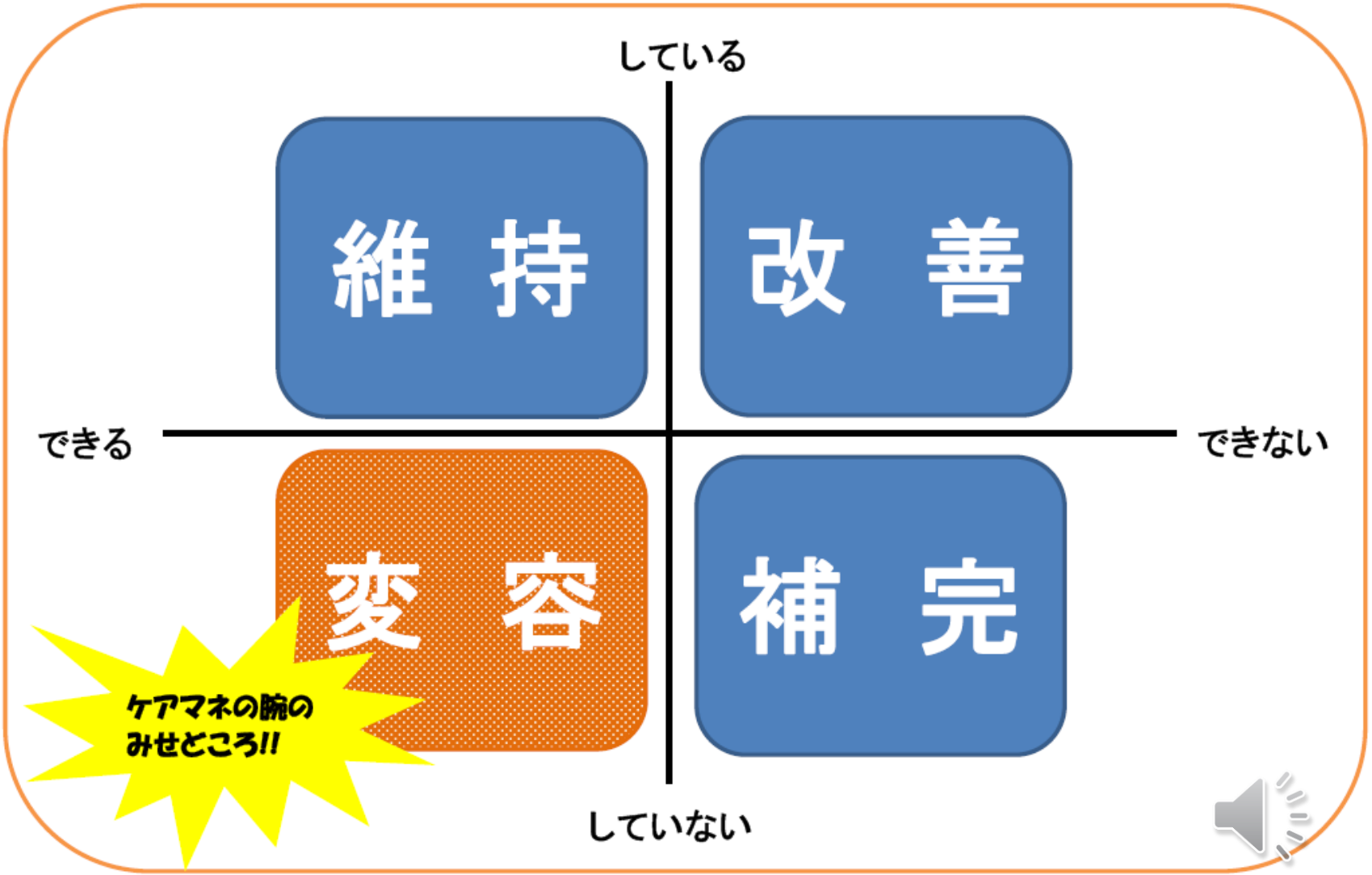
☆記入のポイント☆

「○○のため、××である（なっている）。
原因　　現状

しかし、△△をすることによって、◎◎ができる（可能）と思われる。」
方法　　課題解決の可能性

Copyright (c) Takasaki City All rights Reserved.

自立指向型プランの視点（イメージ図）



Copyright (c) Takasaki City All rights Reserved.

総合的課題

目標とする生活を達成するために改善の必要があること、本人が取り組むべき課題を明らかにする。

☆考え方と記入のポイント☆

●目に見える背景・原因に限らず総合的なアセスメントを行い、生活上の課題を発生させている要因を探る
●支援を必要とす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。
●課題には優先順位をつける。

Copyright (c) Takasaki City All rights Reserved.

☆記入例☆

現在の状況

領域における課題

運動・移動

家の中では掴まらずに歩けるが、外に出ると転倒するため外出を控えている

腰痛と膝痛があり歩く機会が減って、足の力やバランスを保つ力が低下している。転倒に注意をしながら歩くことなどを続けることで、足の筋力の低下を予防することができる

健康管理

足が上がらなくて家のお風呂に入れなくなっている

ふらつきあり浴槽も深いため足が上がらず、自宅での入浴に不安がある。環境を整え、また運動などを行い足の筋力をつけることで、自宅で入浴できるようになる。

Copyright (c) Takasaki City All rights Reserved.

総合的課題

足腰の痛みや転倒の不安があり、
足の筋力が低下している

課題の背景原因を考える

（例）
「認知症によりまたぎ越しの方法がわからなくなっているのではないか」
「足腰の痛みだけではなく、歯の痛みがあって食欲が減退して、体力が低下しているのではないか」

Copyright (c) Takasaki City All rights Reserved.

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、実行することを考える

目標設定：総合的課題の解決を目指して設定
具体策：目標を達成するための方法

☆記入のポイント☆

●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行なっていること
●評価可能な表現で記載する。
・一つの目標には、一つの事柄を記載する
「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
「毎日規則正しい生活をする」→規則正しい生活って？本人が考えている「規則正しい生活」を具体的に捉える。

Copyright (c) Takasaki City All rights Reserved.

具体策についての意向（本人・家族）

・提案した「課題に対する目標と具体策」について利用者・家族の意向を確認し、記載する。
・提案と利用者・家族の意向の相違点が確認でき、最終的な目標設定の合意形成の足がかりとなる。

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

☆記入のポイント☆

●あまり前向きではない場合にはとりあえず試し、実行状況をモニタリングし、必要に応じて修正していく。
●合意が得られた場合→「○○が必要だと思う」「○○を行ないたい」等と記載。
●合意が得られなかった場合→その理由や根拠について利用者・家族の考え方を記載。

Copyright (c) Takasaki City All rights Reserved.

目標

・利用者・家族の意向を踏まえ、担当者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。
※当初から「課題に対する目標と具体策の提案」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などの記載でもよい。
・「目標とする生活」へ出来るだけ近づけるように、利用者・家族と話し合いながら目標や具体策について合意していくことは、介護予防に対する意欲を形成していく重要なプロセスである。

望む生活に必要なことは？いつごろまでにどうありたいか
→まず、なにからはじめるか？

☆記入のポイント☆

●目標は利用者自身が一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを充分に考慮することが重要。（興味・関心チエックシートの活用）
●始めから難しい目標を立てるのではなく、達成可能な目標から立てる工夫も必要。
●提案した具体策の中から利用者が選択する。
●評価が可能なように具体的に記載する。（状況・回数）
例）「天気の良い日には散歩をし、天気が悪い日には鬼石体操をする」（状況）
→天気の良かった日に散歩ができたかどうか、悪い日は体操できたかを評価する。
「散歩を週２回する」→週２回できたか評価する。（回数）

Copyright (c) Takasaki City All rights Reserved.

設定しがちな不適切な目標例

（参考：ぎょうせい　自立支援型ケアプラン作成ガイド）

目標	不適切な理由
自分のできることは自分で行なう	誰にでも使える表現を目標とすることは控えてください。具体的に本人が何に取り組むのかを記載します。この記載では、何に取り組むかもわからず、本人の取り組みの意欲も生まれにくく、評価しにくい目標です。
快適な入浴ができる	目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはなりません。このため、「安心」「維持」「快適」「向上」「穏やか」「本人らしい」「慣れ親しんだ」など、援助機関や援助職によって判断・評価に差が出る目標の記載は控え、具体的に記載します。
下肢筋力の維持向上を図る	目標は、抽象的な言葉ではなく誰にでもわかりやすい具体的な表現で記載し、かつ実際に解決が可能というものでなくてはなりません。よく使われる表現ですが、「下肢」がどの部分を指しているのかもわからない。今の筋力の状態もわからない。維持が目標達成なのか？向上したら達成なのか？（どのようになったら目標達成とするのか。）もわからない。本人が何を行なうのかもわからない不適切な目標です。
清潔の保持	目標は、抽象的な言葉ではなく誰にでもわかりやすい表現で記載し、具体的に本人が何に取り組むのかを記載します。この記載では、何に取り組むかもわからず、評価しにくい目標です。

Copyright (c) Takasaki City All rights Reserved.

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を決定する。

目標についての支援のポイント

・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上での支援者側の留意点を記載する。
※サービスを利用する場合はサービス事業所向けの内容を記載し、サービスを利用しない場合は、本人向けの内容を記載する。

Copyright (c) Takasaki City All rights Reserved.

☆支援のポイント記入例☆

本人向け	・体調と向き合いながら無理なく体操する ・移動時に転倒しないように注意をする ・体調が回復してきたら、部屋の掃除ができるようになるよう、今は手伝ってもらう ・一人暮らしの不安を軽減しながら、社会とのつながりを持ち続けられるようにする
事業所向け	・交流しやすい環境作りや声掛け橋渡し等を行い、孤立しないようにする ・体調や痛みを確認しながら、体操やレクに参加できるよう促す ・住環境の見直しを行い、家事動作がスムーズにできるように工夫する ・個別の運動計画を作成実施する場合には、主治医の指示通りに血圧が〇〇以上で運動を中止する ・ヘルパー調理時には隣に座って一緒に料理ができるように声掛けすることで、本人の気持ちが上向きになれるようにする

Copyright (c) Takasaki City All rights Reserved.

本人などのセルフケアや家族の支援・インフォーマルサービス

・本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力等を具体的に記載する。

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なうか記載する。

まとめてある
ゴミを出す
（まとめるの
は本人）

腰に負担のかかる
家事の支援

Copyright (c) Takasaki City All rights Reserved.

サービス種別

・支援内容に適したサービス種別を、具体的に記載する。
・区分支給限度額内の加算についても記載する。
・在宅福祉サービスについても記載する。

事業所

・当該サービス提供を行なう事業所名を記載する。
・介護、地域、介護保険サービス以外についても、誰が行なうかを記載する。

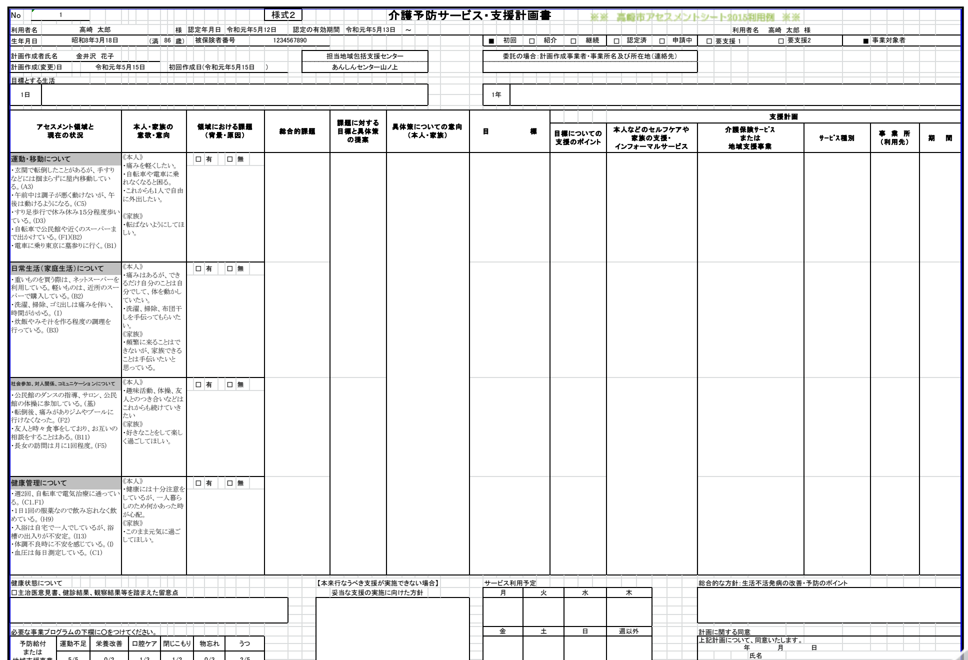
期間

・「期間」は目標を達成するための期間。認定期間とイコールではない。高崎市においては、介護予防サービス計画、介護予防ケアマネジメントともに最長１年。
・計画書に週間予定を記載する欄がない場合は、利用する曜日も記載する。

Copyright (c) Takasaki City All rights Reserved.

介護予防ケアマネジメント研修会

ケアプランの作成



No 1　　様式2　　**介護予防サービス・支援計画書**　　※※　高崎市アセスメントシート2015利用例　※※

利用者名　高崎　太郎　様　認定年月日　令和元年5月12日　認定の有効期間　令和元年5月13日　～　　利用者名　高崎　太郎　様

生年月日　昭和8年3月18日　（満　86　歳）　被保険者番号　1234567890　　■ 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

計画作成者氏名　金井沢　花子　　担当地域包括支援センター：あんしんセンター山ノ上　　委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日　令和元年5月15日　初回作成日（令和元年5月15日　）

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	本人など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	ｻｰﾋﾞｽ種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について ・玄関で転倒したことがあるが、手すりなどには掴まらずに屋内移動している。(A3) ・午前中は調子が悪く動けないが、午後は動けるようになる。(C5) ・すり足歩行で休み休み15分程度歩いている。(D3) ・自転車で公民館や近くのスーパーまで出かけている。(F1)(B2) ・電車に乗り東京に墓参りに行く。(B1)	《本人》 ・痛みを軽くしたい。 ・自転車や電車に乗れなくなると困る。 ・これからも1人で自由に外出したい。 《家族》 ・転ばないようにしてほしい。	□ 有　□ 無										
日常生活（家庭生活）について ・重いものを買う際は、ネットスーパーを利用している。軽いものは、近所のスーパーで購入している。(B2) ・洗濯、掃除、ゴミ出しは痛みを伴い、時間がかかる。(I) ・炊飯やみそ汁を作る程度の調理を行っている。(B3)	《本人》 ・痛みはあるが、できるだけ自分のことは自分でして、体を動かしていたい。 ・洗濯、掃除、布団干しを手伝ってもらいたい。 《家族》 ・頻繁に来ることはできないが、家族できることは手伝いたいと思っている。	□ 有　□ 無										
社会参加、対人関係、コミュニケーションについて ・公民館のダンスの指導、サロン、公民館の体操に参加している。(基) ・転倒後、痛みがありジムやプールに行けなくなった。(F2) ・友人と時々食事をしており、お互いの相談をすることはある。(B11) ・長女の訪問は月に1回程度。(F5)	《本人》 ・趣味活動、体操、友人とのつき合いなどはこれからも続けていきたい 《家族》 ・好きなことをして楽しく過ごしてほしい。	□ 有　□ 無										
健康管理について ・週2回、自転車で電気治療に通っている。(C1.F1) ・1日1回の服薬なので飲み忘れなく飲めている。(H9) ・入浴は自宅で一人でしているが、浴槽の出入りが不安定。(I13) ・体調不良時に不安を感じている。(I) ・血圧は毎日測定している。(C1)	《本人》 ・健康には十分注意をしているが、一人暮らしのため何かあった時が心配。 《家族》 ・このまま元気に過ごしてほしい。	□ 有　□ 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

必要な事業プログラムの下欄に〇をつけてください。

予防給付または地域支援事業	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり	物忘れ	うつ
	5/5	0/2	1/3	1/2	0/3	2/5

【本来行なうべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

サービス利用予定

月	火	水	木
金	土	日	週以外

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

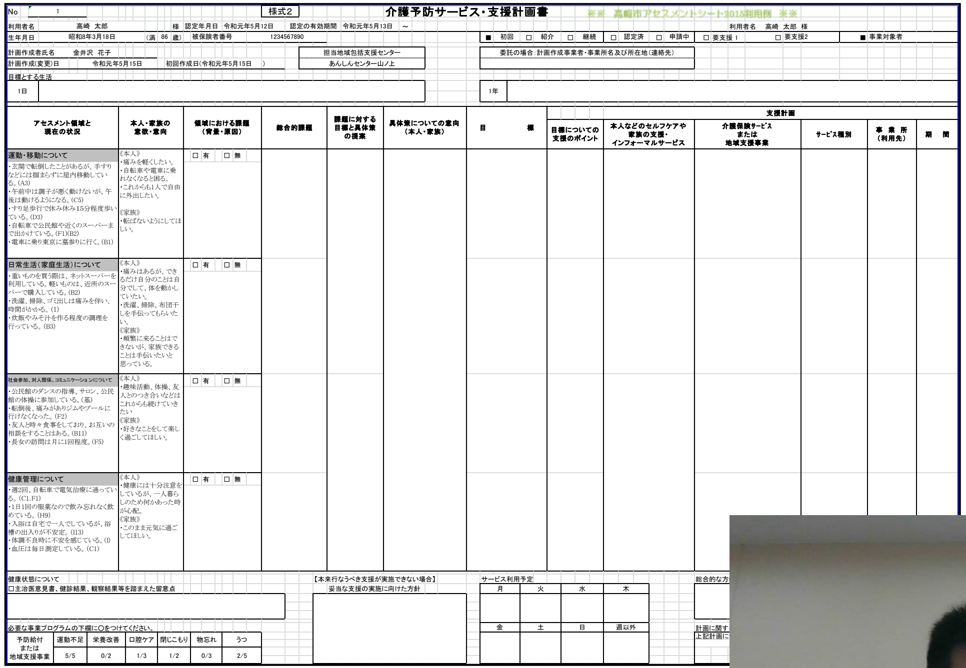
計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

年　月　日

氏名

ケアプランの作成



No　1　　様式２

介護予防サービス・支援計画書

※※　高崎市アセスメントシート2015利用例　※※

利用者名　高崎　太郎　様　認定年月日　令和元年5月12日　認定の有効期間　令和元年5月13日　～

利用者名　高崎　太郎　様

生年月日　昭和8年3月18日　（満　86　歳）　被保険者番号　1234567890

■ 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

計画作成者氏名　金井沢　花子

計画作成(変更)日　令和元年5月15日　初回作成日(令和元年5月15日　)

担当地域包括支援センター　あんしんセンター山ノ上

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

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	本人などのセルフケアや家族の支援・インフォーマルサービス	介護保険ｻｰﾋﾞｽまたは地域支援事業	ｻｰﾋﾞｽ種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について ・玄関で転倒したことがあるが、手すりなどには掴まらずに屋内移動している。(A3) ・午前中は調子が悪く動けないが、午後は動けるようになる。(C5) ・すり足歩行で休み休み15分程度歩いている。(D3) ・自転車で公民館や近くのスーパーまで出かけている。(F1)(B2) ・電車に乗り東京に墓参りに行く。(B1)	《本人》 ・痛みを軽くしたい。 ・自転車や電車に乗れなくなると困る。 ・これからも1人で自由に外出したい。 《家族》 ・転ばないようにしてほしい。	□ 有　□ 無										
日常生活（家庭生活）について ・重いものを買う際は、ネットスーパーを利用している。軽いものは、近所のスーパーで購入している。(B2) ・洗濯、掃除、ゴミ出しは痛みを伴い、時間がかかる。(I) ・炊飯やみそ汁を作る程度の調理を行っている。(B3)	《本人》 ・痛みはあるが、できるだけ自分のことは自分でして、体を動かしていたい。 ・洗濯、掃除、布団干しを手伝ってもらいたい。 《家族》 ・頻繁に来ることはできないが、家族できることは手伝いたいと思っている。	□ 有　□ 無										
社会参加、対人関係、コミュニケーションについて ・公民館のダンスの指導、サロン、公民館の体操に参加している。(基) ・転倒後、痛みがありジムやプールに行けなくなった。(F2) ・友人と時々食事をしており、お互いの相談をすることはある。(B11) ・長女の訪問は月に1回程度。(F5)	《本人》 ・趣味活動、体操、友人とのつき合いなどはこれからも続けていきたい 《家族》 ・好きなことをして楽しく過ごしてほしい。	□ 有　□ 無										
健康管理について ・週2回、自転車で電気治療に通っている。(C1.F1) ・1日1回の服薬なので飲み忘れなく飲めている。(H9) ・入浴は自宅で一人でしているが、浴槽の出入りが不安定。(I13) ・体調不良時に不安を感じている。(I) ・血圧は毎日測定している。(C1)	《本人》 ・健康には十分注意をしているが、一人暮らしのため何かあった時が心配。 《家族》 ・このまま元気に過ごしてほしい。	□ 有　□ 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

必要な事業プログラムの下欄に〇をつけてください。

予防給付または地域支援事業	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり	物忘れ	うつ
	5/5	0/2	1/3	1/2	0/3	2/5

【本来行なうべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

サービス利用予定

月	火	水	木
金	土	日	週以外

総合的な方

計画に関す

上記計画に