

介護予防ケアマネジメントC (私のプラン) の活用について

京都市保健福祉局
健康長寿のまち・京都推進室
介護ケア推進課 認定給付担当

国における介護予防ケアマネジメントの種類(出典：「国ガイドライン」より抜粋)

①ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・短期集中予防サービスを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 →モニタリング 【給付管理】
②ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
・①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合（指定事業者以外の多様なサービスを利用する場合等）	アセスメント →ケアプラン原案作成 （→サービス担当者会議） →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 （→モニタリング 【適宜】 ）
③ケアマネジメントC（初回のみの介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 （※必要に応じ、その後の状況把握を実施）	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

本市における介護予防ケアマネジメントの種類

本市では、次の2類型を実施。

- 原則的な介護予防ケアマネジメント「ケアマネジメントA」
- 初回のみ介護予防ケアマネジメント「ケアマネジメントC」

利用するサービスと介護予防ケアマネジメントの種類

利用するサービス			ケアマネジメントの種類
介護予防サービス (給付) ※要支援者のみ	訪問型・通所型 サービス（総合事業）	一般介護予防事業、 民間のサービス 等	
○	○	○	予防支援
○	○		予防支援
○		○	予防支援
○			予防支援
	○	○	ケアマネジメントA
	○		ケアマネジメントA
		○	ケアマネジメントC

「ケアマネジメントC」で使用するケアプランの様式

「介護予防サービス・支援計画書」（指定介護予防支援と同じ）又は「私のプラン（ケアマネジメントC結果等記録表）（簡易様式）」のいずれかの様式を用いる。

「私のプラン」は本市独自の様式で、サービス担当者会議や定期的なモニタリングを行わないケアマネジメントCが、より効果的に実施できるよう、面接の中で利用者とともに書き込み完成させることができる様式としている。作成にあたっては「介護予防サービス・支援計画書」を用いる場合と同様に、「私のプラン」に関する手順も参考にすること。

（「令和4年度介護予防ケアマネジメントの手引き＜本編＞」P54～P65参照）

「介護予防サービス・支援計画書」を用いる場合

ケアマネジメントCでは、以下の項目は省略が可能。

- 4 領域における課題（背景・原因）
- 5 総合的課題
- 6 課題に対する目標と具体策の提案
- 7 具体策についての意向 本人・家族
- 9 目標についての支援のポイント
- 12 サービス種別
- 14 期間
- 16 【本来行うことが妥当な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
- 17 総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）

「介護予防サービス・支援計画書」様式

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. _____

利用者氏名 _____ 様（男・女） 歳 設定年月日 年 月 日 設定の有効期間 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： _____

1 目標とする生活

1日	1年												
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
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 の提示	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）	介護予防サービス 又は地域支援事業 （障害事業のサービス）	サービス 種別	事業所 （利用先）	期間	
運動・移動について		☐ 有 ☐ 無					()						
日常生活（家庭生活）について		☐ 有 ☐ 無											
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無					()						
健康管理について		☐ 有 ☐ 無					()						

15 健康状態について
口主治医意見書、検診結果、観察結果等を踏まえた留意点

16 【本未行うべき支援が実施できない場合】
必要な支援の実施に向けた方針

17 総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

18 _____

19 地域包括支援セン _____

20 計画に関する同意

省略可能

「私のプラン（ケアマネジメントC結果等記録表 表面）」様式

被保険者番号:		私のプラン(ケアマネジメントC結果等記録表)		計画(変更)作成日: 年 月 日													
利用者氏名: 男・女		() 地域包括支援センター		担当者:													
生年月日: 大・昭 年 月 日 ()歳		住所:		電話:													
① ()か月後の私の姿(目標):				担当者メッセージ:													
* 太枠内の該当する項目の○を●のように塗りつぶしてください。追加項目がありましたら○その他:の後の何も書いていない所に簡単に記入してください。																	
② 現在の状況		③ どんなふうになりたいですか(意欲・意向)		④ 維持・改善を目指すこと(目標)													
⑤ 民間サービス等 (セルフケアや地域活動等を含む)		⑥ 公的サービス		⑦ 事業所 (利用先)													
運動・移動	☐ 週に()回は歩いて外出している ☐ 乗り物で出掛けることがある(以下に○) 【車を運転・自転車・バス・電車・その他】 ☐ 杖を使用している ☐ その他:	☐ 外出の機会を増やしたい ☐ 車に歩けるようになりたい ☐ 階段を安心して昇り降りしたい ☐ その他:	⑪ 評価結果記録(年 月 日) 														
日常生活	☐ 家事が負担になってきた(以下に○) 【買い物・調理・掃除・洗濯・その他】 ☐ 家事以外にも趣味や日課がある (例: 読書やペットの飼育等) ☐ その他:	☐ 身の回りのことは自分でしたい ☐ 時々手伝ってもらいながら今の生活を続けたい ☐ 趣味や楽しみを持ちたい ☐ その他:															
社会参加	☐ 一人暮らしである ☐ 仕事をしている ☐ サークルや地域の活動に参加している ☐ 隣近所の人との関わりが少ない ☐ その他:	☐ 話し相手(仲間)がほしい ☐ 地域の活動に参加したい ☐ 家族や周りの人の役に立ちたい ☐ その他:															
健康管理	☐ かかりつけ医がある ☐ 薬の飲み忘れがある ☐ 体重が増えて(減って)きた ☐ 健康のために取り組んでいることがある (例: ウォーキング、筋トレ、減塩等) ☐ その他:	☐ 健康のために運動等に取り組みたい ☐ 薬の飲み忘れをなくしたい ☐ 体重を減らし(増やし)たい ☐ その他:															
⑧		⑨		⑩													
【チェックリスト結果(年 月 日実施分)】 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔ケア</td> <td>薬の飲み忘れ</td> <td>体重減少</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">/5</td> <td style="text-align: center;">/2</td> <td style="text-align: center;">/3</td> <td style="text-align: center;">/2</td> <td style="text-align: center;">/3</td> <td style="text-align: center;">/5</td> </tr> </table>		運動不足	栄養改善	口腔ケア	薬の飲み忘れ	体重減少	うつ予防	/5	/2	/3	/2	/3	/5	【実施にあたっての留意事項】		【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	
運動不足	栄養改善	口腔ケア	薬の飲み忘れ	体重減少	うつ予防												
/5	/2	/3	/2	/3	/5												

「私のプラン（ケアマネジメントC結果等記録表 裏面）」様式

※こちらの様式はケアマネジメントの実施後、必要に応じて御利用者様自身に活用いただくものです。

○私自身について

改めて自分自身について振り返ってみましょう。あなたの強みは何ですか？

一日の生活 (朝服、食事、 散歩等)	午前												午後											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
健康状態 (治療中の病 気、気になるこ と)																								
食生活 (栄養バラン ス、楽しめてい るか)																								
家庭や地域での 役割 (家事、ボラン ティア等)																								
性格 (良いと思うと ころ、気にして いること)																								
趣味 (好きなこと、 興味のあるこ と)																								
大切にしている こと (心がけている こと、座右の銘 等)																								
困ったときに助 けてくれる人 (緊急連絡先、 友人等)																								

○活動記録

介護予防教室、研修会、地域活動への参加など、あなたが取り組んでいることを記録しましょう。参加してよかったと思えることがきっとあるはずです。

活 動 日	活動記録（メモ程度で構いません。気軽に書いてみましょう。）		
年 月 日	内容、場所等	出席した人等	感想等（楽しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出席した人等	感想等（楽しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出席した人等	感想等（楽しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出席した人等	感想等（楽しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出席した人等	感想等（楽しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出席した人等	感想等（楽しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出席した人等	感想等（楽しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出席した人等	感想等（楽しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出席した人等	感想等（楽しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出席した人等	感想等（楽しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出席した人等	感想等（楽しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出席した人等	感想等（楽しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出席した人等	感想等（楽しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出席した人等	感想等（楽しかった事や新たな気づき等）

私のプラン
(ケアマネジメントC結果等記録表)
記載手順・ポイント

被保険者番号:		私のプラン(ケアマネジメントC結果等記録表)		計画(変更)作成日: 年 月 日	
利用者氏名:		男・女	() 地域包括支援センター	担当者:	
生年月日: 大・昭 年 月 日 () 歳		住所:		電話:	
① ①)か月後の私の姿(目標):				担当者メッセージ:	
①目標とする生活					
* 太枠内の該当する項目の○を●のように塗りつぶしてください。追加項目がありましたら○その他:の後の何も書いていない所に簡単に記入してください。					
② 現在の状況		③ どんなふうになりたいですか(意欲・意向)		④ 維持・改善を目指すこと(目標)	
⑤ 民間サービス等 (セルフケアや地域活動等を含む)		⑥ 公的サービス		⑦ 事業所 (利用先)	
⑧ チェックリスト 結果		⑨ 実施に当たっての留意事項		⑩ 同意	
⑪ 評価結果記録		⑫ 同意		⑬ 同意	

被保険者番号:		私のプラン(ケアマネジメントC結果等記録表)		計画(変更)作成日: 年 月 日													
利用者氏名:		男・女	() 地域包括支援センター	担当者:													
生年月日: 大・昭 年 月 日 () 歳		住所:		電話:													
① ①) か月後の私の姿(目標): ① 目標とする生活				担当者メッセージ:													
* 太枠内の該当する項目の○を●のように塗りつぶしてください。追加項目がありましたら○その他:の後の何も書いていない所に簡単に記入してください。																	
② 現在の状況		③ どんなふうになりたいですか(意欲・意向)		④ 維持・改善を目指すこと(目標)													
⑤ 民間サービス等 (セルフケアや地域活動等を含む)		⑥ 公的サービス		⑦ 事業所 (利用先)													
運動・移動 ☐ 週に()回は歩いて外出している ☐ 乗り物で出掛けることがある(以下に○) 【車を運転・自転車・バス・電車・その他】 ☐ 杖を使用している ☐ その他:		☐ 外出の機会を増やしたい ☐ 家に歩けるようになりたい ☐ 階段を安心して昇り降りしたい ☐ その他:															
日常生活 ☐ 家事が負担になってきた(以下に○) 【重い物・調理・掃除・洗濯・その他】 ☐ 家事以外にも趣味や日課がある (例: 花木やペットの飼育等) ☐ その他:		☐ 身の回りのことは自分でしたい ☐ 時々手伝ってもらいながら今の生活を続けたい ☐ 趣味や楽しさをもちたい ☐ その他:															
社会参加 ☐ 一人暮らしである ☐ 仕事をしている ☐ サークルや地域の活動に参加している ☐ 身近な人との関わりが少ない ☐ その他:		☐ 話し相手(仲間)がほしい ☐ 地域の活動に参加したい ☐ 家族や周りの人の役に立ちたい ☐ その他:															
健康管理 ☐ かかりつけ医がある ☐ 薬の飲み忘れがある ☐ 体重が増えて(減って)きた ☐ 健康のために取り組んでいることがある (例: ウォーキング、ストレッチ、運動等) ☐ その他:		☐ 健康のために運動等に取り組みたい ☐ 薬の飲み忘れをなくしたい ☐ 体重を減らし(増やし)たい ☐ その他:		⑪ 評価結果記録(年 月 日) 													
⑧		⑨		⑩													
【チェックリスト結果(年 月 日実施分)】 <table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔ケア</td> <td>薬に気が付く</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>/5</td> <td>/2</td> <td>/3</td> <td>/2</td> <td>/3</td> <td>/5</td> </tr> </table>		運動不足	栄養改善	口腔ケア	薬に気が付く	物忘れ予防	うつ予防	/5	/2	/3	/2	/3	/5	【実施にあたっての留意事項】 		【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	
運動不足	栄養改善	口腔ケア	薬に気が付く	物忘れ予防	うつ予防												
/5	/2	/3	/2	/3	/5												

① （ ） か月後の私の姿（目標）

① （ ） か月後の私の姿（目標）

「介護予防サービス・支援計画書」における「目標とする生活」に該当。

「私のプラン」では数か月から1年単位を目処に、利用者がマネジメント結果をもとに介護予防活動等を行った結果、達成可能な具体的な目標を設定する。また、評価についてはここで設定した目標の時期に実施する。

さらに、「担当者メッセージ」欄には、マネジメント担当者から利用者へ向けたコメントを記載する。利用者が住民主体の介護予防活動等に取り組む場合においては、セルフマネジメントにより活動を継続し、目標が達成できるように、利用者をエンパワメントするようなメッセージが望ましい。

被保険者番号: 		私のプラン(ケアマネジメントC結果等記録表)		計画(変更)作成日: 年 月 日	
利用者氏名: 男・女		() 地域包括支援センター		担当者: 	
生年月日: 大・昭 年 月 日 () 歳		住所: 		電話: 	
① () か月後の私の姿(目標): 				担当者メッセージ: 	
* 太枠内の該当する項目の○を●のように塗りつぶしてください。追加項目がありましたら○その他:の後の何も書いていない所に簡単に記入してください。					
② 現在の状況		③ どんなふうになりたいですか(意欲・意向)		④ 維持・改善を目指すこと(目標)	
⑤ 民間サービス等 (セルフケアや地域活動等を含む)		⑥ 公的サービス		⑦ 事業所 (利用先)	
⑧		⑨		⑩	
⑪		⑫		⑬	
⑭		⑮		⑯	
⑰		⑱		⑲	
⑳		㉑		㉒	
㉓		㉔		㉕	
㉖		㉗		㉘	
㉙		㉚		㉛	
㉜		㉝		㉞	
㉟		㊱		㊲	
㊳		㊴		㊵	
㊶		㊷		㊸	
㊹		㊺		㊻	
㊼		㊽		㊾	
㊿		㋀		㋁	
㋂		㋃		㋄	
㋅		㋆		㋇	
㋈		㋉		㋊	
㋋		㋌		㋍	
㋎		㋏		㋐	
㋑		㋒		㋓	
㋔		㋕		㋖	
㋗		㋘		㋙	
㋚		㋛		㋜	
㋝		㋞		㋟	
㋠		㋡		㋢	
㋣		㋤		㋥	
㋦		㋧		㋨	
㋩		㋪		㋫	
㋬		㋭		㋮	
㋯		㋰		㋱	
㋲		㋳		㋴	
㋵		㋶		㋷	
㋸		㋹		㋺	
㋻		㋼		㋽	
㋾		㋿		㌀	
㌁		㌂		㌃	
㌄		㌅		㌆	
㌇		㌈		㌉	
㌊		㌋		㌌	
㌍		㌎		㌏	
㌐		㌑		㌒	
㌓		㌔		㌕	
㌖		㌗		㌘	
㌙		㌚		㌛	
㌜		㌝		㌞	
㌟		㌠		㌡	
㌢		㌣		㌤	
㌥		㌦		㌧	
㌨		㌩		㌪	
㌫		㌬		㌭	
㌮		㌯		㌰	
㌱		㌲		㌳	
㌴		㌵		㌶	
㌷		㌸		㌹	
㌺		㌻		㌼	
㌽		㌾		㌿	
㍀		㍁		㍂	
㍃		㍄		㍅	
㍆		㍇		㍈	
㍉		㍊		㍋	
㍌		㍍		㍎	
㍏		㍐		㍑	
㍒		㍓		㍔	
㍕		㍖		㍗	
㍘		㍙		㍚	
㍛		㍜		㍝	
㍞		㍟		㍠	
㍡		㍢		㍣	
㍤		㍥		㍦	
㍧		㍨		㍩	
㍪		㍫		㍬	
㍭		㍮		㍯	
㍰		㍱		㍲	
㍳		㍴		㍵	
㍶		㍷		㍸	
㍹		㍺		㍻	
㍼		㍽		㍾	
㍿		㎀		㎁	
㎂		㎃		㎄	
㎅		㎆		㎇	
㎈		㎉		㎊	
㎋		㎌		㎍	
㎎		㎏		㎐	
㎑		㎒		㎓	
㎔		㎕		㎖	
㎗		㎘		㎙	
㎚		㎛		㎜	
㎝		㎞		㎟	
㎠		㎡		㎢	
㎣		㎤		㎥	
㎦		㎧		㎨	
㎩		㎪		㎫	
㎬		㎭		㎮	
㎯		㎰		㎱	
㎲		㎳		㎴	
㎵		㎶		㎷	
㎸		㎹		㎺	
㎻		㎼		㎽	
㎾		㎿		㏀	
㏁		㏂		㏃	
㏄		㏅		㏆	
㏇		㏈		㏉	
㏊		㏋		㏌	
㏍		㏎		㏏	
㏐		㏑		㏒	
㏓		㏔		㏕	
㏖		㏗		㏘	
㏙		㏚		㏛	
㏜		㏝		㏞	
㏟		㏠		㏡	
㏢		㏣		㏤	
㏥		㏦		㏧	
㏨		㏩		㏪	
㏫		㏬		㏭	
㏮		㏯		㏰	
㏱		㏲		㏳	
㏴		㏵		㏶	
㏷		㏸		㏹	
㏺		㏻		㏼	
㏽		㏾		㏿	
㐀		㐁		㐂	
㐃		㐄		㐅	
㐆		㐇		㐈	
㐉		㐊		㐋	
㐌		㐍		㐎	
㐏		㐐		㐑	
㐒		㐓		㐔	
㐕		㐖		㐗	
㐘		㐙		㐚	
㐛		㐜		㐝	
㐞		㐟		㐠	
㐡		㐢		㐣	
㐤		㐥		㐦	
㐧		㐨		㐩	
㐪		㐫		㐬	
㐭		㐮		㐯	
㐰		㐱		㐲	
㐳		㐴		㐵	
㐶		㐷		㐸	
㐹		㐺		㐻	
㐼		㐽		㐾	
㐿		㑀		㑁	
㑂		㑃		㑄	
㑅		㑆		㑇	
㑈		㑉		㑊	
㑋		㑌		㑍	
㑎		㑏		㑐	
㑑		㑒		㑓	
㑔		㑕		㑖	
㑗		㑘		㑙	
㑚		㑛		㑜	
㑝		㑞		㑟	
㑠		㑡		㑢	
㑣		㑤		㑥	
㑦		㑧		㑨	
㑩		㑪		㑫	
㑬		㑭		㑮	
㑯		㑰		㑱	
㑲		㑳		㑴	
㑵		㑶		㑷	
㑸		㑹		㑺	
㑻		㑼		㑽	
㑾		㑿		㒀	
㒁		㒂		㒃	
㒄		㒅		㒆	
㒇		㒈		㒉	
㒊		㒋		㒌	
㒍		㒎		㒏	
㒐		㒑		㒒	
㒓		㒔		㒕	
㒖		㒗		㒘	
㒙		㒚		㒛	
㒜		㒝		㒞	
㒟		㒠		㒡	
㒢		㒣		㒤	
㒥		㒦		㒧	
㒨		㒩		㒪	
㒫		㒬		㒭	
㒮		㒯		㒰	
㒱		㒲		㒳	
㒴		㒵		㒶	
㒷		㒸		㒹	
㒺		㒻</			

② 現在の状況

② 現在の状況

「介護予防サービス・支援計画書」における「アセスメント領域と現在の状況」に該当。

あらかじめ記載された項目をもとに、これまで聞き取った情報を利用者とともに整理し書き込む。利用者自身に「現在の状況」について考えてもらうことで、主観的健康感等を引き出すとともに、やり取りの過程で得られた客観的事実も担当者から示しながら、現在の状況が総合的に把握され、共通の理解となるように取り組む。

「運動・移動」「日常生活」「社会参加」「健康管理」のそれぞれについて、該当する項目の○を塗りつぶすとともに、趣味や日課等については空欄部分に具体的に記入する。また、記載されている項目以外にも該当する事項があれば、その他の欄に追加で記入する。

被保険者番号:

利用者氏名: 男・女

生年月日: 大・昭 年 月 日 ()歳

私のプラン(ケアマネジメントC結果等記録表)

計画(変更)作成日: 年 月 日

() 地域包括支援センター

住所:

担当者:

電話:

()か月後の私の姿(目標):

担当者メッセージ:

* 太枠内の該当する項目の○を●のように塗りつぶしてください。追加項目がありましたら○その他:の後の何も書いていない所に簡単に記入してください。

② 現在の状況

③ ③意欲・意向

④ 維持・改善を目指すこと(目標)

⑤ 民間サービス等
(セルフケアや地域活動等を含む)

⑥ 公的サービス

⑦ 事業所
(利用先)

運動・移動

日常生活

社会参加

健康管理

○週に()回は歩いて外出している

○乗り物で出かけることがある(以下に○)

〔車を運転・自転車・バス・電車・その他〕

○杖を使用している

○その他:

○外出の機会を増やしたい

○楽に歩けるようになりたい

○階段を安心して昇り降りしたい

○その他:

○家事が負担になってきた(以下に○)

〔買い物・調理・掃除・洗濯・その他〕

○家事以外にも趣味や日課がある

〔例:花木やペットの飼育等〕

○その他:

○身の回りのことを自分でしたい

○時々手伝ってもらいながら今の生活を続けたい

○趣味や楽しみを持ちたい

○その他:

○一人暮らしである

○仕事をしている

○サークルや地域の活動に参加している

○身近な人との関わりが少ない

○その他:

○話し相手(仲間)がほしい

○地域の活動に参加したい

○家族や周りの人の役に立ちたい

○その他:

○かかりつけ医がある

○薬の飲み忘れがある

○体重が増えて(減って)きた

○健康のために取り組んでいることがある

〔例:ウオーキング、筋トレ、減塩等〕

○その他:

○健康のために運動等に取り組みたい

○薬の飲み忘れをなくしたい

○体重を減らし(増やし)たい

○その他:

⑧

⑨

⑩

【チェックリスト結果(年 月 日実施分)】

運動不足 栄養改善 口腔ケア 薬の飲み忘れ 物忘れ予防 うつ予防

5

2

3

2

3

5

【実施にあたっての留意事項】

【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

③ どんなふうになりたいですか（意欲・意向）

③ どんなふうになりたいですか（意欲・意向）

「介護予防サービス・支援計画書」における「本人・家族の意欲・意向」に該当。

「②現在の状況」と同様、あらかじめ記載された項目について○を塗りつぶすほか、利用者の「なりたい姿」を引き出し、具体的に記載する。

現在の状況をどのように捉え、今後どのようになりたいかについて利用者に主体的に考えてもらいながら、介護予防に取り組むモチベーションが高まるよう、本人の意識や意欲を引き出す支援を行う。

また、利用者自身の持つセルフイメージと、担当者が面接の中で把握した客観的事実をすり合わせながら、利用者が意欲や期待を持てる内容が設定できるよう配慮する。

被保険者番号: 		私のプラン(ケアマネジメントC結果等記録表)		計画(変更)作成日: 年 月 日		
利用者氏名: 男・女		() 地域包括支援センター		担当者: 		
生年月日: 大・昭 年 月 日 ()歳		住所: 		電話: 		
① ()か月後の私の姿(目標): 				担当者メッセージ: 		
* 太枠内の該当する項目の○を●のように塗りつぶしてください。追加項目がありましたら○その他:の後の何も書いていない所に簡単に記入してください。						
② 現在の状況		③ どんなふうになりたいですか(意欲・意向)	④ 維持・改善を目指すこと(目標)	支援計画(利用が望ましいサービス等)		
				⑤ 民間サービス等 (セルフケアや地域活動等を含む)	⑥ 公的サービス	⑦ 事業所 (利用先)
運動・移動	☐ 週に()回は歩いて外出している ☐ 乗り物で出かけることがある(以下に○) [車を運転・自転車・バス・電車・その他] ☐ 杖を使用している ☐ その他:	☐ 外出の機会を増やしたい ☐ 楽に歩けるようになりたい ☐ 階段を安心して昇り降りしたい ☐ その他:	④ 目標			
日常生活	☐ 家事が負担になってきた(以下に○) [重い物・調理・掃除・洗濯・その他] ☐ 家事以外にも趣味や日課がある (例: 花木やペットの飼育等) ☐ その他:	☐ 身の回りのことは自分でしたい ☐ 時々手伝ってもらいながら今の生活を続けたい ☐ 趣味や楽しさをもちたい ☐ その他:				
社会参加	☐ 一人暮らしである ☐ 仕事をしている ☐ サークルや地域の活動に参加している ☐ 身近な人との関わりが少ない ☐ その他:	☐ 話し相手(仲間)がほしい ☐ 地域の活動に参加したい ☐ 家族や周りの人の役に立ちたい ☐ その他:				
健康管理	☐ かかりつけ医がある ☐ 薬の飲み忘れがある ☐ 体重が増えて(減って)きた ☐ 健康のために取り組んでいることがある (例: ウォーキング、ストレッチ、運動等) ☐ その他:	☐ 健康のために運動等に取り組みたい ☐ 薬の飲み忘れをなくしたい ☐ 体重を減らし(増やし)たい ☐ その他:				
運動不足	栄養改善	口腔ケア	薬に気が付く	物忘れ予防	うつ予防	
／5	／2	／3	／2	／3	／5	

④ 維持・改善を目指すこと（目標）

④ 維持・改善を目指すこと（目標）

「介護予防サービス・支援計画書」における「目標」に該当。
介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントCを含む。）では、日常生活の活動性を高めることによる介護予防を促すため、本人の興味・関心に基づいて生活目標を設定し、目標達成に向けて、地域活動や趣味、スポーツ等に取り組めるよう支援する必要がある。

④ 維持・改善を目指すこと（目標）

また、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも、利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。

このため、アセスメントの結果、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、目標の達成に取り組んでいけるよう、住民主体のサービスや一般介護予防事業等の公的サービスの利用についても検討し、達成可能な具体的な目標を作成する。

被保険者番号: 		私のプラン(ケアマネジメントC結果等記録表)		計画(変更)作成日: 年 月 日	
利用者氏名: 男・女		() 地域包括支援センター		担当者:	
生年月日: 大・昭 年 月 日 () 歳		住所:		電話:	
① () か月後の私の姿(目標):				担当者メッセージ:	
* 太枠内の該当する項目の○を●のように塗りつぶしてください。追加項目がありましたら○その他:の後の何も書いていない所に簡単に記入してください。					
② 現在の状況		③ どんなふうになりたいですか(意欲・意向)		④ 維持・改善を目指すこと(目標)	
⑤ 民間サービス等 (セルフケアや地域活動等を含む)		⑥ 公的サービス		⑦ 事業所 (利用先)	
運動・移動	☐ 週に()回は歩いて外出している ☐ 乗り物で出掛けることがある(以下に○) 【車を運転・自転車・バス・電車・その他】 ☐ 杖を使用している ☐ その他:	日常生活	☐ 外出の機会を増やしたい ☐ 家に歩けるようになりたい ☐ 階段を安心して昇り降りしたい ☐ その他:	← ⑤ 民間サービス等 ⑥ 公的サービス等 →	
家事参加	☐ 週に()回は歩いて外出している ☐ 乗り物で出掛けることがある(以下に○) 【車を運転・自転車・バス・電車・その他】 ☐ 杖を使用している ☐ その他:	健康管理	☐ 身の回りのことは自分でしたい ☐ 時々手伝ってもらいながら今の生活を続けたい ☐ 趣味や楽しさをもちたい ☐ その他:		
健康	☐ 一人暮らしである ☐ 仕事をしている ☐ サークルや地域の活動に参加している ☐ 身近な人との関わりが少ない ☐ その他:	健康	☐ 健康のために運動等に取り組みたい ☐ 薬の飲み忘れをなくしたい ☐ 体重を増やし(減や)したい ☐ その他:		
健康	☐ かかりつけ医がある ☐ 薬の飲み忘れがある ☐ 体重が増えて(減って)きた ☐ 健康のために取り組んでいることがある 【ウォーキング、ストレッチ、運動等】 ☐ その他:	健康	☐ 健康のために運動等に取り組みたい ☐ 薬の飲み忘れをなくしたい ☐ 体重を増やし(減や)したい ☐ その他:		
⑧		⑨		⑩	
【チェックリスト結果(年 月 日実施分)】		【実施にあたっての留意事項】		【計画に関する同意】	
運動不足 栄養改善 口腔ケア 薬に気が付く 物忘れ予防 うつ予防 /5 /2 /3 /2 /3 /5				上記計画について、同意いたします。 年 月 日 氏名	

⑤ 民間サービス等 ⑥ 公的サービス

⑤ 民間サービス等（セルフケアや地域活動等を含む）
「介護予防サービス・支援計画書」における「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）」に該当。

⑥ 公的サービス

「介護予防サービス・支援計画書」における「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を含む）」に該当。

ケアマネジメントCでは、一般介護予防事業等の地域支援事業のサービスや本市が独自に実施する事業（例：「緊急通報システム」など）を記載する。

被保険者番号:

私のプラン(ケアマネジメントC結果等記録表)

計画(変更)作成日: 年 月 日

利用者氏名: 男・女

() 地域包括支援センター

担当者:

生年月日: 大・昭 年 月 日 () 歳

住所:

電話:

① () か月後の私の姿(目標):

担当者メッセージ:

* 太枠内の該当する項目の○を●のように塗りつぶしてください。追加項目がありましたら○その他:の後の何も書いていない所に簡単に記入してください。

② 現在の状況		③ どんなふうになりたいですか(意欲・意向)	④ 維持・改善を目指すこと(目標)	⑤ 民間サービス等 (セルフケアや地域活動等を含む)			⑥ 公的サービス	⑦ 事業所 (利用先)
運動・移動	☐ 週に()回は歩いて外出している ☐ 乗り物で出かけることがある(以下に○) [車を運転・自転車・バス・電車・その他] ☐ 杖を使用している ☐ その他:	☐ 外出の機会を増やしたい ☐ 家に歩けるようになりたい ☐ 階段を安心して昇り降りしたい ☐ その他:						
日常生活	☐ 家事が負担になってきた(以下に○) [重い物・調理・掃除・洗濯・その他] ☐ 家事以外にも趣味や日課がある (例: 花水やペットの飼育等) ☐ その他:	☐ 身の回りのことは自分でしたい ☐ 時々手伝ってもらいながら今の生活を続けたい ☐ 趣味や楽しさをもちたい ☐ その他:						
社会参加	☐ 一人暮らしである ☐ 仕事をしている ☐ サークルや地域の活動に参加している ☐ 身近な人との関わりが少ない ☐ その他:	☐ 話し相手(仲間)がほしい ☐ 地域の活動に参加したい ☐ 家族や周りの人の役に立ちたい ☐ その他:						
健康管理	☐ かかりつけ医がある ☐ 薬の飲み忘れがある ☐ 体重が増えて(減って)きた ☐ 健康のために取り組んでいることがある (例: ウォーキング、ストレッチ、運動等) ☐ その他:	☐ 健康のために運動等に取り組みたい ☐ 薬の飲み忘れをなくしたい ☐ 体重を減らし(増やし)たい ☐ その他:						



⑧ チェックリスト結果

チェック	1	2	3	4	5
運動不足	1	2	3	4	5
生活習慣	1	2	3	4	5
社会参加	1	2	3	4	5
健康管理	1	2	3	4	5

⑨ 実施にあたっての留意事項

⑩ 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

⑦ 事業所（利用先） ⑧ チェックリスト結果

⑦ 事業所（利用先）

「介護予防サービス・支援計画書」における「事業所（利用先）」に該当。

⑧ チェックリスト結果

基本チェックリストの当該項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入する。

被保険者番号:		私のプラン(ケアマネジメントC結果等記録表)		計画(変更)作成日: 年 月 日	
利用者氏名:		男・女		所在地: 地域包括支援センター	
生年月日: 大・昭 年 月 日 ()歳		住所:		担当者:	
				電話:	
① ()か月後の私の姿(目標):				担当者メッセージ:	
* 太枠内の該当する項目の○を●のように塗りつぶしてください。追加項目がありましたら○その他:の後の何も書いていない所に簡単に記入してください。					
② 現在の状況		③ どんなふうになりたいですか(意欲・意向)		④ 維持・改善を目指すこと(目標)	
⑤ 民間サービス等 (セルフケアや地域活動等を含む)		⑥ 公的サービス		⑦ 事業所 (利用先)	
運動・移動 ☐ 週に()回は歩いて外出している ☐ 乗り物で出掛けることがある(以下に○) [車を運転・自転車・バス・電車・その他] ☐ 杖を使用している ☐ その他:		☐ 外出の機会を増やしたい ☐ 家に歩けるようになりたい ☐ 階段を安心して昇り降りしたい ☐ その他:			
日常生活 ☐ 家事が負担になってきた(以下に○) [重い物・調理・掃除・洗濯・その他] ☐ 家事以外にも趣味や日課がある (例:花木やペットの飼育等) ☐ その他:		☐ 身の回りのことは自分でしたい ☐ 時々手伝ってもらいながら今の生活を続けたい ☐ 趣味や楽しさをもちたい ☐ その他:			
社会参加 ☐ 一人暮らしである ☐ 仕事をしている ☐ サークルや地域の活動に参加している ☐ 身近な人との関わりが少ない ☐ その他:		☐ 話し相手(仲間)がほしい ☐ 地域の活動に参加したい ☐ 家族や周りの人の役に立ちたい ☐ その他:			
健康管理 ☐ かかりつけ医がある ☐ 薬の飲み忘れがある ☐ 体重が増えて(減って)きた ☐ 健康のために取り組んでいることがある (例:ウォーキング、ストレッチ、運動等) ☐ その他:		☐ 健康のために運動等に取り組みたい ☐ 薬の飲み忘れをなくしたい ☐ 体重を減らし(増やし)たい ☐ その他:		⑧ 評価結果記録(年 月 日)	
⑧ 【チェックリスト結果(年 月 日実施分)】 運動不足 栄養改善 口腔ケア 薬に4/5時 物忘れ予防 うつ予防 /5 /2 /3 /2 /3 /5		⑨ 実施に当たっての留意事項		⑩ 同意 上記計画について、同意いたします。 年 月 日 氏名	

⑨ 実施に当たっての留意事項 ⑩ 計画に関する同意

⑨ 実施にあたっての留意事項

「基本情報」やマネジメントの過程で得られた健康状態や治療中の疾患等について、本人やサービス提供者が介護予防に関する取組等を実施していく上で留意すべき事項があれば記載する。

ケアマネジメントCでは地域包括支援センターがモニタリングを行わないため、疾病や障害をふまえた生活上の留意点を本人や家族、サロン等の運営主体に伝えておくことや、本人の状況が変化した場合に地域包括支援センターにすぐに相談に来てもらえるような関係づくりも必要である。

⑩ 計画に関する同意

「介護予防サービス・支援計画書」における「計画に関する同意」に該当。

被保険者番号: 		私のプラン(ケアマネジメントC結果等記録表)		計画(変更)作成日: 年 月 日													
利用者氏名: 男・女		() 地域包括支援センター		担当者: 													
生年月日: 大・昭 年 月 日 () 歳		住所: 		電話: 													
① () か月後の私の姿(目標): 				担当者メッセージ: 													
* 太枠内の該当する項目の○を●のように塗りつぶしてください。追加項目がありましたら○その他:の後の何も書いていない所に簡単に記入してください。																	
② 現在の状況		③ どんなふうになりたいですか(意欲・意向)		④ 維持・改善を目指すこと(目標)													
⑤ 民間サービス等 (セルフケアや地域活動等を含む)		⑥ 公的サービス		⑦ 事業所 (利用先)													
運動・移動	☐ 週に()回は歩いて外出している ☐ 乗り物で出掛けることがある(以下に○) 【車を運転・自転車・バス・電車・その他】 ☐ 杖を使用している ☐ その他:	日常生活	☐ 外出の機会を増やしたい ☐ 家に歩けるようになりたい ☐ 階段を安心して昇り降りしたい ☐ その他:	⑪ 評価結果記録 11 評価結果記録 (年 月 日)													
家事・生活	☐ 家事が負担になってきた(以下に○) 【重い物・調理・掃除・洗濯・その他】 ☐ 家事以外にも趣味や日課がある (例: 読書やペットの飼育等) ☐ その他:	社会参加	☐ 身の回りのことは自分でしたい ☐ 時々手伝ってもらいながら今の生活を続けたい ☐ 趣味や楽しさをもちたい ☐ その他:														
健康・管理	☐ 一人暮らしである ☐ 仕事をしている ☐ サークルや地域の活動に参加している ☐ 身近な人との関わりが少ない ☐ その他:	健康・管理	☐ 話し相手(仲間)がほしい ☐ 地域の活動に参加したい ☐ 家族や周りの人の役に立ちたい ☐ その他:														
健康・管理	☐ かかりつけ医がある ☐ 薬の飲み忘れがある ☐ 体重が増えて(減って)きた ☐ 健康のために取り組んでいることがある (例: ウォーキング、ストレッチ、運動等) ☐ その他:	健康・管理	☐ 健康のために運動等に取り組みたい ☐ 薬の飲み忘れをなくしたい ☐ 体重を減らし(増やし)たい ☐ その他:														
⑧		⑨		⑩													
【チェックリスト結果(年 月 日実施分)】 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔ケア</td> <td>薬に気が付く</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>／5</td> <td>／2</td> <td>／3</td> <td>／2</td> <td>／3</td> <td>／5</td> </tr> </table>		運動不足	栄養改善	口腔ケア	薬に気が付く	物忘れ予防	うつ予防	／5	／2	／3	／2	／3	／5	【実施にあたっての留意事項】 		【計画に関する同意】 上記計画について、同意いたします。 	
運動不足	栄養改善	口腔ケア	薬に気が付く	物忘れ予防	うつ予防												
／5	／2	／3	／2	／3	／5												
				年 月 日 氏名													

⑪ 評価結果記録

⑪ 評価結果記録

「介護予防サービス・支援計画書」を用いた際に使用する「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表」に該当し、「私のプラン」を用いてケアマネジメントCを実施する場合の評価結果については、この欄に記載することになる。

本市ではケアマネジメントCにおいて、少なくとも1年以内に1回、目標の達成状況、支援内容の適否等を把握し、評価を行うことを求めている。実施にあたっては訪問が望ましいが、ケアマネジメントCにおいては、その後の関わりによる把握状況や利用者の生活状況等に応じて、来所や電話等により実施することも可能である。

なお、評価の時期については①「（ ）か月後の私の姿（目標）」に合わせて実施する。

「私のプラン（ケアマネジメントC結果等記録表）」（裏面）について

この様式はマネジメント結果交付後に、利用者が主体的に介護予防に取り組めるよう、利用者自身が必要に応じて活用することを想定しており、ケアマネジメントCの実施にあたって必須の様式ではない。

ケアマネジメントCの結果、特に住民主体が運営する活動場所や支援を中心に介護予防に取り組む場合は、専門職が直接関与する機会が少ないため、本人の管理のもとで、ケアマネジメント結果等（生活目標や活動計画等）を保管し、取組の経過等を記録するセルフマネジメントの仕組みが求められる。このため、「私のプラン（ケアマネジメントC結果等記録表）」（裏面）にはセルフマネジメントの一助となるように、「私自身について」と「活動記録」の記録様式を設けている。

○「私自身について」

利用者に日常生活を中心に複数の視点から振り返ってもらうことで、自分自身について再確認してもらうことを目的としている。この中で、目標の達成に向けて改善の必要な課題の抽出に終わらず、利用者自身が持つストレングス（強み）についても再認識してもらうことが大事である。

○「活動記録」

利用者に介護予防活動等の取組状況を記録してもらうことで達成感や充実感を感じてもらうとともに、継続実施へ向けたモニタリングの意味も持たせている。ここでも新たな出会いや気づき等、参加してよかったと思える前向きな感情を引き出すことを一番の目的にしている。

介護予防ケアマネジメントC (私のプラン) を 活用した具体的事例

事例の概要 1

- ・ Aさん 78歳 要支援 1
- ・ 長女夫妻と同居、子は長女のみ
- ・ 60代の時に同い年の夫と死別し、以後独居となったが情緒不安定となり、70歳頃まで精神科を受診していた。
- ・ 65歳の時に両膝人工関節置換術を終えた。正座、しゃがむなどの禁忌姿勢あり。自転車厳禁。右膝痛あり。
- ・ 屋内は伝い歩き、屋外はT字杖を使用。1年前の77歳頃までは歩行器を使用していた。
- ・ 現在の主治医は内科（70歳頃から）。高血圧症あり内服治療中。
- ・ 70歳頃に部分入れ歯（下部）を作ったが、装着するのを忘れがち。

事例の概要 2

- ・ 市内で生まれ育ち、結婚してからも同区内で生活している。近隣に友人がいたが、病気や死亡などで少なくなった。町内会に加入している。
- ・ 手先を使う作業、調理、庭の花を育てることが好き。
- ・ 夫と全国の社寺を巡り、近所の神社へお参りするのが日課だった。「お伊勢参り」は新婚旅行以降、大変思い出深い場所。
- ・ 長女夫妻とは大変仲が良い。
- ・ 夫と死別後の時期については記憶が断片的。今は、長女夫妻の役に立ちたい、新しいことにチャレンジしたい、と思っている。

事例の概要 3

- ・介護サービスの相談状況は以下のとおり。

70歳：主治医の助言で新規申請。要支援2だったが、介護予防サービス等利用せず経過。

75歳：膝痛にて、高齢サポート●●に相談。

前回認定は期限切れにて新規申請。要支援2（2年）。

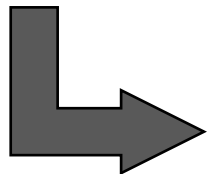
介護予防通所リハビリテーション（週2回）、福祉用具貸与（歩行器）利用開始。

78歳：更新申請し、要支援1（3年）。1年強の頑張りで次の目標を見つけたため、

介護予防サービス利用を卒業。ケアマネジメントC開始。

近隣の一般介護予防事業等を利用し生活されている。

基本チェックリストの内容については、研修資料別添1を参照。



自立支援加算（仮称）について

事例のAさんの場合・・・

介護予防サービスを3か月以上継続して利用していたため、

ケアマネジメントC実施後3か月の間に、

再び介護予防サービスの利用がなかった場合、

担当の高齢サポート●●が、自立支援加算（仮称）を算定できます。

別添 2

35

別添 3

36

私のプラン（ケアマネジメントC結果等記録表） 記載例

別添 4

被保険者番号:		私のプラン(ケアマネジメントC結果等記録表)		計画(変更)作成日: 年 月 日	
利用者氏名: A 男 ☒ 女 ☐		() 地域包括支援センター		担当者:	
1 月日: 大・昭 年 月 日 () 歳		住所:		電話:	
() か月後の私の姿(目標): 疲れにくい体作りを意識したい。1年後には、友人たちと伊勢にバス旅行したい。				担当者メッセージ: お伊勢参りに行ったら、ぜひ感想をお聞かせください。	
* 太枠内の該当する項目の○を●のように塗りつぶしてください。追加項目がありましたら○その他: の後の何も書いていない所に簡単に記入してください。					
2 現在の状況		3 こんなふうになりたいですか(意欲・意向)		4 維持・改善を目指すこと(目標)	
運動・移動 ●週に(7 回)は歩いて外出している ○乗り物で出掛けることがある(以下に○) [車を運転・自転車・バス・電車・その他] ●杖を使用している ●その他: 毎朝、近所の神社にお参りしている		●外出の機会を増やしたい ●楽に歩けるようになりたい ●階段を安心して昇り降りしたい ○その他:		●友人たちとの交流を深めたい ●家族の夕食を作り続けたい	
日常生活 ○家事が負担になってきた(以下に○) [買い物・調理・掃除・洗濯・その他] ●家事以外にも趣味や日課がある (例: 花木やペットの飼育等) [庭の花の水やり(3日に1回)] ●その他: 火曜日の夕食作り		●身の回りのことは自分でしたい ●時々手伝ってもらいながら今の生活を続けたい ●趣味や楽しみを持ちたい ○その他:		●健康のために運動等に取り組みたい ○薬の飲み忘れをなくしたい ●体重を減らし(増やし)たい ●その他: ・減塩を意識したい ・部分入れ歯をはめるのを忘れない	
社会参加 ○一人暮らしである ○仕事をしている ○サークルや地域の活動に参加している ○隣近所の人との関わりが少ない ●その他:「ママ会」や「公園体操」にまた参加したい		○話し相手(仲間)がほしい ●地域の活動に参加したい ●家族や周りの人の役に立ちたい ○その他:		<本人> ・毎朝血圧を測り、体操(10分程度)をする ・朝8時、近所の神社へお参りする ・必ず杖を持って出かける ・友人と一緒に会場に行く ・買ったことを振り返り、家でも試す ・火曜と木曜の夕食を作る ・減塩やカロリーを意識する ・カートを使って買物する ・入れ歯を忘れずはめ、よく噛んで食事する ・血圧が高い時やしんどい時は無理しない ・情報を得て友人や家族を誘う ・定期受診する <長女夫妻> ・感謝と感想を伝える ・重いものは一緒に買う <▼▼医師> 日頃の様子、実施したことなどを聴き、気をつける点を助言する	
健康管理 ●かかりつけ医がある ○薬の飲み忘れがある ●体重が増えて(減って)きた ●健康のために取り組んでいることがある (例: ウォーキング、筋トレ、減塩等) [毎朝血圧を測っている] ●その他: 部分入れ歯(下)の手入れをしている				11 評価結果記録(年 月 日)	
8 【チェックリスト結果】(年 月 日実施分)		9 【実施にあたっての留意事項】		10 【計画に関する同意】	
運動不足 栄養改善 口腔ケア 認知機能 聴覚・視覚 介護予防 うつ予防 2/5 1/2 0/3 0/2 0/3 0/5		●血圧は、135～150/90～95 以内であれば安定していますが、できれば減塩してください ●正座は人工関節に大きな負担がかかるので、できるだけ避けてください		上記計画について、同意いたします。 年 月 日 氏名	

記載例 ① () か月後の私の姿 (目標)

被保険者番号:		私のプラン(ケアマネジメントC結果等記録表)		計画(変更)作成日: 年 月 日	
利用者氏名: A 男 ☒ 女		() 地域包括支援センター		担当者:	
生年月日: 大・昭 年 月 日 () 歳				電話:	
① () か月後の私の姿(目標): 疲れにくい体作りを意識したい。1年後には、友人たちと伊勢にバス旅行したい。				担当者メッセージ: お伊勢参りに行ったら、ぜひ感想をお聞かせくださいね。	
* 本枠内の該当する項目の○を●のように塗りつぶしてください。追加項目がありましたら○その他:の後の何を書いているか欄に記入してください。					
② 現在の状況		③ どんなふうになりたいですか(意欲・意向)		④ 維持・改善を目指すこと(目標)	
●週に(7 回)は歩いて外出している ○乗り物で出掛けることがある(以下に○) [車を運転・自転車・バス・電車・その他] ●杖を使用している ●その他: 毎朝、近所の神社にお参りしている		●外出の機会を増やしたい ●楽に歩けるようになりたい ●階段を安心して昇り降りしたい ○その他:		●友人たちとの交流を深めたい ●家族の夕食を作り続けたい	
運動・移動					
				⑤ 民間サービス等 (セルフケアや地域活動等を含む) <本人> ・毎朝血圧を測り、体操(10分程度)をする ・朝8時、近所の神社へお参りする ・必ず杖を持って出かける ・友人と一緒に会場に行く	
				⑥ 公的サービス 健康長寿サロン (公園体操:毎週月曜日) 地域介護予防推進センター (栄養教室:2ヶ月に1回)	
				⑦ 事業所 (利用先) ▲▲公園体操 (○月から開始) ▲▲栄養教室 (○月から参加)	

本事例の場合の記載ポイント

- ・評価時期については、利用者と計画作成者ですり合わせ、利用者のなりたい姿に関する思いに沿って目標を記入する。
- ・記載例では、1年後の姿を記載し可視化することで、利用者の意欲向上につなげることを目的としている。
- ・担当者からのメッセージには、利用者の意欲向上を促すほか、「話を聞かせて欲しい」など、ケアマネジメントC実施後も継続して相談しやすくなるような働きかけとなるメッセージを記入し、利用者との関係づくりを図る欄としても活用する。

記載例

②

現在の状況

* 太枠内の該当する項目の○を●のように塗りつぶしてください。追加項目がありましたら○その外

② 現在の状況		③ こんなふうになりたいですか(意欲・意向)	④ 維持・改善
運動・移動	☒ 週に(7 回)は歩いて外出している ☐ 乗り物で出掛けることがある(以下に○) [車を運転・自転車・バス・電車・その他] ☒ 杖を使用している ☒ その他: 毎朝、近所の神社にお参りしている	☐ 外出の機会を増やしたい ☐ 楽に歩けるようになりたい ☐ 階段を安心して昇り降りしたい ☐ その他:	☐ 友人たちとの交流 ☐ 家族の夕食作り
日常生活	☐ 家事が負担になってきた(以下に○) [買い物・調理・掃除・洗濯・その他] ☒ 家事以外にも趣味や日課がある [例: 花木やペットの飼育等] ☐ 庭の花の水やり(3日に1回) ☒ その他: 火曜日の夕食作り	☐ 身の回りのことは自分でしたい ☐ 時々手伝ってもらいながら今の生活を続けたい ☐ 趣味や楽しみを持ちたい ☐ その他:	
社会参加	☐ 一人暮らしである ☐ 仕事をしている ☐ サークルや地域の活動に参加している ☐ 隣近所の人との関わりが少ない ☒ その他: 「ママ会」や「公園体操」にまた参加したい	☐ 話し相手(仲間)がほしい ☐ 地域の活動に参加したい ☐ 家族や周りの人の役に立ちたい ☐ その他:	
健康管理	☒ かかりつけ医がある ☐ 薬の飲み忘れがある ☒ 体重が増えて(減って)きた ☒ 健康のために取り組んでいることがある [例: ウォーキング、散歩、ストレッチ等] ☐ 毎朝血圧を測っている ☒ その他: 部分入れ歯(下)の手入れをしている	☐ 健康のために運動等に取り組みたい ☐ 薬の飲み忘れをなくしたい ☐ 体重を減らし(増やし)たい ☐ その他: ☐ 減塩を意識したい ☐ 部分入れ歯をはめるのを忘れない	

⑧

【チェックリスト結果(年 月 日実施分)】					
運動不足	栄養改善	口腔ケア	尿に4回排尿	便秘予防	うつ予防
2/5	1/2	0/3	0/2	0/3	0/5

⑨

【実施にあたっての留意事項】

- 血圧は、135～160/90～95 以内であれば安定していますが、ご了承ください
- 正座は人工関節に大きな負担がかかるので、できるだけ避けてください

本事例の場合の記載ポイント

・利用者が自身で書き込んだりチェックしたりすることを想定するが、記入を手助けする場合には、現在の思いを意欲に転換できるように促し、内容を記す。

(例: 「○○ができなくなった」→「○○できるようになりたい」と転換)

・フォーマットにない内容は「その他」の項目を活用し記載を加える。

記載例

③ どんなふうになりたいですか（意欲・意向）

* 太枠内の該当する項目の○を●のように塗りつぶしてください。追加項目がありましたら○その他:の

	② 現在の状況	③ どんなふうになりたいですか(意欲・意向)	④ 維持・改善を目指す
運動・移動	●週に(7 回)は歩いて外出している ○乗り物で出掛けることがある(以下に○) [車を運転・自転車・バス・電車・その他] ●杖を使用している ●その他: 毎朝、近所の神社にお参りしている	●外出の機会を増やしたい ●楽に歩けるようになりたい ●階段を安心して昇り降りしたい ○その他:	友人たちとの交流を深 家族の夕食を作り続け
日常生活	○家事が負担になってきた(以下に○) [買い物・調理・掃除・洗濯・その他] ●家事以外にも趣味や日課がある (例: 花木やペットの保護等) (庭の花の水やり(3日に1回)) ●その他: 火曜日の夕食作り	●身の回りのことは自分でしたい ●時々手伝ってもらいながら今の生活を続けたい ●趣味や楽しみを持ちたい ○その他:	
社会参加	○一人暮らしである ○仕事をしている ○サークルや地域の活動に参加している ○隣近所の人との関わりが少ない ●その他:「ママ会」や「公園体操」にまた参加したい	○話し相手(仲間)がほしい ●地域の活動に参加したい ●家族や周りの人の役に立ちたい ○その他:	
健康管理	●かかりつけ医がある ○薬の飲み忘れがある ●体重が増えて(減って)きた ●健康のために取り組んでいることがある (例: ウォーキング、筋トレ、減塩等) (毎朝血圧を測っている) ●その他: 部分入れ歯(下)の手入れをしている	●健康のために運動等に取り組みたい ○薬の飲み忘れをなくしたい ○体重を減らし(増や)したい ●その他: - 減塩を意識したい - 部分入れ歯をはめるのを忘れない	

⑧

【チェックリスト結果(年 月 日実施分)】

【実施にあたっての留意事項】

本事例の場合の記載ポイント

- ・ ②と同様に、利用者本人による記載、もしくは利用者本人の思いを意欲に転換し担当者が記載する。
- ・ その他の項目を活用し、意欲・意向を引き出す。

記載例 ④ 維持・改善を目指すこと（目標）

④ 維持・改善を目指すこと（目標）

・友人たちとの交流を深めたい
・家族の夕食を作り続けたい

⑤ 民間サービス等
（セルフケアや地域活動等を含む）

＜本人＞
・毎朝血圧を測り、体操（10分程度）をする
・朝8時、近所の神社へお参りする
・必ず杖を持って出かける
・友人と一緒に会場に行く
・習ったことを振り返り、家でも試す
・火曜と木曜の夕食を作る
・減塩やカロリーを意識する
・カートを使って買物する
・入れ歯を忘れずはめ、よく噛んで食事する
・血圧が高い時やしんどい時は無理しない
・情報を得て友人や家族を誘う
・定期受診する

＜長男夫妻＞
・感謝と感想を伝える
・重いものは一緒に買う

＜▼▼医師＞
日頃の様子、実施したことなどを聞き、気をつける点を助言する

⑥ 公的サービス

健康長寿サロン
（公園体操：毎週月曜日）
地域介護予防推進センター
（栄養教室：2ヶ月に1回）
地域介護予防推進センター
（介護予防教室／要配慮クラス、送迎なし：週1回）
健康長寿サロン（ちぎり絵：月1回）

11 11 11

10

本事例の場合の記載ポイント

- ・ケアマネジメントAでは、利用者への意識付けのために、数値化・具体化した目標を表記する場合もあるが、ケアマネジメントCでは抽象的であっても利用者の言葉や思いの表現を大切にすることに留意。
- ・記載例のように、本人の日課であるような「家族の夕食を作り続けたい」なども目標になり得る。

記載例 ⑤民間サービス等 ⑥公的サービス等 ⑦事業所

いない所に簡単に記入してください。

⑤ 民間サービス等 (セルフケアや地域活動等を含む)	⑥ 公的サービス	⑦ 事業所 (利用先)
<本人> ・毎朝血圧を測り、体操(10分程度)をする ・朝8時、近所の神社へお参りする ・必ず杖を持って出かける ・友人と一緒に会場に行く ・習ったことを振り返り、家でも試す ・火曜と木曜の夕食を作る ・減塩やカロリーを意識する ・カートを使って買物する ・入れ歯を忘れずはめ、よく噛んで食事する ・血圧が高い時やしんどい時は無理しない ・情報を得て友人や家族を誘う ・定期受診する <長男夫妻> ・感謝と感想を伝える ・重いものは一緒に買う <▼▼医師> 日頃の様子、実施したことなどを聴き、気をつける点を助言する	健康長寿サロン (公園体操:毎週月曜日) 地域介護予防推進センター (栄養教室:2ヶ月に1回) 地域介護予防推進センター (介護予防教室/要配慮クラス、送迎なし:週1回) 健康長寿サロン(ちぎり絵:月1回)	▲▲公園体操 (○月から開始) ▲▲栄養教室 (○月から参加) ■運動教室 (○/○~○/○終了予定) ▽▽会 (○月から参加) 通院(3ヶ所) ・▼▼内科(月1回) ・▼▼整形外科(6ヶ月に1回) ・▼▼歯科(3ヶ月に1回)

【評価結果記録】(年

10

本事例の場合の記載ポイント

- ・利用者本人がすること、できていることを重視し、本人へプランを交付する際にはマーカーで色付けするなど可視化を意識する。
- ・頻度や期間の記載に定めはないが、本人にもケアチーム内でも分かりやすいように工夫する。
- ・サービスの利用先に関する留意点を記載し、必要時ケアチームで共有する。

記載例 ⑧チェックリスト

健康 管理	●かみそりけががある ○菓の飲み忘れがある ●体重が増えて(減って)きた ●健康のために取り組んでいることがある (例:ウォーキング、筋トレ、歯磨き) ●毎朝血圧を測っている ●その他:部分入れ歯(下)の手入れをしてい	●健康のために運動等に取り組みたい ○菓の飲み忘れをなくしたい ○体重を減らし(増やし)たい ●その他: ・減塩を意識したい ・部分入れ歯をはめるのを忘れない	11 【評価結果記録】(年 月 日)											
	8 【チェックリスト結果(年 月 日実施分)】 <table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔内ケア</td> <td>薬に40分前</td> <td>飲み忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>2/5</td> <td>1/2</td> <td>0/3</td> <td>0/2</td> <td>0/3</td> <td>0/5</td> </tr> </table>	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	薬に40分前	飲み忘れ予防	うつ予防	2/5	1/2	0/3	0/2	0/3	0/5	9 【実施にあたっての留意事項】 ●血圧は、135～150/90～95 以内であれば安定していますが、できれば減塩してください ●正座は人工関節に大きな負担がかかるので、できるだけ避けてください
運動不足	栄養改善	口腔内ケア	薬に40分前	飲み忘れ予防	うつ予防									
2/5	1/2	0/3	0/2	0/3	0/5									

本事例の場合の記載ポイント

- ・基本チェックリストについては、「令和4年度介護予防ケアマネジメントの手引き<本編>」P51なども参考に活用する。

記載例 ⑨実施に当たっての留意事項 ⑩計画に関する同意

健康 管理 ⑧	●かみそりつけ箇所がある ○菓の飲み忘れがある ●体重が増えて(減って)きた ●健康のために取り組んでいることがある (例: ウォーキング、筋トレ、歯磨き) ●毎朝血圧を測っている ●その他: 部分入れ歯(下)の手入れをしてい	●健康のために運動等に取り組みたい ○菓の飲み忘れをなくしたい ○体重を減らし(増やし)たい ●その他: ・減塩を意識したい ・部分入れ歯をはめるのを忘れない	11	【評価結果記録】(年 月 日)													
	【チェックリスト結果(年 月 日実施分)】 <table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔内ケア</td> <td>薬に4時間</td> <td>薬忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>2/5</td> <td>1/2</td> <td>0/3</td> <td>0/2</td> <td>0/3</td> <td>0/5</td> </tr> </table>		運動不足	栄養改善	口腔内ケア	薬に4時間	薬忘れ予防	うつ予防	2/5	1/2	0/3	0/2	0/3	0/5	9	【実施にあたっての留意事項】 ●血圧は、135～150/90～95 以内であれば安定していますが、できれば減塩してください ●正座は人工関節に大きな負担がかかるので、できるだけ避けてください	10
運動不足	栄養改善	口腔内ケア	薬に4時間	薬忘れ予防	うつ予防												
2/5	1/2	0/3	0/2	0/3	0/5												

本事例の場合の記載ポイント

- ・現在の主治医だけでなく、過去に関わった専門職から教わったことなども留意点として記入できる。
(事例の場合は通所リハビリテーションのPTからの助言)