

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. \_\_\_\_\_

利用費名 \_\_\_\_\_ 年度 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

初回・紹介・継続 \_\_\_\_\_ 認定済・申請中 \_\_\_\_\_

要支援1・要支援2 \_\_\_\_\_ 地域支援事業 \_\_\_\_\_

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 委託の場合：計画作成事業所・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) \_\_\_\_\_

支援センター： \_\_\_\_\_ 1日・1年どちらかの目標設定だけでも可

目標とする生活

1日 具体的でおおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。

1年 生きがいや楽しみを元にした、達成したい目標 (夢ではなく、実現可能なもの)

- 状態の客観的事実を4領域に分けて書く
- 主観的な判断や思いは書かない
- できるか、できていないか
- しているか、していないか
- 誰が手伝っているか

- 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
- 外出時の移動方法状況等

- 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

- 家族や友人との関係、交流の状況
- 友人を招いたり、訪問する状況
- 家族・友人などとの会話や意思疎通
- 認知機能 (見当識)
- 地域での役割 (老人クラブや自治会)
- 趣味や楽しみの状況
- 緊急時の対応状況

- 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
- 外健康への配慮 (食事・運動・睡眠等に気をつけている状況)
- 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ないか

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)	介護保険サービスまたは地域支援事業 (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)		□有 □無				( )						
(日常生活 (家事生活) 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				( )						
(健康状態について)		□有 □無				( )						

●各領域における課題を総合して全体像をとらえる。  
●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明らかにする。  
●危険性や可能性の予測を記入する。  
●利用者にとって優先順位の高い順で課題を列挙する。  
●複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。  
●課題ごとに1、2と番号をふる。

●左側の提案に対して取り組むのが困難だったり、継続することが難しいなど、本人や家族の認識や意向を聞き、記録する。  
●具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、本人や家族の考えを把握し記載する。その考えや根拠が次の項目の「目標」欄の根拠となる。  
●ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。

●全項目で本人や家族とともに考え、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」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。  
●数量目標があれば達成したかどうか評価しやすい。  
例)  
・ひとりでは歩いて行けるようになる。  
・1日に一度は、肉か魚を食べる。

●予防給付、地域支援事業の具体的なサービス内容を記載する。(介護予防福祉用具貸与等サービス種類の記載ではない。)  
●「掃除」や「買物」「リハビリ」だけではなく、「どこの掃除をどのように行うのか、代行するのか、ともに行うのか」「どのようなリハビリを行うのか」等を記載する。

●左記の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。  
※総合事業の内容は市町村によって異なる

●当該サービス提供を行う、事業署名を記載する。  
●本人・家族・地域・介護保険サービス以外の公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。  
例) 配食サービス事業所、医療機関等

●「期間」は左記に揚げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。  
●「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。  
●「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。  
●回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。  
→サービス担当者会議でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうか合意すること。

●本人や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。  
例) 積極的に〇〇さんが体を動かすことができるよう、家族やスタッフはできることは手伝いません。〇〇さんができるように励まし声をかけ、〇〇ができるようになるよう応援していきます。

●各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「〇〇できるようにしたい」「〇〇はやりたくない」と記載し、本人・家族のどちらの認識かを明確にし、その理由について確認する。  
●本人と家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載する。  
●家族が行っていることで本人が傷つく言葉はそのまま書かない。  
●否定的ないし、消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちにプランをたてるのではなく、なぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにする。これは具体策を検討する際に参考情報となる。

●各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの原因、背景、原因を分析する。  
●何が原因で現在の状況になっているのかを記入する。  
●課題がある場合「□有」にレ点を付け、分析した内容を記載する。課題がない場合は「□無」にレ点を付ける。  
●分析する場合は、実際の面談の様子、利用者基本情報、主治医意見書、健診結果等の情報をもとに、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、チェックリストの結果についても考慮する。  
●ここまでは領域ごとに記載。

●「総合的課題」に対して目標と具体先を記載する。  
●この目標は、本人や家族に対して、専門家として示す提案である。  
●このため、目標は漠然としたものでなく、評価可能な具体的なものとす。  
●また、具体先についても総合事業や予防給付だけでなく、生活機能の低下を予防するための、本人自身のセルフケアや、家族の支援、地域の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。  
●具体的には、「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支援内容につながる。  
●【目標】(3か月後には)ひとりで□〇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★★体操を週3回して足の筋力をつける  
③■■で・・・

●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。  
●健康状態について記載されている主治医の指示や禁忌などを記載する。(リスクマネジメント)  
例)  
・狭心症発作に備えてニトロは常に直ぐ服用できるように備えておく。  
・膝の強い痛みや腫れがある時は運動は実施せず医師に確認してから再開する。  
●担当者の役割分担や配慮すべき事項を記載する。  
例)  
・歩行が安定するまでは〇〇と一緒に同行し歩行状態を評価しながら一人で歩いていけるように支援する。

●本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、友人、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。  
●誰が何をするのかを明記する。  
●本来の支援が実施できない場合には、本人や家族と合意できた「当面の支援」を【 】書きで記載する。「当面の支援」がない場合には記載不要。  
例)  
・家族と一緒に鉢植えの手入れを行う。  
・近所の友人と連れだって、買物と一緒に出かける。

「医師の意見書」「健診結果」「基本情報」等により計画を立てる上での健康上の留意すべき点。「狭心症の既往があり、共通時に薬を内服することになっている」等。単に医師意見書の疾患をそのまま転記するものではない。

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とれない場合は、本来の支援が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。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要性を記載。

【本来行うべき支援ができない場合】  
【必要な支援の実現に向けた方針】

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

基本チェックリストの結果を参考に転記する。判定基準を参考にしながらアセスメントする。

基本チェックリストの (該当した項目)	運動不足	栄養改善	口腔ケア	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】 \_\_\_\_\_

●居宅介護支援事業所に委託している場合に記入する。  
●意見欄→利用者に対し、「地域包括支援センター職員も応援しているので、介護予防に積極的に取り組んでください」というような文言を記載。特になければ記載不要。  
●確認欄→必ず記入すること

日 氏名 \_\_\_\_\_