

介護予防サービス・支援計画書

要支援の方を対象とした支援計画書です。

様式6

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. _____

利用者名 _____ 様（男・女） 歳 認定年月日 _____ 年 月 日 認定の有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

計画作成者氏名 _____ 委託の地域：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： _____

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	本人等のセルフケアや家族の支援、イ（介護予防サービス（民間サービス）	介護予防サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別
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								

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

【本実行す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 _____

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（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
5	2	3	2	3	5

【意見】 _____

【確認印】 _____

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 _____ 印 _____

介護福祉分野における「アセスメント」とは、ご高齢者のニーズ(解決すべき生活課題)や可能性を把握するために、さまざまな情報を収集・分析することです。

- ① 「No」記入不要です。
- ② 「初回・紹介・継続」初めて介護予防ケアマネジメントおよび予防給付を受ける人は「初回」を○で囲みます。介護予防ケアマネジメントを受けていたが、予防給付を受けるよう紹介された場合は「紹介」を○で囲みます。予防給付を受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」を○で囲みます。
- ③ 「認定済・申請中・要介護状態区分」要支援認定について、「新規申請中」(前回「非該当者」になり、再度申請している場合を含む。)、「区分変更申請中」、「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請中」を○で囲み、それ以外の場合は「認定済」に○で囲みます。認定を受けていない場合は、○をつけません。初めて予防給付を受ける人は「初回」を○で囲みます。被保険者証に記載されている要介護状態区分を○で囲みます。
- ④ 「利用者名」被保険者証に記載されている利用者の氏名、性別、認定年月日、認定の有効期間を記載します。
- ⑤ 「計画作成者氏名」計画作成者の氏名(利用者または家族)を記載します。
- ⑥ 「計画作成者事業所名及び所在地(委託の場合)」記入不要です。
- ⑦ 「計画作成(変更)日」当該利用者に関する介護予防サービス計画等を作成した日を記載します。
- ⑧ 「担当地域包括支援センター」記入不要です。
- ⑨ 「目標とする生活」具体的にどのような生活を送りたいかは、1日単位、1年単位でよりイメージしやすい「目標とする生活」を記述します。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活レベルでともに考えてください。
- ⑩ 「アセスメント領域と現在の状況」アセスメント領域ごとに、「現在、自分で(自力で)実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について日常生活の状況を記載します。
「運動・移動について」自ら行きたい場所へさまざまな手段を活用して、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ことによる移動を行っているかどうかについて確認する必要があります。
「日常生活(家庭生活)について」家事(買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等)や住居・経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する必要があります。

「社会参加・対人関係・コミュニケーションについて」状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要があります。

「健康管理について」清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか、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、この領域でアセスメントし、高齢者の体調に影響する、食事・水分摂取、排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要があります。

- ⑪ 「健康状態について」健康状態について、利用者が把握している内容や主治医に確認した内容について記載します。
- ⑫ 「基本チェックリスト欄」利用者自身が回答した基本チェックリスト（「地域包括支援センター介護予防ケアマネジメントの手引き」参照）を基に「1」が出た数を記載します。運動不足については、基本チェックリスト「6～10」、栄養改善については基本チェックリスト「11～12」、口腔内ケアについては基本チェックリスト「13～15」、閉じこもり予防については基本チェックリスト「16～17」、物忘れ予防については基本チェックリスト「18～20」、うつ予防については基本チェックリスト「21～25」を参照してください。
- ⑬ 「本人・家族の意欲・意向」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・家族の認識とそれについての意向について記載します。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等の記述をします。
- ⑭ 「領域における課題」各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およびその背景・原因を、「⑩アセスメント領域と現在の状況」「⑬本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、利用者基本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、経済状態等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮して記述する（その領域に課題があると考えた場合に「口有」に■印をつけます。）。
- ⑮ 「総合的課題」前項目で分析した各「⑭領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探するため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出します。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙し、課題とした根拠を記載します。
- ⑯ 「課題に対する目標と具体策の提案」「⑮総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案であり、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分となります。

- ⑰「具体策についての意向(本人・家族)」計画作成者が提案した「⑯課題に対する目標と具体策の提案」について、利用者や家族の意向を確認して記載します。
ここでの情報は、最終的な目標設定を合意するうえでの足がかりとなります。
- ⑱「目標」全項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の二者が合意した目標を記載します。後に行う評価では、この目標について達成／未達成を確認するため、客観的に達成状況が判断できるよう、具体的に記載します。
- ⑲「目標についての支援のポイント」前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考えるうえでの留意点を記入します。
- ⑳「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」本人が自ら取り組むことや、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、民間企業より提供される生活支援サービスなどもインフォーマルサービスとして記載します。
- ㉑「介護保険サービス又は地域支援事業」予防給付や一般介護予防事業等の内容を記載し、どのサービス・事業を利用するかわかるように○印で囲みます。
※総合事業のサービスについては、セルフケアプランの対象外です。
- ㉒「サービス種別」上記㉑「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」及び㉑「介護保険サービス又は地域支援事業」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載します。※総合事業のサービスについては、セルフケアプランの対象外です。
- ㉓「事業所」当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。また地域、介護保険制度以外の公的サービスが担う部分についても明記します。
- ㉔「期間」「支援計画」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載します。
- ㉕「総合的な方針」記載された「⑨目標とする生活」や「⑯目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発発病の改善・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を記載します。
- ㉖「妥当な支援の実施に向けた方針」本来の支援が実施できない場合に記載します。本来必要な社会資源が地域にない場合には、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載します。
- ㉗「地域包括支援センター記入欄」記入不要です。
- ㉘「同意欄」介護予防サービス支援計画書に同意する場合は、利用者本人が署名・押印してください。