

# 介護予防サービス・支援計画表

認定済: 要介護認定が済んでいる場合、申請中: 申請中の場合 印を付ける。  
 該当する介護度あるいは事業名に 印を付ける

被保険者番号 \_\_\_\_\_ 利用者の氏名を記載 \_\_\_\_\_ 様  
 認定年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 認定の有効期間 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 委託先の事業所名及び所在地(住所、電話番号)を記載 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ 委託先の担当介護支援専門員名と地域包括支援センター担当者名を記載 \_\_\_\_\_  
 計画作成(変更)日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (初回作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
 委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) \_\_\_\_\_  
 担当地域包括支援センター: \_\_\_\_\_  
 ケアマネジメントを委託する場合には、担当地区の支援センター名を記載 \_\_\_\_\_

この計画を作成した日を記載 \_\_\_\_\_  
 利用者にとって、よりイメージしやすい「目標とする生活」を1日単位あるいは1年単位で記載。1日及び1年単位両方を記載しなければならないものではなく、また、両方の目標に関係がなければならないものではない。

1日: 大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合、健康管理能力や機能向上・生活行為の拡大・環境改善など対象者が達成感・自己効力感が得られるような内容が望ましい  
 1年: 利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定するあくまでも、介護予防支援や利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする。課題分析者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析をおこない利用者の活動などが拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする

各アセスメント領域毎に、日常生活状況を記載。詳細は、別紙アセスメント領域と現在の状況を参照。利用者・家族双方から実際の状況、利用者・家族の認識の違いなどにも留意。課題分析者が観察したこと等、現在自分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実施しているのか」等についてその領域全般について聴取。  
 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及びその背景・原因を整理し、分析する。分析の視点: 健康状態、心理・価値感・習慣、経済状況、物理的環境(住宅状況・周辺の地形など)人的環境(家族の支援の有無・人間関係) 現在課題となっていることあるいはその状態であることと将来どのようなことがおこるかなど課題を予測して記載。  
 「課題に対する目標と具体策の提案について」、利用者や家族の認識や意向を確認しながら、専門家の提案と利用者の相違点を確認できる。「に対する本人・家族の意見をそのまま記入」「が必要と思う」「を行いたい」等、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利用者や家族の考えも記載。  
 目標に対して、具体的な支援を考える上での留意点等を記載。  
 のサービス提供を行う「事業所名」を記載。家族、地域、介護保険以外の公的サービスについても誰が行うか具体的に記載。「家族」でなく「家族の」と具体的に記載する。

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	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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
P64~65	P65	P66	P66	P67	P68	P68~69	P69					
運動・移動について 屋内・屋外の歩行 交通機関の利用 福祉用具の利用	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・家族の認識とそれについての意向について記載し、その利用についても確認。例えば、機能低下を自覚しているか、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か等 利用者や家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載 否定的・消極的な意向であった場合は、なぜそうなのかという理由を明らかにする。具体策を考える時の参考情報となる できるようにしたい 手伝ってもらえたい 等本人の言葉(気持ち)を記入	利用者がその家族に対し、専門的観点から目標と具体策を示す。したがって、利用者・本人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である 専門職から具体的に達成できそうな目標を提案 目標 評価可能で具体的なもの 具体策 生活機能低下を予防する為の利用者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活用についても記載	領域における課題より利用者の生活全体の課題を探すため、直接的、間接的な背景原因を探り、各課共通の背景等を見つけて統合。利用者にとって優先度の高い順に番号を付けて列挙 課題の原因や背景などが同一の場合統合して記述した方がより利用者の全体像をとらえた課題となる 支援を必要とするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策は記入しない 何が課題か専門的観点から優先順位の高い順に1から番号を付す	「具体策についての本人・家族の意向」を踏まえ利用者・家族とともに考え合意した目標を記載。合意を得られていた場合は、「同左」あるいは「提案どおり」との記載でもよい。 本人が必ず達成できる具体的な目標や評価可能な具体的な目標であること(週に1回など)	サービス内容を あるいは利用者や家族と合意した の内容を「本来の支援」として具体的に記載 具体的なサービス内容などについて、利用者や家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合に、実際にできる支援 内容を括弧書きで下に記載 「当面の支援」がない場合は記載しなくてよい	1) 介護予防通所介護 2) 配食サービス 3) ふれあい昼食会 4) 家族会 など	の支援をどの程度の期間に渡り実施するかを記載 「認定の有効期間」も考慮 月 日 ~ 月 日 までと記載					
日常生活(家庭生活)について 買物・洗濯・掃除・調理 経済的管理 ゴミ捨て 花木・ペットの世話など 社会参加、対人関係 コミュニケーションについて 相談事・来訪・訪問 家庭内・仕事・地域の役割 趣味・楽しみ	「主治医意見書」「生活機能評価」「基本情報」等より健康状態について、ケアプランを立てる上で留意すべき情報について記載する											

【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  
 本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族合意がとれない場合は、本来の支援を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を記載する。本来必要な社会資源がない場合、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する

必要なプログラムの下欄に点数をつけて下さい。  
 運動不足 / 5 栄養改善 / 5 口腔内ケア / 5 閉じこもり予防 / 5 物忘れ予防 / 3 うつ予防 / 5  
 基本チェックリストにて点数を記入 P16  
 介護予防ケアマネジメントの参考情報  
 地域包括支援センター [意見] [確認印]  
 ケアマネジメントの最終的な責任主体である地域包括支援センターは介護予防サービス計画が適切に作成されているかを確認する必要がある  
 計画に関する同意 \_\_\_\_\_