

介護予防サービス・支援計画書(1)

被保険者番号 012088

利用者氏名

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者・事業所名(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: 認定年月日 年 月 日 認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

アセスメント領域と現在の状況 【箇条書きでの表現も可】	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景と原因) 【健康状態・心理価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態】	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
<p>運動 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/></p> <p>運動・移動)について</p> <p>領域ごとに、現状や課題に結びつく事項を記載する利用者の「できないこと」「支援を受けていること」だけでなく、「できていること」「していたこと」などのストレングス(強み)に着目する。 情報によっては、いくつかの領域にまたがるものもあるが、どの領域に記載するかにこだわりすぎる必要はない。 ＜記載例＞ シルバーカーを押して近くのスーパーまで買い物に行っている。</p>	<p>本人・家族の意欲・意向</p> <p>領域ごとに、本人・家族の現状認識と今後の意向について記載する。基本的に本人と家族は分けて記載する。家族の中でも誰なのか(例:長女)を明記する。「〇〇で困っている」というネガティブな意向だけではなく、その先にあるポジティブな希望や思いを引き出し記載する。 ＜記載例＞ 握力がないので包丁を持ってないが、自分で調理できるようにになりたい。 ・〇〇できるようにしたい ・〇〇したい</p>	<p>【健康状態・心理価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態】</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>各領域において、生活上の課題となっていることを明らかにした上で、その原因・背景について分析する。また今後の「悪化の危険性」や「改善の可能性」を予測(予後予測)して、ここに記載することで支援の方向が見えてくる。問題点だけでなく、利用者のストレングス(意欲や潜在能力、環境の強みなど)を活用することが重要。 ＜記載例＞ 脳梗塞後遺症による握力低下のため調理ができていない。本人は意欲的で、専門的な助言や訓練により調理が自立できる可能性がある。 ・〇〇の危険性がある ・〇〇の可能性はある</p>	<p>総合的課題</p> <p>各領域における課題の中で、原因や背景が共通しているものを統合し、優先順位をつける。 単に問題を記載するのではなく、利用者が今後どのような生活を送れるようになるのかを導く。 ＜記載例＞ 調理器具や調理方法の工夫をすることで、自分で調理ができる。 ・〇〇できる ・〇〇を行う ・〇〇する</p>	<p>課題に対する目標と 具体策の提案</p> <p>～目標～ 総合的課題を基に、課題分析者のとらえた目標を記載する。ポイントは「実現可能な範囲で考える」ことである。 利用者や家族に提案して意向を確認するために、具体的に記載する。 ＜記載例＞ 毎日一品のおかずを調理することができる。 ～具体策～ 目標を達成するための具体策を記載する。単にサービス名を記載するのではなく、セルフケア、家族や知人などのインフォーマル支援、具体的なサービス内容などを記載する。 ＜記載例＞ ①調理訓練教室に通って、使用しやすい器具や調理方法のアドバイスを受ける。 ②慣れるまでは、家族が付き添い、危険のないよう見守る。 目標 ・〇〇できる ・〇〇できるようになる 具体策 ・〇〇する</p>	<p>具体策についての意向 本人・家族</p> <p>課題分析者が提案した目標や具体策について、利用者や家族の意向を確認して記載する。 課題分析者の提案が「押し付け」にならないように留意する。 ＜記載例＞ 本人:毎日調理をするのは体力的に無理だと思う。 家族:負担のない範囲で楽しく料理ができるよう考えてほしい。 ・〇〇と思う ・〇〇してほしい</p>
<p>社会参加・対人関係 コミュニケーションについて</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>	<p>健康管理について</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>	<p>健康状態について、特に留意すべき事項があれば記載する。主治医意見書や生活機能評価などの書面だけでなく実際に主治医に問い合わせなどの連携が重要である。 ＜記載例＞ 【〇〇主治医】運動や訓練について特に制限は設けないが、過剰な負担がかからないよう訓練時間や運動量に配慮する。運動前後のバイタルチェックは必ず行う。</p>	<p>基本チェックリストの項目から、それぞれのプログラムに該当する部分の点数を記載する。 チェック項目数/質問項目数 ＜記載例＞ 3/5</p>	

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	心の健康

健康状態について ○主治医意見書・検診結果・観察結果等を踏まえた留意点

介護予防サービス・支援計画表(2)

被保険者番号 0 1 2 0 8 8

利用者氏名 _____

《目標とする生活》

1日:	1年後に向けて、日々実行できる具体的な内容を記載する。 《記載例》 体力をつけるために毎日散歩をする。	1年:	利用者がイメージする1年後の姿(状態)を記載する。 《記載例》 友人と定期的に演劇を見に行く。
-----	--	-----	--

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 又は 地域支援事業	サービス種別	事業所	期 間
<p>課題分析者が設定した「課題に対する目標」と「本人・家族の意向」とをすり合わせて「合意した目標」を記載する。後に行なう評価では、この目標について達成の有無を確認するため、具体的に記載する。なお、目標は「利用者本人の状態像」で記載することを忘れてはならない。</p> <p>～ポイント～ ①できるだけ数値化する(時間、回数、距離など) ②具体的な状況・状態像で記載する。</p> <p>《記載例》 ①週3回は、一人で調理ができるようになる。 ②〇〇スーパーまで一人で買い物に行けるようになる。</p>	<p>目標に向けて支援を行なう上で配慮すべき事項や、サービスを導入するうえでの留意点、本人や家族を含むケアチームの連携方法などについて記載する。</p> <p>《記載例》 調理に自信が持てるよう、まずは簡単な献立から始める。家族や関係者が励ますことで、継続ができるようサポートする。</p>	<p>本人が自ら取り組むこと(セルフケア)や、家族が支援すること、友人や地域のボランティアの協力などを記載する。誰が何をするのかを具体的に記載する。</p> <p>《記載例》 本人: 専門家の助言を参考に自宅でも積極的に調理に挑戦する。 娘: 危険のないよう調理の工程を見守る。母親の作る料理と一緒に食べる。</p>	<p>介護保険サービス(新予防給付)または地域支援事業のいずれかに〇をつける。</p> <p>各サービス種別の機関が行なう具体的なサービス内容を記載する。</p> <p>《記載例》 低握力でも使用しやすい包丁や軽量の鍋などの情報提供を行ない、調理しやすい環境づくりについて助言を行なう。</p>	<p>介護保険サービス ・介護予防支援 ・介護予防サービス 《記載例》 介護予防訪問介護 介護予防通所介護 地域密着型介護予防サービス など 地域支援事業 ・通所型介護予防事業 ・訪問型介護予防事業 ・介護予防普及啓発事業 など ※自治体によって多様な事業の展開が考えられる。それぞれの地域で情報を収集し、有効に活用する。</p>	<p>事業所名 または</p>	<p>期間には以下のような意味がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援内容を提供する期間 ・目標達成に向けた期間 ・評価の期限となる機関 ・支援計画書の有効期間 <p>「〇ヶ月」の記載も可能であるが、「〇年〇月〇日～〇年〇月〇日」と具体的に記載することが望ましい。また、頻度についても明記できるものはこの欄に記載しておく。</p>

《総合的な方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント》

<p>課題分析者だけの方針ではなく、利用者・家族を含めたケアチームが目指す共通の方向性や、共有すべき留意事項を記載する。総合的な方針とは、支援計画書の「目標」の実現に向けてケアチームとしてどのようにかわるかをわかりやすく記述したものである。</p>
--

《計画に関する同意》

<p>上記計画について、同意いたします。</p> <p style="text-align: center;">_____年 _____月 _____日</p> <p style="text-align: center;">_____氏名 ④</p>
--

《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

<p>①利用者や家族の同意が取れない場合は、本来の支援をできるような働きかける具体的な手順や方法を書くなど、本来行なうべき支援の実現に向けた方向性を記載する。</p> <p>②本来必要な社会資源が地域にない場合は、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(地域包括支援センターは、この欄で書かれている資源づくりを行っていくことに留意する)。</p>

<p>地域包括支援センター</p> <p style="text-align: center;">_____年 _____月 _____日</p>	<p>[確認印]</p> <p>[意見]</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>新予防給付のケアマネジメントを、指定居宅介護支援事業者が委託を受けて行う場合、地域包括支援センターの確認を受けることが必要である。この確認後に利用者への説明と交付を行う。ここでの意見を参考に、介護予防ケアマネジメントを展開する。</p> </div>
---	--