

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載する。
課題の有無について、チェックボックスへレ点をつけるか塗りつぶす。
分析する場合は、面談時の様子・基本情報・主治医意見書・認定審査会資料・生活機能評価の結果・基本チェックリスト等の情報をもとに、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する。

課題に対する目標と提案に対する利用者や家族等の意向を記載する。提案が難しかったり、継続困難など同意が得られない場合には、その理由や根拠等について記載。次の目標欄の根拠となる情報となる意向を本人・家族等と専門家であるケアマネジャーとしての擦り合わせを行えた状況を記載する。

利用者や家族等と共に考え、合意が得られた目標を記載する。目標と具体策に合意が得られた場合には、そのまま転記してよい。

支援者側の安全管理上のポイント・留意事項を記載する。健康状態における主治医の指示や禁忌事項などを記載する。

訪問型サービス
通所型サービス
予防○○○○○
など
サービス種別を記載する。

サービスを提供する事業所名を記載する。

介護予防サービス・支援計画書

被保険者番号 _____

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

計画作成者氏名 _____ 委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 令和 年 月 日 (初回作成日 令和 年 月 日) 担当地域包括支援センター: _____

目標とする生活 _____

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

具体的で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年またはケアプランの有効期間内における目標を1年の枠に記載し、その目標を達成するため日々取り組める目標を1日に記載する。

状態の客観的事実を4領域に分けて記載
・できるか、できないか
・しているか、していないか
・誰がその行為を支援しているか

・自ら行きたい場所に移動ができていないか
・杖や歩行器など福祉用具の利用や手段
・自宅や屋外での移動方法
・交通機関等を利用した移動方法

・日常に必要な品物の買い物状況
・自分で選んで買い物をしているか
・献立・調理の状況
・掃除・洗濯・ゴミ捨て等の家事の状況
・預貯金の出し入れ等の金銭管理状況

・家族や友人との交流状況や関係性
・会話等の意思疎通の状況
・認知機能の状況
・地域での役割やサロン等への参加状況
・趣味等の実施や参加状況

・排泄や入浴・保清の状況
・食事・睡眠・運動など健康管理の状況
・受診の状況や服薬管理の方法
・飲酒や喫煙など自己管理状況

| 1日 | 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(どんな内容で実行して行くのか) | | | | | | |
|----|-------------------------|-------------|---|-------|-----------------|-------------------|----|----------------------|------------------------------|------------------|--------|-----|----|--|
| | | | | | | | | 目標についての支援のポイント | 本人など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 | |
| | 運動・移動について | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | |
| | 日常生活(家庭生活)について | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | |
| | 社会参加・対人関係・コミュニケーションについて | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | |
| | 健康管理について | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | |

期間は、本介護予防サービス・支援計画書におけるサービス提供する期間を記載することになり、最長は有効認定期間または総合事業対象者は4年間となる。記載は、〇年〇月〇日～〇年〇月〇日として記載し、回数や実施日時なども記載する。

予防給付や地域支援事業で行う具体的なサービス内容を記載する。掃除・買物・リハビリや予防福祉用具貸与などではなく、例えば、どのようなリハビリを行うのかを記載する。

利用者自ら取り組むことや家族等が支援すること、地域等のインフォーマルな介護保険以外のサービス内容を具体的に記載する。

各アセスメント領域において確認した内容について、利用者や家族等の認識を確認し「〇〇できるようにしたい」「〇〇はやりたくない」と誰の意向なのか明記する。
・利用者や家族等の意向が異なる場合にも、それぞれの意向を記載する
・家族等の意向において、記載することが好ましくない(利用者本人を傷つける内容)ことは記載を控える
・否定的であったり消極的な意向は、ただちに介護予防サービス計画にはしないで、なぜかを明らかにすることで具体策の検討の参考情報となる

各領域における課題を総合して全体像をとらえて、領域における各課題の共通の要因、背景等を見つけ、それらが引き起こす生活課題を記載する
・危険性や可能性の予測を記載する
・課題を分けて記載する場合には、優先順の高い順に番号をつけて、課題を列挙して記載する
・複数の領域においてまたがる課題の原因や背景が同一の場合には、統合した課題として記載してもよい

総合課題に対する目標と具体策を専門家として示した内容を記載する
・目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものを記載する
・介護保険における予防給付や総合事業のサービスだけでなく、セルフケアや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
・具体的な記載として、「〇〇が必要」「〇〇を行う」と記載し提案する。
・この枠の記載で同意が得られた目標と具体策は、目標及び支援内容となる。

本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族等の合意が取れない場合は、本来の支援を働きかける具体的な手順や方針やその内容実現に向けた方向性を記載する。必要な社会資源が地域にない場合にも地域における活動の創設などの必要性を記載する。

利用者や家族等、ケアチームのスタッフが生活の不活発病の改善・予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。

主治医意見書などから特に注意が必要なことを記載する。薬等における副作用、アレルギー、急変の可能性など医療・健康上の留意点

健康状態について
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入してください
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〇印をつけて下さい

【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

総合的な方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント

居宅介護支援事業所に委託している場合に、地域包括支援センターが適切に作成をされているか確認し、署名・押印する。

基本チェックリストの結果を記載し、アセスメントの参考とする。

| | | | | | | |
|---------------|------|------|------|-------------|-----------|----------|
| | 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

【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。
令和 年 月 日 氏名