

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. \_\_\_\_\_ 利用者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日/性別 \_\_\_\_\_ ( 歳 ) / \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_ 住所 〒 \_\_\_\_\_ 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

認定年月日 \_\_\_\_\_ 認定の有効期間 \_\_\_\_\_ センター担当者 \_\_\_\_\_ 担当地域包括支援センター \_\_\_\_\_

計画作成日(変更日) \_\_\_\_\_ (初回作成日 \_\_\_\_\_ ) 計画作成者 \_\_\_\_\_ 委託の場合(計画作成事業所・連絡先) \_\_\_\_\_

アセスメント日 \_\_\_\_\_

目標とする生活

1日 具体的な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 生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意欲	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)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)
<p><b>運動・移動について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●自ら行きたい場所に移動するための手段が取れるかどうか、確認する</li> <li>●自宅や屋外をスムーズに歩行すること</li> <li>●交通機関を使って移動することについての状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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」「〇〇をやりたい」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。</li> <li>●利用者や家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載する。</li> <li>●家族が言っていることで、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。</li> <li>●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、ただちにプランを立てるのではなく、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。</li> </ul>	<p>課題の有無:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●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背景・原因を分析する。</li> <li>●課題がある場合有りに記載する。</li> <li>●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、生活機能評価の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・経済状態等の観点から整理し、左下のチェックリストの結果についても考慮する。</li> <li>●ここまでは、各領域ごとに記載する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●利用者の生活全体の課題を探るため、領域における各課題共通の背景等を見つけ統合する</li> <li>●利用者にとって優先順位の高い順で課題を列挙する。</li> <li>●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。</li> <li>●意向や目標・具体策は書かない。</li> <li>●課題ごとにそれ以降のプロセスのために、1・2、と番号をふる。</li> <li>例) 1. 〇〇により～が困難な状況にあることが、このまましなくなると〇〇となる危険性がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</li> <li>●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。</li> <li>●このため、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とする。</li> <li>●また、具体策についても、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための、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の活用についても記載する。</li> <li>●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目標と支援内容につながる。</li> <li>例) 1. [目標](3か月後には)ひとりで〇〇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誰々が■■を行う。③...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。</li> <li>●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、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由や根拠が、次の項目の「目標」欄の根拠となる。</li> <li>●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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●前項目で利用者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。</li> <li>●数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。</li> <li>例) ・ひとりで～まで歩いて行けるようになる。・一日一度は、肉か魚を食べる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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。</li> <li>●本人自ら取り組むこと、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などを具体的に記載する。</li> <li>●本来の支援が実施できない場合には、利用者や家族と合意できた「当面の支援」を記載する。</li> <li>例) ・家族と一緒に調理を行う。・近所の友人と買い物と一緒に出かける。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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。(訪問介護等サービス種類の記載ではない。)</li> <li>例) ・自分にあつた運動の仕方を身につけ、自宅でも少しずつ運動ができるようになる。・できる限り、日中は起き上がり居室で座って過ごすなどベッドから離れる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。</li> <li>●通所型・訪問型サービスについては報酬区分を記載する。例) 閉じこもり予防型、家事援助型など</li> <li>●選択制の加算項目を記載例) 口腔機能向上加算等</li> <li>●福祉用具・ヘルパー理由書提出している場合は記載する。例) ・福祉用具理由書提出済</li> <li>・訪問介護サービス理由書提出済</li> <li>●居宅療養管理指導例) 訪問診療、訪問薬剤師、訪問歯科など</li> <li>●インフォーマル事業利用は記載する。例) 配食サービス、移送サービス、いきいき100歳体操など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●当該サービス提供を行う事業所名を記載する。</li> <li>●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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「期間」は左記に掲げた「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。</li> <li>●「〇年〇月〇日～〇年〇月〇日」と記載する。12か月を超えない。有効認定期間内</li> <li>●回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。</li> <li>→サービス担当者会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。</li> </ul>
<p><b>日常生活(家庭生活)について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●日常生活に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況</li> <li>●献立を考え、調理することについての状況</li> <li>●家事(家の掃除、洗濯、ごみ捨て、買物等)についての状況</li> <li>●預貯金の出し入れを行うことについての状況</li> </ul>											
<p><b>社会参加・対人関係コミュニケーションについて</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり保つことのできる状況</li> <li>●友人を招いたり友人宅を訪問する状況</li> <li>●家族・友人などとの会話や電話での交流</li> <li>●地域での役割があるか(老人クラブや町内会)</li> <li>●趣味や楽しみがあり続けられているか</li> <li>●緊急時の対応状況</li> </ul>											
<p><b>健康管理について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●入浴やシャワーの状況</li> <li>●肌、顔、歯、爪などの手入れ</li> <li>●健康のために食事に気をつけている状況</li> <li>●健康のために運動を行うことについての状況</li> <li>●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ますか</li> </ul>											

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

主治医意見書などから特に注意すべき事柄を書く。  
 副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項などを書く。

【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

- 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。
- 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、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。

総合的な方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント

- 利用者や家族、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。
- 避難所: 〇〇小学校

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ください

	総合点	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
予防給付または地域支援事業	20	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。			〇	3	5

地域包括支援センター意見

- 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する。
- 確認欄→必ず記入すること

計画に対する同意

上記計画について、同意いたします。

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

●チェックリスト・アセスメント日・計画作成日は同意日に合わせる。  
 ※ケアプランの同意日はサービス開始日、またはサービス利用開始日前の場合はケアプランを説明した日を記入ください。ただし、やむをえず、利用開始後にケアプランを説明した場合は、利用開始日を記入してください。