

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）

事業対象者はここに○を入れる。

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

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
----------	---------	-----------	-------

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：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： _____

初回：初めてケアプランを作成する場合（介護から要支援・事業対象者を含む）

紹介：予防給付から総合事業利用、総合事業から予防給付の場合

継続：予防支援から予防支援、総合事業から総合事業の場合

1日	本人が日常生活の中で頑張れることや取り組みやすいことを記載。趣味、楽しみ、特技などを生かして動機づけにつながる内容を意識する。	1年	本人が希望する将来の生活イメージを具体的に記載する。長期的な展望で達成を目指す目標として、本人が動機付けされるように。
----	---	----	---

①アセスメント領域と現在の状況	②本人・家族の意欲・意向	③領域における課題（背景・原因）	④総合的課題	⑤課題に対する目標と具体策の提案	⑥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）	期間
運動・移動について 自宅、屋外の歩行状況 交通機関を使って移動することについて	〇〇できるようになりたい。手伝ってもらえば、〇〇したい。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 現在課題となっていること。今の状況でいると、将来どんなことが起こるかなど。	※各領域における課題の中で背景が共通するものや方向性が同じものを統合し、課題のみ記載する。（意向や目標、具体策は記入しない） 例：右手の痺れや握力低下により、調理行為が困難な状態である。右手を使わないままでは、拘縮してしまふ可能性がある。	ケアマネが利用者や家族に対して、目標と具体策を提案する。 例（目標）自宅で週2回調理が行えるようになる。 （具体策） ①自分に合う調理器具や調理方法を見つける。 ②家族に食べに来てもらう。 ③スーパーの宅配を利用する。	利用者、家族の合意は得られたか？ ⑤の提案に合意が得られたら、 （本人）「〇〇を行いたい」 （家族）「〇〇が必要だと思う」等記載 ※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記載する。	※ケアマネと利用者、家族の三者が合意した目標を記載する。 ⑤の提案に合意が得られたら、その目標をここに記載する。 数量目標があれば、達成したかどうか、評価しやすい。 例：自宅で週2回調理を行う。 例：ひとりで～まで歩いて行けるようになる。 例：1日1度は、自分で調理して、肉か魚を食べる。	() 支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など ⑤で提案した具体策がここに入るようになる。	本人等のセルフケアは、 ・行動すること ・知識や方法を学ぶこと ・習慣化することを視点に記載する。	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） 通所系サービスの場合は、サービス内容を具体的に記載。 訪問系サービスの場合は、本人と一緒に行動することを念頭において記載。 福祉用具貸与の場合は、歩行器や手すり、4点杖など具体的に記載。	サービス種別 正式名称で記載してください。 <input type="checkbox"/> 訪問型サービス(独自) <input type="checkbox"/> 通所型サービス(独自)	事業所（利用先）	期間
日常生活(家庭生活)について 日常に必要な物を自分で選ぶことは？ 献立を考え、調理することは？掃除、洗濯、ゴミ捨ての状況	※利用者、家族それぞれに聞く。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有・無にチェックを入れる。無の場合も、その理由を記載する。					() 本人のセルフケアは、 ・行動すること ・知識や方法を学ぶこと ・習慣化することを視点に記載する。		通所系サービスの場合は、サービス内容を具体的に記載。 訪問系サービスの場合は、本人と一緒に行動することを念頭において記載。 福祉用具貸与の場合は、歩行器や手すり、4点杖など具体的に記載。			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 家族や友人との関係づくりは？ 仕事や地域での役割は？ 趣味や楽しみは？		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					() 家族の支援は、 ・直接的な支援 ・心理的な支援を視点に記載する。		通所系サービスの場合は、サービス内容を具体的に記載。 訪問系サービスの場合は、本人と一緒に行動することを念頭において記載。 福祉用具貸与の場合は、歩行器や手すり、4点杖など具体的に記載。			
健康管理について 定期的に入浴、シャワーで身体を洗うことは？ 薬を飲み忘れず、管理することは？ 健康のために気をつけることは？		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※優先度の高い順に1から番号を付す。				()		通所系サービスの場合は、サービス内容を具体的に記載。 訪問系サービスの場合は、本人と一緒に行動することを念頭において記載。 福祉用具貸与の場合は、歩行器や手すり、4点杖など具体的に記載。			

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

※予防給付で、医療系サービス利用時は、主治医の指示があるかどうか（主治医意見書可）を確認する。事業対象者は、必要に応じて、主治医や本人から必要な情報を記載する。

【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

※計画作成者だけの方針ではなく、本人・家族を含めたケアチームが目指す共通の方向性や留意すべき注意事項を記載。

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
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

【意見】

地域包括支援センター

※西暦もしくは和暦で、正確に記載をしてください！

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 _____