

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. _____

利用者名 _____ 様（男・女） _____ サービス提供前に作成していますか。 _____ 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

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： _____

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

・ケアプランを初めて作成される場合は「初回」、予防給付から総合事業、または総合事業から予防給付を受けるようになった場合は「紹介」、今後も継続する場合は「継続」とします。

1日 _____

・利用者にとってより具体的でイメージしやすい目標とする生活を考え記載します。
 ・現実的で達成可能な目標になっていますか。

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					
							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 ・利用者や家族の双方に状況を聞きましよう。実際の状況と発言の内容が違いや認識の違いがないか等にも留意しましよう。 ・利用者や家族からの情報だけではなく、ケアプラン作成者が観察した状況についても記載します。	・課利用者や家族とで以降が異なる場合はそれぞれの意向の記載となっていますか。	□有 □無 ・課題の有無にチェックはありますか ・課題がある場合は具体的な内容の記載をしましよう。無とした場合は、その理由について記載しましよう。 ・現在の課題が将来に及ぼす影響や課題を予測することが大切です。	・課題は利用主体の表現に配慮し、かつ利用者がイメージしやすい課題にしましよう。 ・課題は直接的な背景や原因だけではなく、間接的な背景や原因にも目を向け、各領域における課題に共通した背景等を見つけます。	・設定する目標や対策は、評価の指標に出来るような具体的なものとなっていますか。 ・ここでの目標は、利用者や家族に対して専門的観点から提示します。	・利用者や家族間の目標の受け止めのズレや意向のズレ、具体策のズレ等のすり合わせを行います。 ・ズレが生じた理由や根拠について確認し、利用者や家族双方に「実際に可能な目標設定」を再度確認しましよう。	・設利用者、家族、ケアマネジャーで合意した目標の記載となっていますか。 ・実施後のイメージ化が図られるよう支援し、意欲を引き出す提案となるよう心掛けましよう。	（ ） ・フォーマル、インフォーマル含め、だれが何をするのか具体的に記載します。 ・なぜその支援が必要なのかといった根拠を明確にしたうえで計画をたてます。 ・生活機能低下の原因の解決につながる策だけではなく、機能低下を補うための他の機能強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を検討しましよう。					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有 □無					（ ）					
健康管理について		□有 □無					（ ）					

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

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 適切な支援の実施に向けた方針

・本来の支援ができるように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性を記載します。
 ・地域に適切なサービスがない場合は、新たな活動の創出等の必要性を記載します。

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、サービス提供事業所を含めたチーム全体で取り組む共通の方向性や留意すべき点等について記載します。

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
 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○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

地域包括支援センター

【意見】
 居宅介護支援事業所が地域包括支援センターから委託を受けている場合に記載します。

計画に関する同意

上記計画について説明を受け、同意し、交付を受けました。

年 月 日 氏名

・同意日、署名を記入します。署名があれば押印は不要です。
 ・同意日はサービス開始前になっていますか。