

介護予防サービス・支援計画表

NO.

利用者名

様

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

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：米原市地域包括支援センター

目標とする生活

利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者の意志・意欲を尊重し、望む日常生活イメージを具体化にすることで利用者が介護予防に主体的に取り組む動機づけとなる。

1日

1年後に向けて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する。
趣味、楽しみ、特技などを活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の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、本人が動機づけされることが重要である。必ずしも1年後に限定するものではないが、本人が「近い将来実現したいと思う自分の姿」を聞き取り記載する。

←アセスメント

←合意

←ケアプラン

→

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

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

介護保険サービスまたは地域支援事業

サービス種別

事業所

期間

運動・移動について

・行きたい場所への移動手段
・自宅内外の歩行状況
・交通機関の利用状況

本人、家族の言葉をそれぞれ記載する。
・現状の受け止め方
・向上への意欲
・今後に向けた意向
※否定的・消極的な場合はその理由を明らかにすることが重要
＜記載例＞
・〇〇できるようになりたい
・手伝ってもらえれば〇〇したい

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優先順位をつける。
※優先度の高い課題から順に記載
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。

提案した目標や具体策について、本人や家族の意向を記載する。合意が得られなかった場合は、本人や家族がそう思う理由をそれぞれ記載する。
＜記載例＞
・〇〇と思う
・〇〇してほしい
本来なら必要であるプランに対し、本人や家族の合意が得られず、目標設定ができない場合は、下段の「本来行うべき支援ができない場合」の欄に実現に向けた方向性を記載する。

目標に向けて支援を行う上での留意点や、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。
＜記載例＞
・〇〇できるように支援する
・〇〇をサポートする
・〇〇に配慮する

本人の望む暮らしや目標と、支援内容が整合していることを確認し、目標達成するために最適と思われる具体的内容について記載する。
通所系サービスの場合は、サービスの内容を具体的に記載する。
訪問系サービスの場合は、本人と一緒に行うことを念頭に置いて記載する。
福祉用具貸与の場合は、歩行器や手すり、四点杖など具体的に記載する。

具体的なサービス事業所や機関名を記載する

目標達成に必要な期間を記載する。
目安は3～12か月。
＜記載例＞
〇年〇月〇日～
〇年〇月〇日

日常生活（家庭生活）について

・日用品の買い物状況
・献立作りや調理の状況
・掃除、洗濯、ゴミ捨て
・植木やペットの世話
・預貯金の入出金など金銭管理
・入浴や排泄

課題の有無に関わらず記載する。各領域において生活上の課題を明らかにし、その原因・背景（直接的・間接的）を分析した上で、悪化の危険性や改善の可能性を記載する。基本チェックのリストの結果についても考慮する。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、環境の強み等）をもとに「改善の可能性」を予測し、ここに記載することで、支援の方向性が見えてくる。

領域ごとに、現状や課題に結びつく事項を記載する。「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」にも着目する。情報によっては、いくつかの領域にまたがるものがあるが、どの領域に記載するかにこだわり過ぎる必要はない。

総合的課題をもとに専門的な観点から捉えた目標を記載する。利用者が望む暮らし、価値観や好みを踏まえた上で、提案する。目標は本人の状態像として設定し、成功体験や達成感が持て、評価しやすい具体的な目標を設定する。
＜記載例＞
・〇〇できる
・〇〇できるようになる

目標達成するためのセルフケア、家族や友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。本人や家族が「取り組みそうなこと」「取り組みたくなること」を提案する。
＜記載例＞
・〇〇する
・〇〇を行う

計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。「課題に対する目標と具体策」の目標を転記、もしくは「同左」「提案どおり」等記載する。評価時に目標達成の有無を確認できるよう、具体的に設定する。達成可能なレベルの目標設定を行うことで本人の自信を取り戻し、次の段階の目標へとつなげていく。
「1年後の目標」を目指して少しずつステップアップしていけるよう、段階的な目標を設定する。

目標に向けて本人が行うセルフケアや、家族の支援内容、近隣住民の協力などインフォーマル支援について記載する。
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。
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。
＜記載例＞
・〇〇する
・〇〇を行う

介護保険のサービス種別や社会資源を記載する。
＜記載例＞
介護保険サービス
・介護予防訪問介護（従来型）or（B型）
・介護予防通所介護（従来型）or（A型）
・短期集中サービス
・介護予防福祉用具貸与等
社会資源
・受診
・配食サービス
・緊急通報システム
・オムツ助成
・〇〇サロン
・趣味の教室

社会参加、対人関係・コミュニケーションについて

・家族や近隣の人との交流
・地域活動への参加状況
・仕事やボランティア活動
・家族や地域での役割の有無
・趣味や楽しみの有無

健康状態について

・服装管理、定期受診の状況
・飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理状況（食事・水分摂取・排泄の状況については、回数や量等具体的に確認）
・肌、顔、歯（口腔）、爪等の手入れ
・整容、保清行為

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。主治医意見書の書面だけでなく、実際に主治医に問い合わせする等の連携が重要である。

必要事業プログラムの下欄に〇印をつけて下さい。

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

地域包括支援センター

【意見】本人・家族に向けてのメッセージや助言等を地域包括にて記載

【確認印】本人に交付する前に地域包括支援センターの確認を受け、意見をもらう必要がある。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。

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

印

健康状態について

〇主治医意見書、生活

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。主治医意見書の書面だけでなく、実際に主治医に問い合わせする等の連携が重要である。

必要事業プログラムの下欄に〇印をつけて下さい。

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

地域包括支援センター

【意見】本人・家族に向けてのメッセージや助言等を地域包括にて記載

【確認印】本人に交付する前に地域包括支援センターの確認を受け、意見をもらう必要がある。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。

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

印

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

記載された目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特に留意すべき点、チーム全体の留意点を記載。プランの方向性がここでまとめられると分かりやすい。