

# 介護予防サービス・支援計画書の記入の仕方

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： \_\_\_\_\_

活動や参加になっているか。  
総合的課題にマッチしているか。

目標とする生活	1日	毎日する活動	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	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
<p>どのような行為がどのように大変で現在はどのようにしているか(している活動)</p> <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ているかどうか</li> <li>自宅や屋外を歩行することについての状況</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> <p><b>日常生活(家庭生活)について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>家事(買物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等)や住居・経済の管理の状況</li> <li>花木やペットの世話などを行なっているか</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>状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか</li> <li>家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか</li> <li>仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況</li> <li>家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうか</li> </ul> <p><b>健康管理について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>清潔、整容、口腔ケアや、服薬や定期受診が行なえているかどうか</li> <li>飲酒や煙草のコントロールの状況</li> <li>食事や運動、休養など健康管理などの状況</li> </ul>	<p>今をどのように思っていて今後どうしていきたいか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人や家族がどう思っているか</li> <li>機能低下を自覚しているか</li> <li>困っているか</li> </ul> <p>利用者・家族どちらの認識かを明確にし、その理由について確認する。</p>	<p>できていない理由</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>各アセスメント領域において生活上の問題となっていることがあるか。その背景や原因について分析する。</p> <p>面談中の様子、利用者基本情報、基本チェックリスト、主治医意見書など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、経済状況などの観点から整理する。</p> <p>ここまでは、各領域ごとに分析する。</p>	<p>「活動」「参加」「身体機能」がどう低下しているか。その原因として、「個人因子」「環境因子」「健康状態」がどう影響しているのか。</p> <p>「今、こういう状態にあるのは(「参加」「活動」が低下しているのは)、こういう原因・背景があり、このままにしておくとういう状況になる可能性がある。」</p>	<p>「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」のまとめ。個々に記載するのではなく、課題の原因や背景などが同一の場合は統合して記述する。</p> <p>「今、こういう状態にあるのは(「参加」「活動」が低下しているのは)、こういう原因・背景があり、このままにしておくとういう状況になる可能性がある。」</p>	<p>左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等、利用者や家族の認識や意向を記載する。</p> <p>具体策の合意が得られなかった場合は、その理由や根拠などについて利用者や家族の考えを記載する。</p>	<p>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。</p> <p>合意ができた実行可能な目標</p>	<p>家族を含む支援者共通の目標の実現にあたって必要な支援提供上の配慮を記載する。</p> <p>・安全上のポイントや留意点など</p> <p>( )</p> <p>( )</p>	<p>誰が何をするのか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人</li> <li>家族</li> <li>地域のボランティア</li> <li>近隣住民</li> </ul> <p>具体的に記載する。</p>	<p>予防給付の具体的なサービスを記載する。訪問介護等サービス種類の記載ではない。</p> <p>[記入例] 自分に合っ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する。</p>	<p>サービス種別を具体的に記載する。</p> <p>[記入例] 介護予防訪問介護Ⅱ・運動器機能向上加算</p>	<p>サービス提供を行なう事業所名を記載する。</p>	<p>「サービス」をどの程度の期間実施するかを記載する。</p> <p>[記入例] 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>「認定の有効期間」を超えないよう考慮する。</p>

本人に告知していない病名や本人・家族が不快と感じる表現に配慮する。

**健康状態について**  
主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

主治医意見書等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】**  
 適切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、本来の支援ができない場合には、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。

基本チェックリストの(該当した質問項目数) / (質問項目数)をお書きください。  
 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○印をつけてください。

	運動機能向上	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

該当項目がプランに反映されているか。

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、包括支援センターが、利用者本人に向けて意見を記載する。  
 【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。

平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印