

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)

※ケアマネジメント結果等記録表として使用する際(ケアマネジメントB・C)は、網掛け部分の記載を省略可能

様式 6 の別紙

被保険者番号

利用者氏名 様

認定年月日 年 月 日 認定有効期間 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)

担当包括支援センター:

目標とする生活	具体的でな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日・1年どちらかの目標設定だけでも可能。
1日	1年

アセスメントの領域と現状の状況	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 (民間サービス)	介護保険サービス または 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 <ul style="list-style-type: none">自自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自宅や屋外をどのように移動するか交通機関を使って移動することについての状況	<ul style="list-style-type: none">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。「〇〇ができるようになりたい」「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。利用者と家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載する。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。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。	<ul style="list-style-type: none">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の背景・原因を分析する。課題がある場合「口有」にし点をチェックし分析した内容を記載する。課題がない場合は口無にチェックする。分析する場合は、実際の面談中の様子、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・経済状態等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。ここまでは、各領域ごとに記載する。	<ul style="list-style-type: none">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て統合する。利用者にとって優先順位の高い順で課題を列挙する。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、目標や具体策をまとめて、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。意向や目標・具体策は書かない。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。	<ul style="list-style-type: none">「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。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。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。また、具体策についても、総合事業や、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。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。	<ul style="list-style-type: none">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。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」欄の根拠となってくる。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。	<ul style="list-style-type: none">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。数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。例)<ul style="list-style-type: none">・ひとりて～まで歩いて行けるようになる。・一日に一度は、肉か魚を食べる。	<ul style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none">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。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【 】書きで記載する。「当面の支援」がない場合は書く必要はない。例)<ul style="list-style-type: none">・家族と一緒に鉢植えの手入れを行う。・近所の友人と連れだって、買い物と一緒に出かける。	<ul style="list-style-type: none">予防給付、総合事業の具体的なサービス内容に記載する。(訪問介護等サービス種類の記載ではない。)例)<ul style="list-style-type: none">・自分にあ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。	<ul style="list-style-type: none">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。介護予防ホームヘルプについては報酬区分を記載する。加算サービスも必要時記載する。例)<ul style="list-style-type: none">・訪問型独自サービスⅡ・キャスト付き歩行器・配食サービス、など。	<ul style="list-style-type: none">当該サービス提供を行う、事業所名を記載する。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。	<ul style="list-style-type: none">「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたって実施するかを記載する。「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。最長1年間回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。→ 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。

健康状態について

口主治医意見書、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。

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						

【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

<ul style="list-style-type: none">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

地域包括支援センター ※委託の場合	【意見】 <ul style="list-style-type: none">居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。
----------------------	--

総合的な方針:生活不活発病の改善・予防ポイント

<ul style="list-style-type: none">利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。
--

計画に関する同意

上記計画について同意します。

説明・同意日

年 月 日 氏名

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)

※ケアマネジメント結果等記録表として使用する際(ケアマネジメントB・C)は、網掛け部分の記載を省略可能

様式 6

被保険者番号

利用者氏名様

認定年月日年 月 日

認定有効期間年 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)

担当包括支援センター:

目標とする生活

1日

1年

アセスメントの領域と 現状の状況	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 または 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		□ 有 □ 無										
日常生活(家庭生活)について		□ 有 □ 無										
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

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						

【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・予防ポイント

地域包括支援
センター
※委託の場合

【意見】

計画に関する同意
上記計画について同意します。

説明・同意日
年 月 日 氏名

様式 7

計画作成者氏名

※ 1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

※ 2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。なお、サービス担当者会議の要点については、別紙「サービス担当者会議の要点」等に記載して差し支えない。

※ 3 対応方法欄には、支援経過の記載内容を把握した手段・方法を記載する(電話、訪問、サービス担当者会議等)。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表

様式8の別紙

評価日

被保険者番号

利用者氏名

様

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因		今後の方針
				本人・家族の意見	計画作成者の評価	
<ul style="list-style-type: none"> 「介護予防サービス・支援計画表」に記載している合意を得られた最終の具体的な目標を転記する。 	<ul style="list-style-type: none"> 「介護予防サービス・支援計画表」の「期間」欄からサービス提供開始月の最も早い月からサービス提供終了月の最も遅い月を評価期間として転記する。 	<ul style="list-style-type: none"> 評価期間内に目標がどの程度達成できているか、生活機能がどれだけ向上・維持できたのかを具体的に転記する。 評価の際は、サービス事業者が行う事前アセスメント、事後アセスメントの結果等からの情報を集約し、ケアプラン作成者のモニタリングと併せて利用者の生活機能全体に関する評価を行う。 <p>[達成した場合] 例) ・1人で～まで行くことができた。</p> <p>[達成できなかった場合] 例) ・～までには〇〇のため、いたらなかったが、××まで行くことができた。 ・1人では行けないが、誰かが付き添えば行けるようになった</p>	<ul style="list-style-type: none"> 目標を達成した場合には○印 未達成の場合には×印をつける。 	<ul style="list-style-type: none"> 何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性を含め利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。 <p>例) ・もう少しで〇〇まで歩けると思っていたが、天気の良い日が続き、思ったように外出できなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、ケアプラン作成者としての評価を記載する。 本人・家族の意見、事業所からのモニタリング結果も含め、目標設定の妥当性やサービスの入れ方について評価する。もしくは、新たな課題の発生がなかったかも含めて分析する。 <p>例) ・□□が原因で～をしづらくなったために、目標の☆☆には至らなかったが、××の段階までは到達できた。 ・目標達成のために歩行距離を伸ばそうと頑張っていたが、外出時に転倒したことから、不安が壮大し、意欲が低下してしまい、当初の目標に届かなかった。支援経過において、目標のハードルを少し下げるなどの工夫を検討する必要があったのではないかと考える</p>	<ul style="list-style-type: none"> ケアプラン作成者としての意見をまとめる。 目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。 <p>例) ・当初の目標は達成され、歩行能力の改善も見られており、ご本人の生活意欲も向上している。そのため、あきらめかけていた低山登山などへの再開にも希望を持ち始めている。デイケアでの運度の選択メニューに関しては、もう少し継続し歩行能力の状況を勘案しながら、終了時期の検討を行って行く。</p>
総合的な方針				地域包括支援センター意見		
<ul style="list-style-type: none"> 今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。 				<ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援事業所に委託した場合に、ケアプラン作成者に対して、記載する。 		
				<div> <input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 </div> <div> <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了 </div>		

評価日

被保険者番号

利用者氏名

様

計画作成者氏名

目 標	評価期間	目 標 達 成 状 況	目 標 達成/未達成	目 標 達 成 し な い 原 因		今 後 の 方 針
				本 人 ・ 家 族 の 意 見	計 画 作 成 者 の 評 価	

総合的な方針	地域包括支援センター意見
	<div><div><input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終 了</div><div><input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終 了</div></div>