

介護予防サービス・支援計画書(1)

帳票様式No.2

被保険者番号 _____ 利用者氏名 _____

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(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: _____ 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

アセスメント領域と現在の状況 【箇条書きでの表現も可】	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景と原因) 【健康状態・心理価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態】	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
<p>運動 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/></p> <p>活動(運動・移動)について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自ら行きたい場所に移動する為の手段がとれているか ・自宅や屋外を歩行することについての状況 ・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"> ・本人や家族がどう思っているか ・機能低下を自覚しているか ・困っているか <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><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>ここまでは各アセスメント領域ごとに分析を行う。</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、こういう状況にあるのは(「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いう状況になる可能性がある。」</p>	<p>「目標」=する活動 悪循環が改善した先にある実現可能な活動や参加。</p> <p>「具体策」 目標を実現するのに有効な日課や活動の種類及び頻度を設定する。利用者自身のセルフケア、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。</p>	<p>提案に対して取り組むのが困難であったり、継続するのが難しい等、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>日常生活(家庭生活)について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家事(買物・調理・掃除・選択・ゴミ捨て等)や住居・経済の管理の状況 ・花木やペットの世話などを行っているか 		<p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>			
<p>社会参加・対人関係 コミュニケーションについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか ・家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか ・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 ・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 		<p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>			
<p>健康管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・清潔、整容、口腔ケアや、服薬や定期受診が行えているかどうか ・飲酒や煙草のコントロールの状況 ・食事や運動、休養など健康管理などの状況 		<p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>			

運動 不足	栄養 改善	口腔ケア	閉じこもり 予防	物忘れ 予防	心の健康
----------	----------	------	-------------	-----------	------

健康状態について ○主治医意見書・検診結果・観察結果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記載する。
副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項などを記載する。

介護予防サービス・支援計画書(2)

被保険者番号 _____

利用者氏名 _____

〈目標とする生活〉

1日:	毎日する活動を記載する	1年:	生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標を記載する
-----	-------------	-----	-----------------------------

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 又は 地域支援事業	サービス種別	事 業 所	期 間
介護予防サービス・支援計画書(1)で、利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。	家族を含む支援者共通の目標の実現に当たって必要な支援提供上の配慮等を記載する。 ・安全上のポイントや留意点など	誰が何をするのか。 ・本人 ・家族 ・地域のボランティア ・近隣住民 具体的に記載する。 サービス内容について本人・家族と合意できない場合や、地域に適切なサービスがない場合は、本人・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援としてカッコ書きで記載する。	予防給付の具体的サービスを記載す訪問介護等、サービス種類の記載はしない。 【記載例】 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出来るようにする。	サービス種別を具体的に具体的に記載する。 支給区分、加算・減算についても記載する。 【記入例】 ・介護予防訪問介護Ⅱ ・運動器機能向上加算	サービス提供を行う事業所名を記載する。	サービスをどの程度の期間利用するのかを記載する。 「認定の有効期間」を超えないように考慮する。

〈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。

〈計画に関する同意〉

上記計画について、同意いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ ①

〈本来行な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

本来の支援を実施できるように働き替える具体的な手順や方針を記載する。
 地域における資源の不足により本来の支援が出来ない場合には、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。

地域包括 支援センター 年 月 日	[確認印]
	[意見]