

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） 歳 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： _____

1日 日常的にしていることでもOK。具体的な目標が○。身近なことも○ 本人が「していること・したいこと」（興味・関心チェックシート）◎	1年 来年の今頃にはどうなっていたいのかを聞いてみる。具体的な目標が○。身近なことも○ 本人が「していること・したいこと」（興味・関心チェックシート）◎
--	---

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	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
① 各領域の現状 客観的事実を記載	② この現状を本人や家族はどう思っているのか	□有 □無 ③ 領域ごとの課題をCMとして分析 ※ここで言う課題を問題として置き換えて考えると書きやすい	①②③ 全体を通して「目標とする生活」が送れるには何が必要か見極める。 ※ 長々書くより本人が気づくポイントを絞る 注！ ここでは入浴や調理など生活行為は登場しない。介護保険サービス名も×	例えは【総合的課題】 転倒予防 ↓ 【課題に対する目標】 1日1000歩、歩く 【具体策の提案】 ・足腰に力をつける ・転ばない歩き方を知る ・体力をつける	本人・家族 提案したことをやってみたいと思うか、本人家族に確認する。 もしも…「嫌だ！としたり、その理由を聞いてみて、他の具体策を提案してみる	合意された目標を書く 例えは 1日1000歩、歩く 注！ 個々のサービスを利用する目標ではない。この目標を達成するために、誰が何をやるのか、誰に何を頼むのか、支援計画ができる	支援者の共通言語方向性を確認する	【本人】 家の周りを1日1回は歩く 【家族】 1週間に1回、〇〇迄、散歩に連れ出す	それぞれのサービスが実行されることによって、目標が達成される 例えは 訪問型サービス 歩ける体力がつく。 ・3食の食事が食べられるために、調理ができるよう買い物支援 ・一緒に調理をして自信をつける 通所型サービス ・1000歩、歩けるような下肢筋力アップ ・運動指導、下肢機能評価 ・台所で調理をする間、立ってられる立位保持。			
合意プロセス 												

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

要支援1・2は主治医意見書転記OK。本人から主治医に言われていることを聞いてみる。事業対象者は本人から主治医に言われていることを聞いてみる。

【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・予防のポイント

再び、このような状態（①アセスメント領域と現在の状況）を起こさないようにするためにはどうしたらいいかを書く

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】 【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。

令和 ____年 ____月 ____日 氏名 _____ 印 _____