

野田市<参考資料1>

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. ① [被保険者番号] を入れる

利用者名 ② 様 ③ 認定年月日 年 月 日 (基本チェックリスト実施日) ④ 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 ⑤

初回・紹介・継続 ⑥ 認定済・申請中 ⑦ 要支援1・要支援2 ⑧ 事業対象者 ⑨

計画作成者氏名 ⑩ (基本チェックリスト実施日)は、国の例に野田市が追加した項目重差対象者のみ記入する

委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) ⑪

計画作成(変更)日 年 月 日 ⑫ (初回作成日 年 月 日) ⑬ 担当地域包括支援センター:

目標とする生活 ⑭ 優先度の高い順で課題を列挙する (意欲の低い利用者の場合、達成可能な課題順でも可)

1日 イメージしやすく、利用者が達成感・自己効力感が得られる内容 ⑭ 1年 計画作成者の現状分析と将来予測(改善可能性の検討)を反映させつつ、利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標 ⑭

できていないことばかりではなく、「できていないこと、していただくこと」等の強みも記載

複数の領域に重複する内容については、ひとつの領域のみに記載

例) シルバーカーを押し近づくスローパーまで買い物に行っている (【運動・移動について】) 又は【日常生活(家庭生活)について】のいずれかに記載)

初回面接では、完璧に情報収集することよりも、利用者・家族との関係構築を優先

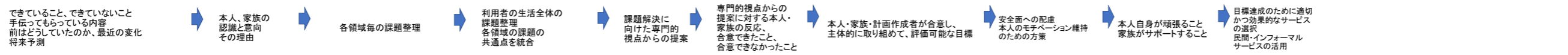
入浴については、上記の「日常生活について」ではなく、この領域に記載

通所系サービスでの入浴が必要な場合は、その背景となる現状を記載

15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
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(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
アセスメント 以前の状況、現状、その背景・理由、認識、介入すべき課題はなにか			アセスメント 以前の状況、現状、その背景・理由、認識、介入すべき課題はなにか			ケアプラン 本人が主体的に取り組める・達成したい目標設定、その目標達成のために誰が・何をするか、留意点はなにか						
運動・移動について 自ら行きたい場所へさまざまな手段を活用して移動できるか。 乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、交通機関を用いる、等ができていますか。 環境・動作毎の福祉用具の活用状況も確認	左記の確認した内容について、利用者・家族の認識と意向、その理由を記載	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 各領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を記載	利用者の生活全体の課題を探るため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出して記載 例) 肺炎で入院後の足の筋力が低下したことで、外出頻度が減り、さらに体力低下、家事(買い物・立位での調理等)困難を引き起こす可能性が高い。	「総合的課題」に対して、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案(目標と具体策)を記載 目標は評価可能で具体的なものとする	左記の提案に対する利用者や家族の意向を確認して記載 専門的視点からの提案と、利用者の意向の相違点を確認 合意が得られた場合は、「〇〇をしたい」等の発言を記載 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記載 例) (転倒リスクが高いため、下肢筋力向上のためのリハビリと併せて、歩行器の使用を提案した場合) 本人: かつこ悪いから歩行器は使いたくない。デイサービスでのリハビリは頑張りたい。	利用者と家族・計画作成者の三者が合意した目標 「課題に対する目標と具体策の提案」で提案した目標がそのまま合意された場合は、「同左」「提案どおり」などと記載しても可	左記の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考えたうえでの留意点を記入 支援実施における安全管理上のポイント、インフォーマルサービスの役割分担等	予防給付、総合事業のサービス事業や一般介護予防事業等を含めた地域支援事業のサービスを記載	民間サービス、介護保険サービス、または、地域支援事業の支援内容に適したサービス種別等を記載 支給区分、通所系サービスの加算についても必ず記載 ※ただし、事業所の体制にかかわる加算については、記載する必要はなし	左記のサービス種別及び当該サービスを提供する事業所名を記載 介護保険制度以外の公的サービスが担当部分についても明記	支援計画に合わせた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載 サービスをどの程度の頻度(一定期間内の回数、実施曜日等)で実施するか提案があれば記載	本人・家族・サービス関係者間の合意が得られていることを確認 ※目標達成ができる期間を定める。基本チェックリストで事業対象者となった方は6か月以内で定める。
日常生活(家庭生活)について 家事(買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等)や住居・経済の管理(預貯金の出し入れ)、花木やペットの世話等を行っているか。	専門的視点から把握した機能低下について ・認識しているか ・困っているか ・どう考えているか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ■無の場合にも、そう判断した理由を記載する	下肢筋力低下が運動、家事、外出、さらには社会性も影響している場合等、どの課題に働きかけることが効果的かを考えて課題を統合する。 利用者によって、領域における課題の数とここは必ずしも一致しない。	具体的な支援やサービスは、介護保険サービスだけでなく、セルフケア、家族の支援、民間サービスやインフォーマルサービス等の活用についても記載	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記載 例) (転倒リスクが高いため、下肢筋力向上のためのリハビリと併せて、歩行器の使用を提案した場合) 本人: かつこ悪いから歩行器は使いたくない。デイサービスでのリハビリは頑張りたい。	客観的に評価可能な目標を設定できるだけ数値化する ・頻度(毎日〇回、週〇回等) ・距離(〇m先のコンビニまで) ・体重(〇キロを維持する) ・時間(〇分散歩する) 等	〇〇できるようになる 〇〇できる 〇〇をする ※〇〇したいは意向	〇前回はプラン作成時と、どこも、何も変わらないことはないため、目標の継続を希望した場合、次のことを確認。 ・さらにステップアップできることはないか ・他に興味・関心があること ・あきらめていることはないか	例) 介護予防通所介護I 運動器機能向上加算 訪問型サービスI	例) 〇〇デイサービスセンター 〇〇ヘルパーステーション	例) 令和〇年〇月〇日~令和〇年〇月〇日 〇〇ヘルパーステーション	運動器機能向上加算有の場合は、3か月後の中間評価時に、加算の継続の是非について検討する。
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 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。仕事やボランティア活動、趣味の活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無等の内容や程度。	例) 本人: 近くの商店まで歩いて買い物にいけるようになりました。 長女: サポートできることは協力するから、無理せず、転ばずに過ごしてほしい ※ 家族は続柄で記載する	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 〇〇できない 〇〇の危険性がある 〇〇の可能性はある	「~したい」という利用者の希望は、【本人・家族の意欲・意向】欄に記載する。	〇〇できない 〇〇の危険性がある 〇〇の可能性はある	〇〇できない 〇〇の危険性がある 〇〇の可能性はある	〇〇できるようになる 〇〇できる 〇〇をする ※〇〇したいは意向	〇前回はプラン作成時と、どこも、何も変わらないことはないため、目標の継続を希望した場合、次のことを確認。 ・さらにステップアップできることはないか ・他に興味・関心があること ・あきらめていることはないか	例) 介護予防通所介護I 運動器機能向上加算 訪問型サービスI	例) 〇〇デイサービスセンター 〇〇ヘルパーステーション	例) 令和〇年〇月〇日~令和〇年〇月〇日 〇〇ヘルパーステーション	運動器機能向上加算有の場合は、3か月後の中間評価時に、加算の継続の是非について検討する。	
健康管理について 清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているか、飲酒・喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われること 食事・水分摂取、排泄の状況は、回数や量などを具体的に確認	最終的な目標や具体策に反映されないことでも、計画作成者が専門的視点から提案したことについては記載 それに対して利用者・家族がどのように反応したか、その反応を受けて計画作成者がどう計画を組み立てたかの経過がわかるようにする。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	〇〇できない 〇〇の危険性がある 〇〇の可能性はある	〇〇できない 〇〇の危険性がある 〇〇の可能性はある	〇〇できるようになる 〇〇できる 〇〇をする ※〇〇したいは意向	〇前回はプラン作成時と、どこも、何も変わらないことはないため、目標の継続を希望した場合、次のことを確認。 ・さらにステップアップできることはないか ・他に興味・関心があること ・あきらめていることはないか	例) 介護予防通所介護I 運動器機能向上加算 訪問型サービスI	例) 〇〇デイサービスセンター 〇〇ヘルパーステーション	例) 令和〇年〇月〇日~令和〇年〇月〇日 〇〇ヘルパーステーション	運動器機能向上加算有の場合は、3か月後の中間評価時に、加算の継続の是非について検討する。		

本人・家族・サービス関係者間の合意が得られていることを確認
 ※目標達成ができる期間を定める。基本チェックリストで事業対象者となった方は6か月以内で定める。

運動器機能向上加算有の場合は、3か月後の中間評価時に、加算の継続の是非について検討する。



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

(要支援認定者の場合)主治医意見書や、(事業対象者の場合)利用者基本情報やアセスメントシート等より、健康状態について留意すべき点を記載
 例) 狭心症の既往有、胸痛時には内服。血圧が高めなため運動系サービス前後は血圧測定をすること ⑳

**【本来行うべき支援が実施できない場合】
 要当な支援の実施に向けた方針**

・専門的視点からの提案事項で、本人・家族の同意が得られなかった場合、本来必要とされる支援の実現に向けた方向性
 ・(本来必要な社会資源が地域にない場合)地域における新たな資源創出の必要性 ㉑

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、各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、特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点等を記載 ㉒

基本チェックリストの[該当した項目数] / [質問数]を記入してください。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〇印をつけて下さい。

⑳	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

【意見】 ㉓

【確認印】

地域包括支援センター ※委託の場合

居宅介護支援事業者が包括から委託を受けて行う場合、包括と相談後、相談日時、包括担当者氏名を記載。

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。 ㉔

令和 年 月 日 氏名

押印不要

該当項目、機能低下がみられる項目については、〇をつける。