

4. 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)【記載ポイント】

いずれかに○をつける。
※現時点では、予防給付又はケアマネジメントAのいずれか

※ケアマネジメントBまたはCの記録表として使用する際は、網掛け部分の

暫定プランは「申請中」に○を付け、認定有効期間は記入しない。
システムによって認定有効期間が表示されてしまう場合は二重線で消す。

居宅介護支援事業所又はケアマネジャー管理用としてNo.を使用する。

認定年月日： 年 月 日 認定の有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日

該当する区分に○をつける。「初回」：初回加算対象の方、「紹介」：地域包括支援センターエリアが変わらず事業所の移管又はケアマネジャーの変更、「継続」：上記以外のプラン
※地域包括支援センターエリアが変更時は「初回」になるため
要注意

事業対象者は基本チェックリスト実施日を記載する。

要支援認定者のみ記載する。

No.	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
利用者名				
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）

目標とする生活

1日	大きな目標にたどり着くための段階的な目標を設定する。利用者が達成感を得られるような具体的なイメージがもてる内容にする。 例)毎朝玄関まで新聞を取りに行く。
1日	生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい具体的で達成可能な目標を設定する。どのような生活を送りたいか意欲を引き出せる内容にする。 例)近所の商店街まで一人で買い物に行くことができるようになる。

総合的な方針：生活不活発発病の改善・予防のポイント

本人・家族を含むチームが目指す共通の方向性や、共有すべき留意事項を記載する。

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

計画について、同意いたします。

同意日は、計画作成日以降となる。

真正性を確保する観点から自署を原則とする。
押印は不要。

年 月 日 氏名

4. 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)【記載ポイント】

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 (本人・家族)
運動・移動について 【項目例】 自ら行きたい場所へ移動できるか(歩行、昇降、交通機関の活用、乗り物の操作など)。 【参考項目】 基本チェックリスト:1、6～10、16、17 (事業対象者)アセスメントシート:Ⅰ、Ⅲ-16 例)転倒後は一人で外出することはなく、家族に車で連れて行ってもらっている。	・「自分でできること」「できないこと」「支援してもらっていること」等の現状を簡潔に記載する。 ・複数の領域で重複する内容は、一領域に記載すればよい。	☐ 有 ☐ 無 ・本人が意識できるように、課題を領域ごとに記載する。 ・できないことが強調されすぎて、本人の自信が失われないように配慮する。 ・難しい表現や「ADL」等の専門用語は使用しない。 ・各アセスメント領域ごとに課題の有無を判断し、「 ☐ 有 ☐ 無」のいずれかにチェックする。 ・課題が「無」であれば空欄でもよいが、本人に続けてほしいこと等、さらに良くする方策を記載してもよい。	・4領域から見つかった課題の中から、優先度の高い順に課題を挙げる。ただし、本人の意欲が低い場合は、達成可能な順でもよい。 ・複数の課題があっても、課題の原因や背景が同一の場合、統合して記載した方がよい(より利用者の全体像をとらえた課題となるため)。	【目標】 総合的課題をもとに、計画作成者の捉えた目標を記載する。目標は、実現でき評価可能で具体的なものを考える。 【具体策】 介護保険サービスだけでなく、インフォーマルサービスも記載し、具体策を考える。本人や家族が実際に取り組めるように具体的に記載する。	・提案した具体策それぞれについて、本人や家族の意向を記載する。 ・提案への合意が得られなかった場合は、その理由や根拠等について、本人や家族の考えを記載する。
日常生活(家庭生活)について 【項目例】 買い物、調理、掃除、洗濯、ゴミ捨て、住居・経済の管理、花木やペットの世話などを行っているか。 【参考項目】 基本チェックリスト:2、3 (事業対象者)アセスメントシート:Ⅱ 例)現在は家事全般を家族に行ってもらっている。昼食は家族が作ったものを温めて食べている。	・本人と家族が、現状をどのように認識しているのか、今後どのようにしていきたいか、本人達の言葉のまま記載する。 ・本人と家族の意向が異なる場合は、本人・家族それぞれの意向を分けて記載する。 ・否定的・消極的な意向であった場合は、その意向に対してプランを立てるのではなく、消極的・否定的な理由を明らかにして記載する。	☐ 有 ☐ 無			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 【項目例】 適切な方法で交流しているか。家族、近隣の人との関係。仕事や地域活動への参加状況や、家族内・近隣における役割など。 【参考項目】 基本チェックリスト:4、5、16、17 (事業対象者)アセスメントシート:Ⅲ 例)電話では友人とやりとりしている。商店街の顔なじみの人たちと交流がなくなった。					
健康管理について 【項目例】 清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているか。健康管理の観点から必要と思われる事項、特に食事、水分、排泄の状況。 【参考項目】 基本チェックリスト:11～15 (事業対象者)アセスメントシート:Ⅳ 例)家族の付き添いで整形外科に月2回受診。入浴は家族のいる時間に自分で行える。		☐ 有 ☐ 無			

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。

	日常生活 関連動作	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付 または 総合事業	/5	/5	/2	/3	/2 No.16に該当 有・無	/3	/5
/20							

No.16への該当の有無に○をつける。

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

医師の意見、診断名、ケアマネジャーの見立ても含め、留意すべき事項を記載する。
 ・特定健診、定期健診や人間ドックの結果等についても記載していく。
 ・軽度者に対する例外給付制度利用時は、医師から聞き取った「該当する状態像」を記載する。
 特殊寝台は介護保険課の押印が必要。押印後、地域包括支援センターへ提出。

利用者名

4. 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)【記載ポイント】

予防給付サービスまたは指定事業者による総合事業のサービスに該当するものについて○をつける。

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(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	期間
・計画作成者が提案した「課題に対する目標」と「本人・家族の意欲・意向」をすりあわせ、合意した目標を記載する。 ・客観的に達成状況が判断できるように具体的な目標を記載する。	家族を含む支援者共通の安全管理上のポイントを記載する。	本人が取り組むこと(セルフケア)や、家族が支援すること、友人や地域のボランティアの協力など、誰が何をするのか具体的に分けて記載する。	・各サービス事業者、提供機関が行う具体的な支援内容を記載する。 【記載例】 〈訪問型サービス〉 ・日頃の様子や体調確認 ・家事負担の軽減：台所、居間、寝室、浴室の掃除など 〈通所型サービス〉 ・下肢筋力向上のためのリハビリテーション ・趣味の手芸を利用者に教えるプログラムなど	・サービス種別を具体的に記載する。 ・加算についても記載する。 ※事業所の体制に係る加算は記載不要。		事業所名または機関名を記載する。	
◎住宅改修について 住宅改修を追加で行うことになった場合、支援経過に経緯を記載する。							
◎軽微な変更について 本人の状態像の変化がないこと、目的やサービス内容を含め目標にも変更がないことを確認し、下記を参考にする。 (変更例) ①サービス提供の曜日変更、 ②サービス提供の回数変更(週1回程度) ③利用者の住所変更(住居表示変更のみ) ④事業所の名称変更 ⑤目標期間の延長 ⑥福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合 ⑦目標もサービスも変わらない単なる事業所の変更 ⑧目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合(支援内容追加など) ⑨担当ケアマネジャーの変更(同事業所内の場合)							
【サービス種別記載例】 ＜介護保険サービス＞ ○介護予防訪問型サービス ・介護予防訪問型サービスⅠ・Ⅱ・Ⅲ ・生活機能連携向上加算 ○介護予防通所型サービス、介護予防通所リハビリテーション ・口腔機能向上加算 ・栄養改善加算 ・生活機能向上グループ活動加算 ○介護予防福祉用具貸与＋算定項目(車椅子、特殊寝台等) ＜インフォーマルサービス＞ ○配食サービス ○ボランティア							

・支援計画に掲げた支援をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。

・最長12ヶ月以内とする。ただし、認定有効期間を越えないこと。

例)令和〇年4月1日～令和〇年3月31日

※介護予防給付サービスまたは指定事業者による総合事業のサービスに該当するものについては○印をつける。

【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

- ・利用者や家族の同意が取れない場合は、本来の支援をできるよう働きかける具体的な手順や方法を書くなど、本来行うべき支援の実現に向けた方向性を記載する。
- ・本来必要な社会資源が地域にない場合は、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。