

介護予防サービス・支援計画表 作成時の参考資料

介護予防プランの基本的な考え方

○現在の本人が持つ生活力を生かせる目標

○達成できる目標

○本人が理解できる内容、表現、みやすさ、わかりやすさ

<アセスメント領域>

※④～⑨で共通となる課題・背景をみつけてどんなニーズが必要なのかを明らかにする

①	NO.	自由に活用して構わない 作成順 1. 2. 3 ・ ・ 被保険者番号 12345 など	
②	初回・紹介・継続	「初回」初めて予防給付または総合事業を受ける場合 「紹介」総合事業から予防給付、または予防給付から総合事業に紹介された場合 「継続」予防給付を継続する場合、総合事業を継続する場合	委託の際は包括に確認
③	計画作成(変更)日(初回作成日)	介護予防で初めて計画表を作成した日を初日とする 2 回目以降は () 内に初回作成日を記入 ※本人の同意日と同一はあり得る ※サービス開始同日以前の日付にする	

④	目標とする生活 1日 1年	本人の意向、意欲を尊重した、具体的（わかりやすさ）、かつ実行できる内容 本人がイメージしやすい、日常生活のレベルでの言葉で表現 または、本人の意欲を引き出し、生活の改善につながるような内容 本人が今後どのような生活を送りたいかという事が具体的にイメージできて主体的に取り組む動機づけになるような目標 ※1日及び1年単位の目標はどちらか一方でも構わない また両方の目標に関係がなければならないわけではない 1日・・ここは大きな目標にたどり着くための段階的な目標、健康管理能力、生活機能の向上、生活行為の拡大、環境改善など 本人が達成感・自己効力感が得られるような内容 （記載例）毎朝玄関まで新聞を取りに行く 1年・・本人とともに、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を設定 今後の改善の可能性を考えて本人の活動が拡大した状態を想像してその人らしい自己実現を引き出す （記載例）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	
⑤	アセスメント領域と現在の状況	※カナミック使用の場合は印刷するとき「A3 大」でおさまる文字数で記入 本人がわかりやすい言葉を使って簡潔明瞭にまとめる 本人の目線で、作成現在の状況を確認して記入 前向きな考え方で表現⇒「料理が作れない」より「味噌汁が作れる」 本人の生活力に注目し、わかりやすく記入 しかしできないことはできないと記入して構わない⇒「正座ができない」 情報によっていくつかの領域に重複する場合もある 難しく考えすぎず <u>4項目すべての領域を記入</u> 「運動・移動について」自ら行きたいところへさまざまな手段を活用して移動できるかどうか ・ 自宅内外の移動の状況 ・ 交通機関を使って移動することについての状況	

		「日常生活（家庭生活）について」家事、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 ・ 日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況 ・ 献立を考え調理することについての状況 ・ 家事（掃除、洗濯、ゴミ捨て、植物の水やり等）についての状況 ・ 預貯金の出し入れを行う事についての状況 「社会参加、対人関係・コミュニケーションについて」状況にあった適切な方法で人々と交流しているか 家族、近隣との人間関係が保たれているか 仕事、ボランティア活動、老人クラブ、町内会行事への参加状況 家族や近隣における役割の有無などの内容や程度 ・ 家族や友人のことを心配したり相談に応じるなど関係を作り、保つことについての状況 ・ 友人を招いたり友人の家を訪問することについての状況 ・ 家族、友人などと会話や手紙などにより、交流することについての状況 ・ 仕事や地域、家庭内での役割を持ち行う事についての状況 ・ 趣味や楽しみがあり、続けることについての状況 「健康管理について」清潔、整容、口腔ケア、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 本人の体調に影響する食事・水分摂取、排せつの状況、回数、量など具体的に確認 ・ 定期的に入浴、シャワーなど体を洗う事についての状況 ・ 肌、顔、歯、爪などの手入れについての状況 ・ 健康のために食事に気をつけることについての状況 ・ 検診を受けることについての状況 ・ 薬を飲み忘れず管理することについての状況	
--	--	---	--

⑥	本人・家族の意欲・意向	本人のみで家族の意向の情報が取れない場合は、家族の意向は記載できないこともある また、本人と家族の意向が違っている場合はそれぞれ記載して構わない その先の⑬目標等を考えていく情報にもなるので <u>必ず記載</u> する	
⑦	領域における課題(背景・原因)	<u>「有」に☑したら必ず課題を記載</u> 生活上の課題を分析 悪化の危険性、改善の可能性 「アセスメント領域と現在の状況」の各項目の内容から課題と考えるべきことの原因や背景を分析する 特に3か月、6か月くらいの短期間で解決できる課題を優先 本人がわかりやすい表現を使う <u>「無」に☑なら記載しなくて良い</u>	
⑧	健康状態について	本人が読むことを意識して病名等の配慮をする 単に主治医意見書の疾患などをそのまま転記はしないように 意見書ではチェックのみでも、留意すべき点は文章に置き換えて記載する 意見書作成の医師の情報だけでなく、他に受診している医療機関からの情報も記載 計画表を立てる上で留意すべき事項を記載 例「狭心症があり胸痛時は薬を内服する」「血圧が高めなので運動系のサービス前後には血圧測定が必要」 また、ベッド、車いす等軽度者の <u>福祉用具の例外給付</u> の場合は情報をこの欄に記載	
⑨	基本チェックリスト	委託の場合も、居宅支援事業者が直接担当する場合も、初回からケアマネジャーが説明し本人に25項目の基本チェックリストを主観的に回答してもらう 聞き取った内容なども踏まえて、アセスメント領域と現在状況等に反映する	

<課題の抽出と目標の設定>

※⑩～⑬は総合的に考えてまとめる

⑩	総合的課題	各領域における課題のなかで <u>原因や背景が共通しているものを統合し、優先順位の高い順に列挙する</u> 簡単な課題から達成感を持って進むほうが、意欲が出ると判断する場合は、達成可能な課題順でも構わない <u>本人が今後どのような生活を送れるようになるか、生活課題に着目し目標や具体的な支援へとつなげていく</u>	
⑪	課題に対する目標と具体策の提案	本人や家族に対して “専門的観点 “ から示すケアマネジャーからの提案 漠然としたものではなく、 <u>評価可能で具体的なもの</u> 本人や家族の意向は入っておらず、本人にとって最適と考えられる目標と具体的な方策について提案 “総合的課題” を基に実現可能な範囲で、 <u>「目標」と「具体策」を分けて記載</u> 「目標」〇〇〇〇 「具体策」〇〇〇〇	
⑫	具体策についての意向 本人・家族	ケアマネジャーが提案した内容と本人・家族の意向の相違点をすり合わせる ここでの情報は最終的な目標設定を合意するための足がかりと考える 合意が得られた場合「〇〇することは必要だと思う」「〇〇を行いたい」 合意が得られなかった場合 理由、根拠についての本人・家族の考えを記載 取り組むのが困難、継続が難しいなど その理由や根拠が「目標」に反映される	
⑬	目標	「課題に対する目標と具体策」と「本人・家族の意向」をすり合せて、 <u>合意した目標を記入</u> ケアマネジャーからの <u>提案通りの場合は「同左」「提案どおり」などの記入で構わない</u> 目標は本人のわかる表現を用いる 目標とする生活にできるだけ近づけるように ※評価は⑬の目標に対して達成か未達成かを評価する（１日・１年の目標に対しての評価ではない） ※できる限り達成可能な目標を設定	

<支援計画>

※⑬の目標を達成するための支援計画となる

⑭	目標についての支援のポイント	目標達成するための支援のポイントとして、家族を含む支援者共通の安全管理上のポイントなどを記載する	
⑮	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	誰が何をするか具体的に記載する 本人が自ら取り組む事（体操教室など）、家族が支援する内容、地域ボランティア、近隣住民の協力など ・民間事業、ボランティア、配食サービス、買い物代行、シルバー人材、介護保険外サービス、サロン、サークル、老人会、地区の集まりなど	
⑯	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）	支援内容を具体的に記載 機能訓練、歩行の補助、体調管理など デイサービスでの運動とか、ヘルパーによる掃除・ゴミ出しなど 市の配食サービス、日常生活用具の給付（緊急通報装置など）	
⑰	サービスの種別	介護保険サービス ・介護予防通所リハビリ、福祉用具貸与、訪問看護、訪問リハビリなど 加算についても記載する （事業所の体制にかかる加算は記載しなくてよい） ※利用回数や曜日を記載する必要はない ※医療機関への受診状況は必ずしも記載する必要はない 総合事業 ・訪問型サービス、通所型サービス	

⑮	期間	○カ月 令和○月○日～令和○月○日 と記載 期間は1カ月～最長 12 か月（初回または区分変更で申請した日によって12 か月を超えてしまう場合は超えても可、その場合は12 か月と記載して良い） 期間は介護保険の認定の有効期間を超えないよう考慮 ※サービス内容を大幅に変更したり、本人の状態が変化した場合は計画表を作成し直す 軽微な変更（①臨時的、一時的なサービス提供日、時間、曜日の変更②週1回程度のサービス利用回数の増減③利用者の住所変更④事業所の名称変更⑤目標及びサービスの変更を伴わない単なるサービス提供事業所の変更⑥同一事業者内での担当の変更）は追加記入で可 経過記録には必ずその内容を詳細に記載 軽微な変更については、厚生労働省老健局から令和3年3月31日に出された【居宅介護支援等に係る書類・事務手続きや業務負担等の取扱いについて】の3 ケアプランの軽微な変更の内容について（ケアプランの作成）を参考にした	
⑯	総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）	<u>空欄がないよう必ず記載</u> 「目標」の実現に向けて、本人とケアチーム全体でどのように関わるか、留意点などを本人にわかりやすく記述	
⑰	【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	<u>空欄でも可</u> 社会資源や代替サービスがない場合、地域における新たな活動などの必要性を記載	
⑱	地域包括支援センターの意見・確認	※居宅支援事業所に委託の場合 計画表作成後地域包括支援センターに提出⇒地域包括支援センターで確認後、包括印と担当印を押す⇒その後、本人に同意をもらう	
㉒	計画に対する同意	自署が出来ない場合、第三者を立てて説明を行い、代筆してもらい同意を得る その際は代筆者の署名が必要 ※同意日について	

		計画表の作成日から、サービス開始日までなら可能 同意日より前にサービスが開始した場合、その期間は保険対象外となるため注意 継続の場合、前回の計画表期間終了日と新しい計画表の開始日の間が空かないように注意 例：〇年 2 月 28 日まで⇒〇年 3 月 1 日から しかし当年はうるう年だった！29 日が白紙日になってしまう！	
--	--	--	--

＜作成・記載にあたっての留意点＞

- ・計画表は本人のためのもの 「ADL」「バイタル」等の専門用語は使用せず、本人が理解できる表現が望ましい
- ・居宅支援事業所が変更になった場合、後任ケアマネジャーが新しく計画表を作成する時に、前任の計画表を踏襲することも可能
その際は、評価表の作成は必要なし 新しい計画表の期間は後任者が受け持つ日から前任者の計画表の終了期間と同じか、それより短い期間とする
- ・暫定利用について
保険給付が発生するのは、計画表に同意を得た日からとなる それ以前にサービスを利用した場合は、保険給付対象外として全額が自費扱いとなり 10 割負担となってしまうので十分に注意する

◇参考資料

平成 18 年 3 月 31 日 老振発 0331009 号

令和 3 年 3 月 31 日 老介発 0331 第 1 号 老高発 0331 第 2 号 老認発 0331 第 3 号

老老発 0331 号第 2 号