

(参考資料)
演習事例

介護予防ケアマネジメント 演 習

(演習用メモ)

演習 1 ストレングス(強み)を考える



演習 2

要支援1・2の認定者についてイメージしてみる



- ・「できる」行為とは？
- ・「できない」「しづらい」行為とは？
- ・どのような疾患の方が多い？

演習 3

あなたならどう考える？



- ・例：男性虚弱高齢者⇒妻を亡くして介護申請
- ・例：認知症高齢者⇒調理を行うが、味付けがおかしい

演習 4

基本チェックリスト全体から読み取れそうなこと



演習 5

介護予防ケアマネジメントを行う上で、
基本チェックリストのみでは不足している情報



演習 6 ③

自分で考えたプランの想定と

類似した点・異なった点等



記載内容は1つの例として活用下さい

NO.

利用者名 三田 秀雄 様 (男・女) 82歳

計画作成者氏名 原田 直子

計画作成 (変更) 日 平成27年 4月 3日 (初回作成日 平成 27年 4月 3日)

目標とする生活

1日

介護予防サービス

認定年月日 平成 年 月 日

委託の場合:

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休策の提案	具休策についての意向 本人・家族
(運動・移動について) 歩幅が小さく、膝が突出し、前傾姿勢で転倒不安がある。ひよここととリズムをとり、自宅から駅前まで半時間かけて歩いている。時々有先を忘れて目に留まる喫茶店に入る。	(本人) コーヒーが好きで喫茶店に行くのが楽しみ。最近、つまづきやすくなっている。 (妻) 胸椎痛もしてのりで、歩き方が不安定なのから心配。	■有 □無 胸椎痛後遺症及び認知症の進行による独歩の歩行を呈しているが、バランス・筋力共にアップすることにより、転倒リスクが軽減できる可能性はある。			
日常生活について 妻と一緒に買い物に行き、荷物運ぶ手伝いをして声掛け・指示が必要。捨てと洗濯物の取り入れ・たばこのを自身の役割としている。	(本人) できることは何でもしているよ。 (妻) 声掛け・指示が必要。捨てと洗濯物の取り入れ・たばこのを自身の役割としている。	■有 □無 声掛けをして見守ることのできる役割がある。認知症の進行を緩やかにするために、家庭内での役割を持ち続けることは大切である。			
(社会参加、対人関係・コミュニケーションについて) 地域活動には積極的に自治会長・老人会を長年つとめ、グラウンドゴルフやカラオケ、囲碁などを近隣の人と楽しんできたが、半年前から参加しなくなっている。携帯電話に出ることはできる。近隣の人はよく声をかけてくれる。	(本人) 最近、よく忘れるので、迷惑かけないと思っで参加しない。以前のように人に役立つことがしたい。 (妻) 動機を与えろと医師に言われているがどうしていいかわからず、悩んでいる。	■有 □無 物忘れの自覚もあり、人に迷惑をかけたくないという思いも強くある。何ができて何ができないかわからない。他に役割が期待できる可能性を探ることが大切である。			
(健康管理について) 脳外科に1回/月と内科に1回/月定期受診・内服加療を受けている。物忘れが増えてきており、妻の声掛けや見守りの頻度が増している。うつ予防3/5該当。	(本人) 物忘れが増えて困っている。妻に申し訳ない。 (妻) 夫も辛い思いをして増えているので、妻の声掛けや見守りの頻度が増している。うつ予防3/5該当。	■有 □無 楽しみにつながる社会参加の場を見出すことにより、脳の活性化が図られ、うつ症状を軽減でき、また物忘れの進行を緩やかにする可能性がある。			

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

運動時の血圧に留意。

180/100mmHg、100/50mmHgで運動禁止。

基本チェックリストの (該当した質問項目数) / (質問項目数) を書き下さい。

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。

	運動不応	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	3 / 5	0 / 2	0 / 3	0 / 2	3 / 3	3 / 5

・支援計画書

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 地域支援事業

認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日 事業対象者:平成27年4月1日～

計画作成事業者・事業所名及び所在地 (連絡先) X市S町3-2-1

担当地域包括支援センター:地域包括支援センターS

1年

目 的	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

【本来自ら支援が実施できない場合】

総合的な方針:生活不活発病の改善予防のポイント

計画に関する同意

【意見】

地域包括支援センター

【確認印】

平成 年 月 日 氏名 印

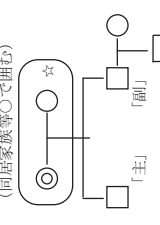
最近の本人の様子 (つづき)	・また、出かけるときはいつも携帯を首から下げるように妻が工夫しており、自身で妻に電話をかけることはできないが、かかってきた電話を受けることはできるため、帰りが遅い時には、妻が「そろそろ帰っておいで」というような電話を携帯に入れることによって、一人で帰ってくることできている。 ・声をかけてもらえば、その行動に移ることはできる。 ・体を動かすことが好きだったり、人の世話をすることが好きである。 ・被害妄想や暴言等はなく、穏やかで笑顔が多く、他者への攻撃性はない。元々家のことをなんでもしてくれる夫であったため、妻はいろんなことを自身で決定していかなければならなくなってきた最近の生活にやや疲れ気味なところもあり、次男の妻が週に1回来てくれるのを待ち望んでいる状況である。 ・認知症についても妻はまだ、十分な理解ができておらず、「どうして同じことばかり言うのかしら？」とか「さっきも伝えたのに、また聞いてくるのでイヤッとするの」など、支援者にごほすこともある。
身体の状態	・脳梗塞後遺症と認知症の進行により、前傾姿勢でヒョコヒョコと歩き、転倒のリスクが高い。 ・水分は1日、1,000cc以上飲んでおり、コーヒーが日に3回の600cc、お茶400cc、他味噌汁等で200ccの合計1200ccは軽く飲んでいいる。 - 排泄は便が2日に1回、尿が1日7回程度で夜間が2回。失敬はない。 【ADL】起き上がりはできる。歩行も屋内外自立。 - 片足立ちはバランス力が低下しており何かにつかまらねば不可。 - 入浴の習慣は残っており、一人で洗身も可能。ただし、「お風呂に入ってね」と声をかけ、更衣等の支度は妻が行うなどの支援は必要。 【ADL】家事は洗濯物の取り入れ時間に妻に声をかけられると取り入れることができ、簡単な衣類やタオルならたたむくことができるが、元にあった場所に整理することは不可。 - ゴミ出しは分別が出来ていれば、収集日の定刻に声をかけると集積所まで持っていくことはできる。 ・金銭管理や衣服の管理は難しく、妻に頼っている。 ・買物は妻と一緒に行き、重たい荷物は本人が持つ。 ・炊事は、妻任せだが下膳は妻に声をかけてもらえば、機嫌よくシンクまで持っていく。 ・今までは地域活動を積極的に行っていたが、認知症の診断を受けてからは避けている。 ・退職後から自治会長や老人会長など長年にわたり行ってきたことにより、地域の人がよく本人を知っており、外で見かけると皆が声をかけてくれている。最近では、薄々地域の人も認知症であることに気づいている感じもある。
社会生活	
環境	自宅前の環境は急な坂道があり、駅前まで徒歩で20分以上かかるが毎日、駅前まで散歩している。
嗜好品	コーヒー ※自宅付近：坂道が多く、自宅から駅前まで徒歩で30分かかっている（以前10分）
本人の意向	物忘れが少しでもまじりたまいたいと思ふ。奥さんに申し訳ない思いでいっぱいである。
関心・興味	体操や運動、散歩など体を動かすことについては、物忘れの防止にも良いと興味を持っている。今の自分でも役に立つことがあるのなら、ボランティアなどしてみたいと関心を抱いている。
妻の意向	デイサービスに行くのがいいのか、もっと他に夫に合うサービスが合うのか知りたい。

【事例の概要】			
氏名	三田 秀雄 82歳（男性）	区分	事業対象者
病歴	67歳…高血圧症 79歳…脳梗塞（入院歴あり） 81歳…脳血管性認知症		
家族構成	夫婦2人暮らし 妻：76歳 長男：54歳（独身）。仕事か忙しい（3勤務制の仕事）。長男宅は秀雄さん宅から車で15分。 次男：52歳（別居、既婚）。妻、48歳。子供3人。次男宅は秀雄さん宅から徒歩15分。 週に1回は、次男の妻が本人のところに来てくれ、妻のストレス軽減のために、本人の話し相手をしている。		
生活歴	・30年前に現在の土地に家を購入し、転入。 ・世話好きな性格であったため、数年後には自治会長を引き受け、脳梗塞発症前までは老人会の会長も長く務める。 ・コーヒーが好きで、よく喫茶店に行き、出かけるどころかの喫茶店に入ってはコーヒーを注文することが日課である。 ・物忘れがひどくなるまでは、地域の活動にも積極的に出向き、囲碁やカラオケ、グラントゴルフなどをしていたが、物忘れの自覚もあり、みんなに迷惑かけたくない、地域の活動への参加を避けている状況である。		
認知症状	・見当識障害は、日付・時間の感覚がつかみになくなってきた。 ・記憶障害は、短期記憶の障害があり、半時間前の出来事を忘れていることが増えている。同じことを何度も聞くようになり、妻は少々疲れている。 ・理解・判断力の低下については、簡単な問にすると自身の言葉で返答は可能。文章が長くなると会話の途中で流れについていけないくなり、自分から異なることを話し出してしまう。 ・実行機能障害については、慣れ親しんだ行動は可能で、洗濯物を取り入れて・・・と言われれば取り入れて、簡単なタオルなどはたたんでいくことはできる。最近、テレビのリモコン操作が時々できないことがある。		
相談までの経緯	・物忘れが増えてきており、今まで、近隣の人たちと趣味を楽しんだりしていたが、それもなくなってきた。 ・家にいると同じことを何度も話す、聞くなどが、妻の負担になってきており、そろそろデイサービス等に通ってもらった方がいいのだろうか？と不安になり、妻が地域包括支援センターに相談に来所。 ・今までも一般の介護予防事業や二次予防事業にも参加していたが、物忘れの進行を妻が心配し、そろそろ要介護認定が必要ではないかと思つてのことである。 ・本人は脳梗塞の既往があり、小さな梗塞が多々あるため、脳血管性の認知症が進行してきたというのが医師の見立てであり、日常生活において、刺激のある日々を送るようには何か考えないと妻は医師から言われている。		
最近の本人の様子	・自宅前は急な坂であるが、本人はコーヒーが好きで毎日、フラッと外にでて目についた喫茶店に入り、コーヒーを飲んで帰ってくるのが楽しみである。 ・ひとりで外出し、道に迷うこともあるようだが、自宅周囲の大きな建物の名前等は覚えており、「そこに行きたいから道を教えて」と道行く人に尋ねる力はある様子で、徘徊に至ったことはない。		

利用者基本情報

作成担当者：原田 直子

《基本情報》

相談日	平成27年 3月 6日 (金)	来 所	・ 電 話	初 回	再来 (前 /)
本人の状況	在 宅 ・ 入院又は入所中 ()				
フリガナ	ミタ ヒデオ	男・女	M・T・S	8年 2月10日生 (82) 歳	
本人氏名	三田 秀雄		TEL 100 (200) 3000		
住所	X市Y町1-1		FAX ()		
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
認定・総合事業情報	非該当・要支援1・要支援2 認定期限： 年 月 日 ～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・該当なし 基本チェックリスト実施日： 平成27年 4月 1日				
障害等認定	身障 () ・療養 () ・精神 () ・難病 ()				
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅 ⇒ 自室 (有) 1階・無) ・住居改修 (有 ・ 無)				
経済状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金 ・ 生活保護 ・ その他 ()				
来 所 者 (相談者)	三田 ソマ	続 柄	妻	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」、副介護者に「副」 (同居家族等○で囲む) 	
住 所	X市Y町1-1				
緊急連絡先	氏 名	続柄	住所・連絡先	家 族 構 成	
	ミタ カツ	長男	X市A町2-1	日中独居 (有 ・ 無) 家族関係等の状況 長男は、訪問頻度は少ないが、二男の嫁が週に1回は訪問してくれている。 嫁との関係も良好で協力的。	
	三田 岳志	56 歳	090-9090-9090		
	ミタ ハルヒ	次男	X市B町3-4		
	三田 晴彦	54 歳	123-456-7890		

《介護予防に関する事項》

今までの生活	X県出身。信託銀行に勤め、60歳で定年退職。30年前にI市に転入。現在は妻と2人暮らし。転入後しばらくして、自治会長を務めたことをきっかけに、老人会の会長等も20年間務めた。元気な頃は多趣味で囲碁、カラオケ、ゴルフなどに毎日のように出かけていたが、3年前に脳梗塞を発症して以来、グループでの活動を控えている。平成25年頃より物忘れを自覚するようになり、老人会の役員も退き、地域の活動に参加しなくなった。			
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技	
	思いついた時間に外出をし、目に入った喫茶店に入ってコーヒーを飲むのが唯一の楽しみであり、日課。		囲碁、ランドゴルフ、カラオケにほぼ毎日通っていた (3年前まで) ハイキングが好きだが、脳梗塞を発症してから長距離歩行が困難となり、中断。自宅から駅前まで以前は徒歩で10分だったが、30分かつている。散歩や運動・体操には興味を持っている。	
	時 間	本 人	介護者・家族	友人・地域との関係
	7:00頃	起床	(声掛け)	
	8:00頃	着替え (10~20分)	(準備)	
12:00頃	朝食 昼食			
17:00	入浴	(声掛けと着替え用意)		
18:00頃	夕食			
20:00頃	就寝			

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病 名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経 過	治療中の場合は内容
H26. 3～	認知症	R病院 A医師 ☆ TEL 777-8888	治療中 経過観察中 その他	内服薬
H24. 12. 26 H25. 1. 26	脳梗塞	T医院 M医師 TEL 555-6666	経過観察中 その他	
H12. 3. 10～	高血圧症	R病院 A医師 TEL 777-8888	治療中 経過観察中 その他	内服薬
			治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医の意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者・居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成27年 4月 1日 氏 名 三田 秀雄 印

被保険者NO.										受付者 介護・高齢・包括
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------

住所: _____ 電話: _____ ()
 氏名: 三田 秀雄 (年 月 日生) 代理: _____ (続柄)

基本チェックリスト 実施日: 平成 年 月 日

No.	質問項目	回答:いずれかに○をお付けください
1	バスや電車で1人で外出していますか	0: はい ☒ 1: いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0: はい ☒ 1: いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0: はい ☒ 1: いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0: はい ☒ 1: いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0: はい ☒ 1: いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0: はい ☒ 1: いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずにたち上がっていますか	0: はい ☒ 1: いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	☒ 0: はい 1: いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1: はい ☒ 0: いいえ
10	転倒に対する不安はおおきいですか	☒ 1: はい 0: いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1: はい ☒ 0: いいえ
12	身長 161 cm 体重 57.4kg (BMI=22.1) (注)	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1: はい ☒ 0: いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1: はい ☒ 0: いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1: はい ☒ 0: いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	☒ 0: はい 1: いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1: はい ☒ 0: いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	☒ 1: はい 0: いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0: はい ☒ 1: いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	☒ 1: はい 0: いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1: はい ☒ 0: いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	☒ 1: はい 0: いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうになった	☒ 1: はい 0: いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	☒ 1: はい 0: いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1: はい ☒ 0: いいえ
健康状態について		1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする

社会生活	運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ	主観的健康感
○	○				○	○	2

総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象候補者となった場合には、事業対象候補者選定に関する申請書及び基本チェックリストの記入内容について、介護保険課・高齢施策課及び地域包括支援センターに提供することに同意します。

被保険者氏名 三田 秀雄

興味・関心チェックシート

興味・関心チェックシートの活用方法

作成日：平成 27年 4月 1日

氏名： 三田 秀雄 様 性別： 男 生年月日 昭和 8年 2月 10日 年齢 82歳 介護者： 事業対象者

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く	○			生涯学習・歴史			×
一人でお風呂に入る	○			読書			×
自分で服を着る	○			俳句			×
自分で食べる	○			書道・習字			×
歯磨きをする	○			絵を描く・絵手紙			×
身だしなみを整える	○			パソコン・ワープロ			×
好きなときに眠る	○			写真			×
掃除・整理整頓	×	×	×	映画・観劇・演奏会			×
料理を作る	×	×	×	お茶・お花			×
買い物	○			歌を歌う・カラオケ			×
家や庭の手入れ・世話	×	×	×	音楽を聴く・楽器演奏			×
洗濯・洗濯物たたみ	○			将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			×
自転車・車の運転	×			体操・運動			○
電車・バスでの外出	○			散歩			
孫・子供の世話	○			ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			×
動物の世話	×	×	×	ダンス・踊り			×
友達とおしゃべり・遊ぶ		○		野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん	○			競馬・競輪・競艇・パチンコ			×
デート・異性との交流	○			編み物			×
居酒屋に行く	×	×	×	針仕事			×
ボランティア		○	○	畑仕事			×
地域活動(町内会・老人クラブ)	×	×	×	賃金を伴う仕事			×
お参り・宗教活動	○			旅行・温泉			
その他(コーヒーを飲みに行く)	○			その他()			
その他()				その他()			

NO.

利用者名

様

認定年月日

年

月

日

平成

計画作成者氏名

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

具体的ななおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。 1日・1年どちらかの目標設定だけでも可能。

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 ●自ら行きたい場所に移動するための手段が取れるかどうか、確認する ●自宅や屋外をスムーズに歩行すること ●交通機関を使って移動することについての状況	●各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。 「○○できるようにしたい」「○○をやりたい」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。 ●利用者と家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載する。 ●家族が言っていることで、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。	□有 □無 ●各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。 ●課題がある場合「□有」にレ点をチェックし分析した内容を記載する。課題がない場合は□無にチェックする。 ●分析する場合は、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに、健康状態・心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。 ●ここまでは、各領域ごとに記載する。	●利用者の生活全体の課題を探るため、領域における各課題共通の背景等を見つけ統合する。 ●利用者にとって優先順位の高い順で課題を列挙する。 ●複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。 ●意向や目標・具体策は書かない。 ●課題ごとにそれ以降のプロセスのために、1・2、と番号をふる。	●「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。 ●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。 ●このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。 ●また、具体策についても、特定高齢者施策や、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための、利用者自身のセルフケアや、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。 ●具体的には、「○○が必要。」「○○を行う。」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。	●左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。 ●具体策について単に意向を開くだけでなく、具体策の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把握し記載する。その理由や根拠が、次の項目の「目標」欄の根拠となってくる。 ●ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。
日常生活（家庭生活）について ●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（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ことについての状況	●家族が言っていることで、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。	□有 □無			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて ●家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり保つことのできる状況 ●友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ●家族・友人などとの会話や電話での交流 ●地域での役割があるか（老人クラブや町内会） ●趣味や楽しみがあり続けられているか ●緊急時の対応状況	●否定的ないし、消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちにプランを立てるのではなく、なぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにする。これは具体策を検討する際に参考情報となる。	□有 □無			
健康管理について ●入浴やシャワーの状況 ●肌、顔、歯、爪などの手入れ ●健康のために食事に気をつけている状況 ●健康のために運動を行うことについての状況 ●服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができているか					

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

主治医意見書などから特に注意すべき事柄を書く。
副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項などを書く。

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。

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	基本チェックリストの結果を参考に転記する。 判定基準を参考にしながらアセスメントする。					

例）
[目標]
（3か月後には）ひとりでも□□まで歩いて行けるようになる。
[具体策]
①▼▼を利用して△△を行う。
②誰々が■■を行う。
③…

・支援計画書

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
---------	--------------	----------	---------	-------------	--------

委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

担当地域包括支援センター:

1年	生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。
----	---------------------------------

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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
●前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。 ●数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。 例) ・ひとりで～まで歩いて行けるようになる。 ・一日に一度は、肉か魚を食べる。	●支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。 ()	●本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。 ●本来の支援が実施できない場合には、利用者や家族と合意できた「当面の支援」を【】書きで記載する。「当面の支援」がない場合は書く必要はない。 例) ・家族と一緒に鉢植えの手入れを行う。 ・近所の友人と連れだって、買い物と一緒に出かける。	●予防給付、地域支援事業の具体的なサービス内容を記載する。(訪問介護等サービス種類の記載ではない。) ●自分にあった運動の仕方を身につけ、自宅でも少しずつ運動ができるようにする。 ●できる限り、日中は起き上がり居室で座って過ごすなどベッドから離れる。	●左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。 ●介護予防訪問介護については報酬区分を記載する。 ●運動器の向上プログラムなど加算サービスも必要時記載する。 例) ・介護予防訪問介護Ⅱ ・特殊寝台 ・配食サービス ・ふれあい給食会など。	●当該サービス提供を行う、事業所名を記載する。 ●家族、地域、介護保険サービス以外の、公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。	●「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。 ●「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。 ●「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。 ●回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。 →サービス担当者会議でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうか合意すること。
	()					
	()					

【本来行すべき支援が実施できない場合】
 必要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かける、具体的な手順や方針を書く。 ●地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、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。

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。
--

【意見】 ●居宅介護支援事業所に委託している場合に記入する。 ●意見欄→利用者に対し、「地域包括支援センター職員も応援しているので、介護予防に積極的に取り組んでください」というような文言を記載する。 ●特になければ無理に記入する必要はない。 【確認】 ●確認欄→必ず記入すること	計画に関する同意 に記計画について、同意いたします。 平成 年 月 日 氏名 印
---	---