

①表紙

介護予防サービス・支援計画書

☐ 初回 ☐ 紹介 ☐ 継続 ☐ 認定済 ☐ 申請中

NO: _____

 状態区分 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 地域支援事業

利用者氏名: _____ 様 被保険者番号: _____ 生年月日: ■■ 年 月 日 (満 歳)

認定年月日: 平成 年 月 日 認定有効期間: 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

計画作成者氏名: _____ 担当地域包括支援センター名: _____

計画作成事業者: (事業所名) _____ (所在地) _____ (電話番号) _____

計画作成(変更)日: 平成 年 月 日 (初回作成日) 平成 年 月 日

目標とする生活 生活に対する意向や希望	本人の希望(こんな風にしたい)	1日	1日の生活をどのように作っていくか					
	家族の希望(こんな生活をしてほしい・こんな風にかかわりたい)	1年	週や月、年単位でしたいこと					
健康状態	主治医意見書・健診結果・観察等を踏まえた留意点	必要な事業プログラム ☐ 予防給付 ☐ 地域支援事業	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
	主治医のアドバイス		/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 5
総合的な支援の方法	改善・予防のポイント(支援の方向性・留意点など)	介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定						
1週間の予定 (利用するサービス)	改善・予防のポイント(支援の方向性・留意点など)	妥当な支援の実施に向けた方針【本来行うべき支援ができない場合に記入】						
【地域包括支援センター記入欄】 意見: 平成 年 月 日 確認 担当者名: _____		【利用者記入欄】 私はこの介護予防サービス・支援計画書(①、②、③)について同意します。 平成 年 月 日 氏名: _____ 印						

②アセスメント表

アセスメント実施年月日 : 平成 年 月 日 利用者名 : 様

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		総合的課題
何をして、何をしていないか？	今していない理由？	今後どうしたいですか？	有無	背景・原因の分析、改善可能性の評価	望む生活に必要なこと
運動・移動 (具体的内容) ☐ 歩行 ☐ 交通機関での移動 ☐ ☐ ☐	【本人】 【家族】	【本人】 【家族】	☐ 有 ☐ 無	☐ 健康状態 ☐ 心理状態 ☐ 習 慣 ☐ 物的環境 ☐ 人的環境 ☐ 経済状態 ☐ その他	①
日常生活(家庭生活) ☐ 買い物 ☐ 調理 ☐ その他の家事 ☐ 預金管理 ☐ 世話(花・ペット) ☐	【本人】 【家族】	【本人】 【家族】	☐ 有 ☐ 無	☐ 健康状態 ☐ 心理状態 ☐ 習 慣 ☐ 物的環境 ☐ 人的環境 ☐ 経済状態 ☐ その他	②
社会参加・対人関係・コミュニケーション ☐ 相談ごと ☐ 来訪・訪問 ☐ 会話・手紙 ☐ 仕事・地域の役割 ☐	【本人】 【家族】	【本人】 【家族】	☐ 有 ☐ 無	☐ 健康状態 ☐ 心理状態 ☐ 習 慣 ☐ 物的環境 ☐ 人的環境 ☐ 経済状態 ☐ その他	
健康管理 ☐ 入浴・清潔 ☐ 身だしなみ ☐ 栄養管理 ☐ 健診受診 ☐ 服薬管理 ☐	【本人】 【家族】	【本人】 【家族】	☐ 有 ☐ 無	☐ 健康状態 ☐ 心理状態 ☐ 習 慣 ☐ 物的環境 ☐ 人的環境 ☐ 経済状態 ☐ その他	③
その他(例・趣味・生きがい) ☐ 以前のこと ☐ 今のこと ☐ ☐ ☐	【本人】 【家族】	【本人】 【家族】	☐ 有 ☐ 無	☐ 健康状態 ☐ 心理状態 ☐ 習 慣 ☐ 物的環境 ☐ 人的環境 ☐ 経済状態 ☐ その他	

③ケアプラン

総合的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		支 援 計 画			
目標の提案 (評価可能で、具体的)	具体策の提案 (様々な角度からの支援内容)	本人・家族等の意向 (合意のない理由・根拠等)	合意できた目標	支援方法	☐ 介護保険サービス ☐ 地域支援事業	サービス種別 (頻度)	事業所	期間
①	本人	本人	目標	本人(セルフケア)				
	家族	家族		家族				
	その他	()		地域				
				保険外サービス				
②	本人	本人	目標	本人(セルフケア)				
	家族	家族		家族				
	その他	()		地域				
				保険外サービス				
③	本人	本人	目標	本人(セルフケア)				
	家族	家族		家族				
	その他	()		地域				
				保険外サービス				

①表紙

介護予防サービス・支援計画書

初回・紹介・継続

認定済・申請中

NO:

プラン作成のための3つのポイント

状態区分 要支援1・要支援2・地域支援事業

利用者氏名:

生年月日: 明・大・昭 年 月 日 (満 歳)

認 計 計
 考え方のポイント
 書き方のポイント
 面接のポイント
 前橋市地域包括支援センター
 (電話番号)

計画作成(変更)日:

(初回作成日)

目標とする生活 生活に対する意向や希望	本人の希望(こんな風にしたい)		1日の生活をどのように作っていくか						
	・本人・家族が『今後どのような生活を送りたいのか』を具体的にイメージしてもらう。 ・プランが完成したら、再度利用者に確認。	・本人・家族の言葉として書く。 ・基本情報の今までの生活や趣味・楽しみ等の話から展開する。 ・『また～のような生活ができるようになるといいですね』など。	・1年後に向けて、日々実践できる内容を記載。	・『これなら毎日できるということがありますかね』など。					
健康状態	主治医意見書・健診結果・観察等を踏まえた留意点		必要なプログラム						
	・サービスを利用する上で留意すべき事項を確認して記載。		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 ☐ 地域支援事業						
総合的な支援の方法	改善・予防のポイント(支援の方向性・留意点など)		全確認定審査会の意見及びサービスの種類の指定						
	・本人・家族を含むケアチームが、上記の『目標とする生活』の実現に向けてどのようにかわるのかについて、その支援の方向性や留意点を記載。後の担当者会議などにてしっかり共通認識として共有。		妥当な支援の実施に向けた方針【本来行うべき支援ができない場合に記入】 ・目標や具体策について本人・家族と合意できない事項について、本来の支援へ向けての具体的な手順や方針を記載。						
1週間の予定	曜日	月	火	水	木	金	土	日	
	午前 午後	・介護予防サービスだけでなく、セルフケアやインフォーマルな支援についても記載し、日々実行することの意識を高めてもらう。							
【地域包括支援センター記入欄】 意見:					【利用者記入欄】				
担当者名: _____ 印 _____					私はこの介護予防サービス・支援計画書(①、②、③)について同意します。 平成 年 月 日 氏名: _____ 印 _____				

②アセスメント表

アセスメント実施年月日:

利用者名:

様

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		総合的課題
何をして、何をしていないか?		今していない理由?	今後どうしたいですか?	有無	背景・原因の分析、改善可能性の評価	望む生活に必要なこと
運動・移動 ☐ 歩行 ☐ 交通機関での移動 ☐ ☐ ☐ ☐	・目標とする生活に関わりのある生活行為について、本人・家族からの情報やケアマネが観察したことを簡潔に記載。	【本人】 【家族】	【本人】 ・現在の状況を本人・家族はどのように考えているのかを確認する。	☐ 有 ☐ 無	☐ 健康状態 ・領域ごとの生活行為について、今はしていないことや問題となっていることについての背景・原因を専門職の視点で分析して記載。	① ・領域における課題から、本人の目標とする生活（望む生活）に必要な課題を探して記載。 ↓ ・共通していることは統合して記載。 ・優先度の高い順に記載。
日常生活(家庭生活) ☐ 買い物 ☐ 調理 ☐ その他の家事 ☐ 預金管理 ☐ 世話(花・ペット) ☐	・その生活行為を自分で行っているのか、家族などに介助してもらっているのかを具体的に記載。 ・以前はしていたのに、今はしていないことを確認して記載。 ・本人・家族の良いところ、強いところに着目。	・生活機能を低下させている生活行為に気付いてもらう。 ・『～をしなくなったのはなぜですか』など	・ネガティブな意向だけでなく、ポジティブな希望や思いを引き出す。 ・『どうなったらよいと思いますか』など	☐ 有 ☐ 無	・本人の残存能力、潜在能力、活用できる人的・物的環境などを評価して、悪化や改善の可能性（予後予測）を見極める。 ↓ ・現状の悪化防止や改善のために必要なことを課題として記載。 ・現在はできている（している）ことをさらに良くする方策も検討。	
社会参加・対人関係・コミュニケーション ☐ 相談ごと ☐ 来訪・訪問 ☐ 会話・手紙 ☐ 仕事・地域の役割 ☐		【家族】 ・本人・家族の言葉として書く。		☐ 有 ☐ 無	☐ 人的環境 ☐ 経済状態	・～する。 ・～できる。 ・～を行う。
健康管理 ☐ 入浴・清潔 ☐ 身だしなみ ☐ 栄養管理 ☐ 健診受診 ☐ 服薬管理 ☐	・認定情報・基本情報・基本チェックリスト等にて事前に得られている情報を活用して、効率的に面接を展開。	【本人】 【家族】	【本人】 【家族】	☐ 有 ☐ 無	・このままだと～になる危険がある。 ・こうすれば～ができるようになる。 ・領域に課題がある場合は ☐ 有をチェック。	③ ・『目標とする生活を実現するためには～をすることが必要ですよ』など
その他(例:趣味・生きがい) ☐ 以前のこと ☐ 今のこと ☐ ☐ ☐		【本人】 【家族】	【本人】 【家族】	☐ 有 ☐ 無	☐ 心理状態 ☐ 習慣 ☐ 物的環境 ☐ 人的環境 ☐ 経済状態 ☐ その他	

③ケアプラン

総合的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		支 援 計 画				
目標の提案 (評価可能で、具体的)	具体策の提案 (様々な角度からの支援内容)	本人・家族の意向 (合意のない理由・根拠等)	合意できた目標	支援方法	☐ 介護保険サービス ☐ 地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間
① ・専門職として、本人・家族にわかりやすく提案。 ・総合的課題に対応した具体的な目標。 ・目標とする生活（望む生活）に向けた段階的な目標。 ・達成状況が確認・判断できるような目標。 ・本人の価値観や好みを考慮。	本人 ・本人・家族がすることを具体的に提案。 ・目標を達成するための支援やサービスの内容を記載。 家族 ・本人・家族と合意できる目標と具体策を見つけるためのプロセス。 本人・家族の言葉として書く。 『押し付け』にならないように留意する。 『それならやってみようかな』という意欲を引き出す。 ～できる。 ～できるようになる。	本人 ・提案した目標と具体策に対する本人・家族の意向を確認して記載。 ・本人・家族と合意できる目標と具体策を見つけるためのプロセス。	目標 ・本人・家族と合意できた目標を記載。 ・評価はこの目標の達成状況を確認・判断する。 目標 ・できるだけ回数や時間、距離等の数値で表す。 ・本人の具体的な状態像で表す。 ・主語は『私は～』となるように書く。 ～できる。 ～できるようになる。	本人(セルフケア) 自分ですること。 家族 家族の支援。 地域 友人やボラ等。 保険外サービス 配食サービス等。	・目標達成に向けて、具体的にどんなサービスを行うのか、その内容を具体的に記載。	介護予防通所介護 通所型介護予防事業 など	・支援計画を実施する期間を記載。 ・認定の期間も考慮。 ・3～6ヶ月が標準。	3ヶ月 4月1日 ↓ 6月30日 など
③ ・専門用語は使わない。 ・抽象的な言葉(安心、安全、適切など)は使わない。 ～できる。 ～できるようになる。	本人・家族の言葉として書く。 『押し付け』にならないように留意する。 『それならやってみようかな』という意欲を引き出す。 ～できる。 ～できるようになる。	本人・家族の言葉として書く。 『押し付け』にならないように留意する。 『それならやってみようかな』という意欲を引き出す。 ～できる。 ～できるようになる。	支援のポイント ・目標に向けて支援を行う上で配慮すべき事項やサービスを導入する上での留意点などを記載する。	セルフケア) 地域 サービス				

要支援1・2と認定を受けた認知症高齢者の介護予防プランの考え方

*基本的視点

- ・ 認知症高齢者の「自立支援」 → 本人の持つ力で生活することが出来る
- ・ 介護予防の基本的概念を理解する。

高齢者が要介護状態になることを出来る限り防ぐ

・ 発生を予防する → 認知症の進行を予防

要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しないようにすること

・ 維持・改善を図る → 今もっている力を持ち続けることが出来る。

*介護予防ケアマネジメントの基本的考え方

- ・ 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるよう要介護状態になることを出来る限り予防することが重要

・ 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することが出来る



その人らしい生活

(認知症になっても安心して暮らせる街作り)

- ・ 「本人が出来ることは出来る限り本人が行う」ことを基本とし、利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるように、具体的な日常生活における行為について目標を明確にし、セルフケアや地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画を作成し、達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う一連の過程。

・ 「本人が出来ることは出来る限り本人が行う」



認知症の方は何も出来ないという概念を見直す。

本来持つ「生活力」をアセスメントから引き出していく

・ 具体的な日常生活における行為について目標を明確にする。



今、何が出来ているのか、出来ないことは何なのか、
(一人で出来ること・支援が必要なことの見極め)

・ セルフケアや地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画



地域で支える「その人らしい」生活

*自立支援の考え方の視点を見直してみる。

一人で何でも出来ること? → 今、出来ていることを出来る限り続けること。

自分の力を認識することが難しい認知症高齢者にとって意識的に
その力を維持できないことで継続を困難にしていることも考えられる。

*レスパイトとしての家族支援から本人中心の支援の方法を考える。

こんな暮らしをしてほしい → 認知症高齢者の見方を変える

問題行動だけに着目せず、今までの生活から
「その人らしい」生活の視点を持つ。



結果的に家族の介護負担の軽減

なんでもしてあげる支援者中心の「利用者本位」の考え方から、本人の力を支援していく
「利用者主体」の考え方は認知症の方であっても同じであると考える。

しかし、意思疎通が難しい状況や「何がしたいのか」を本人から聞きだすことが難しい
と介護予防プランを作成するのは難しいと考えてしまう。しかし、家族が望んでいる「そ
その人らしい」生活を客観的な視点で考えていくこと、本人が「楽しそうな時」「その人ら
しい場面」を見つけること（どんな場面で笑顔を見ることが出来るのかなど）で介護予防
プランを作ることは可能であると考える。

今、持っている力を持ち続けられる支援の方法を見つけていくとき重要と考えられるの
は言葉にならない言葉を読み取ることと考える。

