

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

地)

(電話番号)

計画作成(変更)日:

(初回作成日)

-213-

<b>目標とする生活</b>  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日 ・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はありませんかね』など。				
<b>健康状態</b>	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。	・本人・家族が主治医より助言を受けていることを確認して記載。	<input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 地域支援事業	運動不足 / 5 栄養改善 / 2 口腔ケア / 3 同じこもり予防 / 2 物忘れ予防 / 3 うつ予防 / 5				
<b>総合的な支援の方法</b>	改善・予防のポイント(支援の方向性・留意点など)		適切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】					
	・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。		・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	・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。						
午後								
【地域包括支援センター記入欄】 意見:  担当者名: _____ 印 _____					【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 _____			

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、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	
<b>運動・移動</b> <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 交通機関での移動 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	・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 背景・原因の分析、改善可能性の評価 ・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。 ・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。	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。
<b>日常生活(家庭生活)</b> <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> その他の家事 <input type="checkbox"/> 預金管理 <input type="checkbox"/> 世話(花・ペット) <input type="checkbox"/>	・その生活行為を自分でしているのか、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。	【本人】 ・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	【本人】 ・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 背景・原因の分析、改善可能性の評価 ↓ ・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。	↓ ・優先度の高い順に記載。
<b>社会参加・対人関係・ニ</b> <input type="checkbox"/> 相談ごと <input type="checkbox"/> 来訪・訪問 <input type="checkbox"/> 会話・手紙 <input type="checkbox"/> 仕事・地域の役割 <input type="checkbox"/>	・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 背景・原因の分析、改善可能性の評価 ・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 <input type="checkbox"/> 有をチェック。	・～する。 ・～できる。 ・～を行う。
<b>健康管理</b> <input type="checkbox"/> 入浴・清潔 <input type="checkbox"/> 身だしなみ <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 健診受診 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/>	・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 背景・原因の分析、改善可能性の評価 ・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 <input type="checkbox"/> 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ね』など
<b>その他(例 趣味・生きがい)</b> <input type="checkbox"/> 以前のこと <input type="checkbox"/> 今のこと <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		【本人】 【家族】	【本人】 【家族】	有無 背景・原因の分析、改善可能性の評価 ・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 <input type="checkbox"/> 有をチェック。	

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	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
<p>①</p> <p>・専門職として、本人・家族にわかりやすく提案。</p> <p>・総合的課題に対応した具体的な目標。</p> <p>・目標とする生活(望む生活)に向けた段階的な目標。</p> <p>・達成状況が確認・判断できるような目標。</p> <p>・本人の価値観や好みを考慮。</p>	<p>本人</p> <p>・本人・家族がすることを具体的に提案。</p> <p>・目標を達成するための支援やサービスの内容を記載。</p> <p>家族</p> <p>・本人・家族の意向を確認して記載。</p> <p>・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。</p> <p>本人</p> <p>・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。</p> <p>家族</p> <p>・本人・家族の言葉として書く。</p> <p>『押し付け』にならないように留意する。</p> <p>『それならやってみようかな』という意欲を引き出す。</p>	<p>本人</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>本人</p> <p>・本人・家族の言葉として書く。</p> <p>『押し付け』にならないように留意する。</p> <p>『それならやってみようかな』という意欲を引き出す。</p>	<p>目標</p> <p>・本人・家族と合意できた目標を記載。</p> <p>・評価はこの目標の達成状況を確認・判断する。</p> <p>目標</p> <p>・できるだけ回数や時間、距離等の数値で表す。</p> <p>・本人の具体的な状態像で表す。</p> <p>・主語は『私は～』となるように書く。</p> <p>～できる。</p> <p>～できるようになる。</p>	<p>本人(セルフケア)</p> <p>自分ですること。</p> <p>家族</p> <p>家族の支援。</p> <p>地域</p> <p>友人やボラ等。</p> <p>保険外サービス</p> <p>配食サービス等。</p> <p>セルフケア)</p> <p>地域</p> <p>サービス</p>	<p>・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。</p>	<p>介護予防通所介護</p> <p>通所型介護予防事業</p> <p>など</p>	<p>・支援計画を実施する期間を記載。</p> <p>・認定の期間も考慮。</p> <p>・3～6ヶ月が標準。</p>	<p>3ヶ月</p> <p>4月1日</p> <p>↓</p> <p>6月30日</p> <p>など</p>
<p>③</p> <p>・専門用語は使わない。</p> <p>・抽象的な言葉(安心、安全、適切など)は使わない。</p> <p>～できる。</p> <p>～できるようになる。</p>	<p>本人</p> <p>・本人・家族の意向を確認して記載。</p> <p>・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。</p> <p>本人</p> <p>・本人・家族の言葉として書く。</p> <p>『押し付け』にならないように留意する。</p> <p>『それならやってみようかな』という意欲を引き出す。</p>	<p>本人</p> <p>・本人・家族の言葉として書く。</p> <p>『押し付け』にならないように留意する。</p> <p>『それならやってみようかな』という意欲を引き出す。</p>	<p>支援のポイント</p> <p>地域</p> <p>サービス</p> <p>・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。</p>	<p>セルフケア)</p> <p>地域</p> <p>サービス</p>	<p>・誰が何をするのかを具体的に記載。</p> <p>～する。</p> <p>～を行う。</p> <p>～を支援する。</p>	<p>介護予防通所介護</p> <p>通所型介護予防事業</p> <p>など</p>	<p>・支援計画を実施する期間を記載。</p> <p>・認定の期間も考慮。</p> <p>・3～6ヶ月が標準。</p>	<p>3ヶ月</p> <p>4月1日</p> <p>↓</p> <p>6月30日</p> <p>など</p>

## 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に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できる

↓

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。

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できるとかなど）で介護予防プランを作成することは可能であると考え。

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。