

# 介護予防サービス・支援計画書

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: \_\_\_\_\_ 様

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

計画作成者氏名: \_\_\_\_\_

計画作成者事業者・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) 担当地域包括支援センター: \_\_\_\_\_

## 目標とする生活

1日				1年				支援計画				
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	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(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
(運動・移動について)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					
(日常(家庭)生活について)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					
(社会参加、対人関係・コミュニケーションについて)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					
(健康管理について)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					

**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

**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

**総合的な方針:**生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入して下さい

予防給付 または 地域支援事業	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
	/5	/2	/3	/2	/3	/5

担当地域 包括支援 センター	意見

**利用者記入欄**

上記計画について、同意いたします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名: \_\_\_\_\_