|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 初回・継続 | 認定済・申請中 | 要支援１・要支援２ | 総合事業対象者 |

介護予防サービス・支援計画書

№

利用者名　　　　　　　　　　　　　様　認定年月日　　　　年 　月 　　日　　認定の有効期間　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日　　　計画作成（変更）日　　　年　　月　　日（初回作成日　　　　　年　　月　　日）

計画作成者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　委託の場合：計画作成事業者・事業所及び所在地（連絡先）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当地域包括支援センター：　守山市地域包括支援センター

目標とする生活

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １日 |  | １年 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 支援計画 | | | | | |
| 目標についての支援ポイント | 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 |
| 運動・移動について |  | □有　　□無 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 日常生活（家庭生活）について |  | □有　　□無 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて |  | □有　　□無 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 健康管理について |  | □有　　□無 |  |  |  |  |  |  |  |  |

健康状態について 　　　　 　　　　　　　　【本来行うべき支援ができない場合】

□主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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（該当した質問項目数）/（質問項目数）をお書きください

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○印をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　計画に関する同意

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 | /5 | /2 | /3 | /2 | /3 | /5 |

|  |
| --- |
| 上記について、同意いたします。  　　　　年　　月　　日　氏名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 地域包括支援センター | 【意見】 |
| 【確認印】 |