

介護予防サービス・支援計画書

No. _____
 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

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

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：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： _____

1日		1年											
課題解決や生活機能向上のために、本人・家族の生活背景、状態像や趣味嗜好が具体的にアセスメントされているか	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 ①・⑤に対応 手段、場所、距離、頻度等が具体的に記入されているか	日常生活（家庭生活）について ①・②・④に対応 家事（買い物、調理、掃除、洗濯、ごみ捨て等）の状況、本人の役割、家族状況等が具体的に記入されているか	社会参加、対人関係・コミュニケーションについて ④・⑤・⑥に対応 他者との交流状況、地域での役割（老人クラブや町内会）、趣味や楽しみが続けられているか、コミュニケーションの阻害要因について等が具体的に記入されているか	健康管理について ②・③・⑥に対応 受診、服薬、食事、飲酒、喫煙、入浴、口腔ケア、睡眠の状況等が具体的に記入されているか										

健康状態について
主治医意見書、健康診断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
 「主治医意見書」「基本情報の現病歴」を参考に、診断名、治療内容、身体の状態、今後発生する可能性の高い状態、生活機能改善の見通し（予後予測）やサービス提供上の留意点を記入しているか
 ※診断名については、医師から本人への説明があったもののみ記入する

総合的な方針：生活不活発の改善予防のポイント
 緊急時の連絡先及び主治医が記入されているか【柏市独自】
 ※本人の同意があった場合のみ記入する

基本チェックリストの（該当した項目数）／（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	①	②	③	④	⑤	⑥

該当項目がプランに反映されてされているか

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印