

介護予防サービス・支援計画書

居宅介護支援事業所用

事業対象者は、チェックリスト実施日

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 地域支援事業

計画作成者氏名 原案作成日を記載 初回の原案作成日を記載 事業対象者は、認定日から2年。以後、チェックリスト等で状態を確認し、2年毎に更新する。状態悪化の場合は、適宜、介護保険申請等を検討する。 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) 担当地域包括支援センター： 総合事業 予防給付

目標とする生活 ※1日及び1年単位の両方記載しなければならないものではなく、両者の目標に関係がなければならないものではないが、目標を明確化するためには、両方の目標をたてることが望ましい。

Table with columns for 1日, 1年, and 支援計画. Rows include 運動・移動について, 日常生活(家庭生活)について, 社会参加, 対人関係・コミュニケーションについて, 健康管理について. Includes detailed notes and checkboxes for each category.

基本チェックリストや介護保険認定調査の特記事項等を参考

(お願い) ①担当包括へ電話等で相談し、支援経過に理由等を記載願います。 ②利用票余白に1回→2回と記載願います。

プランの有効期間途中の変更について 1.担当者変更の場合残りの期間を引き継ぐ。 2.利用回数の変更軽微な変更の場合は、包括へ相談後、利用実績票で報告する。

健康状態について ①主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点 【留意点】 ※主治医意見書の「傷病に関する意見」「生活機能とサービスに関する意見」の欄参照 ※副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項など

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。

Table with columns: 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. Row: 予防給付または地域支援事業. Note: 該当する項目がプランに反映されているか。

【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

【留意点】 本来の支援をできるように働きかける具体的な方針を書くなど、その内容の実現に向けた方向性を書く。必要社会資源がない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を書く。 例) 歩行が安定するにはリハビリが必要である。当面、自分でリハビリを続けて様子を見る。その後、状況を本人と確認し、リハビリのサービスを利用するか検討する。 【意見】 【確認印】 地域包括支援センター

総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント

【留意点】 ※利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。 ※週2回利用の理由の記載は、必要ありません。プランに必要性を記載願います。

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。 令和 年 月 日 氏名