

A表 No. \_\_\_\_\_

### 介護予防サービス・支援計画表(1/3)

計画作成(変更)日 平成25年05月29日

利用者名 麻生 まもる 様

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

認定年月日 平成25年05月01日

認定の有効期間 平成25年05月01日 ~ 平成26年04月30日

計画作成者名 支援はじめ

計画作成事業者

初回作成日 平成25年05月29日

事業所名及び所在地(連絡先)

目標とする生活	1日	
	1年	
総合的な方針 (生活の不活発病の改善・ 予防のポイント)		

#### 【地域包括支援センター記入欄】

担当地域 包括支援 センター	名称		確認印
	意見		

#### 【利用者記入欄】

介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。

年 月 日

氏名 印

B表 No. \_\_\_\_\_

### 介護予防サービス・支援計画表(2/3)

計画作成(変更)日 平成25年05月29日

利用者名 麻生 まもる 様

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

【健康状態について:主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】

--

【必要な事業プログラム】

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	物忘れ防止	うつ予防
予防給付 地域支援	/5	/2	/3	/2	/3	/5

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
【運動・移動について】		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
【日常生活(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			

C表 No. \_\_\_\_\_

### 介護予防サービス・支援計画表(3/3)

計画作成(変更)日 平成25年05月29日

利用者名 麻生 まもる 様

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

目標	支援計画							
	目標についての支援のポイント	具体的な支援の内容	※1	サービス種別	サービス提供者	頻度	期間	
		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						
			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					
			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					

※1 "予防給付"サービスには「予」、"介護予防特定高齢者施策"には「特」を記入。

**【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