

①表紙

介護予防サービス・支援計画書

初回・紹介・継続

認定済・申請中

NO: _____

状態区分 要支援1・要支援2・地域支援事業

利用者氏名: _____ 様 被保険者番号: _____ 生年月日: 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 歳)

認定年月日: _____ 認定有効期間: _____ ~ _____

計画作成者氏名: _____ 担当地域包括支援センター名: _____ 前橋市地域包括支援センター

計画作成事業者(事業所名): _____ (所在地) _____ (電話番号) _____

計画作成(変更)日: _____ (初回作成日) _____

| | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|--|------------------------------------|-------------|---|----------------|--------------|-------------|
| 目標とする生活 生活に対する意向や希望 | 本人の希望(こんな風にしたい) | 1日 | 1日の生活をどのように作っていくか | | | | | |
| | 家族の希望(こんな生活をしてほしい・こんな風にかかわりたい) | 1年 | 週や月、年単位でしたいこと | | | | | |
| 健康状態 | 主治医意見書・健診結果・観察等を踏まえた留意点 | 必要なプログラム <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 地域支援事業 | 運動不足 / 5 | 栄養改善 / 2 | 口腔ケア / 3 | 閉じこもり予防 / 2 | 物忘れ予防 / 3 | うつ予防 / 5 |
| | 主治医のアドバイス | 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 | | | | | | |
| 総合的な支援の方法 | 改善・予防のポイント(支援の方向性・留意点など) | | 妥当な支援の実施に向けた方針【本来行うべき支援ができない場合に記入】 | | | | | |
| 1週間の予定 | 曜日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| | 午前 | | | | | | | |
| | 午後 | | | | | | | |
| 【地域包括支援センター記入欄】 意見: 担当者名: _____ 印 _____ | | | | | 【利用者記入欄】 私はこの介護予防サービス・支援計画書(①、②、③)について同意します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名: _____ 印 _____ | | | |

②アセスメント表

アセスメント実施年月日:

利用者名:

様

| 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 | | | 総合的課題 |
|--|------------------|------------------|--|--|--|-------|
| | 今していない理由? | 今後どうしたいですか? | 有無 | 背景・原因の分析、改善可能性の評価 | | |
| 運動・移動 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 交通機関での移動 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 【本人】 【家族】 | 【本人】 【家族】 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他 | | ① |
| 日常生活(家庭生活) <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> その他の家事 <input type="checkbox"/> 預金管理 <input type="checkbox"/> 世話(花・ペット) <input type="checkbox"/> | 【本人】 【家族】 | 【本人】 【家族】 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他 | | ② |
| 社会参加・対人関係・コミュニケーション <input type="checkbox"/> 相談ごと <input type="checkbox"/> 来訪・訪問 <input type="checkbox"/> 会話・手紙 <input type="checkbox"/> 仕事・地域の役割 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 【本人】 【家族】 | 【本人】 【家族】 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 健康管理 <input type="checkbox"/> 入浴・清潔 <input type="checkbox"/> 身だしなみ <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 健診受診 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> | 【本人】 【家族】 | 【本人】 【家族】 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他 | | ③ |
| その他(例 趣味・生きがい) <input type="checkbox"/> 以前のこと <input type="checkbox"/> 今のこと <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 【本人】 【家族】 | 【本人】 【家族】 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他 | | |

③ケアプラン

| 総合的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 | 支 援 計 画 | | | | | |
|----------------------|--------------------------|---------------------------|---------|-----------|-----------------------------------|---------------------------------|-----|----|
| 目標の提案 (評価可能で、具体的) | 具体策の提案 (様々な角度からの支援内容) | 本人・家族の意向 (合意のない理由・根拠等) | 合意できた目標 | 支援方法 | サービス種別 | | 事業所 | 期間 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 介護保険サービス | <input type="checkbox"/> 地域支援事業 | | |
| ① | 本人 | 本人 | 目標 | 本人(セルフケア) | | | | |
| | 家族 | 家族 () | | 家族 | | | | |
| | その他 | () | 支援のポイント | 地域 | | | | |
| | | | 保険外サービス | | | | | |
| ② | 本人 | 本人 | 目標 | 本人(セルフケア) | | | | |
| | 家族 | 家族 () | | 家族 | | | | |
| | その他 | () | 支援のポイント | 地域 | | | | |
| | | | 保険外サービス | | | | | |
| ③ | 本人 | 本人 | 目標 | 本人(セルフケア) | | | | |
| | 家族 | 家族 () | | 家族 | | | | |
| | その他 | () | 支援のポイント | 地域 | | | | |
| | | | 保険外サービス | | | | | |