

介護予防サービス・支援計画表

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 _____ 委託の場合：計画作成事業者・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: _____

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	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	1. 2.	1. 2.	1. 2.	1. 2.	()					
日常生活(家庭生活)について		□有 □無	3.	3.	3.	3.	()					
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
主治医意見書、生活機能評価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】
 適切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

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。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印

介護予防サービス・支援計画表

NO.

利用者名	赤城 リツコ 様	認定年月日	H28年6月16日	認定の有効期間	H28年 5月13日～H28年11月30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 赤城 リツコ 委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) 自己作成

計画作成(変更)日 H28年7月2日 (初回作成日H28年7月2日) 担当地域包括支援センター:

目標とする生活	1日	1年
	家の中では安全に立って歩くことができ、身の回りのことがきちんとできる生活	定期的に外出し、買い物や人との交流を持ち、楽しい時間を過ごし気分転換できる生活

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	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 ・足腰が弱く歩くとふらふらしている。 ・少し動くとき息切れがして続けて動くことができない。	本人:ふらつくことがある。 呼吸が苦しく歩けなくなった。 家族:家の中では一人で歩けるようにしてほしい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 日中の生活範囲が狭く、また、活動時間も少ないため、廃用症候群になる恐れ有。また、ふとした時に転倒している。	1.呼吸器疾患による呼吸苦から活動時間が減少し、筋力低下・腰痛をもたらしている。	1.リハビリのできる施設に通い、身体を動かす時間を取る。	1.できる範囲で身体を動かしたい。腰の痛みが取れるといい。	1.週2～3回程度、外出し身体を動かしましょう。腰の痛みが取れるといい。	() 呼吸管理を行い、リスク管理に務め、過負担にならないよう注意して身体を動かすようにする。	転倒に注意し、無理せず行動する。 施設での運動をできる範囲で自宅でもする。	介護保健サービス・通所リハ	介護予防通所リハビリテーション	老健前橋	～ H28.11.30
日常生活(家庭生活)について ・週に1回家族付添いの元、買い物に行っている。 ・食事や排泄、更衣はできるが、掃除や洗濯は困難	本人、家族:現状維持	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	2. 独居のため他者との交流が減少し、気分転換が図れない。	2. 施設にて他者との交流を図り、気分転換をする。	2. 施設にも通い始め仲間と話す時間が増えるといい。	2. 定期的に人と交流し、たくさん話をして気分転換を図り、楽しい時間を過ごす。	() 他者との交流を通して、気分転換を図る。	家族が頻りに顔をだし、話ができる時間を作る。 週末の買い物もできる限り行き、外出の機会を作る。	介護保健サービス・利用者、職員との交流	介護予防通所リハビリテーション	老健前橋	～ H28.11.30
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて ・独居であり、社会との交流も少なく、話をする時間もあまりない。	家族:他者との交流もないので、気分転換できる時間を作りたい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 一人での外出はできず、また訪問者も少ないため、他者との会話や社会交流ができない。	3.	3.	3.	3.	()					
健康管理について 定期的呼吸器科や眼科を受診している。	本人、家族:現状維持し、病気が悪くならないようにして行きたい。	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					()					

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

【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

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
5/5	0/2	1/3	2/2	0/3	2/5

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。

平成 年 月 日 氏名 印