

○ No. 被保険者番号

● 利用者: 様

● 認定日:

● 認定有効期間: ~

サービス支援計画表

○ 初回 ○ 紹介 ○ 継続 ○ 認定済 ○ 申請中 ● 事業対象者 ○ 要支援1 ○ 要支援2 地域支援事業

(委託の場合)

● 計画作成事業者: ● 地域包括支援センター:

● 事業所所在地等: 電話 ● センター所在地等: 電話

● 計画作成者: ● 計画作成(変更)日: (初回作成)

● 目標とする生活

<1日> <1年>

【Ver:02.01】令和02年02月版

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(民間サービス))	介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)
運動・移動について ・屋内 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・屋外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 押車 <input type="checkbox"/> 車椅子 公共交通機関の利用 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> タクシー	本人 <input type="checkbox"/> 現状のままでいい。 <input type="checkbox"/> 手伝ってもらって、できるようにになりたい。 * 意向 <input type="text"/> 家族協力(<input type="text"/>)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 気力や意欲がない <input type="checkbox"/> 痛みや転倒が不安 <input type="checkbox"/> 体力がない <input type="checkbox"/> 認識がない	<input type="checkbox"/> 運動機能維持改善が必要 <input type="checkbox"/> 家事能力維持改善が必要 <input type="checkbox"/> 栄養改善が必要 <input type="checkbox"/> 口腔機能予防改善が必要 <input type="checkbox"/> 閉じこもり予防改善が必要	<input type="checkbox"/> 転倒せずに移動できる <input type="checkbox"/> 楽しく家事ができるようになる <input type="checkbox"/> 楽しく交流ができるようになる <input type="checkbox"/> 健康を保ち安心できる <input type="checkbox"/> 物忘れ進行を遅らせる	<input type="radio"/> 合意する <input type="radio"/> 合意しない	優先順位 <input type="checkbox"/> 転倒に注意 <input type="checkbox"/> できる限り本人が行う事 <input type="checkbox"/> 体調の急変に注意し緊急時の連絡体制を整えておく	・買物 ・調理 ・掃除 ・洗濯 ・ゴミ出し ・薬とり ・通院 ・身体清潔	<input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ゴミ出し <input type="checkbox"/> 薬とり <input type="checkbox"/> 通院補助 <input type="checkbox"/> 身体清潔補助	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス(相当) <input type="checkbox"/> 訪問型サービスA		から
日常生活(家庭生活)について 買物 調理 掃除 洗濯 ゴミ出し 薬とり	本人 <input type="checkbox"/> 現状のままでいい。 <input type="checkbox"/> 手伝ってもらって、できるようにになりたい。 * 意向 <input type="text"/> 家族協力(<input type="text"/>)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 気力や意欲がない <input type="checkbox"/> 痛みや転倒が不安 <input type="checkbox"/> 体力がない <input type="checkbox"/> (店・病院)が遠い <input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 疾病予防改善が必要 <input type="checkbox"/> 物忘れ予防改善が必要 <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み予防改善が必要	<input type="checkbox"/> 体を清潔に保てる (具体策) ■本人が行う行為		優先順位 <input type="checkbox"/> 転倒に注意 <input type="checkbox"/> できる限り本人が行う事 <input type="checkbox"/> 体調の急変に注意し緊急時の連絡体制を整えておく	(本人) <input type="checkbox"/> なるべく散歩する <input type="checkbox"/> 体操する <input type="checkbox"/> 交流機会を持つ <input type="checkbox"/> (家族・ <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> 他者との交流・レク <input type="checkbox"/> 機能訓練・リハ <input type="checkbox"/> 入浴支援 <input type="checkbox"/> 健康・物忘れ状態観察 <input type="checkbox"/> 移動見守り一部介助	<input type="checkbox"/> 通所型サービス(相当) <input type="checkbox"/> 通所型サービスA <input type="checkbox"/> 予防通所リハビリ <input type="checkbox"/> 生活機能向上 <input type="checkbox"/> 運動機能向上		から
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 家族との交流 友人との交流 近隣地域との交流 通所サービスでの交流	本人 <input type="checkbox"/> 現状のままでいい。 <input type="checkbox"/> 手伝ってもらって、できるようにになりたい。 * 意向 <input type="text"/> 家族協力(<input type="text"/>)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 気力や意欲がない <input type="checkbox"/> 聴力障害がある <input type="checkbox"/> 言語障害がある <input type="checkbox"/> 交流が苦手		<input type="checkbox"/> 家族の協力で行う行為 ■行政サービスで行う内容		優先順位 <input type="checkbox"/> 主治医指示の下での適切な対応	(本人) <input type="checkbox"/> 医学的管理を受ける <input type="checkbox"/> 自主的な体操 <input type="checkbox"/> (家族・ <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 服薬確認	主治医指示に基づく <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> リハビリ	<input type="checkbox"/> 居宅療養 <input type="checkbox"/> 予防訪問看護 <input type="checkbox"/> 予防訪問リハ		から
健康管理について 薬の管理 適切な受診 身体清潔 バランス 良い食事	本人 <input type="checkbox"/> 現状のままでいい。 <input type="checkbox"/> 手伝ってもらって、できるようにになりたい。 * 意向 <input type="text"/> 家族協力(<input type="text"/>)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="checkbox"/> 服薬管理能力低下 <input type="checkbox"/> 通院手段がない <input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 気力や意欲がない <input type="checkbox"/> 認識がない		<input type="checkbox"/> 介護予防サービスで行う内容		優先順位 <input type="checkbox"/> 定期的なメンテナンス・安全管理	<input type="checkbox"/> 安全に移動する	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(特例) <input type="checkbox"/> 手摺設置 <input type="checkbox"/> 段差解消	<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修		から

● 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・予防ポイント

できる限り身体機能の維持向上を図り、活動的な生活が送れるようになる。

人との交流、趣味、楽しみを見つけ、活動的になる。

(生活リズム・欠食・服薬忘れ)を改善し、健康状態を整える。

基本チェックリストの(該当した質問項目) / (質問項目数)	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
	/	/	/	/	/	/
必要な事業プログラム						

地域包括支援センター

【意見】

【確認】

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