

介護予防サービス・支援計画書

作成日 年 月 日 ( )

NO.

利用者名 藤井寺 太郎 (サマール) 様 認定年月日 平成28年08月30日 認定の有効期間 平成28年08月10日 ~ 平成29年08月31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 委託ケース /

委託の場合：計画作成事業者・事業所名 藤井寺市地域包括支援センター

・連絡先 937-2641

計画作成(変更)日 平成28年01月14日 (初回作成日 平成27年09月03日)

・所在地 藤井寺市北岡 1-2-8

目標とする生活 担当地域包括支援センター：藤井寺市地域包括支援センター

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案の提案	具体案についての意向(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))	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間	
別紙アセスメントシート参照		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
別紙アセスメントシート参照		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
別紙アセスメントシート参照		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
別紙アセスメントシート参照		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													

PT・OTの身体機能評価を踏まえて、背景や原因を分析する。意欲や潜在能力、環境の強み等可能性を考える。

目標達成に向けての具体的な支援のポイントをPT・OTの意見を踏まえて記載。サービス提供時の留意点や事業所に対するアドバイスなどを記載。

本人自らが取り組む事、家族が支援する事、近隣住民の協力やボランティア、PT・OTから提案されたセルフケア等を記載。

今まであまり活用されなかった欄ですが……本来必要であるにもかかわらず、藤井寺市に無い社会資源や、今後、藤井寺市において新たに創設する必要性のある活動などを書いてください。『有ったらいいなあ～』欄です。

PT・OTの身体機能評価の結果、改善の見込みなどを確認し、目標の実現に向けてのアドバイスを記載。

健康状態について 口主治医意見書、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。  
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	物忘れ予防	うつ予防
予防統合または地域支援事業	3 / 5	1 / 2	0 / 3	1 / 2	1 / 3	0 / 5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】 藤井寺市地域包括支援センター

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。
説明・同意日 年 月 日 氏名
印