

## 10\_介護予防支援計画書(1 / 2)

受講する研修： <input type="checkbox"/> 課程Ⅰ <input type="checkbox"/> 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：
受講者氏名：	提出事例作成日：	年 月 日

## 【左側】

計画作成(変更)日 年 月 日(初回作成日 年 月 日)

認定年月日 年 月 日	認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
目標とする生活 1日					
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(背景と原因)	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	本人： 家族：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
日常生活(家庭生活)について	本人： 家族：	<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	本人： 家族：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
健康管理について	本人： 家族：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
/5	/2	/3	/2	/3	/5

健康状態について ☐主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

--

## &lt;事例作成の際の注意事項&gt;

1. 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
2. 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
3. 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。

## 10\_介護予防支援計画書 (2 / 2)

受講する研修： <input type="checkbox"/> 課程Ⅰ <input type="checkbox"/> 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：
受講者氏名：	提出事例作成日：	年 月 日

## 【右側】

<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 申請中	要支援	地域支援事業			
目標とする生活 1年						
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 又は 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間

【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

--

## &lt;事例作成の際の注意事項&gt;

1. 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
2. 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
3. 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。