

# 介護予防サービス・支援計画表

No. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_

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		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1.  2.  3.	1.  2.  3.	1.  2.  3.	1.  2.  3.								
日常生活(家庭生活)について		<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		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input 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

必要な事業プログラムの下欄に○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	もの忘れ予防	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