

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（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
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	物忘れ予防	うつ予防

地域包括支援センター 【意見】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

令和 年 月 日 氏名 _____