

介護予防サービス・支援計画書

NO. _____

利用者名 _____ 様	認定年月日 平成 ____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（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
（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、健診結果、観察結果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）を記入して下さい。
 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
予防給付または地域支援事業						

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