

介護予防サービス・支援計画表

利用者氏名							様	認定年月日	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
被保険者番号							認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					

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
運動・移動について		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
日常生活(家庭生活)について		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
健康管理について		<input checked="" 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実施できない場合】
 適切な支援の実施に向けた方針

総合的な方針:生活不活発性の改善・予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目)/(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○をつけて下さい

予防給付または地域支援事業	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
	/5	/2	/3	/2	/3	/5

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。

年 月 日 氏名 _____