

介護予防サービス・支援計画書

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 \_\_\_\_\_ 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	
活動・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)をお書き下さい  
 地域支援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】

計画に対する同意

上記計画について、同意いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印