

# 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	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
活動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1.	1.	1.	1	( )					
			2.	2.	2.	2						
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	3.	3.	3.	3	( )					
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**

基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書きください。地域支援事業の場合は、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】
	【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