

介護予防サービス・支援計画表

No. _____ 認定年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 認定の有効期間 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日～平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

利用者名 _____ 委託の場合:計画作成事業者・事業署名及び所在地(連絡先) _____

計画作成者氏名 _____ 担当地域包括支援センター: _____

計画作成(変更)日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日(初回作成日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日)

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 ス又は地域支援 事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について		□有 □無										
日常生活について		□有 □無										
社会参加・対人関係・コミュニケーション について		□有 □無										
健康管理について		□有 □無										

健康状態について
□主治医意見書、生活機能評価を踏まえた留意点

【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

必要なプログラムの下欄に点数をつけて下さい。

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
／5	／2	／3	／2	／3	／5

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、同意します。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 氏名 _____ 印 _____