

介護予防サービス・支援計画表

No. _____

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 | | |
|----------|---------|--|--|

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 年 月 日(初回作成日 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 | | | | | 期間 |
| | | | | | | | 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 | |
| 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 |
| / | / | / | / | / | / |

| | |
|----------------------|-------|
| 地域包括支援センター ※委託の場合 | 【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。

年 月 日 氏名 印