

受講番号 氏名

# 介護予防サービス支援計画表

No. \_\_\_\_\_

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

利用者名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 歳 認定年月日 年 月 日 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：計画作成者事業者・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		<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、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(該当した項目数) / (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○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	/ 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、同意いたします。

令和 年 月 日 氏名 印