

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

事業対象者

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（民間サービス） | 介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス） | サービス種別 | 事業所（利用先） |
| 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】

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