

介護予防サービス・支援計画 及び 介護予防ケアマネジメント計画書

NO. _____

利用者名	様	認定年月日	年	月	日	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	事業対象者 ・ 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
運動・移動について		☐ 有 ☐ 無	1.	1.	1.	1	()					
						2						
日常生活(家庭生活)について		☐ 有 ☐ 無	2.	2.	2.	3	()					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無	3.	3.	3.		()					
健康管理について		☐ 有 ☐ 無					()					

健康状態について
☐主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行す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枠内の数字に○印をつけて下さい

予防給付または地域支援事業	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、同意いたします。

年 月 日 氏名 印