

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		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1.	1.	1.	1	()						
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	2.	2.	2.	2	()						
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	3.	3.	3.	3	()						
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、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	<input type="checkbox"/> 内容を確認しました。 (確認者氏名: _____)
------------	---

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