

介護予防サービス・支援計画表

被保険者番号 00000 00000

本人が傷つく言葉は記載せず、前向きになれるような言葉で記載してみましょう。

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

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 _____

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： _____ 安城市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												
日常生活（家庭生活）について												
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて												
健康管理について												

健康状態について
口主治医意見書、生活機能評価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

--

--

--

必要な事業プログラムの下欄に○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
／ 5	／ 2	／ 3	／ 2	／ 3	／ 5

地域包括支援センター意見	
--------------	--

上記計画について、同意いたします。 _____ 年 _____ 月 _____ 日
--