

介護予防サービス・支援計画表

NO. _____

利用者氏名 麻生 まもる 様 認定年月日 平成25年05月01日 認定の有効期間 平成25年05月01日 ~ 平成26年04月30日

(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
------------	-----------	-------------	--------

計画作成者氏名 支援はじめ 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 平成25年05月29日 (初回作成日 平成25年05月29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(背景と原因)	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
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(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書き下さい。
 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。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印 _____