

利用者名	様 認定年月日 平成 年 月 日 認定の有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 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 _____ 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 年 月 日 (初回作成日 平成 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										
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		有 <input type="checkbox"/> 無										
健康管理について		有 <input type="checkbox"/> 無										

健康状態について
主治医意見書、健康診断、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援ができない場合】
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

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について説明を受け、同意し、交付を受けました。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印 _____