作成日：平成　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **【左側】** | 計画作成（変更）日　　　　　　年　　　月　　　日　（初回作成日　　　　　　年　　　月　　　日） |
| 認定年月日　　　　　　年　　　月　　　日 | 認定有効期間　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 目標とする生活　　1日 |  |
| 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 |
|
| 運動・移動について | 本人：家族： | [ ] 有　[ ] 無 |  |  |  |
|  | 　 |
| 日常生活（家庭生活）について | 本人：家族： | [ ] 有　[ ] 無 |
|  |  |
| 社会参加・対人関係コミュニケーションについて | 本人：家族： | [ ] 有　[ ] 無 |
|  |
|  |
| 健康管理について | 本人：家族： | [ ] 有　[ ] 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 |
| 運動不足 | 栄養改善 | 口腔ケア | 閉じこもり予防 | 物忘れ予防 | うつ予防 |  |
|  |
| 　／５ | 　／２ | 　／３ | 　／２ | 　／３ | 　／５ |

作成日：平成　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **【右側】** | 初回・紹介・継続 | 認定済・申請中 | 要支援 | 地域支援事業 |
| 目標とする生活　　1年 |  |
| 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 | 介護保険サービス又は地域支援事業 | サービス種別 | 事業所 | 期間 |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|  |
| 【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 |
| 　 |  | 　 |
|  |
|  |
|  |