|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **【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 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **【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 | | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | | | | | | |