介護予防サービス・支援計画表
（介護予防ケアマネジメントA）

No. :

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

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

計画作成者氏名：

計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)　角田市地域包括支援センター　総合保健福祉センター　0224-61-1288

計画作成(変更)日：平成　年　月　日　(初回作成日：平成　年　月　日　)

委託先の場合-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・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての本人・家族の意向	目標	支援計画 目標についての支援のポイント	具体的な支援の内容		※1	サービス種別	サービス提供者(事業所)	頻度	期間
運動・移動について		□有　□無						本人の取組						
								家族・地域の支援、民間ｻｰﾋﾞｽ等						
日常生活(家庭生活)について		□有　□無						介護保険ｻｰﾋﾞｽ 地域支援事業 区市町村ｻｰﾋﾞｽ						
								本人の取組						
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有　□無						家族・地域の支援、民間ｻｰﾋﾞｽ等						
								介護保険ｻｰﾋﾞｽ 地域支援事業 区市町村ｻｰﾋﾞｽ						
健康管理について		□有　□無						本人の取組						
								家族・地域の支援、民間ｻｰﾋﾞｽ等						
その他の事項について		□有　□無						介護保険ｻｰﾋﾞｽ 地域支援事業 区市町村ｻｰﾋﾞｽ						

※1　予防給付の対象サービス又は介護予防特定高齢者施策の場合は、○をつける。

【健康状態について：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(生活の不活発化の改善・予防のポイント)】

【必要な事業プログラム】

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
0/5	0/2	0/3	0/2	0/3	0/5

【地域包括支援センター記入欄】

担当地域包括支援センター	名称	角田市地域包括支援センター	確認印
	意見		

【利用者記入欄】

介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。

年　月　日　　氏名：　　印

⑦⑧⑨