

豊島区 介護予防サービス・支援計画表(すこやか生活プラン)

利用者名	※この事例は架空事例です 事例3-1(最初のプラン)		様	_____				地域包括支援センター	A表				
<input type="checkbox"/> 事業対象	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 初回	<input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 継続	計画作成日	年	月	日			
認定日	年	月	日	認定の有効期間			年	月	日	～	年	月	日
計画作成者	委託の場合:所属						訪問型B利用期間						
基本チェックリスト		運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	もの忘れ予防	うつ予防	サービス開始月					
作成時	年	月	日	/5	/2	/3	/2	/3	/5	年 月			
評価時	年	月	日	/5	/2	/3	/2	/3	/5	終了予定月			
										年 月末			

目標とする生活(6ヶ月後の、なりたい自分の姿)
自信をもって外出できるようになる

目標とする生活(1年後の、なりたい自分の姿・望む生活)
デパートに買い物に行きたい

担当者からの提案(総合的な課題)

私の取り組み内容(計画)	役割分担と内容・できるようになるための取り組み(計画) サービス担当者会議 年 月 日実施
---------------------	--------------------------------------------------

目標とする生活実現のため、ご本人の取り組み内容をできるだけ具体的に記入します。
記入例)〇〇のため、〇日に〇回〇〇をします。

私の取り組み

自信をもって外出できるよう●●センターに歩いて通う

取り組む期間 (プランの期間)
年 月 日 ~ 年 月 日

① 種別: 短期集中通所サービスC 頻度: 週1回
サービス提供者: ●●センター

② 種別: _____ 頻度: _____
サービス提供者: _____

③ 種別: _____ 頻度: _____
サービス提供者: _____

あなたの健康状態はいかがですか(主観的健康観)
開始時
①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
評価時
①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない

地域包括支援センター(意見)

主治医意見書・健診結果等を踏まえた留意点

介護予防ケアマネジメント・総合事業の計画書について説明を受け、内容に同意したうえ受領しました。
年 月 日
氏名

計画書交付日 年 月 日 交付先: