

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<br>事例3-2(ICFを活用したプラン) |                               |                              |                             |                             | 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<br>年 月 |    |               |
| 作成時                           | 年                                  | 月                             | 日                            | /5                          | /2                          | /3                          | /2         | /3             | /5 | 終了予定月<br>年 月末 |
| 評価時                           | 年                                  | 月                             | 日                            | /5                          | /2                          | /3                          | /2         | /3             | /5 |               |

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。<br><br>記入例)〇〇のため、〇日に〇回〇〇をします。  |  | ① 種別: 短期集中通所サービスC 頻度: 週1回<br>サービス提供者: ●●センター |  |
| 私の取り組み<br><br>天気が良い日は〇〇公園まで行き、体操をする。出かけられない日にはとしまる体操を自宅で行う。<br>友人とLINEでやり取りし、会話を楽しむ。<br><br>栄養バランスをよくするため1日10品を組み合わせた食事をとる |  | ② 種別: 頻度:<br>サービス提供者:                        |  |
| 取り組む期間 (プランの期間)<br>年 月 日 ~ 年 月 日   |  | ③ 種別: 頻度:<br>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)<br>開始時<br>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<br>評価時<br>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)                               |  |
| 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。<br>年 月 日   |  | 主治医意見書・健診結果等を踏まえた留意点                         |  |
| 氏名   |  |  |  |

計画書交付日 年 月 日 交付先: