

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3-2(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				
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。	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
---	--

**私の取り組み**

天気の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。  
友人とLINEでやり取りし、会話を楽しむ。

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

取り組む期間 (プランの期間)  
年 月 日 ~ 年 月 日

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)
---	----------------

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	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: