

介護予防サービス・支援計画表（1）（記載例）

NO. _____

初回	紹介	継続	認定済	申請中	要支援1	要支援2	事業対象者
----	----	----	-----	-----	------	------	-------

利用 初回作成日は、2回目以降の計画作成の場合に、本プラン初回作成日を記載。

恵子 様 生年月日 昭和10年1月1日（87）歳

委託の場合
事業所名及び所在地 小侯 花子 (連絡先)

担当地域包括支援センター名 西地域包括支援センター 所在地 小侯町元町536番地 (連絡先) 20-5055

計画作成（変更）日 令和4年6月9日 認定日 令和4年5月29日 認定の有効期間

初回作成日

※ 事業対象者に認定の有効期間はありません。

目標とする生活	1日、1週間、または1月	筋力の維持・向上のために、1日1回はデイサービスで教えてもらった運動・体操をするよう心がける。
	1年	自宅での入浴を楽しみ、転倒に気を付けながら、地域の会食会や老人クラブ活動に参加する。
総合的な方針 (生活不活発病の改善・予防のポイント)	今まで友人と楽しく地域の会食会、老人クラブ活動に参加されてきました。これからもこの家で楽しく暮らし、友人の皆さんと交流したという思いを叶えることができるように、体力、足腰の筋力をつけましょう。また、不安のある入浴については、デイサービスの専門職に、適切な入浴方法などを支援してもらい、病気の再発防止に努めながら日々運動や体操を行っていきましょう。	
【本来行うべき支援が実施できない場合】 適切な支援の実施に向けた方針		

健康状態について

病状は安定しているため、体調を見ながら体力・筋力をつけていく。

予防給付・総合事業に限らず、該当項目に○を記載。

基本チェックリストの（該当した質問項目数） / （質問項目数）をお書き下さい。

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
3/5	0/2	1/3	2/2	0/3	1/5

計画に関する同意

介護予防サービス・支援計画表(1)～(3)について同意いたします。

令和4年 6 月 12 日 氏名 伊勢 恵子 印

地域包括支援センター	名称	確認印
	意見	※ 誤字・脱字に注意（チームケアで対応）