

No. _____

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

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
----------	---------	-----------	-------

利用者名 _____ 様 (男・女) 歳 _____ 認定年月日 _____ 令和 年 月 日 認定の有効期限 _____ 令和 年 月 日 ~ _____ 令和 年 月 日

計画作成者氏名 _____ 委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

計画作成(変更)日 _____ 令和 年 月 日 (初回作成日 _____ 令和 年 月 日) 担当地域包括支援センター: _____

1日		1年	
----	--	----	--

アセスメント領域と現在の状況 (今どうしてますか)	本人・家族の意欲・意向 (どうなったらよいですか)	領域における課題 (背景・原因) (ケアマネとして考えて見る)	総合的課題 (生活を振り返り一緒に考える)	課題に対する目標と具体策の提案 (方法を考える)	具体策についての意向 本人・家族 (提案への意見)	目標 (整理して何から始めるか)	支援計画(どんな内容で実行して行くのか)					
							目標についての支援のポイント (具体的に何を)	本人などのセルフケアや家族の支援・インフォーマルサービス(民間サービス) (誰が)	介護保険サービス又は地域支援事業 (総合事業のサービス) (どんな風にする)	サービス種別 (どこで・どんな事を)	事業所(利用先) (どこが担当する)	期間 (いつ頃まで)
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
社会参加・対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										

健康状態について
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行な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

サービス利用予定

月	火	水	木
金	土	日	週以外

総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入してください
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足		栄養改善		口腔ケア		閉じこもり予防		物忘れ予防		うつ予防	
予防給付または地域支援事業	基	補	任	基	補	任	基	補	任	基	補	任
	/5			/2			/3			/2		

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

令和 年 月 日 氏名