

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)

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:																										
目標とする生活																														
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いくのか)																						
運動・移動について			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					目標についての支援のポイント (具体的に何をする)	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)																	
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																														
<input type="checkbox"/> 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																														
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> <td>週以外</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>															月	火	水	木					金	土	日	週以外				
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																														
計画に関する同意																														
<input type="checkbox"/> 上記計画について、同意いたします。 令和 年 月 日 氏名																														