

# 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票)

NO. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 様 認定年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 認定の有効期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日

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

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 \_\_\_\_\_ (初回作成日 \_\_\_\_\_ )

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	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等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)	介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1.	1.	1.	1	( )					5
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	2.	2.	2.	2	( )					
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	3.	3.	3.	3	( )					
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

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(該当した質問項目数)/(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	口腔内ケア	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	／ 5	／ 2	／ 3	／ 2	／ 3	／ 5

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。

平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_