

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. _____

利用者名 _____

認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

計画作成者氏名 _____

委託の場合:計画作成者事業者・事務所及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 年 月 日(初回作成日 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	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)	介護保険サービス又は地域支援事業(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		☐ 有 ☐ 無										
日常生活(家庭生活)について		☐ 有 ☐ 無										
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無										
健康管理について		☐ 有 ☐ 無										

健康管理について

☐ 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○印をつけてください

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ	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。

年 月 日 印