

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	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(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	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)	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		<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

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	/5	/2	/3	/2	/3	/5

地域包括支援センター

【意見】

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