

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 _____ 様 （男・女） _____ 歳 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：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（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					（ ）			給付に関する加算はすべてここに記載してください。		
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

医師の意見書をそのまま写すのではなく、医師の意見を踏まえてケアマネ自身としての留意点を記載してください。

【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

計画作成日と同日が望ましいが、異なっていたとしても修正は不要とします。

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）を記入して下さい
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】	本人に関する同意
	【確認印】	上記計画について、同意いたします。
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____	印 _____