

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 _____ 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 | | <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】 |
| | 【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 _____