

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）

※ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能（ケアマネジメントCの場合など）

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。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____
（署名又は記名・押印）