

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

No. _____

初回・紹介・継続 | 認定済・申請中 | 要支援1・要支援2 | 地域支援事業

利用者名 _____ 殿 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 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					
							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○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	運動 不足
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】

計画に対する同意

上記計画について、同意いたします。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 印
--