

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 _____ (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