

被保険者番号 _____

介護予防サービス・支援計画表(ケアマネジメント結果等記録表)

*ケアマネジメントCは、網掛け部分は省略可能です。

利用者名 _____ 様 認定年月日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

認定の有効期間 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日～令和 ____ 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 (今どうしてますか)	本人・家族の意欲・意向 (どうなったらよいですか)	領域における課題 (背景・原因) (ケアマネとして考えて見る)	総合的課題 (生活を振り返り一緒に考える)	課題に対する目標と具体策の提案 (方法を考える)	具体策についての意向(本人・家族) (提案への意見)	目 標 (整理して何から始めるか)	目標についての支援のポイント (具体的に何を)	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 (誰が)	支援計画(どんな内容で実行して行くのか)				
									介護予防サービス 又は地域支援事業 (総合事業のサービス) (どんな風にする)	サービス種別 (どこで、 どんな事を)	事業所 (利用先) (どこが担当する)	期 間 (いつ頃まで)	
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					(1)						
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					(2)						
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					(3)						
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					(4)						

健康状態について
□主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行な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

サービス利用予定

月	火	水	木
金	土	日	週以外

必要な事業プログラムの下欄に○をつけてください。

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
<input type="checkbox"/>					

【意見】

地域包括支援センター

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

氏名 _____