

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.

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

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		■有 □無				通所型独自サービス・訪問型独自サービスについては、【緩和】【従前】の区別を記入して下さい。	()			通所型独自サービス【緩和】	●●デイサービス	
日常生活(家庭生活)について		■有 □無								訪問型独自サービス【従前】	〇〇ヘルパーステーション	
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		■有 □無										
健康管理について		■有 □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】

上記計画について、同意いたします。
令和 年 月 日 氏名 印