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　　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		□有　□無					（　）					
日常生活(家庭生活)について		□有　□無					（　）					
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					（　）					

災害時の緊急連絡先や避難所等の情報を記載

※文字数等の関係上、記載ができなければ、

「妥当な支援の実施に向けた方針」欄に記載

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

○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○。
＜災害時＞
緊急連絡先：(長男) ●●●●　０９０－●●●●－●●●●
避難所：●●小学校

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〇印をつけて下さい

	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】

計画に関する同意

上記計画について説明を受け、同意し、交付を受けました。

年　　月　　日　氏名