

## 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：島原市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】

計画に関する同意  
 上記計画について、同意いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_