

様式 2

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. _____
 利用番号 _____ 種 (男・女) _____ 歳 設定年月日 年 月 日 設定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
 初回・紹介・継続 _____ 仮定済・申請中 _____ 要支援1・要支援2 _____ 事業の経過 _____

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業所・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（社会福祉サービス）	サービス種別	事業所（利用先）
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
日常生活（障がい）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									
健康状態について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									

健康状態について 主治医受診歴、療養指導、緊急処置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】 母体となる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	坐骨改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	転倒・転落予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	／6	／2	／3	／2	／3	／6

地域包括支援センター
 【署名】 _____
 【電話番号】 _____

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 _____

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

利用者氏名 _____

計画作成者氏名 _____

年月日	内容	年月日	内容

※1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。