**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）**

様式５（ケアマネジメントＡ）

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

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 | （　） |  |  |  |  |  |

健康状態について　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【本来行うべき支援が実施できない場合】 　　　　　総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点　　　　　妥当な支援の実施に向けた方針

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

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

　　年　　月　　日　　氏名　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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】 |