

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 _____ 様 (男・女) 歳 設定年月日 年 月 日 設定の有効期間 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: _____

初回・紹介・継続 仮定済・申請中 要支援1・要支援2 事業所使用

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)	介護施設サービス又は地域支援事業 (社会事業のサービス)	サービス種別	事業所 (原則)
運動・容姿について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
日常生活 (健康状態) 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									
介護管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									

健康状態について 主治医受診歴、療養結果、要緊結果等を記した履歴票 _____

【本表行うべき支援が実施できない場合】 母体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	口腔ケア	閉じこもり予防	転倒予防	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

【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 _____

様式 3

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
<p>※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。</p> <p>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。</p>			