様式 ６

介護予防サービス・支援計画書（例）（ケアマネジメント結果等記録表）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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　　　　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：計画書作成事業者・事業者名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日　　　　　　年　　　月　　　日　　（初回作成日　　　　年　　　月　　　日）　　　　　　担当あんしんすこやかセンター

　目標とする生活

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １日 |  | １年 | 〈ケアマネジメントＡ〉（様式例）  ※指定介護予防支援で利用している様式を利用する |

73

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | 総合的な課題 | 目標と具体策  の提案 | | | 具体策について  ご本人・ご家族  の意向 | | 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 | | 介護保険サービス  又は地域支援事業 | サービス種別 | 事業者 | 期間 |
| 運動・移動 |  | □有　□無 |  |  | | |  | |  | （　） |  | |  |  |  |  |
| 日常生活  （家庭生活） |  | □有　□無 |  |  | | |  | |  | （　） |  | |  |  |  |  |
| 社会参加・対人関係・コミュニケーション |  | □有　□無 |  |  | | |  | |  | （　） |  | |  |  |  |  |
| 健康管理 |  | □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】 | | | | |
| □主治医連絡、検診結果、観察結果を踏まえた留意点 | | | | |  | | 妥当な支援の実施に向けた方針 | | | |  | 介護予防のポイント | | | | |
|  | | | | | |  | |  | | |  |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 必要な事業プログラムの下欄に○印をつけてください | | | | | |  | あんしんすこやかセンター | 意見 |  | 計画に関する同意  様式 ６ |
| 運動  機能 | 栄養  改善 | 口腔内  ケア | 閉じこもり予防 | もの忘れ予防 | うつ  予防 | 上記計画について、同意いたします。  　　　　　　年　　　月　　　日　　氏名 |
|  |  |  |  |  |  | 確認印 |