

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)

※ケアマネジメント結果等記録表として使用する際(ケアマネジメントB・C)は、網掛け部分の記載を省略可能

様式6の別紙

被保険者番号							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																																																																																																																																																																																																																																																				
利用者氏名 様	認定年月日	年 月 日	認定有効期間	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	担当包括支援センター:																																																																																																																																																																																																																																																										
<table border="1"> <tr> <td>目標とする生活</td> <td colspan="4">具体的でなおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。1日・1年どちらかの目標設定だけでも可能。</td> <td colspan="4">生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。</td> </tr> <tr> <td>1日</td> <td colspan="4"></td> <td>1年</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>										目標とする生活	具体的でなおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。1日・1年どちらかの目標設定だけでも可能。				生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。				1日					1年																																																																																																																																																																																																																																						
目標とする生活	具体的でなおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。1日・1年どちらかの目標設定だけでも可能。				生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。																																																																																																																																																																																																																																																									
1日					1年																																																																																																																																																																																																																																																									
<table border="1"> <tr> <td>アセスメントの領域と現状の状況</td> <td>本人・家族の意欲・意向</td> <td>領域における課題(背景・原因)</td> <td>総合的課題</td> <td>課題に対する目標と具体策の提案</td> <td>具体策についての意向 本人・家族</td> <td>目標</td> <td>目標についての支援のポイント</td> <td>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)</td> <td>支援計画 介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス)</td> <td>サービス種別</td> <td>事業所(利用先)</td> <td>期間</td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td>運動・移動について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・自ら行きたい場所に移動するための手段が取れるかどうかを確認する ・自宅や屋外をどのように移動するか ・交通機関を使って移動することについての状況</td> <td colspan="3"> <table border="1"> <tr> <td>各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「〇〇できるようになりたい」「〇〇でなく、〇〇できない」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。</td> <td>各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。</td> <td>利用者の生活全体の課題を探すため、領域における各課題共通の背景・原因を見つけ統合する。</td> <td>「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</td> <td>この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。</td> <td>左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。</td> <td>前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。</td> <td>・数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。</td> <td>・支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。</td> <td>・本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。</td> <td>・左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。</td> <td>・当該サービス提供を行った事業所名を記載する。</td> <td>・「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。</td> </tr> <tr> <td>日常生活(家庭生活)について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況 ・献立を考え、調理することについての状況 ・家事(家の掃除、選択、ごみ捨て、植物の水やり等)についての状況 ・預貯金の出し入れを行うことについての状況</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>社会参加・対人関係・コミュニケーションについて</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり保つことのできる状況 ・友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ・家族・友人などの会話や電話での交流 ・地域での役割があるか(シニアクラブや町内会) ・趣味や楽しみがあり続けられているか ・緊急時の対応状況</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>健康管理について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・入浴やシャワーの状況 ・肌、顔、歯、爪などの手入れ ・健康のために食事に気をつけている状況 ・健康のために運動を行うことについての状況 ・服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができるか</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>健康状態について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6">【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</td> <td colspan="4">総合的な方針:生活不活発病の改善・予防ポイント</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6">【意見】</td> <td colspan="4">計画に関する同意 上記計画について同意します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔内ケア</td> <td>閉じこもり予防</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>予防給付または地域支援事業</td> <td colspan="5">基本チェックリストの結果を参考に転記する。</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td></tr></table></td></tr></table>										アセスメントの領域と現状の状況	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	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)	支援計画 介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間	<table border="1"> <tr> <td>運動・移動について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・自ら行きたい場所に移動するための手段が取れるかどうかを確認する ・自宅や屋外をどのように移動するか ・交通機関を使って移動することについての状況</td> <td colspan="3"> <table border="1"> <tr> <td>各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「〇〇できるようになりたい」「〇〇でなく、〇〇できない」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。</td> <td>各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。</td> <td>利用者の生活全体の課題を探すため、領域における各課題共通の背景・原因を見つけ統合する。</td> <td>「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</td> <td>この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。</td> <td>左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。</td> <td>前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。</td> <td>・数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。</td> <td>・支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。</td> <td>・本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。</td> <td>・左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。</td> <td>・当該サービス提供を行った事業所名を記載する。</td> <td>・「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。</td> </tr> <tr> <td>日常生活(家庭生活)について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況 ・献立を考え、調理することについての状況 ・家事(家の掃除、選択、ごみ捨て、植物の水やり等)についての状況 ・預貯金の出し入れを行うことについての状況</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>社会参加・対人関係・コミュニケーションについて</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり保つことのできる状況 ・友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ・家族・友人などの会話や電話での交流 ・地域での役割があるか(シニアクラブや町内会) ・趣味や楽しみがあり続けられているか ・緊急時の対応状況</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>健康管理について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・入浴やシャワーの状況 ・肌、顔、歯、爪などの手入れ ・健康のために食事に気をつけている状況 ・健康のために運動を行うことについての状況 ・服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができるか</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>健康状態について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6">【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</td> <td colspan="4">総合的な方針:生活不活発病の改善・予防ポイント</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6">【意見】</td> <td colspan="4">計画に関する同意 上記計画について同意します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔内ケア</td> <td>閉じこもり予防</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>予防給付または地域支援事業</td> <td colspan="5">基本チェックリストの結果を参考に転記する。</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td></tr></table>										運動・移動について												・自ら行きたい場所に移動するための手段が取れるかどうかを確認する ・自宅や屋外をどのように移動するか ・交通機関を使って移動することについての状況	<table border="1"> <tr> <td>各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「〇〇できるようになりたい」「〇〇でなく、〇〇できない」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。</td> <td>各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。</td> <td>利用者の生活全体の課題を探すため、領域における各課題共通の背景・原因を見つけ統合する。</td> <td>「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</td> <td>この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。</td> <td>左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。</td> <td>前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。</td> <td>・数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。</td> <td>・支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。</td> <td>・本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。</td> <td>・左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。</td> <td>・当該サービス提供を行った事業所名を記載する。</td> <td>・「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。</td> </tr> <tr> <td>日常生活(家庭生活)について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況 ・献立を考え、調理することについての状況 ・家事(家の掃除、選択、ごみ捨て、植物の水やり等)についての状況 ・預貯金の出し入れを行うことについての状況</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>社会参加・対人関係・コミュニケーションについて</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり保つことのできる状況 ・友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ・家族・友人などの会話や電話での交流 ・地域での役割があるか(シニアクラブや町内会) ・趣味や楽しみがあり続けられているか ・緊急時の対応状況</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>健康管理について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・入浴やシャワーの状況 ・肌、顔、歯、爪などの手入れ ・健康のために食事に気をつけている状況 ・健康のために運動を行うことについての状況 ・服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができるか</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>健康状態について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6">【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</td> <td colspan="4">総合的な方針:生活不活発病の改善・予防ポイント</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6">【意見】</td> <td colspan="4">計画に関する同意 上記計画について同意します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔内ケア</td> <td>閉じこもり予防</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>予防給付または地域支援事業</td> <td colspan="5">基本チェックリストの結果を参考に転記する。</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>			各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「〇〇できるようになりたい」「〇〇でなく、〇〇できない」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。	各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。	利用者の生活全体の課題を探すため、領域における各課題共通の背景・原因を見つけ統合する。	「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。	この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。	左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。	前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。	・数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。	・支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。	・本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。	・左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。	・当該サービス提供を行った事業所名を記載する。	・「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。	日常生活(家庭生活)について												・日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況 ・献立を考え、調理することについての状況 ・家事(家の掃除、選択、ごみ捨て、植物の水やり等)についての状況 ・預貯金の出し入れを行うことについての状況												社会参加・対人関係・コミュニケーションについて												・家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり保つことのできる状況 ・友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ・家族・友人などの会話や電話での交流 ・地域での役割があるか(シニアクラブや町内会) ・趣味や楽しみがあり続けられているか ・緊急時の対応状況												健康管理について												・入浴やシャワーの状況 ・肌、顔、歯、爪などの手入れ ・健康のために食事に気をつけている状況 ・健康のために運動を行うことについての状況 ・服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができるか												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												<table border="1"> <tr> <td colspan="6">【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</td> <td colspan="4">総合的な方針:生活不活発病の改善・予防ポイント</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6">【意見】</td> <td colspan="4">計画に関する同意 上記計画について同意します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>										【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:生活不活発病の改善・予防ポイント				<table border="1"> <tr> <td>・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設</td> </tr> </table>						・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設	<table border="1"> <tr> <td>・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</td> </tr> </table>				・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。	<table border="1"> <tr> <td colspan="6">【意見】</td> <td colspan="4">計画に関する同意 上記計画について同意します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>										【意見】						計画に関する同意 上記計画について同意します。				<table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table>						地域包括支援センター ※委託の場合	<table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table>				説明・同意日 年 月 日 氏名	<table border="1"> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔内ケア</td> <td>閉じこもり予防</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>予防給付または地域支援事業</td> <td colspan="5">基本チェックリストの結果を参考に転記する。</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>										<table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔内ケア</td> <td>閉じこもり予防</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>予防給付または地域支援事業</td> <td colspan="5">基本チェックリストの結果を参考に転記する。</td> </tr> </table>						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	基本チェックリストの結果を参考に転記する。					<table border="1"> <tr> <td>・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。</td> </tr> </table>				・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。
アセスメントの領域と現状の状況	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	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)	支援計画 介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間																																																																																																																																																																																																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>運動・移動について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・自ら行きたい場所に移動するための手段が取れるかどうかを確認する ・自宅や屋外をどのように移動するか ・交通機関を使って移動することについての状況</td> <td colspan="3"> <table border="1"> <tr> <td>各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「〇〇できるようになりたい」「〇〇でなく、〇〇できない」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。</td> <td>各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。</td> <td>利用者の生活全体の課題を探すため、領域における各課題共通の背景・原因を見つけ統合する。</td> <td>「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</td> <td>この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。</td> <td>左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。</td> <td>前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。</td> <td>・数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。</td> <td>・支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。</td> <td>・本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。</td> <td>・左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。</td> <td>・当該サービス提供を行った事業所名を記載する。</td> <td>・「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。</td> </tr> <tr> <td>日常生活(家庭生活)について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況 ・献立を考え、調理することについての状況 ・家事(家の掃除、選択、ごみ捨て、植物の水やり等)についての状況 ・預貯金の出し入れを行うことについての状況</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>社会参加・対人関係・コミュニケーションについて</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり保つことのできる状況 ・友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ・家族・友人などの会話や電話での交流 ・地域での役割があるか(シニアクラブや町内会) ・趣味や楽しみがあり続けられているか ・緊急時の対応状況</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>健康管理について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・入浴やシャワーの状況 ・肌、顔、歯、爪などの手入れ ・健康のために食事に気をつけている状況 ・健康のために運動を行うことについての状況 ・服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができるか</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>健康状態について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6">【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</td> <td colspan="4">総合的な方針:生活不活発病の改善・予防ポイント</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6">【意見】</td> <td colspan="4">計画に関する同意 上記計画について同意します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔内ケア</td> <td>閉じこもり予防</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>予防給付または地域支援事業</td> <td colspan="5">基本チェックリストの結果を参考に転記する。</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td></tr></table>										運動・移動について												・自ら行きたい場所に移動するための手段が取れるかどうかを確認する ・自宅や屋外をどのように移動するか ・交通機関を使って移動することについての状況	<table border="1"> <tr> <td>各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「〇〇できるようになりたい」「〇〇でなく、〇〇できない」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。</td> <td>各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。</td> <td>利用者の生活全体の課題を探すため、領域における各課題共通の背景・原因を見つけ統合する。</td> <td>「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</td> <td>この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。</td> <td>左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。</td> <td>前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。</td> <td>・数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。</td> <td>・支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。</td> <td>・本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。</td> <td>・左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。</td> <td>・当該サービス提供を行った事業所名を記載する。</td> <td>・「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。</td> </tr> <tr> <td>日常生活(家庭生活)について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況 ・献立を考え、調理することについての状況 ・家事(家の掃除、選択、ごみ捨て、植物の水やり等)についての状況 ・預貯金の出し入れを行うことについての状況</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>社会参加・対人関係・コミュニケーションについて</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり保つことのできる状況 ・友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ・家族・友人などの会話や電話での交流 ・地域での役割があるか(シニアクラブや町内会) ・趣味や楽しみがあり続けられているか ・緊急時の対応状況</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>健康管理について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・入浴やシャワーの状況 ・肌、顔、歯、爪などの手入れ ・健康のために食事に気をつけている状況 ・健康のために運動を行うことについての状況 ・服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができるか</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>健康状態について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6">【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</td> <td colspan="4">総合的な方針:生活不活発病の改善・予防ポイント</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6">【意見】</td> <td colspan="4">計画に関する同意 上記計画について同意します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔内ケア</td> <td>閉じこもり予防</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>予防給付または地域支援事業</td> <td colspan="5">基本チェックリストの結果を参考に転記する。</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>			各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「〇〇できるようになりたい」「〇〇でなく、〇〇できない」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。	各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。	利用者の生活全体の課題を探すため、領域における各課題共通の背景・原因を見つけ統合する。	「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。	この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。	左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。	前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。	・数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。	・支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。	・本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。	・左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。	・当該サービス提供を行った事業所名を記載する。	・「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。	日常生活(家庭生活)について												・日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況 ・献立を考え、調理することについての状況 ・家事(家の掃除、選択、ごみ捨て、植物の水やり等)についての状況 ・預貯金の出し入れを行うことについての状況												社会参加・対人関係・コミュニケーションについて												・家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり保つことのできる状況 ・友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ・家族・友人などの会話や電話での交流 ・地域での役割があるか(シニアクラブや町内会) ・趣味や楽しみがあり続けられているか ・緊急時の対応状況												健康管理について												・入浴やシャワーの状況 ・肌、顔、歯、爪などの手入れ ・健康のために食事に気をつけている状況 ・健康のために運動を行うことについての状況 ・服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができるか												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												<table border="1"> <tr> <td colspan="6">【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</td> <td colspan="4">総合的な方針:生活不活発病の改善・予防ポイント</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6">【意見】</td> <td colspan="4">計画に関する同意 上記計画について同意します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>										【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:生活不活発病の改善・予防ポイント				<table border="1"> <tr> <td>・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設</td> </tr> </table>						・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設	<table border="1"> <tr> <td>・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</td> </tr> </table>				・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。	<table border="1"> <tr> <td colspan="6">【意見】</td> <td colspan="4">計画に関する同意 上記計画について同意します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>										【意見】						計画に関する同意 上記計画について同意します。				<table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table>						地域包括支援センター ※委託の場合	<table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table>				説明・同意日 年 月 日 氏名	<table border="1"> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔内ケア</td> <td>閉じこもり予防</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>予防給付または地域支援事業</td> <td colspan="5">基本チェックリストの結果を参考に転記する。</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>										<table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔内ケア</td> <td>閉じこもり予防</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>予防給付または地域支援事業</td> <td colspan="5">基本チェックリストの結果を参考に転記する。</td> </tr> </table>						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	基本チェックリストの結果を参考に転記する。					<table border="1"> <tr> <td>・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。</td> </tr> </table>				・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。																							
運動・移動について																																																																																																																																																																																																																																																														
・自ら行きたい場所に移動するための手段が取れるかどうかを確認する ・自宅や屋外をどのように移動するか ・交通機関を使って移動することについての状況	<table border="1"> <tr> <td>各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「〇〇できるようになりたい」「〇〇でなく、〇〇できない」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。</td> <td>各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。</td> <td>利用者の生活全体の課題を探すため、領域における各課題共通の背景・原因を見つけ統合する。</td> <td>「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</td> <td>この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。</td> <td>左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。</td> <td>前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。</td> <td>・数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。</td> <td>・支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。</td> <td>・本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。</td> <td>・左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。</td> <td>・当該サービス提供を行った事業所名を記載する。</td> <td>・「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。</td> </tr> <tr> <td>日常生活(家庭生活)について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況 ・献立を考え、調理することについての状況 ・家事(家の掃除、選択、ごみ捨て、植物の水やり等)についての状況 ・預貯金の出し入れを行うことについての状況</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>社会参加・対人関係・コミュニケーションについて</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり保つことのできる状況 ・友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ・家族・友人などの会話や電話での交流 ・地域での役割があるか(シニアクラブや町内会) ・趣味や楽しみがあり続けられているか ・緊急時の対応状況</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>健康管理について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>・入浴やシャワーの状況 ・肌、顔、歯、爪などの手入れ ・健康のために食事に気をつけている状況 ・健康のために運動を行うことについての状況 ・服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができるか</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>健康状態について</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6">【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</td> <td colspan="4">総合的な方針:生活不活発病の改善・予防ポイント</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6">【意見】</td> <td colspan="4">計画に関する同意 上記計画について同意します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔内ケア</td> <td>閉じこもり予防</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>予防給付または地域支援事業</td> <td colspan="5">基本チェックリストの結果を参考に転記する。</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>			各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「〇〇できるようになりたい」「〇〇でなく、〇〇できない」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。	各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。	利用者の生活全体の課題を探すため、領域における各課題共通の背景・原因を見つけ統合する。	「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。	この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。	左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。	前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。	・数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。	・支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。	・本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。	・左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。	・当該サービス提供を行った事業所名を記載する。	・「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。	日常生活(家庭生活)について												・日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況 ・献立を考え、調理することについての状況 ・家事(家の掃除、選択、ごみ捨て、植物の水やり等)についての状況 ・預貯金の出し入れを行うことについての状況												社会参加・対人関係・コミュニケーションについて												・家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり保つことのできる状況 ・友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ・家族・友人などの会話や電話での交流 ・地域での役割があるか(シニアクラブや町内会) ・趣味や楽しみがあり続けられているか ・緊急時の対応状況												健康管理について												・入浴やシャワーの状況 ・肌、顔、歯、爪などの手入れ ・健康のために食事に気をつけている状況 ・健康のために運動を行うことについての状況 ・服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができるか												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												<table border="1"> <tr> <td colspan="6">【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</td> <td colspan="4">総合的な方針:生活不活発病の改善・予防ポイント</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6">【意見】</td> <td colspan="4">計画に関する同意 上記計画について同意します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>										【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:生活不活発病の改善・予防ポイント				<table border="1"> <tr> <td>・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設</td> </tr> </table>						・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設	<table border="1"> <tr> <td>・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</td> </tr> </table>				・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。	<table border="1"> <tr> <td colspan="6">【意見】</td> <td colspan="4">計画に関する同意 上記計画について同意します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>										【意見】						計画に関する同意 上記計画について同意します。				<table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table>						地域包括支援センター ※委託の場合	<table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table>				説明・同意日 年 月 日 氏名	<table border="1"> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔内ケア</td> <td>閉じこもり予防</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>予防給付または地域支援事業</td> <td colspan="5">基本チェックリストの結果を参考に転記する。</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>										<table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔内ケア</td> <td>閉じこもり予防</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>予防給付または地域支援事業</td> <td colspan="5">基本チェックリストの結果を参考に転記する。</td> </tr> </table>						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	基本チェックリストの結果を参考に転記する。					<table border="1"> <tr> <td>・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。</td> </tr> </table>				・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。																																													
各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「〇〇できるようになりたい」「〇〇でなく、〇〇できない」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。	各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。	利用者の生活全体の課題を探すため、領域における各課題共通の背景・原因を見つけ統合する。	「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。	この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。	左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。	前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。	・数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。	・支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。	・本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。	・左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。	・当該サービス提供を行った事業所名を記載する。	・「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。																																																																																																																																																																																																																																																		
日常生活(家庭生活)について																																																																																																																																																																																																																																																														
・日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況 ・献立を考え、調理することについての状況 ・家事(家の掃除、選択、ごみ捨て、植物の水やり等)についての状況 ・預貯金の出し入れを行うことについての状況																																																																																																																																																																																																																																																														
社会参加・対人関係・コミュニケーションについて																																																																																																																																																																																																																																																														
・家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり保つことのできる状況 ・友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ・家族・友人などの会話や電話での交流 ・地域での役割があるか(シニアクラブや町内会) ・趣味や楽しみがあり続けられているか ・緊急時の対応状況																																																																																																																																																																																																																																																														
健康管理について																																																																																																																																																																																																																																																														
・入浴やシャワーの状況 ・肌、顔、歯、爪などの手入れ ・健康のために食事に気をつけている状況 ・健康のために運動を行うことについての状況 ・服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができるか																																																																																																																																																																																																																																																														
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																																																																																																																																																																																																																																																														
<table border="1"> <tr> <td colspan="6">【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</td> <td colspan="4">総合的な方針:生活不活発病の改善・予防ポイント</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <table border="1"> <tr> <td colspan="6">【意見】</td> <td colspan="4">計画に関する同意 上記計画について同意します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>										【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:生活不活発病の改善・予防ポイント				<table border="1"> <tr> <td>・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設</td> </tr> </table>						・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設	<table border="1"> <tr> <td>・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</td> </tr> </table>				・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。	<table border="1"> <tr> <td colspan="6">【意見】</td> <td colspan="4">計画に関する同意 上記計画について同意します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>										【意見】						計画に関する同意 上記計画について同意します。				<table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table>						地域包括支援センター ※委託の場合	<table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table>				説明・同意日 年 月 日 氏名																																																																																																																																																																																															
【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:生活不活発病の改善・予防ポイント																																																																																																																																																																																																																																																								
<table border="1"> <tr> <td>・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設</td> </tr> </table>						・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設	<table border="1"> <tr> <td>・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</td> </tr> </table>				・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。																																																																																																																																																																																																																																																			
・ 本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ・ 地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設																																																																																																																																																																																																																																																														
・ 利用者や家族、ケアチームのスタッフがフレイル状態の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。																																																																																																																																																																																																																																																														
<table border="1"> <tr> <td colspan="6">【意見】</td> <td colspan="4">計画に関する同意 上記計画について同意します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>										【意見】						計画に関する同意 上記計画について同意します。				<table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table>						地域包括支援センター ※委託の場合	<table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table>				説明・同意日 年 月 日 氏名																																																																																																																																																																																																																															
【意見】						計画に関する同意 上記計画について同意します。																																																																																																																																																																																																																																																								
<table border="1"> <tr> <td>地域包括支援センター ※委託の場合</td> </tr> </table>						地域包括支援センター ※委託の場合	<table border="1"> <tr> <td>説明・同意日 年 月 日 氏名</td> </tr> </table>				説明・同意日 年 月 日 氏名																																																																																																																																																																																																																																																			
地域包括支援センター ※委託の場合																																																																																																																																																																																																																																																														
説明・同意日 年 月 日 氏名																																																																																																																																																																																																																																																														
<table border="1"> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔内ケア</td> <td>閉じこもり予防</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>予防給付または地域支援事業</td> <td colspan="5">基本チェックリストの結果を参考に転記する。</td> </tr> </table> </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>										<table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔内ケア</td> <td>閉じこもり予防</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>予防給付または地域支援事業</td> <td colspan="5">基本チェックリストの結果を参考に転記する。</td> </tr> </table>						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	基本チェックリストの結果を参考に転記する。					<table border="1"> <tr> <td>・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。</td> </tr> </table>				・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。																																																																																																																																																																																																																														
<table border="1"> <tr> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔内ケア</td> <td>閉じこもり予防</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>予防給付または地域支援事業</td> <td colspan="5">基本チェックリストの結果を参考に転記する。</td> </tr> </table>						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	基本チェックリストの結果を参考に転記する。					<table border="1"> <tr> <td>・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。</td> </tr> </table>				・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。																																																																																																																																																																																																																																								
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	基本チェックリストの結果を参考に転記する。																																																																																																																																																																																																																																																													
・ 居宅介護支援事業所に委託している場合に地域包括支援センターが記入する。																																																																																																																																																																																																																																																														

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)

※ケアマネジメント結果等記録表として使用する際(ケアマネジメントB・C)は、網掛け部分の記載を省略可能

様式 6

被保険者番号

利用者氏名	様	認定年月日	年 月 日	認定有効期間	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)

担当包括支援センター:

目標とする生活

1日	1年
----	----

アセスメントの領域と現状の状況	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)	介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)
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

□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

--

基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書き下さい。
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						

【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:生活不活発病の改善・予防ポイント

--

計画に関する同意

上記計画について同意します。

説明・同意日

年 月 日 氏名

地域包括支援センター ※委託の場合	【意見】
----------------------	------

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)

様式 7

被保險者番号

※ 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。なお、サービス担当者会議の要点については、別紙「サービス担当者会議の要点」等に記載して差し支えない。

※3 対応方法欄には、支援経過の記載内容を把握した手段・方法を記載する(電話、訪問、サービス担当者会議等)。

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) サービス評価表

様式 8 の別紙

評価日

被保険者番号

利用者氏名

様

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成/未達成	目標達成しない原因		今後の方針	
				本人・家族の意見	計画作成者の評価		
<ul style="list-style-type: none"> 「介護予防サービス・支援計画表」に記載している合意を得られた最終の具体的な目標を転記する。 	<ul style="list-style-type: none"> 「介護予防サービス・支援計画表」の「期間」欄からサービス提供開始月の最も早い月からサービス提供終了月の最も遅い月を評価期間として転記する。 <p>[達成した場合] 例) ・1人で～まで行くことができた。</p> <p>[達成できなかった場合] 例) ・～までには〇〇のため、いたらなかったが、××まで行くことができた。 ・1人では行けないが、誰かが付き添えば行けるようになった</p>	<ul style="list-style-type: none"> 評価期間内に目標がどの程度達成できているか、生活機能がどれだけ向上・維持できたのかを具体的に転記する。 評価の際は、サービス事業者が行う事前アセスメント、事後アセスメントの結果等からの情報を集約し、ケアプラン作成者のモニタリングと併せて利用者の生活機能全体に関する評価を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 目標を達成した場合には〇印 未達成の場合には×印をつける。 	<ul style="list-style-type: none"> 何故、目標が達成されなかつたのか、目標の設定の妥当性を含め利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。 <p>例) ・もう少しで〇〇まで歩けると思っていたが、天気の悪い日が続き、思ったように外出できなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 何故、目標が達成されなかつたのか、利用者・家族の意見を含め、ケアプラン作成者としての評価を記載する。 本人・家族の意見、事業所からのモニタリング結果も含め、目標設定の妥当性やサービスの入れ方について評価する。もしくは、新たな課題の発生がなかったかも含めて分析する。 <p>例) ・□□が原因で～をしづらくなつたために、目標の☆☆には至らなかつたが、××の段階までは到達できた。 ・目標達成のために歩行距離を伸ばそうと頑張つたが、外出時に転倒したことから、不安が壮大し、意欲が低下してしまい、当初の目標に届かなかつた。支援経過において、目標のハードルを少し下げるなどの工夫を検討する必要があつたのではないかと考える</p>	<ul style="list-style-type: none"> ケアプラン作成者としての意見をまとめる。 目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。 <p>例) ・当初の目標は達成され、歩行能力の改善も見られており、ご本人の生活意欲も向上している。そのため、あきらめかけていた低山登山などへの再開にも希望を持ち始めている。ディケアでの選択メニューに関しては、もう少し継続し歩行能力の状況を勘案しながら、終了時期の検討を行つて行く。</p>	
総合的な方針				地域包括支援センター意見		<ul style="list-style-type: none"> 基本的に「プラン変更」になる。「継続」はまれなケース。例えばケアプラン中に一時的な入院等があり、プランのサービス利用ができなかつたが、退院後本人の状態、意向の変化がなく、改めて同じケアプラン内容を実施する場合など。「終了」はサービスが不要になり、プランニングの必要がなくなった時。 目標達成した場合、地域包括支援センターの意見を参考に今後の方針で該当するものにレ点をつける。 	
				<ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援事業所に委託した場合に、ケアプラン作成者に対して、記載する。 		<p><input type="checkbox"/> プラン継続</p> <p><input type="checkbox"/> プラン変更</p> <p><input type="checkbox"/> 終了</p>	<p><input type="checkbox"/> 介護給付</p> <p><input type="checkbox"/> 予防給付</p> <p><input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業</p> <p><input type="checkbox"/> 一般介護予防事業</p> <p><input type="checkbox"/> 終了</p>

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) サービス評価表

様式 8

評価日

被保険者番号

利用者氏名

様

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因		今後の方針
				本人・家族の意見	計画作成者の評価	

総合的な方針	地域包括支援センター意見		
		<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了