

【簡易なケアプランの様式（案）】

（平成 27 年 6 月 5 日 介護保険最新情報 VOL. 484 より出典）

様式 6

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は、欄掛け部分の記載は省略可能

N.○ \_\_\_\_\_

利用番号 \_\_\_\_\_ 期 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 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 地域支援事業

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日） \_\_\_\_\_ 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） \_\_\_\_\_

目標とする生活 \_\_\_\_\_ 担当地域包括支援センター： \_\_\_\_\_

1日		1年								
アセスメント領域と現在の状況 (運動・移動について)	本人・家族の意向・意向 (希望・原因)	領域における課題 (背景・原因)	課題に対する目標と具休案の提案	具休案についての意向 本人・家族	目標	目標についての支援のポイント ( )	支援計画 介護保険サービス 又は地域支援事業 (障害者のサービス)	サービス 種別	事業所 (利用先)	期間
(運動・移動について)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )					
(日常生活(家庭生活)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  
主治医変更要、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本未行うべき支援が実施できない場合】  
要する支援の要請に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

【署名】

地域包括支援センター

【捺印】

平成 年 月 日 印

計画に関する同意  
上記計画について、同意いたします。

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	物忘れ	うつ
○/5	○/2	○/3	○/2	○/3	○/5