

介護予防サービス・支援計画書（1）

【ケアマネジメントC用】

新規・通所型サービスC終了時（卒業加算あり・なし）

様式1

利用者区分：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 生年月日

年 月 日 被保険者番号

担当地域包括支援センター：

計画作成者氏名

計画作成事業者・事業者名及び所在地

計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日)

年 月 日)

認定年月日

年 月 日

認定有効期限

年 月 日～ 年 月

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	目標	支 援 計 画									
			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 または地域支援事業								
運動・移動について		1.										
日常生活(家庭生活)について		2.										
社会参加、対人関係・ コミュニケーションについて		3.										
健康管理について		<p>【総合的な援助方針】</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">地域包括支援センター</td> <td colspan="2">【計画に関する同意】</td> </tr> <tr> <td>【意見】</td> <td>【確認印】</td> <td colspan="2">介護予防サービス・支援計画書について同意いたします。</td> </tr> </table>			地域包括支援センター		【計画に関する同意】		【意見】	【確認印】	介護予防サービス・支援計画書について同意いたします。	
地域包括支援センター		【計画に関する同意】										
【意見】	【確認印】	介護予防サービス・支援計画書について同意いたします。										

健康状態について（主治医意見書、健診結果、観察結果を踏まえた留意点）

※網掛け部分への記載は 必須ではない。

介護予防サービス・支援計画書（1）					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																		
利用者名	様 生年月日	年 月 日	被保険者番号	担当地域包括支援センター：																			
計画作成者氏名	計画作成事業者・事業者名及び所在地：																						
計画作成(変更)日 年 月 日	(初回作成日 年 月 日)	認定年月日 年 月 日	認定有効期限 年 月 日～ 年 月 日																				
目標とする生活	1日	1年																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>アセスメント領域と現在の状況</th> <th>本人・家族の意欲・意向</th> <th>領域における課題(背景・原因)</th> <th>総合的課題</th> <th>課題に対する目標と具体策の提案</th> <th>具体策についての意向 本人・家族</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>運動・移動について</td> <td rowspan="4"></td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td rowspan="4">1 2 3</td> <td rowspan="4">1 2 3</td> <td rowspan="4">1 2 3</td> </tr> <tr> <td>日常生活(家庭生活)について</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</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><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>健康管理について</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> </tbody> </table>						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	運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1 2 3	1 2 3	1 2 3	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
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																		
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1 2 3	1 2 3	1 2 3																		
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(主治医意見書、健診結果、観察結果を踏まえた留意点)			必要な事業プログラム																				
			<input type="checkbox"/> 運動不足	<input type="checkbox"/> 栄養改善	<input type="checkbox"/> 口腔内ケア	<input type="checkbox"/> 閉じこもり予防	<input type="checkbox"/> 物忘れ予防	<input type="checkbox"/> うつ予防															

介護予防サービス・支援計画書（2）		被保険者番号	利用者名	様 生年月日 年 月 日	
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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所
	()				
	()				
	()				

【総合的な援助方針】
(生活不活発病の改善・予防のポイント)

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

【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)

【計画に関する同意】
介護予防サービス・支援計画書について同意いたします。

年 月 日 氏名

住民サービス利用等開始証明書（引継書）

●●高齢者いきいき安心センター（●●指定居宅介護支援事業者）がケアマネジメントを行う利用者 ■■■■■様に対して、_____年_____月から、サービス又は活動の場の提供を行っていただきますようお願ひいたします。

なお、利用者への説明及び利用者からの同意取得は、_____年_____月_____日に済んでいます。

事業者名：●●高齢者いきいき安心センター
(●●指定居宅介護支援事業者)

住 所：

電 話：

F A X：

担 当 者：

記 入 日：

----- サービス・活動提供者記載欄 -----

上記の件について、当書面をもってサービス利用又は活動参加の申込を受け付けました。
■■■■■様におかれましては、_____年_____月_____日より、サービスの利用又は活動への参加が開始されます。

サービス・活動提供者名：

事 業 所 の 住 所：

事 業 所 の 電 話：

事 業 所 の F A X：

サービス・活動の名称・種類：

担 当 者：

記 入 日：

なお、個人情報の取扱いに当たっては、以下の点を遵守します。

- ① サービス・活動提供者及びその従事者は、住民サービス等又は地域の予防活動等の場の提供に当たつて知り得た利用者又はその家族の秘密及び個人情報をについて、正当な理由がない限り、サービス又は活動の場の提供中及び提供終了後においても、第三者には漏らしません。
- ② サービス・活動提供者は、その従事者であった者が、従事者であった際に知り得た利用者又はその家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。
- ③ サービス・活動提供者は、利用者及びその家族の個人情報をについて、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者等との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。

参考様式

サービス・活動提供者 御中

●●高齢者いきいき安心センター
(地域包括支援センター)
[●●居宅介護支援事業者]

ケアマネジメント利用者に対する住民サービス・活動の場の提供について（依頼）

平素より、高齢者いきいき安心センター（●●居宅介護支援事業者）の業務に格別のご理解・ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本センター（本居宅介護支援事業者）では、松戸市が行う介護予防・日常生活支援総合事業に基づき、高齢者の方の介護予防ケアマネジメント業務を実施しています。この業務の一環として、高齢者の介護予防と自立支援を推進する観点から、要支援者、総合事業対象者又はこれらを卒業した方を、ケアマネジメントを通じて、地域の予防活動、就労、ボランティア、趣味活動等に積極的につないでいるところです。

つきましては、こうした住民サービス等の利用又は地域の予防活動等への参加が適切であると考えられる利用者様をご紹介いたしますので、提供者様において、住民サービス等又は地域の予防活動等の場を提供していただきますよう、お願ひいたします。

なお、ご多忙中お手数をおかけいたしますが、別添の住民サービス利用等開始証明書（引継書）について、必要事項をご記入の上、当月末日までに、●●高齢者いきいき安心センター（●●居宅介護支援事業所）まで、FAX又は郵送にてご返信を下さいますよう重ねてお願い申し上げます。

〔添付書類〕

- ・住民サービス利用等開始証明書（引継書）

〔留意事項〕

利用者様の状況変化等があった際には、事業者様から、●●高齢者いきいき安心センター（●●居宅介護支援事業所）まで、ご連絡下さるようお願いします。

<問い合わせ先>

●●高齢者いきいき安心センター（●●居宅介護支援事業所）
TEL 047- - FAX 047-

住民サービス利用等開始申告書

様式4

事業者名：●●高齢者いきいき安心センター
(●●指定居宅介護支援事業者)

住 所：

電 話：

F A X：

担 当 者：

記 入 日：

●●高齢者いきいき安心センター(●●指定居宅介護支援事業者)がケアマネジメントを行う利用者 ■■■■■様に対して、_____年_____月から、下記のサービス又は活動の場の提供が行われることを申告します。

なお、利用者への説明及び利用者からの同意取得は、_____年_____月_____日に済んでいます。

また、サービス・活動提供者へは、_____年_____月_____日に、様式5
(住民サービス等の提供等に当たっての個人情報保護の遵守について)を送付し、
その内容を説明した上で、その記載事項に同意を得ています。

記

サービス・活動提供者名：

提供事業所の住所：

提供事業所の電話：

提供事業所のFAX：

サービス・活動の名称・種類：