

記入日 年 月 日

利用者 氏名

◆ 介護予防ケアマネジメントの類型と利用者の状態像※ 該当項目に○印をし、類型の判断材料とする。 担当者 氏名

ケアマネジメントの類型	ケアマネジメントⅠ		ケアマネジメントⅡ		ケアマネジメントⅢ	
ケアマネジメントの内容	原則的な介護予防ケアマネジメント		簡略化した介護予防ケアマネジメント		初回のみ介護予防ケアマネジメント	
	チェック	内容	チェック	内容	チェック	内容
利用者像						アセスメントに基づき、本人がその内容にそって介護予防の活動を行い、セルフマネジメントを進めることができる。状況が変化した場合は、地域包括支援センターに相談ができる。
利用サービス (介護予防・生活支援 サービス事業のみ利用)		・訪問型サービス（従前相当、サービスA） ・通所型サービス（従前相当、サービスA） ・短期集中予防サービス（訪問型C・通所型C） ・上記と通所型サービスBの併用				・通所型サービスBのみ (将来的に訪問型サービスB・Dを想定)
世帯状況		近隣に支援者、キーパーソンがいない独居、または、同居家族がいるが、同居家族に課題あり		近隣に支援者、キーパーソンがいる独居（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅入居者を含む）または、支援者、キーパーソンである同居家族あり		
既往歴または急性期症状による病状		病状が不安定		病状は安定している		
認知機能の低下や精神・知的障がいにより日常生活に支障がある症状や行動の有無		あり		なし		
外出の状況				仕事（農作業）、趣味、社会参加（地域の集まり）等の外出が可能		
サービスを休む場合や特変時に本人や家族等からの連絡		連絡がないことが多い		その都度、連絡あり		
想定されるケアマネジメントに○						