

利用者名 _____ 様
 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 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：計画作成事業者・事業所名 _____
 委託作成者氏名 _____ 所在地 (連絡先) _____
 計画作成 (変更) 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 担当地域包括支援センター _____

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 (背景と原因)	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			
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			

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

健康状態について：主治医意見書、生活機能評価、検診結果等を踏まえた留意点

	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						

介護予防サービス・支援計画書2 (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においては、網掛け部分の記載は省略可能

目標とする生活

1日		1年	
----	--	----	--

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 又は地域支援事業 (総合事業のサービス)	サービス種別 (※保険給付○)	事業所 (利用先)	期間

【本来行うべき支援ができない場合】
 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・予防のポイント

地域包括支援 センター	意見
	確認印

計画に対する同意

上記計画について、同意いたします。	
年 月 日	
氏 名	印