

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(2-1)

利用者名: _____ 様

(元気な生活応援計画書)

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					
日常生活(家庭生活)について					
社会参加、対人関係、コミュニケーション					
健康管理について					

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(2-2)

利用者名: _____ 様

(元気な生活応援計画書)

目標	支 援 計 画					
	目標についての 支援ポイント	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 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
	()					
	()					

No. _____
(介護保険被保険者番号)

介護予防サービス・支援計画表(1)
(元気な生活応援計画書)

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 認定年月日: _____ 認定の有効期間: _____ ~

計画作成者氏名: _____ [委託の場合]計画作成事業者・所名(連絡先): _____ 電話: _____

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: _____ 電話: _____

目標とする生活

1日		1年	
----	--	----	--

総合的な援助の方針(生活の自立支援、生活機能の改善、悪化を予防するポイント)

--

健康状態について(観察結果や得られた医療情報等を踏まえた改善・維持・悪化予防のポイント)

--

【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

--

※基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)を記入します。
必要と思われる事業プログラムに○印をつけています。

運動機能 改善	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
/	/	/	/	/	/

【地域包括支援センター記入欄】

担当地域 包括支援 センター	名		確認印
	意見		

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

_____ 年 月 日 氏名 ⑩