

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(2-1)
(元気な生活応援計画書)

利用者名: _____ 様

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
	()				
	()				

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

印