

# 介護予防サービス・支援計画書

NO. \_\_\_\_\_

利用者名 _____ 様	認定年月日 _____	平成 年 月 日	認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日	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
--------------	-------------	----------	----------------------	----------	---------	-----------	--------

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(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: \_\_\_\_\_

目標とする生活	1年
---------	----

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	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	期間
運動・移動について		□有 □無					( )					
日常生活(家庭生活)について		□有 □無										
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有 □無					( )					
健康管理について		□有 □無					( )					

健康状態について  
□主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援ができない場合】  
適切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

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

	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						

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印



介護予防サービス・支援評価表

評価日 \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針

地域包括支援センター意見

- プラン継続
- プラン変更
- 終了
- 
- 

- 介護給付
- 予防給付
- 介護予防特定高齢者施策
- 介護予防一般高齢者施策
- 終了