介護予防サービス・支援計画表

NO. _____

被保険者番号

利用者名 _____ 様 認定年月日 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日		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

【本来行うべき支援が実施できない場合】

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防ポイント

主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

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)/(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 印をつけてください。

計画に関する同意

	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】

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 年 月 日

利用者名

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
--------	--------------	----------------------	--