

No. _____

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

介護予防サービス・支援計画表(1/3)

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

計画作成者氏名 _____ 担当地域包括支援センター

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)

目標とする生活	1日、1週間、 または1月	
	1 年	
総合的な方針 (生活の不活発化の改善 ・予防のポイント)		

【地域包括支援センター記入欄】 ※委託の場合

担当地域 包括支援 センター	名称		確認
	意見		

【利用者記入欄】

介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。
年 月 日
氏名 _____

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(2／3)

利用者名 _____ 様

計画作成(変更)日 _____ 年 月 日

【健康状態について:主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点】

--

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

運動器の 機能向上	栄養改善	口腔機能 の向上	閉じこもり 予防	物忘れ予防	うつ予防

現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	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 本人・家族の意向
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			
その他の事項について		☐ 有 ☐ 無			

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(3/3)

利用者名 _____ 様

計画作成(変更)日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

目標	支 援 計 画							
	目標についての 支援のポイント	具体的な支援の内容		※1	サービス 種別	サービス提供者 (事業所)	頻度	期間
	()	本人の取組						
		家族・地域の 支援、民間 サービス等						
		介護保険サビ ス 地域支援事業 区市町村サビ ス						
	()	本人の取組						
		家族・地域の 支援、民間 サービス等						
		介護保険サビ ス 地域支援事業 区市町村サビ ス						
	()	本人の取組						
		家族・地域の 支援、民間 サービス等						
		介護保険サビ ス 地域支援事業 区市町村サビ ス						

※1 予防給付の対象サービス又は二次予防事業の場合は、○をつける。

【本来行うべき支援が実施できない場合：当面の方針】

--

No. _____

介護予防週間支援計画表

利用者名 _____ 様

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
午前	10:00								
	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
	20:00								
夜間	22:00								
	24:00								

週単位以外の サ ー ビ ス	
-------------------	--

介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名

計画作成者氏名

[illegible]

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

※2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者（本人・家族を含む）の所属（職種）及び氏名、検討した内容等を記入する。

なお、サービス担当者会議の要点については、別紙「サービス担当者会議の要点」等に記載して差し支えない。

※3 対応方法欄には、支援経過の記載内容を把握した手段・方法を記載する（電話、訪問、サービス担当者会議等）。

サービス担当者会議の要点

利用者名 _____ 様

作成担当者 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
利用者・家族の出席 本人:【 】 家族:【 】 (続柄:)						
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

No. _____

介護予防サービス・支援評価表

評価日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

利用者名 _____ 様

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	目標達成状況に対する評価		今後の方針
				本人・家族の意見	計画作成者の評価	

総合的な方針	介護予防支援事業者意見		
		☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了	☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 二次予防事業 ☐ 一次予防事業 ☐ 終了