

【様式A】

事業所名：

事業者番号

利用者氏名	男 女	生年月日	年 月 日	住所		電話 番号	
		要支援度	要支援 1 要支援 2				
計画作成者職 氏名		作成年月日 (変更年月日)	平成 年 月 日 (平成 年 月 日)				

1 介護予防通所介護計画の概要

介護予防通所介護の目標】

長期)	
短期)	

解決すべき課題】

--	--

利用者本人及び家族の希望

利用者)
家族)

具体的な援助内容】

プログラム 時間、内容)	個別のサービス内容	サービス提供に当た る際の留意事項
時間	プログラム内容	
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		

※利用者の状態や状況により、プログラムの実施回数・順序は変更となる場合があります。

提供時間	曜日区分
： ～ ：	Ⅰ Ⅱ Ⅲ
利用予定	月 火 水 木 金 土 日 利用日 曜日 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 利用回数 週 回

利用者氏名 _____ 事業所名 _____ 記入者名 _____ 担当包括支援センター 泉佐野市・熊取町・田尻町 _____

2 モニタリング結果

評価実施日	①サービスの実施状況	②利用者及び家族の満足度	③利用者の生活の状況及び心身の状況の変化等	④サービス提供量の変更の必要性等
年 月 日	1 計画の通り実施することができた。 2 ほぼ計画の通り実施することができた。 3 計画の通り実施することができなかった。 ※ 1以外の場合はその理由等	利用者 1満足 2不満足 家族 1満足 2不満足 ※ 1以外の場合はその理由等	1 変化なし 2 変化あり ※ 1 2ともその状況等	1 必要なし 2 必要あり ※ 1以外の場合はその理由等
年 月 日	1 計画の通り実施することができた。 2 ほぼ計画の通り実施することができた。 3 計画の通り実施することができなかった。 ※ 1以外の場合はその理由等	利用者 1満足 2不満足 家族 1満足 2不満足 ※ 1以外の場合はその理由等	1 変化なし 2 変化あり ※ 1 2ともその状況等	1 必要なし 2 必要あり ※ 1以外の場合はその理由等

- ① 利用者に係る介護予防支援計画の内容どおりに、サービス提供を実施できたかどうかにより、記載してください。
- ② 現に利用しているサービスについて、利用者及び家族が満足しているかどうかにより、記載してください。
- ③ 利用者の生活状況や心身の状況に変化がないかどうかにより、記載してください。
- ④ 介護予防支援計画の変更が必要となるような新たな課題が生じていないか、提供したサービスの内容について、③の内容に照らして適切であるかどうか等により判断した結果を記載してください。