

初回予防プラン受付表

		NO.						
相談日	平成 年 月 日	受付者						
相談方法	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他							
フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 明治 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 昭和 (歳)					
対象者氏名	様	生年月日						
住所	市		電話番号					
相談者氏名	関係							
相談者住所	電話番号							
予防プラン	一般高齢者・特定高齢者・要支援			予防プラン作成		居宅・包括		
	要支援1・2	期間	平成		認定日			
	担当居宅支援事業所			担当居宅支援専門員氏名				
	基本情報	有 ・ 無		同行訪問	可 ・ 不可			
	利用サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所・デイケア <input type="checkbox"/> 福祉用具							
備考								
処置概要	<input type="checkbox"/> 担当者 <input type="checkbox"/> 次回訪問 <input type="checkbox"/> その他 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>							
		確認印	所長					

利用者基本情報

NO.

東部 中部 西部 北部 地域包括支援センター
作成担当者: _____

《基本情報》

相談日	平成 年 月 日	来所 その他	電話 訪問	初回 再来 (前 月 日)				
本人の現況	在宅 入院 入所 ()							
フリカナ		男 ・ 女	明治 大正 昭和	年 月 日生 歳				
本人氏名								
被保険者番号								
住所	昭島市	Tel						
		Fax						
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2					
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I IIa IIb IIIa IIIb IV M					
認定情報	非該当 要支1 要支2 要介1 要介2 要介3 要介4 要介5 有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度)							
障害等認定	身障 () 療育 () 精神 () 難病 () ()							
本人の住居環境	自宅 借家 一戸建て 集合住宅 自室の有無 () 階 住宅改修の有無 ()							
経済状況	国民年金 厚生年金 障害年金 生活保護 ()							
来所者(相談者)	家族構成 家族関係等の状況							
住所連絡先					続柄			
緊急連絡先					氏名	続柄	住所・連絡先	

《相談内容と対応》

相談経路				
相談内容				
他機関での相談状況	緊急 通常 継続 (回目) 情報提供のみ 終了			
対応	支援計画(概要)			
	相談継続	つなぎ先: 内容: 日時: 年 月 日 () 時	担当者:	
	相談難航	次回予約日: あり 月 日 () 時	なし	担当:
	モニタリング	不要 必要 ⇒ 年 月 日 時頃 確認先		

利用者基本情報

氏名 _____

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年 月 日	病 名	医 療 機 関 ・ 医 師 名 (主治医・意見作成者に☆)		経 過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

基本チェックリスト

氏名 _____ 〇 _____

No	質問項目	回答 (いずれかに〇をお付け下さい)			
1	バスや電車で1人で外出していますか	0	はい	1	いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0	はい	1	いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0	はい	1	いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0	はい	1	いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0	はい	1	いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0	はい	1	いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0	はい	1	いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0	はい	1	いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1	はい	0	いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1	はい	0	いいえ
11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1	はい	0	いいえ
12	身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMI = _____) (注)				
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1	はい	0	いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1	はい	0	いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1	はい	0	いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0	はい	1	いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1	はい	0	いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1	はい	0	いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0	はい	1	いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1	はい	0	いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1	はい	0	いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1	はい	0	いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1	はい	0	いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1	はい	0	いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1	はい	0	いいえ

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

認知症予防

うつ予防

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が18.5未満の場合に該当とする。

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
/5	/2	/3	/2	/3	/5

氏名 : 0 様 年齢 : 0 歳 性別 :

年 月 日

1. 運動・移動について			
自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手すりや杖に頼らないと不安である <input type="checkbox"/> 介助を受けている	転倒不安の内容	現在の状況 本人・家族の意向 背景・原因
屋外を安全に歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自宅の周辺なら歩ける <input type="checkbox"/> 杖や補助具が必要である <input type="checkbox"/> 介助があれば歩ける <input type="checkbox"/> 車椅子が必要である	介助の状況や歩ける距離等	
交通機関を利用して外出することができますか	<input type="checkbox"/> ひとりできる 《利用している交通機関》 電車・バス・タクシー・ <input type="checkbox"/> 車運転・自転車・ その他() <input type="checkbox"/> 介助がないとできない	介助の状況	
階段・段差の昇降は壁を伝わずできますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
1週間にどのくらい外出していますか	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2~3日程度 <input type="checkbox"/> 4~5日程度 <input type="checkbox"/> 1日程度	外出理由	
2. 日常生活(家族生活)について			
日用品の買い物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	現在の状況 本人・家族の意向 背景・原因
預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 金融機関の手続きは頼む <input type="checkbox"/> すべて人に任せている	主な支援者	
自分で調理をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえばできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
自分で掃除やゴミ捨てを行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえばできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
自分で洗濯を行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえばできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
花木・ペットなどの世話を自分で行っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえばできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
3. 社会参加・対人関係・コミュニケーションについて			
テレビ・新聞など社会の出来事に関心がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		現在の状況 本人・家族の意向 背景・原因
趣味や楽しみ、好きでやっていることはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	趣味や楽しみの内容	
家族と良く話をしますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
友人や近隣の人たちとの関係は良いですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
友人を招いたり、友人の家を訪問したりしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
仕事を続けていますか(自営業や簡単な作業)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	仕事の内容	
ボランティア活動や老人クラブ・町内会の活動に参加していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	参加の状況	
家庭や地域での役割がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	具体的な役割	

4、健康管理について			
健康であると思いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	疾病状況	現在の状況
運動をしたり休養をとったりしていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	内容・していない理由等	
定期的に受診していますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	内容・していない理由等	
身だしなみや身体の清潔を心がけていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		本人・家族の意向
喫煙・飲酒の状態はどうですか	<input type="checkbox"/> 両方ともしない <input type="checkbox"/> 喫煙する <input type="checkbox"/> 飲酒する	喫煙 1日 本 飲酒量	
トイレの失敗はありますか	<input type="checkbox"/> 良くある <input type="checkbox"/> たまにある <input type="checkbox"/> ない		
自分で入浴していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえばできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	背景・原因
自分で歯磨きや義歯の洗浄をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえばできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
よく眠れますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	睡眠時間 時間	
薬を飲み忘れずに管理していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	服薬の内容・管理している人	
自分で物忘れがあると思いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
5、その他の確認事項について			
自分のことは自分で決めていますか	<input type="checkbox"/> 決めている <input type="checkbox"/> 決めていない	主な決定者	
住まいのことで何か問題がありますか	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	問題点	
経済的な状況はどうか	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	問題点	
家族や友人、近隣の人たちから支援を受けることができますか	<input type="checkbox"/> 現在受けている <input type="checkbox"/> 現在受けていないが受けることができる <input type="checkbox"/> 受けられない	受けられない理由	

A表

No. _____

継続	認定済	事業対象者	地域支援 事業
----	-----	-------	------------

(介護予防・総合事業) 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 _____ 委託の場合:
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 平成 _____ 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】

【利用者記入欄】

担当地域包括 支援センター	名称		確認印	(介護予防・総合事業) サービス・支援計画につ いて、同意いたします。 年 月 日 氏名 _____ 印
	意見			

B表

No. _____

(介護予防・総合事業)サービス・支援計画表(2/3)

利用者名 _____ 0 _____ 様

計画作成(変更)日 平成 0 年 0 月 0 日

【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】

Empty box for health status notes.

【必要な事業プログラム】

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
0 / 5	0 / 2	0 / 3	0 / 2	0 / 3	0 / 5

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		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
その他の事項について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

C表

No. _____

(介護予防・総合事業)サービス・支援計画表(3/3)

利用者名 0 様

計画作成(変更)日平成 0 年 0 月 0 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
	(1)	本人の取組					
		家族・地域の の支援、民間 サービス等					
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス					
	(2)	本人の取組					
		家族・地域の の支援、民間 サービス等					
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス					
	()	本人の取組					
		家族・地域の の支援、民間 サービス等					
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス					

※1 予防給付の対象サービス又は介護予防特定高齢者施策の場合は、○をつける。

【本来行いべき支援が実施できない場合:当面の方針】

Empty box for implementation plan when necessary support cannot be provided.

D表

No. _____

(介護予防・総合事業)週間支援計画表

利用者名 _____ 0 _____ 様

	4:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	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								
	0:00								
深夜	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス	
------------	--

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
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)						

(介護予防・総合事業)支援・サービス評価表

評価日 平成 年 月 日

No. _____

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	地域包括支援センター意見
	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了