

利用者基本情報（表面）

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳	
住 所	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 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

利用者基本情報（裏面）

《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 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 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

介護予防支援事業者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、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、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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。

_____年 月 日 氏名

基本チェックリスト実施票

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をしてください。)	
		0. はい	1. いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか（自分で運転する場合も含みます）	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか（自ら外出し、日用品を購入していれば「はい」、電話等の注文のみで済ませている場合は「いいえ」とします。）	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか（家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」とします。）	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか（電話による交流や家族・親戚の家への訪問は「いいえ」とします。）	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか （電話のみで相談にに応じている場合も「はい」とします。）	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（時々手すり等を使用している程度であれば「はい」、習慣的に使用している場合は「いいえ」とします。）	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 （時々つかまっている程度であれば「はい」とします。）	0. はい	1. いいえ
8	15分くらい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 （自分の健康状態や体力から転びやすいと感じる方は「はい」とします。）	1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか （6か月以上かかって減少している場合は「いいえ」とします。）	1. はい	0. いいえ
12	身長（ cm） 体重（ kg） ※体重は1ヶ月以内の値（BMI ）	1. 18.5未満	0. 18.5以上
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか（半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化がない場合は「いいえ」とします。）	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（週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヶ月の状態を平均してください。）	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るか（本人が物忘れがあると思って周りの人から指摘されない場合は「いいえ」とします。）	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（誰かに電話番号を尋ねてかけたり、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合は「いいえ」とします。）	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 （月と日の一方しかわからない場合は「はい」とします。）	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

※ BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

生活機能評価表

氏名		性別		調査日		年 月 日	
		事前	事後	備考			
A D L	室内歩行						
	屋外歩行						
	外出頻度						
	排泄						
	食事						
	入浴						
	着脱衣						
I A D L	掃除						
	洗濯						
	買物						
	調理						
	整理						
	ごみ出し						
	通院						
	服薬						
	金銭管理						
	電話						
	社会参加						
自立度	自立		一部介助		全介助		
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い	
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2	

介護予防サービス・支援計画書

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

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：計画作成者事業者・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		<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					()					

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

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当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						

【意見】

地域包括支援センター
※委託の場合

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

パワーアップ教室支援計画書

計画作成日	令和 年 月 日	受付機関名	
		計画作成者氏名	

利用者名		認定区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2
		認定年月日	令和 年 月 日
生年月日	昭和 年 月 日	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日

総合的課題	<アセスメントによって導き出された課題>

めざす目標	<パワーアップ教室の利用によってめざす達成目標>

利用事業所

事業所 (利用先)		<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 通所
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

心身の健康状態

基本チェックリスト結果		令和 6 年 4 月 27 日実施									
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						
0 / 5	0 / 2	0 / 3	0 / 2	0 / 3	0 / 5						

心身の健康状態に関する留意点	
----------------	--

地域包括支援センター(※委託の場合)

意見	
----	--

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">令和 年 月 日 氏名 _____</div>

ステップ1 ▶ していることや興味の確認

まず、あなたの趣味や興味のあることなどを確認してみましょう。なお、項目にないものは空欄に記載してください。

- 現在している⇒「している」
- 現在していないが、してみたい⇒「してみたい」
- できる・できないに関わらず興味がある⇒「興味がある」

■以下の項目について、該当するものに○をつけてください。

1	読書・生涯学習・歴史	している・してみたい・興味がある
2	俳句	している・してみたい・興味がある
3	書道・習字	している・してみたい・興味がある
4	絵を描く・絵手紙	している・してみたい・興味がある
5	パソコン・ワープロ	している・してみたい・興味がある
6	写真	している・してみたい・興味がある
7	映画・観劇・演奏会に行く	している・してみたい・興味がある
8	お茶・お花	している・してみたい・興味がある
9	歌を歌う・カラオケ	している・してみたい・興味がある
10	音楽を聴く・楽器演奏	している・してみたい・興味がある
11	編み物・針仕事	している・してみたい・興味がある
12	畑仕事	している・してみたい・興味がある
13	家族との団らん・孫の世話	している・してみたい・興味がある
14	地域の子どもの世話	している・してみたい・興味がある
15	動物の世話	している・してみたい・興味がある
16	デート・異性との交流	している・してみたい・興味がある
17	居酒屋に行く	している・してみたい・興味がある
18	賃金を伴う仕事	している・してみたい・興味がある

■以下の項目について、該当するものに○をつけてください。

19	友達とのおしゃべり	している・してみたい・興味がある
20	将棋・囲碁	している・してみたい・興味がある
21	麻雀・花札など	している・してみたい・興味がある
22	散歩・体操・運動など	している・してみたい・興味がある
23	野球・相撲観戦	している・してみたい・興味がある
24	競馬・競輪・競艇・パチンコ	している・してみたい・興味がある
25	地域活動(町内会・老人クラブ)	している・してみたい・興味がある
26	お参り・寺社めぐり	している・してみたい・興味がある
27	旅行・温泉	している・してみたい・興味がある
28	ボランティア	している・してみたい・興味がある
29		している・してみたい・興味がある
30		している・してみたい・興味がある
31		している・してみたい・興味がある
32		している・してみたい・興味がある
33		している・してみたい・興味がある
34		している・してみたい・興味がある
35		している・してみたい・興味がある
36		している・してみたい・興味がある

※仕事や資格、得意なことなど、あなたがこれまで経験してきたことを、以下に書き出してみましょう！活動のヒントが得られるかもしれません。

(例：電化製品の営業をしていた。パソコン講座の講師経験がある。)

ステップ2 家事動作できる度チェック

次に、あなたが日常的に行っている家事動作を確認してみましょう。また、工夫している点や気になる点などは備考欄に記載してください。

- ◎…楽にできる
- …工夫すればひとりでできる
- △…できなくなった(手助けが必要)
- ×…全くできない、以前からしていない



《記載例》

No.	家事動作	1回目	2回目	備考
1	掃除	○	→ ○	①掃除機が重く感じるようになったので、軽いもの買い替えた。 ②高いところの掃除が少し心配。
2	洗濯 (干す・たたむ)	△	→ ○	①干す作業がづらくなってきた。 ②物干し竿の位置を低めに変更し、楽に干せるようになった。
3	買い物	△	→ ○	①週1回、徒歩で買い物。荷物が重たく大変になってきた。 ②週3回に分けて買い物に行っている。
4	調理	◎	→ ○	①3食自炊している。 ②朝はパン食で軽く済ませることが増えた。
5	身の回りの整理整頓	○	→ ○	①片付けを後回しするようになってきた。 ②最近探し物をするが増えた。
6	ゴミ出し	○	→ ○	①重いものは小分けして出している。 ②倉庫の粗大ゴミを片付けたい。

1回目と2回目で変化はありましたか？

実施日: 1回目
2回目

年 月 日
年 月 日

■以下の項目について、◎・○・△・×をつけてください。

No.	家事動作	1回目	2回目	備考
1	掃除			
2	洗濯 (干す・たたむ)			
3	買い物			
4	調理			
5	身の回りの整理整頓			
6	ゴミ出し			

ステップ3 フレイルチェック

あなたの現在の状態を簡単にチェックしてみましょう。
「フレイルチェック」を実施し、結果を次ページに記入してください。

質問項目		該当したら チェック☑
運動機能	1 階段をのぼるのに手すりが必要	<input type="checkbox"/>
	2 椅子から立ち上がる時手すりや杖が必要	<input type="checkbox"/>
	3 15分くらい続けて歩くことができない（杖使用の有無は問わない）	<input type="checkbox"/>
	4 この1年間に転んだことがある	<input type="checkbox"/>
	5 転倒に対する不安が大きい	<input type="checkbox"/>
チェック☑が3つ以上でフレイル対策が必要		計 個
栄養状態	6 6か月間で2~3kg以上、体重が減った	<input type="checkbox"/>
	7  【指わかテスト】 ふくらはぎのもっとも太い部分を 両手の親指と人さし指で囲める (人さし指や親指同士が離れる場合は非該当)	<input type="checkbox"/>
チェック☑が1つ以上でフレイル対策が必要		計 個
口腔機能	8 半年前に比べて固い物が食べにくくなった	<input type="checkbox"/>
	9 お茶や汁物等でむせることがある	<input type="checkbox"/>
	10 口の渇きが気になる	<input type="checkbox"/>
チェック☑が2つ以上でフレイル対策が必要		計 個
社会参加	11 週に1度も外出しないことがある	<input type="checkbox"/>
チェック☑が1つでフレイル対策が必要		計 個

チェック☑の数を記入しましょう。

実施日	運動 No.1~5	栄養 No.6~7	口腔 No.8~10	社会参加 No.11
/	/ 5	/ 2	/ 3	/ 1
/	/ 5	/ 2	/ 3	/ 1
/	/ 5	/ 2	/ 3	/ 1
/	/ 5	/ 2	/ 3	/ 1
/	/ 5	/ 2	/ 3	/ 1
/	/ 5	/ 2	/ 3	/ 1
/	/ 5	/ 2	/ 3	/ 1
/	/ 5	/ 2	/ 3	/ 1

私のプラン 目標と取り組むことを決める

作成日： 年 月 日(1回目)

ここから、あなたのプランを作っていきます。
 「実際にやってみたい」「うまくできるようになりたい」
 「続けていきたい」ということを書き出してみましょう。

◆私の生活目標 例：自分で買い物に行くことは続けたい。

※目標が思いつかない時のヒント①：今できていることのうち、今後も諦めたくないことは何でしょうか？(ステップ1と2をチェック!)

上記の目標を達成するために、ご自身で取り組むこと(セルフケア)を右上の表に書き出してみましょう。
 また、半年後と1年後に自己評価してみましょう。

②週間計画表			
	月	火	水
午前			
午後			

①目標を達成するために取り組むこと	自己評価
例：腕の力をつけるため、重りをもって体操する	できた・まあまあ ・できていない
	できた・まあまあ ・できていない
	できた・まあまあ ・できていない

《記入例》

木	金	土
7:30 テレビ体操		
		10:00 定期集会

左の例のようにセルフケアや参加する活動、支援などの内容を、下の表に書き込んでみましょう。

木	金	土	日

私のプラン 目標と取り組むことを決める

作成日： 年 月 日(2回目)

ここから、あなたのプランを作っていきます。
 「実際にやってみたい」「うまくできるようになりたい」
 「続けていきたい」ということを書き出してみましょう。

◆私の生活目標 例：孫夫婦に手料理を振舞いたい。

※目標が思いつかない時のヒント②：前回目標を立てた時と今を比べるとどのような変化がありましたか？(ステップ2と3をチェック!)

上記の目標を達成するために、ご自身で取り組むこと(セルフケア)を右上の表に書き出してみましょう。
 また、半年後と1年後に自己評価してみましょう。

②週間計画表			
	月	火	水
午前			
午後			

①目標を達成するために取り組むこと	自己評価
例：筋力や体力をつけるため、運動教室に毎週通う。	できた・まあまあ ・できていない
	できた・まあまあ ・できていない
	できた・まあまあ ・できていない

《記入例》

木	金	土
7:30 テレビ体操		
13:00 運動教室		10:00 定期集会

左の例のようにセルフケアや参加する活動、支援などの内容を、下の表に書き込んでみましょう。

木	金	土	日

その他 ▶ 知っておいてほしいこと

かかりつけ医から言われていることや、みんなに知っておいてほしいこと、家族や友人に応援してほしいことを記入しましょう。

◆かかりつけ医から言われていること

例：無理のない程度に足腰の筋力を鍛えましょう。

◆みんなに知っておいてほしいこと

例：寒い時期は膝が痛くなりやすいです。

◆家族や知人に応援してほしいこと

例：外出していない日が続いていたら、声かけてほしい。

その他 ▶ メモ欄・メッセージ欄

次の目標など思いついたことをメモしておきましょう。また、一緒にプランを作った人がいる場合は、アドバイスやメッセージを記入してもらいましょう。

介護予防支援・サービス評価表

評価日 _____

利用者名 _____ 殿

計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標体制状況	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	介護予防支援事業者意見	
	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 二次予防事業 <input type="checkbox"/> 一次予防事業 <input type="checkbox"/> 終了

別紙様式第二号(七)

指定介護予防支援委託(変更)の届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり、指定介護予防支援の一部を委託(変更)するので届け出ます。

		法人番号									
地域包括支援センター	介護保険事業所番号					届出種別(該当に○)	新規		変更		
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)		都道府県	市区町村						
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号					
		Email									
委託先	介護保険事業所番号										
	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)		都道府県	市区町村						
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号					
		Email									
委託する指定介護予防支援の内容(該当に○)	1	アセスメントの実施		7	モニタリング						
	2	介護予防サービス計画原案の作成		8	評価						
	3	サービス担当者会議の開催		9	給付管理						
	4	介護予防サービス計画原案の説明・同意		10	その他						
	5	介護予防サービス計画書の交付									
	6	サービス提供の連絡調整									
指定介護予防支援の一部を委託する期間		年 月 日 ~ 年 月 日									

- 備考 1 届け出た内容に変更があるときは、全ての内容を記入し、再度提出してください。
 2 委託する指定介護予防支援の内容の「10 その他」を選択時は、下段に内容を記入してください。
 3 委託しようとする事業所が複数ある場合は、指定介護予防支援委託先一覧を提出してください。
 記入欄が不足する場合は、行を追加又は複数ページに記入してください。

(参考) 記入欄不足時の資料
指定介護予防支援委託先一覧

項番	介護保険事業所番号	委託先事業所			委託する指定介護予防支援の内容 (下記内容参照、該当番号に○、10は下段に内容を記載)										指定介護予防支援の一部を委託する期間		
		名称	所在地	連絡先	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1																	年 月 日 ~ 年 月 日
2																	年 月 日 ~ 年 月 日
3																	年 月 日 ~ 年 月 日
4																	年 月 日 ~ 年 月 日
5																	年 月 日 ~ 年 月 日
6																	年 月 日 ~ 年 月 日
7																	年 月 日 ~ 年 月 日
8																	年 月 日 ~ 年 月 日
9																	年 月 日 ~ 年 月 日
10																	年 月 日 ~ 年 月 日

■委託する指定介護予防支援の内容

- 1 : アセスメントの実施
- 2 : 介護予防サービス計画原案の作成
- 3 : サービス担当者会議の開催
- 4 : 介護予防サービス計画原案の説明・同意
- 5 : 介護予防サービス計画書の交付

- 6 : サービス提供の連携・調整
- 7 : モニタリング
- 8 : 評価
- 9 : 給付管理
- 10 : その他