

利用者基本情報

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 ()		
ﾌﾘｶﾞﾅ 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・2	
	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・ 総合事業 情報	非該当・事業対象者・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) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日		
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

《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・過ごし方			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。

令和 年 月 日 氏名

印

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。)	
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も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(ケアマネジメント結果等記録表)

NO. _____ 利用者名 _____ 様 設定年月日 _____ 年 月 日 設定の有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 初期・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(〒番号) _____
 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: _____

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	自費についてのポイント	本人等のセルフケアや家族の支援・インフォर्मーション(医師サービス)	介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
(通常・通常について)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
(日常生活(常態生活)について)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
(社会参加、個人関係・コミュニケーションについて)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
(健康増進について)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						

介護状態について
 〇主治医受診、療養結果、療養結果等を踏まえた留意点

【本表に示す支援ができない場合】
 必要な支援の実施に向けた方針

計画に関する留意
 上記計画について、伺いたいします。
 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 氏名 _____ 印

運動不足	5	2	3	2	3	2	3	5
予防給付または地域支援事業	5	2	3	2	3	2	3	5

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 年 月 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。
令和 年 月 日 氏名 _____

興味・関心チェックシート

まず、あなたの興味、関心があることなどを確認してみましょう。

■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	16	居酒屋に行く	している・してみたい
2	俳句	している・してみたい	17	賃金を伴う仕事	している・してみたい
3	書道・習字	している・してみたい	18	友達とのおしゃべり	している・してみたい
4	絵を描く・絵手紙	している・してみたい	19	将棋・囲碁・麻雀など	している・してみたい
5	パソコン	している・してみたい	20	散歩・体操・運動など	している・してみたい
6	写真	している・してみたい	21	スポーツ観戦	している・してみたい
7	映画・観劇・演奏会に行く	している・してみたい	22	競馬・競輪・競艇	している・してみたい
8	お茶・お花	している・してみたい	23	地域活動(町内会など)	している・してみたい
9	歌を歌う・カラオケ	している・してみたい	24	お参り・神社めぐり	している・してみたい
10	音楽を聴く・楽器演奏	している・してみたい	25	旅行・温泉	している・してみたい
11	編み物・針仕事	している・してみたい	26	ボランティア	している・してみたい
12	畑仕事	している・してみたい	27	料理・お菓子作り	している・してみたい
13	家族との団らん・孫の世話	している・してみたい	28	スマホ・SNS	している・してみたい
14	地域の子どもの世話	している・してみたい	29	美容・ファッション	している・してみたい
15	動物の世話	している・してみたい	30	推し活・ファン活動	している・してみたい

今していることで諦めたくないことやこれからしてみたいことをP.27「私のプラン」の目標に反映できるといいですね！



はじめに

フレイル

運動

パワーアップ

栄養(食生活)

栄養(口直し)

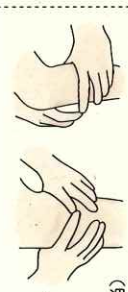
社会参加

認知症

記録簿

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よう。
「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とき手すりや杖が必要	<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  【指わっかテスト】 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

◎半年ごとの結果を記録していきましょう

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」と思うことを書き出してみましよう。

◆私の生活目標

例：野菜を作って、孫と一緒に収穫する。

※P.3の「興味・関心チェックシート」やP.6の「フレイルチェック」を参考に
 目標を立てましよう。

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よう。
 また、半年後と1年後に自己評価してみましよう。

①目標を達成するために取り組むこと

例：週に3回、めじろん元氣アップ体操に取り組む。

①目標を達成するために取り組むこと	自己評価
	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
9:00 めじろん 元氣アップ 体操		10:00 老人クラブ

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よう。

②週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

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」と思うことを書き出してみましょう。

◆私の生活目標

例：収穫した野菜で料理を作る。

※前回立てた目標を踏まえて考えてみましょう。

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。

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
9:00 めじろん 元気アップ 体操	10:00 運動教室	10:00 老人クラブ

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。

②週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) 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	地域包括支援センター意見	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了
--------	--------------	--	---

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 : サービス担当委員会議の開催
- 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原案の交付

- 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