

利用者基本情報

《基本情報》

作成担当者:

相談日	年 月 日 ()	来 所 ・ 電 話		初 回
		その他(訪問)		再 来(前 /)
本人の現況	在 宅 ・ 入 院 又 は 入 所 中()			
被保険者番号		男・女	年 月 日 生 () 歳	
フリガナ				
本人氏名				
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・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 31日 (前回の介護度)】			
障害等認定	身障()			
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室()()階、住宅改修(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)		続柄	家族構成 <small>◎=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)</small>	
来所者(相談者)住所・連絡先	Tel ()			
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

《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
			Tel	治療中 経観中 その他	
			Tel	治療中 経観中 その他	
			Tel	治療中 経観中 その他	
			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、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、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 _____ 印

介護予防アセスメント [1] 基本チェックリスト

フリガナ			調査日	事前	
氏名				事後	

項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		課題領域	
				事前	事後	主領域	副領域
生活機能	1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい 1. 時々 2. いいえ	0		生	社
	2	日用品の買い物をしていますか	0. はい 1. 時々 2. いいえ	0		生	社
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい 1. 時々 2. いいえ	0		生	他
	4	友人の家を訪ねていますか	0. はい 1. 時々 2. いいえ	0		生	社
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい 1. 時々 2. いいえ	0		生	社
運動機能	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. 時々 2. いいえ	0		運	生
	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. 時々 2. いいえ	0		運	生
	8	15分位続けて歩いていますか	0. はい 1. 時々 2. いいえ	0		運	社
	9	この1年間に転んだことがありますか	2. はい 1. 時々 0. いいえ	0		運	健
	10	転倒に対する不安は大きいですか	2. はい 1. 時々 0. いいえ	0		運	社
栄養改善	11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	2. はい 1. 時々 0. いいえ	0		健	生
	12	事前 身長 cm 体重 kg BMI #DIV/0! 事後 身長 cm 体重 kg BMI #DIV/0!				健	生
口腔機能	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	2. はい 1. 時々 0. いいえ	0		健	生
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	2. はい 1. 時々 0. いいえ	0		健	生
	15	口の渇きが気になりますか	2. はい 1. 時々 0. いいえ	0		健	生
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	0. はい 1. 時々 2. いいえ	0		社	生
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	2. はい 1. 時々 0. いいえ	0		社	生
認知機能	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがありますか	2. はい 1. 時々 0. いいえ	0		健	他
	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. 時々 2. いいえ	0		健	他
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	2. はい 1. 時々 0. いいえ	0		健	他
うつ	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	2. はい 1. 時々 0. いいえ	0		健	他
	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	2. はい 1. 時々 0. いいえ	0		健	他
	23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	2. はい 1. 時々 0. いいえ	0		健	他
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	2. はい 1. 時々 0. いいえ	0		健	他
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	2. はい 1. 時々 0. いいえ	0		健	他
合計(点数)				0	0		

※課題領域

主領域 運=運動・移動 生=日常生活 社=社会参加・対人交流 健=健康管理・療養
他=物忘れ・うつ・経済・支援利用
副領域 予防サービス・支援計画書 作成の際の参考とする

介護予防アセスメント [2] 追加項目

項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		課題領域	
				事前	事後	主領域	副領域
運動	1	自宅内を物を持って歩けますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		運	生
	2	自宅の外を物を持って歩けますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		運	社
	3	ズボン・スカートを立ったまま、支えなしではけますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		運	生
栄養食生活	4	食事の用意をしていますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		生	健
	5	規則的に3食とっていますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		生	健
	6	主食・主菜（肉、魚、卵、乳製品、大豆製品）・副菜をとっていますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		生	健
寝具管理	7	布団の出し入れ、シーツ交換・布団干しをしていますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		生	健
更衣	8	季節・場所に合った服装ができますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		生	社
	9	寝間着や肌着の着替えができますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		生	社
入浴・整容	10	一人で体を洗うことができますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		生	健
	11	顔や髪、爪をきちんと整えることができますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		生	社
排泄	12	排泄に関する心配がありませんか（尿もれ、便秘、下痢）	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		健	社
口腔	13	歯や義歯を磨いたり、口腔の手入れをしていますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		健	生
	14	自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		健	生
洗濯・清掃	15	洗濯をしたり、干し物を取り込み、元の位置にしまっていますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		生	運
	16	家の中や家のまわりの片付けや掃除などをしていますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		生	運
	17	ごみの分別やごみ出しをしていますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		生	運
認知	18	火の始末や戸締りはできますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		生	他
	19	前の晩に食べたものを思い出せますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		健	他
閉じこもり	20	趣味や楽しみ、好きでしていることはありますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		社	生
	21	日中寝ないで起きて過ごしていますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		社	生
	22	家庭の事で決まった仕事や役割はありますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		社	生
	23	親族、友人、隣近所と付き合いや談笑ができますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		社	他
	24	催し物や地域の活動などに参加しますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		社	他
健康管理	25	定期的な診察、あるいは1年に1度検診をうけていますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		健	他
	26	薬はきちんと飲んでいますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		健	他
	27	食事内容の注意を守っていますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		健	生
	28	散歩や体操を（週1回以上）していますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		健	運
うつ	29	十分な睡眠はとれていますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		健	他
	30	あなたは普段健康だと思いますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ	0		健	他
※すべての行為が出来ていれば「はい」ひとつでも欠けていれば「少し・時々」すべてができていなければ「いいえ」				合計(点数)		0	0
				総合計(点数)		0	0

		事前	事後
主領域合計	運動	0	0
	生活	0	0
	社会	0	0
	健康	0	0
総合計		0	0

課題整理総括表

利用者名 殿

作成日 / /

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③		
		④	⑤	⑥		
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容等)
移動	室内移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
	食事摂取	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	調理	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
	排泄動作	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
服薬		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
入浴		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
更衣		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
掃除		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
洗濯		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
整理・物品の管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
金銭管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
買物		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
認知		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
社会との関わり		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
居住環境		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
					改善 維持 悪化	

利用者及び家族の 生活に対する意向		
見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることにより見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

【生活機能評価(アセスメント)】

氏名	(フリガナ)	調査日	年 月 日

		事前	備考	事後予測
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			
	ごみ出し			
	通院			
	服薬			
	金銭管理			
	電話			
	社会参加			

【判定基準】

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

【生活機能評価(アセスメント)】

氏名	(フリガナ)	調査日	年 月 日

		【事前】 (事例提出時点 の利用者状況)	備考 (具体的状況)	【事後予測】 (必要な支援提 供後の状況改善 の見込み) ※目標期間で改善を 目指す項目のみ記載
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			
	ごみ出し			
	通院			
	服薬			
	金銭管理			
	電話			
	社会参加			

【判定基準】

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・支援計画表

NO. 1

利用者氏名	様										認定年月日	年 月 日			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
被保険者番号	0	0	1	0	4	7	0	9	0	0	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
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			1.						
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、生活機能評価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

必要な事業プログラムの下欄に○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

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

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 印