

## 介護予防ケアマネジメント実施における関連様式例一覧

- 様式 1 基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準
- 様式 2 基本チェックリストについての考え方
- 様式 3 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書
- 様式 4 興味・関心チェックシート（地域包括支援センターに提出）
- 様式 5 利用者基本情報
- 様式 6 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）
- 様式 7 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録  
（サービス担当者会議の要点を含む）
- 様式 8 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表  
（※ 様式 5 から様式 8 までを「標準様式例」という）

「興味・関心チェックシート（様式 4）」とは、

- 対象者の「している」「してみたい」「関心がある」生活行為の状況の把握
- 自分の生活行為を思いつかない場合の、ヒント

☆ADL/IADL の評価は、私たちが対象者を「知る作業」であり、対象者が「自分を知る作業」でもあります。

「興味・関心チェックシート」の手順

＜シートの記入方法＞

- ①各項目ごと、現在している生活行為には、その頻度に関係なく、「している」の欄に○を記入。
- ②「していない」項目については、それを「してみたい」か意向を聞く。  
してみたいものには「してみたい」の欄に○を記入。
- ③興味の有無を確認。している、していない、してみたい、できる、できないに関係なく、興味がある場合は「興味がある」の欄に○を記入。
- ④いずれにも該当しない場合は、「している」の欄に×を記入。
- ⑤シートには空欄があり、各地域特有の生活行為や趣味活動など、使用する場に応じて追記する。

基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準

様式 1

記入日： \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( )

| 氏名         |                                   | 住所 |    | 生年月日              |              |
|------------|-----------------------------------|----|----|-------------------|--------------|
| 希望するサービス内容 |                                   |    |    |                   |              |
| No.        | 質問項目                              |    |    | 回答：いずれかに○をお付けください |              |
| 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          | 日用品の買い物をしていますか                    |    |    | 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ヶ月間で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されますか  |    |    | 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       |

(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

|   |  |
|---|--|
| ① | 様式第一の質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当    |
| ② | 様式第一の質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当      |
| ③ | 様式第一の質問項目No.11～12の2項目のすべてに該当           |
| ④ | 様式第一の質問項目No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当     |
| ⑤ | 様式第一の質問項目No.16に該当                      |
| ⑥ | 様式第一の質問項目No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当 |
| ⑦ | 様式第一の質問項目No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当     |

(注) この表における該当 (No. 12 を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No. 12 に限る。) とは、 $BMI = \text{体重}(\text{kg}) \div \text{身長}(\text{m}) \div \text{身長}(\text{m})$  が 18.5 未満の場合をいう。

## 基本チェックリストについての考え方

## 【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適切な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

|                                  | 質問項目                         | 質問項目の趣旨  |
|----------------------------------|------------------------------|--|
| 1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。    |                              |  |
| 1                                | バスや電車で1人で外出していますか            | 家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。 |
| 2                                | 日用品の買い物をしていますか               | 自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。       |
| 3                                | 預貯金の出し入れをしていますか              | 自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。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」となります。        |
| 4                                | 友人の家を訪ねていますか                 | 友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。   |
| 5                                | 家族や友人の相談にのっていますか             | 家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。   |
| 6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。     |                              |  |
| 6                                | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか        | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。    |
| 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 | 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るかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。  |
| 8                                | 15分位続けて歩いていますか               | 15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。   |
| 9                                | この1年間に転んだことがありますか            | この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。   |
| 10                               | 転倒に対する不安は大きいですか              | 現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。  |
| 11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。 |                              |  |
| 11                               | 6カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか      | 6カ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6カ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。   |

|                              |                                   |  |
|------------------------------|-----------------------------------|--|
| 12                           | 身長、体重                             | 身長、体重は、整数で記載してください。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。  |
| 13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。  |                                   |  |
| 13                           | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか           | 半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。                 |
| 14                           | お茶や汁物等でむせることがありますか                | お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。   |
| 15                           | 口の渇きが気になりますか                      | 口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。  |
| 16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。 |                                   |  |
| 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カ月の状態を平均してください。  |
| 17                           | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか               | 昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。   |
| 18～20の質問項目は認知症について尋ねています。    |                                   |  |
| 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聞われますか | 本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。  |
| 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       | 何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。 |
| 20                           | 今日が何月何日かわからない時がありますか              | 今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。                           |
| 21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。    |                                   |  |
| 21                           | (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない               | ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。   |
| 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   |  |
| 23                           | (ここ2週間)以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる |  |
| 24                           | (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない            |  |
| 25                           | (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする           |  |

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

|  |   |  |  |                                     |                |  |  |            |       |       |    |
|--|---|--|--|-------------------------------------|----------------|--|--|------------|-------|-------|----|
|  |   |  |  |                                     |                |  |  |            |       | 区 分   |    |
|  |   |  |  |                                     |                |  |  |            |       | 新規・変更 |    |
| 被 保 険 者 氏 名  |   |  |  |                                     | 被 保 険 者 番 号    |  |  |            |       |       |    |
| フリガナ   |   |  |  |                                     |                |  |  |            |       |       |    |
|  |   |  |  |                                     | 生 年 月 日        |  |  |            | 性 別   |       |    |
|  |   |  |  |                                     | 明・大・昭<br>年 月 日 |  |  |            | 男 ・ 女 |       |    |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者<br>介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター                     |   |  |  |                                     |                |  |  |            |       |       |    |
| 介護予防支援事業所名<br>地域包括支援センター名  |   |  |  | 介護予防支援事業書の所在地<br>地域包括支援センターの所在地     |                |  |  | 〒636-0206  |       |       |    |
| 川西町地域包括支援センター  |   |  |  | 磯城郡川西町大字吐田94番地<br>電話番号 0745(42)1180 |                |  |  |            |       |       |    |
| 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者<br>※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。 |   |  |  |                                     |                |  |  |            |       |       |    |
| 居宅介護支援事業所名   |   |  |  | 居宅介護支援事業所の所在地                       |                |  |  | 〒          |       |       |    |
|  |   |  |  |                                     |                |  |  | 電話番号 ( )   |       |       |    |
| 介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等<br>※変更する場合のみ記入してください。                    |   |  |  |                                     |                |  |  |            |       |       |    |
| 変更年月日<br>( 年 月 日付)   |   |  |  |                                     |                |  |  |            |       |       |    |
| 川西町長 殿<br>上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。          |   |  |  |                                     |                |  |  |            |       |       |    |
| 年 月 日  |   |  |  |                                     |                |  |  |            |       |       |    |
| 被保険者 住 所   |   |  |  | 氏 名                                 |                |  |  | 印 電話番号 ( ) |       |       |    |
| 確認欄  | <input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト（介護予防ケアマネジメントの場合）<br><input type="checkbox"/> 届出の重複<br><input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号 |  |  |                                     |                |  |  |            |       |       |    |
|  | 2 9 0 1 8 0 0 0 2 5   |  |  |                                     |                |  |  |            |       |       | 入力 |

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに川西町へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず川西町へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

## 興味・関心チェックシート

様式 4

氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別（男・女） 記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

| 生活行為                | している | してみたい | 興味がある | 生活行為                       | している | してみたい | 興味がある |
|---------------------|------|-------|-------|----------------------------|------|-------|-------|
| 自分でトイレへ行く           |      |       |       | 生涯学習・歴史                    |      |       |       |
| 一人でお風呂に入る           |      |       |       | 読書                         |      |       |       |
| 自分で服を着る             |      |       |       | 俳句                         |      |       |       |
| 自分で食べる              |      |       |       | 書道・習字                      |      |       |       |
| 歯磨きをする              |      |       |       | 絵を描く・絵手紙                   |      |       |       |
| 身だしなみを整える           |      |       |       | パソコン・ワープロ                  |      |       |       |
| 好きなときに眠る            |      |       |       | 写真                         |      |       |       |
| 掃除・整理整頓             |      |       |       | 映画・観劇・演奏会                  |      |       |       |
| 料理を作る               |      |       |       | お茶・お花                      |      |       |       |
| 買い物                 |      |       |       | 歌を歌う・カラオケ                  |      |       |       |
| 家や庭の手入れ・世話          |      |       |       | 音楽を聴く・楽器演奏                 |      |       |       |
| 洗濯・洗濯物たたみ           |      |       |       | 将棋・囲碁・ゲーム                  |      |       |       |
| 自転車・車の運転            |      |       |       | 体操・運動                      |      |       |       |
| 電車・バスでの外出           |      |       |       | 散歩                         |      |       |       |
| 孫・子供の世話             |      |       |       | ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ |      |       |       |
| 動物の世話               |      |       |       | ダンス・踊り                     |      |       |       |
| 友達とおしゃべり・遊ぶ         |      |       |       | 野球・相撲観戦                    |      |       |       |
| 家族・親戚との団らん          |      |       |       | 競馬・競輪・競艇・パチンコ              |      |       |       |
| デート・異性との交流          |      |       |       | 編み物                        |      |       |       |
| 居酒屋に行く              |      |       |       | 針仕事                        |      |       |       |
| ボランティア              |      |       |       | 畑仕事                        |      |       |       |
| 地域活動<br>(町内会・老人クラブ) |      |       |       | 賃金を伴う仕事                    |      |       |       |
| お参り・宗教活動            |      |       |       | 旅行・温泉                      |      |       |       |
|                     |      |       |       |                            |      |       |       |
|                     |      |       |       |                            |      |       |       |

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」  
一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014. 3)

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<br>その他 ( )            | 初回<br>再来 (前 / )  |        |
| 本人の現況             | 在宅・入院又は入所中 ( )   |                             |  |        |
| フリガナ<br>本人氏名      | 男・女  | 年 月 日生 ( ) 歳                |  |        |
| 住所                | Tel ( )  |                             | Fax ( )  |        |
|                   | Fax ( )  |                             |  |        |
| 日常生活<br>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・<br>総合事業<br>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<br>有効期限：年 月 日～年 月 日 (前回の介護度 )<br>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<br>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<br>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<br>(相談者)      |  |                             | <b>家族構成</b><br>◎=本人、○=女性、□=男性<br>●■=死亡、☆=キーパーソン<br>主介護者に「主」<br>副介護者に「副」<br>(同居家族は○で囲む) |        |
| 住所<br>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<br>状況（どんな<br>暮らしを送<br>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<br>(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<br>経観中<br>その他 |           |
| 年 月 日 |    |                           | Tel | 治療中<br>経観中<br>その他 |           |
| 年 月 日 |    |                           | Tel | 治療中<br>経観中<br>その他 |           |
| 年 月 日 |    |                           | Tel | 治療中<br>経観中<br>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。

年 月 日 氏名

印

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）

※ ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

No. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 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

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  |       | 1年              |                     | 1年 |                | 1年                                   |                             | 1年     |          | 1年 |  | 1年 |  | 1年 |  | 1年 |  |
|-------------------------------|-------------|---|-------|-----------------|---------------------|----|----------------|--------------------------------------|-----------------------------|--------|----------|----|--|----|--|----|--|----|--|
| アセスメント領域と現在の状況<br>(運動・移動について) | 本人・家族の意欲・意向 | 領域における課題<br>(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<br>本人・家族 | 目標 | 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、(民間サービス) | 介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス) | サービス種別 | 事業所(利用先) | 期間 |  |    |  |    |  |    |  |
| (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  
主治医鑑別書、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】  
 該当な支援の実施に向けた方針

【意見】 \_\_\_\_\_

地域包括支援センター \_\_\_\_\_

【確認印】 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日 印

基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入して下さい  
 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 |
| / 5  | / 2  | / 3   | / 2     | / 3   | / 5  |

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。



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

計画作成者氏名

殿

利用者名

| 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<br>(本人・家族の意見) | 目標達成しない原因<br>(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"/> プラン継続<br><input type="checkbox"/> プラン変更<br><input type="checkbox"/> 終了 | <input type="checkbox"/> 介護給付<br><input type="checkbox"/> 予防給付<br><input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業<br><input type="checkbox"/> 一般介護予防事業<br><input type="checkbox"/> 終了 |
|---|--|

