

## 様式集

<参照>北九州市版 介護予防サービス・支援計画作成マニュアル  
<http://www.city.kitakyushu.lg.jp/files/000755140.pdf>  
<http://www.city.kitakyushu.lg.jp/files/000755141.pdf>

## 利用者基本情報（表面）

作成担当者：  
 所属名：  
 電話番号：

### 《基本情報》

作成日	( )		本人の状況	( )	
フリガナ 本人氏名	性別	生年月日			○ 才
住所			電話		
			携帯		
相談者氏名	住所				
	続柄	電話			
障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度			
介護保険 認定情報	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 認定済 ( 年 月 日 ) (認定日R 年 月 日 )		認定結果	(有効期間) R 年 月 日 ~ R 年 月 日	
	被保険者番号 ( )		地域包括支援センター ( )		
障害等認定 (手帳有・無)	等級等：	障害名：	等級等：	障害名：	
その他	特定疾患・被爆・受給者証等の情報				
本人の 住居環境	※自宅周辺の環境（坂、階段等の状況）				
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	連絡先	家族構成 ◎ 回 =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）
	家族構成				
その他 連絡先					
家族関係等					
健康保険 種類	その他 ( 本・家 )	経済状況	その他		

### 《相談内容と対応》

相談経路	他機関での相談状況	
相談内容		
対 応	( 回目 )	
	相談継続 備考	次回予約日：あり 月 日 ( ) 時 / ・なし 担当：

## 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)	本人の1日の生活のすごし方		
	時間	本人	介護者・家族
	趣味・楽しみ・特技		友人・地域との交流

### 《現病歴・既往歴と経過》（現在の状況に関連するものまた主疾患について、新しいものから順に書く）

発病・治療開始日	病名	医療機関・医師名 (主治医及び意見作成者に☆)	経過	治療中の内容や備考
年 月 日		Tel		
年 月 日		Tel		
年 月 日		Tel		
年 月 日		Tel		

### 《現在利用しているサービス》

介護保険サービス（事業者名）	介護保険外サービス	インフォーマルサービス等

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、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、権利擁護センター、成年後見センター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

※【家族の同意が必要な個人情報の使用について】

介護予防支援（ケアマネジメント）契約書 第9条に規定する個人情報の使用について同意します。

令和      年      月      日      氏名

介護予防サービス・支援計画表①

利用者名	様	要支援 1	地域支援事業
		認定済	リストから選択 初回
認定年月日		直接記入	認定の有効期間
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			（初回作成日）
担当地域包括支援センター：			

アセスメント領域と現在の状況	回答欄	支援を必要とする傾向	本人・家族の意欲・意向
<b>運動・移動について</b>			
階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	いいえ	転倒 閉じこもり	直接記入
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	いいえ	転倒 閉じこもり	
15分位続けて歩いていますか	いいえ	転倒 閉じこもり	
この1年間に転んだことはありますか	いいえ		
転倒に対する不安は大きいですか	はい	転倒 閉じこもり	
バスや電車で1人で外出していますか	はい		
週に1回以上は外出していますか	いいえ	閉じこもり	
昨年と比べて外出の回数が減っていますか	いいえ		
その他記載欄			
<b>日常生活（家庭生活）について</b>			
日用品の買い物をしていますか	いいえ	生活機能低下	直接記入
預貯金の出し入れをしていますか	いいえ	生活機能低下	
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	いいえ		
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	はい		
今日が何月何日かわからない時がありますか	いいえ		
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	いいえ		
お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ		
口の渇きが気になりますか	はい	口腔ケア（口腔機能低下）	
毎日、歯みがきや入れ歯の手入れをしていますか。	はい		
その他記載欄			
<b>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</b>			
友人の家を訪ねていますか	いいえ	物忘れ 閉じこもり	直接記入
家族や友人の相談にのっていますか	いいえ	物忘れ 閉じこもり	
（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	いいえ		
（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが、今は楽しめなくなりましたか	いいえ		
（ここ2週間）以前は楽にできていたことが、今は難しく感じられますか	いいえ		
（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	いいえ		
（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	はい	うつ傾向	
その他記載欄			
<b>健康管理について</b>			
食べる量が減りましたか（通常の2/3以下）	はい	低栄養	直接記入
6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありますか	はい	低栄養	
身長 [ ]cm、体重 [ ]kg			
健康のために自分で努めていることは何ですか	直接記入		直接記入
その他記載欄			

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

直接記入
------

介護予防サービス・支援計画表②

様

領域における課題（背景・原因）		総合的課題 （左欄が該当した場合は総合的課題を選択）		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		
転倒 ■有 □無		<input checked="" type="checkbox"/> 該当		1.	1.		
転倒しそうな場所には予防策をしていますか		いいえ	転倒しない生活環境をつくりたい				
自由記載欄							
転倒しやすい状態ですが予防できていますか							
背景 から 要 る 因	日ごろ、体操やストレッチなどの運動をしている	いいえ	転倒予防の運動をしたい				
	自分の飲んでいる薬の副作用を知っている	はい					
	足の問題（うおのめ等）や足の爪の問題（まき爪、肥厚爪等）を放置せず治療している	はい					
	その他記載欄						
閉じこもり ■有 □無		<input checked="" type="checkbox"/> 該当				直接記入	
どうして閉じこもりやすい生活になったのでしょうか							
背景 から 要 る 因	体調が悪くて外出してない	該当する	かかりつけの医師と相談し体調をととのえたい				
	行くところがない	該当する	家や地域で取り組める役割をもつ				
	気分が沈むため	該当しない					
	膝、腰、足がふらついたたり、痛いため	該当する	支援者といっしょに、できる外出や運動に取り組む				
	外出しにくい居住環境のため	該当する	外出できるような居住環境を整えたい				
	家族からの影響のため	該当しない					
	尿漏れが気になるため	該当しない					
その他記載欄							
生活機能低下・物忘れ ■有 □無		<input checked="" type="checkbox"/> 該当		2.	2.		
どうして生活機能低下や物忘れを起こしやすい生活なのでしょうか							
背景 から 要 る 因	家事などできるがしていない場合	該当しない					
	家事などできない状態の場合	該当する					
	体調が悪くて家事などできない	できない					
	家事をすると疲れる	疲れる					
	膝・腰・足がふらついたり、 リストから選択 できない	できない	支援者といっしょに、できる家事に取り組む				
	ひとりでは危なくて家事ができない	できない					
	その他記載欄						
口腔ケア ■有 □無		<input checked="" type="checkbox"/> 該当				3.	3.
どうして食べたり飲んだりしにくいのでしょうか							
背景 から 要 る 因	歯や歯ぐき、入れ歯の具合が悪い（腫むと痛む等）	該当する	歯科受診を勧める				
	歯が抜けているのに入れ歯を使っていない	該当しない					
	口の中が粘つく、口がパサつく	該当する	お口のストレッチに取り組み、楽しく、おいしく食べたい				
	味がわかりにくい、味が変になった	該当する					
どうして口腔ケアが不十分になっているのでしょうか							
背景 から 要 る 因	歯みがきや入れ歯の手入れが面倒だったり、忘れてしまう	該当しない					
	口腔の問題に関心がない、放置している	該当しない					
	歯や入れ歯の手入れ、ブクブクうがいが多い	該当しない					
	その他記載欄						
うつ傾向 ■有 □無		<input checked="" type="checkbox"/> 該当		3.	3.		
自分なりの活動に取り組むことで、生活にはりあいがもてますか							
背景 から 要 る 因	生活にはりあいがもてない	該当しない					
	自分では解決の糸口がつかめない	該当しない					
その他記載欄							
低栄養 ■有 □無		<input checked="" type="checkbox"/> 該当		3.	3.		
どうして低栄養をおこしやすい食生活なのでしょうか							
背景 から 要 る 因	日頃、栄養など意識して食べてない	該当する	栄養に配慮して食事をしたい				
	買い物に行けない	該当する	支援者といっしょにできる買い物をしたい				
	調理ができない	該当する	調理ができるようになりたい				
	歯や口の問題でおいしく食べれない	該当する	適切な口腔ケアを受けて、おいしく食べたい				
	食べる気力がない	該当しない					
	その他記載欄						

介護予防サービス・支援計画表③

様

目標とする生活

1日	
1年	

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
1.						
		本ページのブルー欄は直接記入				
2.						
3.						

【本来行うべき支援が実施できない場合】  
 適切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

--	--

領域	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
基本チェック結果	0/5項目	0/2項目	0/3項目	0/2項目	0/3項目	0/5項目

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

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

利用者名 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 0

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因		今後の方針
				本人・家族の意見	計画作成者の評価	
1.						
直接記入						
2.						
3.						

総合的な方針	地域包括支援センター意見
直接記入	<input type="radio"/> プラン継続 <input checked="" type="radio"/> プラン変更 <input type="radio"/> 終了 <input checked="" type="radio"/> 総合事業 <input type="radio"/> 予防給付 <input type="radio"/> 介護給付 <input type="radio"/> 終了

