

利用者基本情報

資料8-2

《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		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・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 要支援)】		
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 ◎=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)
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。

平成 年 月 日 氏名 印

興味・関心チェックシート

氏名() 年齢()歳 性別() 記入日(平成 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○をつけてください。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当たるものがあれば、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
1	自分でトイレへ行く				24	生涯学習・歴史			
2	一人でお風呂に入る				25	読書			
3	自分で服を着る				26	俳句			
4	自分で食べる				27	書道・習字			
5	歯磨きをする				28	絵を描く・絵手紙			
6	身だしなみを整える				29	パソコン・ワープロ			
7	好きなときに眠る				30	写真			
8	掃除・整理整頓				31	映画・観劇・演奏会			
9	料理を作る				32	お茶・お花			
10	買い物				33	歌を歌う・カラオケ			
11	家や庭の手入れ・世話				34	音楽を聴く・楽器演奏			
12	洗濯・洗濯物たたみ				35	将棋・囲碁・ゲーム			
13	自転車・車の運転				36	体操・運動			
14	電車・バスでの外出				37	散歩			
15	孫・子供の世話				38	ゴルフ・グランドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
16	動物の世話				39	ダンス・踊り			
17	友達とおしゃべり・遊ぶ				40	野球・相撲観戦			
18	家族・親戚との団らん				41	競馬・競輪・競艇・パチンコ			
19	デート・異性との交流				42	編み物			
20	居酒屋に行く				43	針仕事			
21	ボランティア				44	畑仕事			
22	地域活動 (町内会・老人クラブ)				45	賃金を伴う仕事			
23	お参り・宗教活動				46	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事業」一般社団法人 日本作業療法士協会(2014. 3)

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. 少々時々 2. いいえ			生	社
	2	日用品の買い物をしていますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ			生	社
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ			生	他
	4	友人の家を訪ねていますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ			生	社
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ			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. 少々時々 2. いいえ			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. 少々時々 2. いいえ			運	生
	8	15分位続けて歩いていますか	0. はい 1. 少々時々 2. いいえ			運	社
	9	この1年間に転んだことがありますか	2. はい 1. 少々時々 0. いいえ			運	健
	10	転倒に対する不安は大きいですか	2. はい 1. 少々時々 0. いいえ			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. 少々時々 0. いいえ			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. 少々時々 0. いいえ			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. 少々時々 0. いいえ			健	生
	15	口の渇きが気になりますか	2. はい 1. 少々時々 0. いいえ			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. 少々時々 2. いいえ			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. 少々時々 0. いいえ			社	生
認知機能	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	2. はい 1. 少々時々 0. いいえ			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. 少々時々 2. いいえ			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. 少々時々 0. いいえ			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. 少々時々 0. いいえ			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. 少々時々 0. いいえ			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. 少々時々 0. いいえ			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. 少々時々 0. いいえ			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. 少々時々 0. いいえ			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. 少し時々 2. いいえ			運	生
	2	自宅の外を物を持って歩けますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			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. 少し時々 2. いいえ			運	生
栄養 食生活	4	食事の用意をしていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	健
	5	定期的に3食とっていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			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. 少し時々 2. いいえ			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. 少し時々 2. いいえ			生	健
更衣	8	季節・場所に応じた服装ができますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	社
	9	寝間着や肌着の着替えができますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			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. 少し時々 2. いいえ			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. 少し時々 2. いいえ			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. 少し時々 2. いいえ			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. 少し時々 2. いいえ			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. 少し時々 2. いいえ			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. 少し時々 2. いいえ			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. 少し時々 2. いいえ			生	運
	17	ごみの分別やごみ出しをしていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	運
認知	18	火の始末や戸締りはできますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	他
	19	前の晩に食べたものを思い出せますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			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. 少し時々 2. いいえ			社	生
	21	日中寝ないで起きて過ごしていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			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. 少し時々 2. いいえ			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. 少し時々 2. いいえ			社	他
健康管理	24	催し物や地域の活動などに参加しますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			社	他
	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. 少し時々 2. いいえ			健	他
	26	薬はきちんと飲んでいますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			健	他
	27	食事内容の注意を守っていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			健	生
うつ	28	散歩や体操を（週1回以上）していますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			健	運
	29	十分な睡眠はとれていますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			健	他
	30	あなたは普段健康だと思いますか	0. はい 1. 少し時々 2. いいえ			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」すべてが出来ていなければ「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

【生活機能評価(アセスメント)】

氏名	(フリガナ)	調査日	H 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)】 2回目

氏名	(フリガナ)	調査日	H 年 月 日

		1回目		2回目		
		事前	事後予測	備考	事前	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

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	H 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											認定の有効期間	H 年 月 日 ~ H 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 H 年 月 日 (初回作成日 H 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
日常生活(家庭生活)について		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
健康管理について		<input checked="" 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
介護給付または地域支援事業	/5	/2	/3	/2	/3	/5

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。

平成 年 月 日 氏名 印

介護予防支援・サービス評価表

評価日 _____

利用者氏名 _____

【被保険者番号: _____】

計画作成者氏名 _____

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 (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 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> プラン継続</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 介護給付</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> プラン変更</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 予防給付</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 終了</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 介護予防二次予防事業対象者</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 終了</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> プラン継続	<input type="checkbox"/> 介護給付	<input type="checkbox"/> プラン変更	<input type="checkbox"/> 予防給付	<input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護予防二次予防事業対象者		<input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策		<input type="checkbox"/> 終了
<input type="checkbox"/> プラン継続	<input type="checkbox"/> 介護給付										
<input type="checkbox"/> プラン変更	<input type="checkbox"/> 予防給付										
<input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護予防二次予防事業対象者										
	<input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策										
	<input type="checkbox"/> 終了										

介護予防メニュー リスク確認

氏名	(ふりがな)	調査日	事前	
			事後	

運動機能向上

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
除外基準	1 心筋梗塞、脳卒中を最近6ヶ月以内に起こした	①いいえ ②はい			
	2 狭心症、心不全、重症不整脈がある	①いいえ ②はい			
	3 収縮期血圧180mmHg以上、または拡張期血圧110mmHg以上の高血圧がある	①いいえ ②はい			
	4 慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎、肺気腫など)で息切れ、呼吸困難がある	①いいえ ②はい			
	5 糖尿病で重篤な合併症(網膜症、腎症)がある	①いいえ ②はい			
	6 急性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がある	①いいえ ②はい			
	7 急性期の肺炎、肝炎などの炎症がある	①いいえ ②はい			
	8 その他、本サービス等の実施によって、健康状態が急変あるいは悪化する危険性がある	①いいえ ②はい			
主治医判断	1 コントロールされた心疾患、不整脈がある	①いいえ ②はい			
	2 収縮期血圧180mmHg未満の高血圧がある	①いいえ ②はい			
	3 慢性閉塞性肺疾患で症状がある	①いいえ ②はい			
	4 慢性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がある	①いいえ ②はい			
	5 骨粗鬆症で、脊柱圧迫骨折がある	①いいえ ②はい			
	6 認知機能低下により、参加が困難	①いいえ ②はい			
	7 その他、医師が除外や運動の制限が必要と判断した	①いいえ ②はい			

栄養・食支援

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
リスク確認	1 右記の生活習慣病で受診していますか ①いいえ ②はい	糖尿病			
		高血圧			
		高脂血症			
		その他(備考欄に記入)			
	2 右記の内科疾患で受診していますか ①いいえ ②はい	腎臓病			
		心臓病			
		肝臓病			
膵臓病					
		胃腸病			
		胆のう病			
		その他(備考欄に記入)			

リスク確認	3	摂食・嚥下障害はありますか	①いいえ ②はい			
	4	3ヶ月の間に体重が3～5Kg減りましたか	①いいえ ②はい			
	5	3ヶ月の間に体重が3～5Kg増えましたか	①いいえ ②はい			
	6	食事の制限を受けていますか (食物アレルギーを含む)	①いいえ ②はい			
	7	水分の制限はありますか	①いいえ ②はい			

口腔機能向上

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考	
			事前	事後		
リスク確認	1	この1ヶ月の体調	①安定 ②やや安定(低下) ③不安定			
	2	歯や口の中の痛み	①いいえ ②はい			
	3	窒息や誤嚥等の兆候やトラブル	①いいえ ②はい			
	4	口のことで気がかりなこと	①いいえ ②はい			

週間プラン

氏名 ()

担当者 ()

現在のプラン

	月	火	水	木	金	土	日
朝食							
午前							
昼食							
午後							
夕食							
夜 特記							

変更プラン

	月	火	水	木	金	土	日
朝食							
午前							
昼食							
午後							
夕食							
夜 特記							

	事前	事後
法定給付費用総額(保険対象)		
特別給付費用総額		
合計金額		

主のプラン変更点	事前	事後