

①表紙 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票】

初回  紹介  継続  認定済  申請中

NO 事業対象者の場合には認定年月日に事業対象者判定日を入力する。

状態区分  要支援1  要支援2  事業対象者

利用者氏名： 様 被保険者番号： 生年月日： 年 月 日（満）  
 認定年月日：平成 年 月 日 認定有効期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日  
 計画作成者氏名： 担当地域包括支援センター名：  
 計画作成事業者：（事業所名）  
 計画作成（変更）日：平成 年 月 日（初回作成日）平成

状態区分は認定を受けずに事業対象者となった方のみ事業対象者にチェックを入れる。それ以外は今まで通り、認定結果をチェックする。

従来の介護予防通所介護を利用していた方が総合事業の介護予防通所介護相当サービスに切り替わる場合はプラン自体は継続しているため「継続」を選択。「初回」については従来通り。

本人の希望（こんな風にしたい） 1日の生活をどのように作っていくか

目標とする生活

初回作成日は総合事業の移行に関係無く、従来通りの初回作成日を入力してください。

生活に対する意向や希望

家族の希望（こんな生活をしてほしい・こんな風にかかわりたい）

1年

週や月、年単位でしたいこと

**作成方法は基本的に介護予防支援と同様！**

※変更箇所は太線で囲ってある部分のみ（プランの2枚目は全く一緒）

必要な事業プログラム	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
<input type="radio"/> 予防給付						
<input checked="" type="radio"/> 総合事業	/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 5

健康状態

主治医のアドバイス

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

既に変更前の書式でプランを作成済の場合には手書きによる修正を行ってください。

総合的な支援の方法

改善・予防のポイント（支援の方向性・留意点など）

総合事業（デイ・ヘルパー）に予防給付（通所リハ等）が元々プランに入っていたが、単にどちらかのサービスが休止した場合などは軽微な変更として取扱ってください。元々プランに無いサービスが入る場合には、従来通り総合事業・予防給付に関わらずプラン変更となります。

1週間の予定（利用するサービス）

月	火	水	木	金	土	日
介護予防サービスだけでなく、セルフケアやインフォーマルな支援についても記載。						

【地域包括支援センター記入欄】

意見：

平成 年 月 日 確認 担当者名：

【利用者記入欄】

私はこの介護予防サービス・支援計画書【ケアマネジメント結果等記録票】（①、②、③）について同意します。

平成 年 月 日 氏名： 印

②アセスメント表

アセスメント実施年月日平成

年

月

日

被保険者番号:

利用者名 :

様

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		総合的課題
何をして、何をしていないか？		今していない理由？	今後どうしたいですか？	有無	背景・原因の分析、改善可能性の評価	望む生活に必要なこと
<b>運動・移動</b> (具体的内容) <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 交通機関での移動 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>【本人】</b>  <b>【家族】</b>	<b>【本人】</b>  <b>【家族】</b>	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	①
<b>日常生活(家庭生活)</b> <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> その他の家事 <input type="checkbox"/> 預金管理 <input type="checkbox"/> 世話(花・ペット) <input type="checkbox"/>		<b>【本人】</b>  <b>【家族】</b>	<b>【本人】</b>  <b>【家族】</b>	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	②
<b>社会参加・対人関係・コミュニケーション</b> <input type="checkbox"/> 相談ごと <input type="checkbox"/> 来訪・訪問 <input type="checkbox"/> 会話・手紙 <input type="checkbox"/> 仕事・地域の役割 <input type="checkbox"/>		<b>【本人】</b>  <b>【家族】</b>	<b>【本人】</b>  <b>【家族】</b>	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	
<b>健康管理</b> <input type="checkbox"/> 入浴・清潔 <input type="checkbox"/> 身だしなみ <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 健診受診 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/>		<b>【本人】</b>  <b>【家族】</b>	<b>【本人】</b>  <b>【家族】</b>	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	③
<b>その他(例 趣味・生きがい)</b> <input type="checkbox"/> 以前のこと <input type="checkbox"/> 今のこと <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>【本人】</b>  <b>【家族】</b>	<b>【本人】</b>  <b>【家族】</b>	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	

③ケアプラン

被保険者番号:

利用者名:

様

総合的課題に対する目標と具体策の提案		具体策についての意見	支 援 計 画					
目標の提案 (評価可能で、具体的)	具体策の提案 (様々な角度からの支援内容)	本人・家族等の意見 (合意のない理由・根拠等)	事業対象者についても65歳以上であるため、必ず被保険者番号(保険証)がある。	目標	<input type="radio"/> 介護保険サービス <input checked="" type="radio"/> 総合事業	サービス種別 (頻度)	事業所	期間
①	本人	本人	目標	本人(セルフケア)				
	家族	家族		家族				
	その他	( )	支援のポイント	地域				
				保険外サービス				
②	本人	本人	目標	本人(セルフケア)				
	家族	家族		家族				
	その他	( )	支援のポイント	地域				
				保険外サービス				
③	本人	本人	目標	本人(セルフケア)				
	家族	家族		家族				
	その他	( )	支援のポイント	地域				
				保険外サービス				

# 基本チェックリスト

氏名

様

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	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
運動器関係 / 5			
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
栄養関係 / 2			
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
12	身長 cm、体重 kg (注)	BMI =	
口腔機能関係 / 3			
13	半年前に比べて、固いものが食べにくくなりましたか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
閉じこもり関係 / 2			
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
17	昨年と比べて、外出の回数が減っていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
認知症関係 / 3			
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	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
うつ関係 / 5			
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
22	(ここ2週間)これまでなら楽しんでやれていたことが、楽しめなくなった	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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

介護予防サービス計画 **介護予防ケアマネジメントモニタリング** 評価表

担当居宅介護支援事業所名: \_\_\_\_\_

太田市

利用者氏名: \_\_\_\_\_

被保険者番号: \_\_\_\_\_

地区: \_\_\_\_\_

担当介護支援専門員名: \_\_\_\_\_

認定期間: 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 ~ 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月

サービス計画モニタリング表

モニタリング月日	モニタリングの方法	利用者の健康状態	サービス利用の状況	その他
/	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり	<input type="checkbox"/> 計画通りに提供されている <input type="checkbox"/> 計画通りに提供されないことがある	
/	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり	<input type="checkbox"/> 計画通りに提供されている <input type="checkbox"/> 計画通りに提供されないことがある	
/	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり	<input type="checkbox"/> 計画通りに提供されている <input type="checkbox"/> 計画通りに提供されないことがある	
/	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり	<input type="checkbox"/> 計画通りに提供されている <input type="checkbox"/> 計画通りに提供されないことがある	
/	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり	<input type="checkbox"/> 計画通りに提供されている <input type="checkbox"/> 計画通りに提供されないことがある	
/	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり	<input type="checkbox"/> 計画通りに提供されている <input type="checkbox"/> 計画通りに提供されないことがある	

通所系サービス加算がある場合は、下記に実施期間を記入しサービス提供事業所から評価の提出を受ける。

担当ケアマネ所見

加算	期間	維持向上状況	加算
	月～月	見られた・見られない	継続・中止
	月～月	見られた・見られない	継続・中止
	月～月	見られた・見られない	継続・中止
	月～月	見られた・見られない	継続・中止
	月～月	見られた・見られない	継続・中止

サービス提供所から評価報告を受けた

サービス計画評価表 (評価月のみ記入)

評価月: 平成 ____ 年 ____ 月 評価者: _____		
目標	目標の達成度	目標が達成しない場合の理由
①	<input type="checkbox"/> 達成された <input type="checkbox"/> ほぼ達成された <input type="checkbox"/> 達成困難	
②	<input type="checkbox"/> 達成された <input type="checkbox"/> ほぼ達成された <input type="checkbox"/> 達成困難	
③	<input type="checkbox"/> 達成された <input type="checkbox"/> ほぼ達成された <input type="checkbox"/> 達成困難	
今後の方針:	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	地域包括支援センター確認印

※このモニタリング表は、6ヶ月間記録できるようになっています。評価終了後、地域包括支援センターへ提出をお願いします。