

総合事業・介護予防サービス・支援計画表

利用者名 \_\_\_\_\_ 様

\_\_\_\_\_ 小金井 地域包括支援センター

認定期間 \_\_\_\_\_ ～ \_\_\_\_\_

要介護認定： 無・有 \_\_\_\_\_

計画作成（変更）日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【健康状態について：主治医意見書等を踏まえた留意点】

計画作成者 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

	チェックリスト							合計	
	運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防			
	作成時	/5	/2	/3	/2	/3	/5		/20
	6か月後	/5	/2	/3	/2	/3	/5		/20
1年後	/5	/2	/3	/2	/3	/5	/20		

現在の状況について			いずれかに○を付けてください。	集計	できるようになると良いこと、目標、そのための取組など	6か月後（評価日）			集計	1年後（評価日）			集計
						（年 月 日）				（年 月 日）			
<b>運動・移動について</b>					御本人								
1	自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか。	はい	いいえ	/5		1	はい	いいえ	/5	1	はい	いいえ	/5
2	屋外を安全に歩くことができますか。	はい	いいえ			2	はい	いいえ		2	はい	いいえ	
3	15分くらい続けて歩けますか。	はい	いいえ			3	はい	いいえ		3	はい	いいえ	
4	階段などの段差を何もつかまらず登れますか。	はい	いいえ			4	はい	いいえ		4	はい	いいえ	
5	交通機関を利用して出掛けていますか。	はい	いいえ			5	はい	いいえ		5	はい	いいえ	
<b>日常生活（家庭生活）について</b>					サービス提供事業所								
6	食事の用意は自分でしていますか。	はい	いいえ	/5		6	はい	いいえ	/5	6	はい	いいえ	/5
7	洗濯を自分でしていますか。	はい	いいえ			7	はい	いいえ		7	はい	いいえ	
8	整理整頓や掃除を自分でしていますか。	はい	いいえ			8	はい	いいえ		8	はい	いいえ	
9	日用品の買物を自分でしていますか。	はい	いいえ			9	はい	いいえ		9	はい	いいえ	
10	預貯金の出し入れや支払を自分でしていますか。	はい	いいえ			10	はい	いいえ		10	はい	いいえ	
<b>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</b>					サービス提供事業所								
11	1週間に1回以上外出していますか。	はい	いいえ	/5		11	はい	いいえ	/5	11	はい	いいえ	/5
12	家族や友人と1日1回以上話をしていますか。	はい	いいえ			12	はい	いいえ		12	はい	いいえ	
13	趣味や楽しみで続けていることがありますか。	はい	いいえ			13	はい	いいえ		13	はい	いいえ	
14	地域活動で何か参加していることはありますか。	はい	いいえ			14	はい	いいえ		14	はい	いいえ	
15	テレビ・新聞など社会の出来事に興味がありますか。	はい	いいえ		ケアマネージャー	15	はい	いいえ	/5	15	はい	いいえ	/5
<b>健康管理について</b>					地域包括支援センター								
16	健康であると思いますか。	はい	いいえ	/5		16	はい	いいえ	/5	16	はい	いいえ	/5
17	定期的に受診していますか。	はい	いいえ			17	はい	いいえ		17	はい	いいえ	
18	トイレの失敗はないですか。	はい	いいえ			18	はい	いいえ		18	はい	いいえ	
19	夜はよく眠れますか。	はい	いいえ			19	はい	いいえ		19	はい	いいえ	
20	気になるほどの物忘れはないですか。	はい	いいえ			20	はい	いいえ	/5	20	はい	いいえ	/5
<b>備考</b>			計	/20		計	/20			計	/20		
6か月後の評価： _____ 継続・変更						1年後の評価： _____							
【御本人記入欄】 _____ 総合事業・介護予防サービス・支援計画について同意し、交付を受けます。													
_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名						_____ 氏名							