

山武市介護予防ケアマネジメント 説明会 資料集

山武市高齢者福祉課
地域包括支援センター



事業者が行う訪問型サービス

類型	現行相当	基準緩和型訪問サービス (サービスA)
内容	<p>◆本人が行う家事の援助 (掃除・洗濯・調理など)</p> <p>◇動作の見守り・介助 (入浴・整容など)</p> <p>※介護予防訪問介護と同様のサービス</p>	<p>◆本人が行う家事の援助 (掃除・洗濯・調理など)</p>
利用者の 目安	<p>・既にホームヘルプサービスを利用していて、引き続き、専門的な支援が必要な方</p> <p>・身体介護が必要な方</p> <p>・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な方 など</p>	<p>お身体に触れる介助が必要ない方で、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活援助が必要な方 ・専門的な資格や一定の知識を持ったヘルパーによる専門的な支援が必要な方 など

例) 現行相当: 精神疾患による不安定な状態のため、

サービスA: 状態が安定して、生活援助のみの利用のため、 等

事業者が行う通所型サービス

類型	現行相当	基準緩和型通所サービス (サービスA) 【一体型】	短期集中型通所サービス (サービスC) 【単独型】
内容	現在の介護予防通所介護と同様のサービス		運動器機能向上に 特化したサービス (体操や筋力トレーニングなど)
利用者の 目安	<ul style="list-style-type: none"> 既にサービスを利用して、引き続き、専門的な支援が必要な方 生活機能が特に低下している方 など	<ul style="list-style-type: none"> 生活機能が低下して、<u>継続的に専門的な支援が必要</u>な方 など	<ul style="list-style-type: none"> 生活機能が低下して、<u>継続的に専門的な支援が必要</u>な方 運動器機能の向上が必要な方 など

例) 現行相当: 脳梗塞の後遺症があるため、病状が不安定なため、サービスA: 送迎が必要、リハビリが必要、 など

基本チェックリスト(厚生労働省作成)

No	質問項目	回答	得点	
暮らしぶりその1	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	
		No. 1~5の合計		
運動器関係	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ますか	0. はい 1. いいえ	
	8	15分間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	
		No. 6~10の合計	3点以上	
栄養・口腔機能等の関係	11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少はありましたか	1. はい 0. いいえ	
	12	身長(cm) 体重(kg) (*BMI 18.5未満なら該当) *BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	1. はい 0. いいえ	
			No. 11~12の合計	2点以上
	13	半年前に比べて堅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		
		No. 13~15の合計	2点以上	
暮らしぶりその2	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	
		No. 18~20の合計		
		No. 1~20までの合計	10点以上	
こころ	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で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	
		No. 21~25の合計		

☆チェック方法

回答欄のはい、いいえの前にある数字(0または1)を得点欄に記入してください。

☆基本チェックリストの結果の見方

基本チェックリストの結果が、下記に該当する場合、市町村が提供する介護予防事業を利用できる可能性があります。お住まいの市町村や地域包括支援センターにご相談ください。

- 項目6~10の合計が3点以上
- 項目11~12の合計が2点
- 項目13~15の合計が2点以上
- 項目1~20の合計が10点以上

基本チェックリストの考え方

【共通的事項】

- ① 対象者には、深く考えずに、主観に基づき回答してもらって下さい。それが適当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下さい。
- 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下さい。
- 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下さい。
- ④ 各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各地域の実情に応じて適宜解釈していただいて結構ですが、各質問項目の表現は変えないで下さい。

	基本チェックリストの質問項目	基本チェックリストの質問項目の趣旨
	1～5まで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下さい。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、必要な物品を間違いなく購入しているか)を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答して下さい。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。電話による交流は含みません。また、家族や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まで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	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを

	に昇っていますか	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下さい。
11～12まで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、整数で記載して下さい。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まで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下さい。
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下さい。
16～17まで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下さい。
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まで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かれますか	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下さい。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までに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下さい。
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	

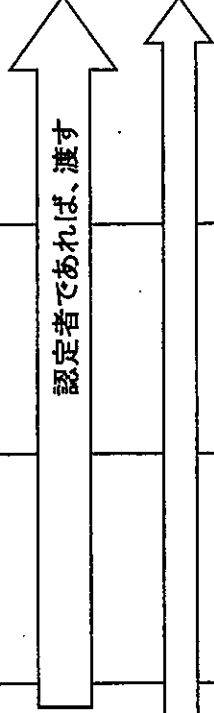
予防給付ケアマネジメントの流れ

この流れ図は基本的なパターンを示しています。

H29.12.6

業務の流れ	地域包括支援センター	指定居宅介護支援事業者				サービス提供事業者
		現行相当	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC	
0 情報提供	<p>○窓口等で、利用者や家族からの相談、聞き取りから、サービス事業、要介護認定等の申請、総合事業、一般介護予防事業について説明を行う。</p>	<p>○担当している利用者が更新・変更申請で新たに「要支援1・2、事業対象者」の認定結果を受けた場合には、利用者同意を得た上で、地域包括へ連絡する。</p>	左に同じ	左に同じ	左に同じ	
1 利用申し込みの受付	<p>○被保険者証を確認する。</p> <p>○利用者の希望する又は地域包括支援センターが選定した居宅介護支援事業者が受託可能かどうか確認する。(電話等での確認)</p> <p>○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)届出書を保険者に提出。</p>					
2 契約の締結	<p>○重要事項説明書を説明し同意を得て、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約書にて利用者と契約締結する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>○契約書類 ①介護予防支援契約書 ②重要事項説明書 ③同意書</p> </div> <p>【事業所契約は年度当初に行う】 ・委託契約書において、居宅支援事業者と契約締結する。 *なおお契約期間内は同一の事業者間で2人目の介護予防ケアプラン作成時の再契約は不要。</p>					<p>○介護予防支援サービス利用契約書にて利用申し込みと契約締結する。</p> <p>○利用申込者に重要事項説明書を交付、説明し同意を得る。</p>

指定居宅介護支援事業者		サービス提供事業者			
業務の流れ	地域包括支援センター	現行相当	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
3 アセスメント実施	○介護予防ケアプラン作成に関わる書類一式を居宅に渡す。	<p>○地域包括支援センターからの、認定調査票(写)及び主治医意見書(写)の内容を確認する。</p> <p>○利用者宅を訪問し、利用者基本情報・基本チェックリストの作成及びアセスメントを実施する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>○情報提供書類 ・主治医意見書(写し) ・認定調査票(写し)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>○情報提供書類 ・基本チェックリスト(写し)</p> </div>			
4 利用サービスの種類		・現行相当	・総合事業 【訪問型A・C 通所型A・C】	・総合事業	・総合事業 【訪問型B 通所型B】
5 介護予防サービスの支援計画原案の作成	<p>○介護予防サービス・支援計画等が適切に作成されているか、内容が妥当かについて確認する。</p> <p>○介護予防サービス・支援計画表に意見・確認を行う。 【システム画面上にて承認】</p>	<p>○利用者と調整し合意した結果に基づき、介護予防サービス・支援計画表(原案)、利用者基本情報を速やかに(2週間を目途に)作成する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>介護予防サービス・支援計画表(原案) ※システム内【東京様式】</p> </div> <p>○原案作成後、地域包括支援センターに連絡する。</p>	左に同じ	左に同じ	<p>介護予防サービス・支援計画表(原案) ※(システム内【厚生労働省標準様式】)</p> <p>※プランの有効期間：なし</p>



業務の流れ	地域包括支援センター	指定居宅介護支援事業者				サービス提供者
		現行相当	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC	
6 サービス担当者会議の開催	<p>※サービス担当者会議に参加する。</p> <p>原則： 新規及びび包括参加にて行う困難ケース</p> <p>○参加できなかった場合は、担当者会議の要点又は介護予防支援経過記録で、居宅介護支援事業者より会議の報告を受ける。</p>	<p>※サービス担当者会議の調整サービス担当者会議の開催により、専門的意見を聴取する。</p> <p>○介護予防サービス・支援計画について、利用者やサービス事業者との共通理解を図り、サービス利用頻度や内容等を決定する。</p> <p>○介護予防サービス・支援計画に必要な修正を加え計画を最終的に決定する。</p>	<p>左に同じ</p> <p>※サービス担当者会議を実施</p>	<p>※必要に応じて実施。サービス担当者情報共有は行う。</p>	<p>ケアマネジメントC</p>	<p>サービス提供者</p> <p>○サービス担当者会議に参加する。</p> <p>介護予防サービス・支援計画表(写し)</p> <p>○介護予防サービス・支援計画について共通理解の上、専門的な知見から意見を述べ、サービス利用頻度や内容等を決定する。</p>
7 介護予防サービス・支援計画の説明・同意		<p>○介護予防サービス・支援計画表の内容を、利用者・家族に説明、同意を得る。</p> <p>1部を本人に渡す。</p> <p>＜介護予防支援経過記録に記入＞</p>	<p>左に同じ</p>	<p>左に同じ</p>	<p>○簡略化した介護予防サービス・支援計画表を利用者に交付し、利用者の判断でサービス提供事業者に交付できることを伝える。</p>	
8 ケアプラン作成に関する書類一式の提出	<p>介護予防サービス・支援計画表(原本)</p>	<p>※サービス担当者会議後</p> <p>○サービス担当者会議の要点に入力する</p> <p>○地域包括支援センターへ介護予防サービス・支援計画表(原本)を提出する。</p> <p>利用者④のあるもの1部提出</p>	<p>左に同じ</p>	<p>○地域包括支援センターへ介護予防サービス支援計画表(原本)を提出する。</p>	<p>○簡略化した介護予防サービス・支援計画表(原本)を提出する。</p>	<p>介護予防サービス・支援計画表(写し)</p>
9 週間計画表または、サービス利用者へ渡す。		<p>○各サービス提供者事業者からの連絡を基にサービス利用票・別表を作成する。</p>	<p>利用票等あり</p>	<p>利用票等あり</p>	<p>○サービス提供者事業者「住民支援・活動等参加開始申告書」を提出する。</p>	<p>○ケアプランCの場合「住民支援・活動等参加開始申告書」を受け取る。</p> <p>○名簿を作成し、管理する。また、出席簿等を作成し、参加状況の悪化を見逃さないようにする。</p>

業務の流れ	地域包括支援センター	指定居宅介護支援事業者				サービス提供事業者
		現行相当	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC	
10 サービス提供票の送付		○サービス提供票をサービス提供業者に送付する。	提供票あり	提供票あり	提供票なし	
11 介護予防サービスの利用		○サービス利用開始後、適宜利用者及びサービス提供者にサービス利用状況を確認調整する。 ＜介護予防支援経過記録に記入＞	左に同じ	左に同じ		○事前アセスメント 介護予防サービス・支援計画やサービス担当者会議の結果を踏まえ、サービス提供実施前にアセスメントを行い「個別サービス計画」を立てる。 ○サービスの実施 個別サービス計画に基づき、サービス提供を行う。必要に応じて個別サービス計画を見直し変更が生じた場合は居宅へ連絡する。 ○モニタリング サービス実施後、その実施状況をモニタリングし記録するとともにその結果を居宅に連絡する。
12 サービス提供票(実績)提出		サービス提供票(実績入り)	左に同じ	左に同じ		○サービス提供票(実績入り)を作成し居宅へ渡す。 ※システム対応事業者は入力を行う。
13 給付管理	○毎月10日までに給付管理票を作成し、国保連に提出する。	○予防給付実績入力前日までにシステムに実績入力を行う。 ○請求書は毎月5日までに提出する。	左に同じ	左に同じ		

※実績提出予定表参照

業務の流れ	地域包括支援センター	指定居宅介護支援事業者				サービス提供事業者																					
		現行相当	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC																						
14 モニタリング		<p>○サービス利用開始後、利用者及びサービス提供者にサービス利用状況を確認、調整する。</p> <p>○毎月モニタリングは実施する。少なくとも、サービス提供開始月の翌月から起算して3ヶ月に1回、及びプランの評価月は、利用者の居宅を訪問し面接を行う。状況の変化があった場合についても、必ず利用者宅を訪問して面接を行う。</p> <p>〈介護予防支援経過記録に記入〉</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>開始月</td> <td>2月</td> <td>3月</td> <td>4月</td> <td>5月</td> <td>11月</td> <td>評価月</td> </tr> <tr> <td></td> <td>日</td> <td>日</td> <td>日</td> <td>日</td> <td>日</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4" style="text-align: center;">3ヶ月に</td> <td></td> <td>訪問</td> </tr> </table>	開始月	2月	3月	4月	5月	11月	評価月		日	日	日	日	日	日		3ヶ月に					訪問	左に同じ	<p>○必要時、サービス終了時に面接実施。月1回は電話等で状況を確認する。</p> <p>〈介護予防支援経過記録に記入〉</p>		
開始月	2月	3月	4月	5月	11月	評価月																					
	日	日	日	日	日	日																					
	3ヶ月に					訪問																					
15 評価と介護予防支援経過記録の提出	<p>○介護予防支援・サービス評価表の内容について確認、意見を記入し、今後の方針等について必要な時、調整を図る。</p>	<p>○計画期間終了前に実施をする。ケアプラン評価月に計画の達成状況について評価を行い、介護予防サービス・支援評価表に記入してセンターへ連絡する。</p> <p>○評価期間については、認定の有効期間を参考に最長1年で行うことができるが、利用者の状況に応じてこの限りではない。</p>	左に同じ	左に同じ		<p>○事業所用評価票を使用して報告してもよい。</p> <p>○事業者独自の既存の様式がある場合、それを使用してもよい。</p>																					
16 委託契約による介護予防支援業務の終了時		○帳票類を処分する。	左に同じ	左に同じ	○利用者の心身の状況に変化があった場合は、支援を再開する																						

平成30年度 請求予定日(実績提出スケジュール)

2018

4月

日	月	火	水	木	金	土
	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

■ 請求予定

5月

日	月	火	水	木	金	土
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

○ 請求書提出日

6月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

7月

日	月	火	水	木	金	土
	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

8月

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

9月

日	月	火	水	木	金	土
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

12

10月

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

11月

日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

12月

日	月	火	水	木	金	土
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

2019

1月

日	月	火	水	木	金	土
					4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

2月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28		

3月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

介護予防サービス・支援計画表

No. _____

利用者名 山武 花子

様 認定期月日 平成30年04月01日 認定期の有効期間 平成30年04月01日 ~ 平成32年03月31日

(初回) 紹介 継続 (暫定) 申請中

要支援1 要支援2

地域支援事業

計画作成者氏名 鳥海 智敬

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地 (通称先) 山武市松尾沼地域包括支援センター、千葉県山武市松尾沼町松尾2-1 0479-74-3066

計画作成(変更)日 平成30年04月01日 (初回作成日 平成30年04月01日)

担当地域包括支援センター：山武市松尾沼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 本人等のセルフケア インテグレーション ・意識して出かける ・買い物と一緒に行く。	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について 身体的な不調はなく 知覚はほぼ自立、外出 の機会が少なからずな っている。	(本人)は今のと ころ問題ない。 (家族)は今のと ころ問題ない。 握り力の低下や物忘れ が心配。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			本人・家族	定期的な外出を促す。他者との接 点を増やす機会を設け ていく。		介護保険サービス または地域支援事業 (総合事業のサービス)	〇〇アイ サービス	
日常生活(家庭生活)について 身のまわりの事は自分 で行えている。家族 や食事をサポートする の支援を受けている。	(本人)夫婦に協 力をしている。お孫 もいる。お孫もい たらいい。	<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 関しては以前は地域の活動にも 参加していたが、現在は 本人の意向も関係して あてにならない。地域での 関わりも減ってきている。	(本人)夫が亡くなった 後、外出も減ってき た。以前は地域の活動 にも参加していたが、 現在は本人の意向も 関係してあてになり ない。地域での関 わりも減ってきてい る。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
健康管理について 月に一度の定期受診は 家族に送迎してもら っている。服薬管理は 自ら行っている。	(本人)病院に連れて いかせよう。夫が亡 くなった後、外出も 減ってきた。以前は 地域の活動にも参加 していたが、現在は 本人の意向も関係し てあてにならない。 地域での関わりも 減ってきている。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								

総合的方針：生活不活発の改善・予防のポイント
【本来行うべき支援ができない場合】
必要な事業プログラムの下欄に〇印をつけて下さい。
健康状態について
口主治医意見書、健康診断、観察結果等を踏まえた留意点
閉じこもり予防、物忘れ予防へのプログラムが必要。

必要となる事業プログラムの下欄に〇印をつけて下さい。

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

【意見】
地域包括支援センター

【確認印】

計画に関する同意
上記計画について説明を受け、同意し、交付を受けました。

平成 年 月 日 氏名 印

