

# 介護予防サービス計画調査票

資料9

1. 被保険者番号

\_\_\_\_\_

2. No

\_\_\_\_\_

3. 介護予防サービス計画

1. 包括作成 2. 委託作成

4. 地域包括支援センター名

1. ゆず 2. みどり 3. あい 4. すみれ 5. あさひ 6. 青空 7. あかね 8. さざなみ 9. わかば

5. 郵便番号(下2桁を回答)

253-00〇〇

6. 性別

1. 男性 2. 女性

7. 年齢

\_\_\_\_\_ 歳

8. 世帯構成

1. 単身世帯 2. 高齢世帯 3. その他世帯

9. 要支援認定

1. 要支援1 2. 要支援2

10. 日常生活自立度

1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2

11. 認知症自立度

1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M

12. 要支援の原因となっている主な疾患について

1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 心疾患 4. 脳血管障害 5. 慢性疼痛(膝・腰痛、神経性疼痛等)

6. 神経難病 7. 認知症 8. 悪性新生物 9. 廃用症候群 10. その他

13. 障害者手帳の有無

1. あり 2. なし

14. 障害者総合支援法利用

1. あり 2. なし

14-②. 利用している障害者総合支援法サービスの内容についてご記入ください

--

15. ケアプラン継続年数(初回作成日から〇年目)

\_\_\_\_\_年

16. 総合的課題内容について当てはまるものを選択してください

1. 内科的疾患による身体状態の維持改善
2. 運動器機能の維持改善
3. 精神疾患による心身状態の維持改善
4. 性格や生活歴による心身状態の維持改善
5. 仕事への復帰・継続
6. 地域社会への貢献
7. 閉じこもり予防
8. 認知症予防
9. 友達・仲間づくり
10. 住環境の改善
11. その他

16-②. 「11. その他」の内容についてご記入ください

17. 課題に対する目標について記載内容をそのままご記入ください(具体策除く)

18. 本人のセルフケア

1. あり
2. なし

19. 家族の支援

1. あり
2. なし

20. 保険外サービスで家事支援利用について

1. あり
2. なし

20-②. 利用している保険外サービス(家事支援)の内容についてご記入ください

21. 保険外サービスで身体介護利用について

1. あり
2. なし

21-②. 利用している保険外サービス(身体介護)の内容についてご記入ください

22. 保険外サービスで送迎サービス利用について

1. あり
2. なし

22-②. 保険外サービスにおける送迎サービスの利用目的についてご記入ください

23. 介護保険施設の自費デイサービスや自治会・民児協・地区社協・地域住民主催のサロン等の利用について

1. あり 2. なし

23-②. 自費のデイサービスや地域のサロン等の事業者・団体名をご記入ください

--

24. 市の高齢者向けサービスで利用しているものを選択してください

1. 緊急通報装置貸与 2. 給食サービス 3. 寝具乾燥・丸洗いサービス 4. 安心まごころ収集  
5. 成年後見制度利用支援事業 6. SOSネットワーク事業  
7. 徘徊高齢者早期発見位置お知らせサービス(GPS装置の貸与)

24-②. 「2. 給食サービス」を利用している方について1週間あたりの回数を教えてください

\_\_\_\_\_回

25. 民間の配食サービスの利用

1. あり 2. なし

25-②. 民間の配食サービスを利用している方について1週間あたりの回数を教えてください

\_\_\_\_\_回

26. これまで回答していない中で、現に利用しているインフォーマルサービスの内容があればご記入ください

--

27. 現在利用している介護保険サービスを選択してください

1. 訪問介護 2. 訪問入浴 3. 訪問リハビリ 4. 訪問看護 5. 通所介護 6. 通所リハビリ  
7. 短期入所生活介護 8. 短期入所療養介護 9. 福祉用具貸与 10. 福祉用具購入 11. 住宅改修

28. 訪問介護を利用している方についてサービスの内容全てを選択してください

1. 掃除 2. 買い物 3. 買い物同行 4. 洗濯 5. 調理 6. 調理補助 7. 排泄 8. 入浴 9. 食事介助  
10. 服薬支援 11. その他

28-②. 「11. その他」の内容についてご記入ください

--

29. 訪問介護利用回数(1月あたり)

\_\_\_\_\_回

29-②. 1回あたりに要する時間

1. 30分未満 2. 30分以上1時間未満 3. 1時間以上1時間30分未満 4. 1時間30分以上

30. 通所介護を利用している方についてサービスの利用目的全てを選択してください

1. 運動 2. もの忘れ予防 3. 閉じこもり予防 4. 入浴 5. レスパイト 6. その他

30-②. 「6. その他」目的についてご記入ください

--

31. 通所介護利用回数(1月あたり)

\_\_\_\_\_回

31-②. 1回あたりに要する時間

1. 半日 2. 1日