

あなたの基本情報①

介護保険被保険者番号

本人氏名 男 ・ 女 生年月日

住 所 電話番号 () -

介護情報

介護度 ・ 支援1 ・ 支援2

認定日 平成 年 月 日 前回の介護度 ()
 有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

プラン作成者 氏名 続柄

プラン作成日 平成 年 月 日

家族構成と緊急連絡先

緊急連絡先	氏名	続柄	同・別居	住所・連絡先	その他
家族構成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

現在の病気・過去の病気

年 月	病 名	医療機関・医師名 (かかりつけ医に◎)	お薬の名前
年 月頃	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
年 月頃	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
年 月頃	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
年 月頃	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

あなたの基本情報③

一日の流れ

一日の生活・過ごし方

時間	本人	家族・介護者
	朝食	
	昼食	
	夕食	

夜間はよく眠れていますか

はい ・ いいえ

いいえと答えた人は眠るための
お薬を飲んでいますか？

現在利用しているサービス

	種類	曜日・回数	事業所名	備考
1		月・火・水・木・金・土・日（回）		
2		月・火・水・木・金・土・日（回）		
3		月・火・水・木・金・土・日（回）		

自立に向けた介護予防プラン自己作成用紙

このことは自分で行っていますか？		どちらかに ○をつけましょう		「はい」と答えた方、 工夫して・頑張っていることがあれば書いてください	「いいえ」と答えた方は「困っていること」を書いてください。また、その原因はなんだと思われますか？	目標の番号	(目標) 自分でできるようになりたいこと
買い物	買い物には行っていますか	はい	いいえ				
	品物は自分の目で見え選んでいますか	はい	いいえ				
	支払いは自分で出来ますか	はい	いいえ				
調理	調理は自分でしていますか	はい	いいえ				
	後片付けは自分で出来ていますか	はい	いいえ				
洗濯	洗濯は自分でしていますか (洗う・干す・たたむ)	はい	いいえ				

このことは自分で行っていますか？		どちらかに ○をつけま しょう		「はい」と答えた方、 工夫して・頑張っ ていることがあれば書 いてください	「いいえ」と答えた方は「困っていること」を 書いてください。また、その原因はなんだ と思われますか？	目 標 の 番 号	(目標) 自分で出来るようになりたいこと
掃 除	掃除は自分でしてい ますか	はい	いいえ				
	床の拭き掃除は自分 で出来ていますか	はい	いいえ				
	トイレ・風呂場の掃除 は自分で出来ていま すか	はい	いいえ				
電 話	自分で受けたり・かけ たりしていますか	はい	いいえ				
金 銭 管 理	お金の管理は自分で していますか	はい	いいえ				

このことは自分で行っていますか？		どちらかに○をつけましょう		「はい」と答えた方、工夫して・頑張っていることがあれば書いてください	「いいえ」と答えた方は「困っていること」を書いてください。また、その原因はなんだと思われますか？	目標の番号	(目標) 自分でできるようになりたいこと
服薬	自分が飲んでいる薬を理解していますか	はい	いいえ				
	薬は自分で飲めますか	はい	いいえ				
	飲み忘れはありませんか	はい	いいえ				
歩行	家の中はひとりで歩いていますか	はい	いいえ				
	近所や買い物は自分で歩いてでかけていますか	はい	いいえ				
排泄	自分でトイレに行っていますか	はい	いいえ				
	排泄後の後始末は自分で出来ていますか	はい	いいえ				

このことは自分で行っていますか？		どちらかに○をつけましょう		「はい」と答えた方、工夫して頑張っていることがあれば書いてください	「いいえ」と答えた方は「困っていること」を書いてください。また、その原因はなんだと思われるですか？	目標の番号	(目標) 自分でできるようになりたいこと
		はい	いいえ				
食事	食事は普通食を食べていますか	はい	いいえ				
	箸を使って食べていますか	はい	いいえ				
	むせたり・つかえたりすることはありますか	はい	いいえ				
入浴	自分で入浴出来ますか	はい	いいえ				
	身体は自分で全部洗っていますか(身体・足先・頭)	はい	いいえ				
着替え	自分で着替えている	はい	いいえ				
	着替えの準備は自分でしていますか	はい	いいえ				

このことは自分で行っていますか？		どちらかに ○をつけま しょう		「はい」と答えた方、工夫し て・頑張っていることがあれ ば書いてください	「いいえ」と答えた方は「困っていること」を書いてくださ い。また、その原因はなんだと思われませんか？	回 数の 書 き か た	(目標) 自分でできるようになりたいこと
身 だ し な み	歯磨きは自分でしてい ますか	はい	いいえ				
	歯のないところに入れ 歯を使っていますか	はい	いいえ				
	顔は洗っていますか	はい	いいえ				
	髪は整えていますか	はい	いいえ				
交 流	一日一回は誰かとお しゃべりをしています か	はい	いいえ				

自立するための介護予防プラン自己作成

作成者氏名

作成日 H 年 月 日

今後の目標:

自分で出来るようになりたい目標を達成するためには...	目標に向けて自分自身が取り組むこと を書きましょう (自助努力の項目です！)	目標に到達するために支援を受けた ことを具体的に書きましょう	支援してくれる人々を書きましょ う (家族・地域の人々・サービス事 業)	サービス事業所	いつから いつまで
(地域包括支援センターの意見)				記入日 H 年 月 日 意見者氏名	

あなたの基本情報①

介護保険被保険者番号

本人氏名

男・女

生年月日

住 所 大村市玖島1丁目25

電話番号 () -

介護情報

介護度 支援1

支援2

自分の介護保険の認定資格を記入しましょう。

認定日 平成 年 月 日 前回の介護度 ()

有効期間 平成〇〇年 〇月 〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日

プラン作成者 氏名 続柄 本人

プラン作成日 平成 年 月 日

家族構成と緊急連絡先

何かあった時に、すぐ連絡を取れる方を記入してください。

緊急連絡先	氏名	続柄	同・別居	住所・連絡先	その他
	〇〇 〇〇	三女	別居	△△-△△△△	
家族構成		長女			
		次女			
		四女			

現在の病気・過去の病気

年 月	病 名	医療機関・医師名 (かかりつけ医に◎)	お薬の名前
〇〇年〇月頃	右大腿骨頸部骨折	〇〇〇〇	□□□
年 月頃	貧血		
年 月頃			
年 月頃			

あなたの基本情報②

あなたの歩みを振り返ろう

年月	年齢	人生の出来事	身体のこと
T11. 1	0	北松で7人兄弟の長女として生まれる。 炭鉱の町であったので、炭鉱で働く。	
S24	27	結婚して大村へ 夫が八百屋を営んでいたの、家事の かたわら仕事も手伝っていた	
S25	28	長女出産後、4人の子どもを持つ	
S43	47	夫死亡	
H15	78		転倒骨折

あなたの住居環境と近所との交流

本人の住居環境 持ち家 借家 アパート ()階 マンション ()階

住居環境で困っていることがありますか？（例）段差、浴槽が深い・・・など

手すりがない

ご近所や友人との交流

同年配の人たちが多く、姿が見えないと心配して顔を見によってくれる。

あなたはどんな人

性格

明るい。人とおしゃべりするのが好き。

趣味・特技

特にないが、手芸や料理は好き。

昔やっていたこと

嗜好

タバコは吸いますか？
はい (本/日) いいえ

お酒は飲みますか？
はい (ビール・日本酒・
焼酎・その他)

いいえ

あなたの基本情報③

一日の流れ

一日の生活・過ごし方

家にいる時はテレビを観ていることが多い。長く座っていると腰が痛くなるので寝たり起きたりしている。

時間	本人	家族・介護者
6:00	起床	
7:30	朝食 テレビ	
12:00	昼食	
19:00	夕食	
22:00	就寝	

夜間はよく眠れていますか

はい ・ いいえ

いいえと答えた人は眠るための
お薬を飲んでいますか？

はい

現在利用しているサービス

	種類	曜日・回数	事業所名	備考
1	予防通所リハ	月・火・水・ <u>木</u> ・金・土・日(2回)	〇〇〇〇	介護保険
2	配食サービス	月・火・ <u>水</u> ・木・金・土・日(1回)	〇〇〇業者	一般配達
3		月・火・水・木・金・土・日(回)		

自立に向けた介護予防プラン自己作成用紙

このことは自分で行っていますか？		どちらかに○をつけましょう		「はい」と答えた方、工夫して・頑張っていることがあれば書いてください	「いいえ」と答えた方は「困っていること」を書いてください。また、その原因はなんだと思われますか？	目標の番号	(目標) 自分でできるようになりたいこと
買い物	買い物には行っていますか	はい	いいえ	例えば： ・何かを手伝ってもらって出来ていること、工夫して自分で行っていることなど… ・歩けないので、週1回は車で連れて行ってもらう。	例えば： ・骨折の術後で、痛みや足が弱って長く歩けない。 ・腰や膝が痛くて重い荷物が持てない。	①	出来る様になりたい目標を考えてください。
	品物は自分の目で見えて選んでいますか	はい	いいえ				例えば： ふらつかずに歩けるようになったら、近所のスーパーまで買い物に行きたい。
	支払いは自分で出来ますか	はい	いいえ				買い物に関する項目です。店に行って品物を見て買っていますか？支払いは自分で出来ているでしょうか？
調理	調理は自分でしていますか	はい	いいえ	調理はしていますか？日頃からしていない方は「いいえ」に○をつけ日頃から誰がしていると記入してください。	例えば： 長く立っていると腰が痛くなるのでできない。	②	例えば： 料理を自分でつくれるようになりたい。
	後片付けは自分で出来ていますか	はい	いいえ	例えば： 椅子に座って自分の茶碗は洗っている。			
洗濯	洗濯は自分でしていますか (洗う・干す・たたむ)	はい	いいえ	洗濯の一連の行為を自分で行っていますか？	例えば： 手を伸ばすとふらつくので、転ぶ心配があり、家族にしないように言われている。	③	例えば： 物干しに干せるようになりたい。

このことは自分で行っていますか？		どちらかに○をつけましょう		「はい」と答えた方、工夫して・頑張っていることがあれば書いてください	「いいえ」と答えた方は「困っていること」を書いてください。また、その原因はなんだと思われますか？	目標の番号	(目標) 自分で出来るようになりたいこと
掃除	掃除は自分でしていますか	はい	いいえ	例えば： 自分の手の届く所は行っている。 (棚の上・テーブルの上)	例えば： 掃除機かけは中腰になるので、腰にこたえたり足元がふらふらするので、行っていない。	④	例えば： 掃除が出来るようになりたい。
	床の拭き掃除は自分で出来ていますか	はい	いいえ	例えば： ・廊下はモップで拭いている ・座ったまま、手の届く範囲は拭いている。	例えば： 座り込むと立てなくなるので、掃除はできていない。		
	トイレ・風呂場の掃除は自分で出来ていますか	はい	いいえ	例えば： お風呂に入ったときに浴槽の中で身体を洗って、あがるときに掃除している。	例えば： 浴槽の掃除は自分でサッと洗うが、洗い場は足がすべるので自分では洗えずにいる。		
電話	自分で受けたい・かけたいしていますか	はい	いいえ		例えば： 耳が聞こえにくいので電話にはあまりでないようにしている。	⑤	例えば： 耳の聞こえが良くなって友人に電話をかけたい。
金銭管理	お金の管理は自分でしていますか	はい	いいえ		例えば： こづかい程度は自分で管理しているが、物忘れが気になるので、年金などは子どもに預けている。		

このことは自分で行っていますか？		どちらかに ○をつけま しょう		「はい」と答えた方、工夫して・頑張っ ていることがあれば書いてください	「いいえ」と答えた方は「困っていること」を 書いてください。また、その原因はなんだ と思われますか？	目標の 番号	(目標) 自分でできるようになりたいこと
服薬	自分が飲んでいる薬を 理解していますか	はい	いいえ	例えば： ・病院や薬局で説明してもらって いる。 ・薬の説明書をちゃんと読んでい る。 ・お薬手帳に書いてもらっている。	例えば： 聞いてもよくわからないので、出 されるものを飲んでいただけ・・・	⑥	例えば： 確実に薬が飲めるようになる。
	薬は自分で飲めますか	はい	いいえ	例えば： 声をかけてさえもらえば飲み忘れ はない。	例えば： 手がしびれていて自分で水がくみに くいで困っている。		
	飲み忘れはありません か	はい	いいえ	例えば： 飲み忘れがあったので、薬局から もらってすぐに朝・昼・夕の袋に分 けていれるようにしている	例えば： 一人暮らしなので、飲み忘れがあつて 病気が悪化したので、困っている。		
歩行	家の中はひとりで歩い ていますか	はい	いいえ	例えば： ・杖をついて歩いている。 ・押し車を使っている。 ・手摺りを利用している。 ・棚やテーブルなどつかまるもの があればつかまっている。	例えば： ・つかまらなないと歩けないのでなにも できない。 ・転ぶかもしれないと思うとこわい。 ・危ないので動き回らないように言わ れている。	⑦	例えば： 家の周辺までは押し車を使って歩けるよ うになりたい。
	近所や買い物は自分で 歩いてでかけています か	はい	いいえ	例えば： ・杖をついて歩いている。 ・押し車を使っている。	・転ぶかもしれないと思うとこわい。 ・危ないので動き回らないように言われ ている。 ・近所にお店がない。		
排泄	自分でトイレに行ってい ますか	はい	いいえ	例えば： ・杖をついて歩いている ・押し車を使っている ・間に合わないこともあるので、 安心のために尿とりパットなどを 使っている。	例えば： 歩けないのでトイレに間に合わず困っ ている。	⑧	例えば： ・トイレまでスムーズに歩けるようになり たい。 ・自分でパンツの上げ下げが自由に 出来るようになりたい。
	排泄後の後始末は自 分で出来ていますか	はい	いいえ	例えば： 腰が痛くて困っていたが、ウォ シュレットを使って自分でできるよ うになった。	例えば： 手のしびれがあり、パンツの上げ 下げが自分でできない。		

このことは自分で行っていますか？		どちらかに○をつけましょう		「はい」と答えた方、工夫して・頑張っていることがあれば書いてください	「いいえ」と答えた方は「困っていること」を書いてください。また、その原因はなんと思われませんか？	目標の番号	(目標) 自分でできるようになりたいこと
食事	食事は普通食を食べていますか	はい	いいえ		例えば： 歯が悪く、硬い物がかめなくなって困っている。	⑨	例えば： 時々レストランなどにご馳走を食べに出かけたい。
	箸を使って食べていますか	はい	いいえ	例えば： 右手が麻痺して箸が握れなくなったが、利き手を左手にするよう訓練中	例えば： 右手が麻痺して箸が握れなくなったので、左手でスプーンとフォークを使って食べている。		
	むせたい・つかえたいすることはありますか	はい	いいえ		例えば： 汁物を飲むときむせることがあるので、水分を摂るのが苦になる・・・		
入浴	自分で入浴出来ますか	はい	いいえ	例えば： 昼間、人のいる時に入るようにしている。	例えば： 足が悪いので、家の浴槽は深くて怖いのでシャワーを浴びるだけにしている。	⑩	例えば： 家の風呂に不安なく入れるようになりたい。
	身体は自分で全部洗っていますか(身体・足先・頭)	はい	いいえ		例えば： 手が届かないので、頭と足先だけは洗えない。		
着替え	自分で着替えている	はい	いいえ	例えば： 肩が痛くて拳がらないので不自由だが、時間をかけて自分で着ている。	例えば： 着脱するときは麻痺があるので洋服のボタンかけができない。	⑪	例えば： 肩が拳がるようになって、自由に脱ぎ着ができるようになり温泉に行きたい。
	着替えの準備は自分でしていますか	はい	いいえ		例えば： ダンスの出し入れが上手くできないので、ベッド周囲に置きっぱなしになっている。		

このことは自分で行っていますか？		どちらかに○をつけましょう		「はい」と答えた方、工夫して頑張っていることがあれば書いてください	「いいえ」と答えた方は「困っていること」を書いてください。また、その原因はなんだと思われますか？	目標の番号	(目標) 自分でできるようになりたいこと
身だしなみ	歯磨きは自分でしていますか	はい	いいえ	例えば： ・総入れ歯だが、歯ぐきも入れ歯もみがいている。 ・入れ歯も毎食後みがいている。	例えば： ・歯がないので歯みがきはしていない。 ・手が不自由なので磨けない。	⑫	例えば： 自分で出来ることが増えて、おしゃれをして出かけた。
	歯のないところに入れ歯を使っていますか	はい	いいえ	例えば： ・日中だけ入れている。 ・食事の時は使っている。	例えば： ・違和感があるので、食事の時だけにしている。 ・痩せたせいで、持っていた入れ歯が合わなくなって使わなくなった。		
	顔は洗っていますか	はい	いいえ	例えば： ・洗面台に肘をつきなんとか洗っている。	例えば： ・立っているのが大変なので、家族にタオルを絞ってもらい拭いている・・・ ・お風呂に入ったときのみ洗っている。		
	髪は整えていますか	はい	いいえ	例えば： ・出かけるときは身だしなみと思って、おしゃれは楽しみ。	例えば： ・手が届かないので・・・ ・行くところもないし・・・		
交流	一日一回は誰かとおしゃべりをしていますか	はい	いいえ	例えば： 誰も来ない日には、自分から電話をかけるようにしている。	例えば： ・ひとり暮らしでしゃべる相手がないので、寂しい。 ・耳が遠い・言葉がよくでないので、外に出るのが気が引ける。 ・人としゃべるのはにがて・・・	⑬	例えば： ひとりであるのは寂しいので、人の集まるところに出かけおしゃべりをしたり、自分の得意なことを人にも教えてあげたい。

自立するための介護予防プラン自己作成

作成者氏名

作成日 H 年 月 日

今後の目標: (例えば: 足が強くなって家族と温泉に行けるようになりたい。)

自分で出来るようになりたい目標を達成するためには...	目標に向けて自分自身に取り組むことを書きましょう (自助努力の項目です!)	目標に到達するために支援を受けたことを具体的に書きましょう	支援してくれる人々を書きましよう (家族・地域の人々・サービス事業)	サービス事業所	いつから いつまで
<p>前ページまでの目標を達成するためにあなたが受けたいと思うことを書いてください。</p>	<p>例えば: 毎日家の周りの散歩を朝・夕1日2回はする。</p> <p>例えば: 家族の茶碗まで洗えるようになるため、座っている時間を15分増やす。</p>	<p>例えば: ① 専門家に教えてもらいながら、座るために必要な筋肉を強くする。 ② 痛みを止めてほしい。 ③ 歩く力をつける訓練を受ける。</p>	<p>例えば: ① 理学療法士 ② 医師</p>	<p>〇〇リハビリテーションセンター</p>	<p>目標の達成のために、期間を定めましよう!</p> <p>H19. 10 ~ H20. 3</p>
<p>例えば: ①⑦は、リハビリが必要。</p>	<p>例えば: 足の力がついてふらふらしなくなるよう、テレビ体操を毎日する。</p>		<p>支援してくれる人々やサービス事業所の項目は、長寿介護課の担当者や地域包括支援センターに相談してください。サービスの種類や事業所など紹介してくれます。サービス事業所は自分で決めましよう!!</p>		<p>目標とする項目に達成するために期間を設定し、到達できるよう頃張りましよう!</p>
<p>例えば: ⑥⑫は健康管理が必要。</p>	<p>例えば: 定期的に通院し、医師になんでも相談する。くすりの飲み忘れがないよう空の袋は一日分取っておく...</p> <p>・歯磨きを忘れない・定期的に歯の検診を受ける。</p>	<p>例えば: ・朝・昼・夕に薬を薬局で分けてもらう。 ・定期的な検診によりお口のことに関するアドバイスを受ける。</p>	<p>① 医師 ② 薬剤師 ③ 歯科医</p>	<p>〇〇医師 △△薬局</p>	
<p>(地域包括支援センターの意)</p> <p>ご自分で立てられたプランを地域包括支援センターに提出またはお電話をください。担当者がプランやサービスの内容・金額などのアドバイスやサービス事業所の紹介・サービスを利用するに至る手順など細かい説明を致します。その上で、利用者様が元気になるよう意見を書かせていただきます。</p>					<p>記入日 H 年 月 日 意見者氏名</p>