

相談から介護予防ケアマネジメント実施等における帳票

- 帳票 1 対象者窓口確認票
- 帳票 2 基本チェックリスト
- 帳票 3 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（後日配布）
- 帳票 4 興味・関心チェックシート（必要に応じて使用する。）
- 帳票 5 利用者基本情報
- 帳票 6 広島市版アセスメントシート
- 帳票 7 介護予防サービス・支援計画書
- 帳票 8 ケアマネジメント結果票（ケアマネジメントC・卒業時ケアマネジメント）
- 帳票 9 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）
- 帳票 10 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表
- 帳票 11 介護予防・生活支援サービスの機能訓練参加に係る検査受診券兼問診票・結果票

- パンフレット「住み慣れた地域で自分らしく暮らすために 介護予防・日常生活支援総合事業が始まります。」

(注)この確認票はご本人が記入するものではありません

帳票 1

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者窓口確認票

受付日(年 月 日)

所属【介保・高福・()地域包括支援センター】 受付者名【 () 】

本人	被保険者番号	
	氏名	(歳)
	介護度	要支援(1・2)・要介護 新規【本人来所：有・無(理由：)】
	有効期限終了日	年 月 日終了 ※認定者のみ記入
代理の場合 (親族が申請する 場合のみ記入)	代理人氏名	(続柄)
	代理の理由	入院中・一人で歩けない・本人に頼まれた その他 ()

【確認内容】

項目	確認事項	チェック欄
ご本人の状態	1 一人でタクシーや公共機関を利用して外出できる。	<input type="checkbox"/>
	2 身の回りのこと(排泄・着替え等)や内服管理・金銭管理が自分でできる。	<input type="checkbox"/>
	3 かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことができる。	<input type="checkbox"/>
	4 歩行や立ち座りに介助を必要とし、一人で外出できない。	<input type="checkbox"/>
	5 認知症の症状(物忘れ・同じ話を繰り返す等)がみられ、薬の内服(時間や種類など処方どおり飲む)、電話の利用(電話をかける・用件を伝える)等に介助を受けている。	<input type="checkbox"/>
	6 大きな病気やけがのため、入院中又は療養中である。	<input type="checkbox"/>
	7 寝たきり又は、重い認知症である。	<input type="checkbox"/>
利用希望サービス	8 「訪問介護」の生活支援(掃除や買い物等)サービスを利用したい。 ※回数・内容等は、ケアマネジメントで決定されます。介護者がいない(日中)独居や高齢者世帯等が対象です。	<input type="checkbox"/>
	9 「通所介護」を利用して、他者との交流や運動する機会をつくりたい。 ※回数・内容等は、ケアマネジメントで決定されます。	<input type="checkbox"/>
	10 自宅において、一人では入浴できないため、デイサービスで入浴したい。 入浴できない理由()	<input type="checkbox"/>
	11 下記の介護予防サービスを利用したい。(希望するサービスに○) 1.福祉用具レンタル・購入 2.ショートステイ 3.デイケア 4.訪問入浴 5.訪問看護 6.地域密着型サービス 7.居宅療養管理指導 8.住宅改修 (※ 具体的に希望する事業所がある場合は、記入してください。)	<input type="checkbox"/>
	12 入居(GH・特定施設)・入所(特養・老健・療養型)したい。 ※必要に応じて聞き取りしてください。 サービスの利用希望はないが、認定を希望する理由は何ですか。 理由：)	<input type="checkbox"/>

【判定】

「4」～「7」・「11」～「13」のいずれか1つ以上に該当	⇒ チェックリスト実施対象外です。 要介護認定の申請手続きをしてください。	<input type="checkbox"/>	確認者印
「1」～「3」のいずれか、かつ「8」～「10」のいずれかに該当	⇒ チェックリスト実施対象者です。	<input type="checkbox"/>	

※基本チェックリストを実施した場合は、基本チェックリスト、確認票、介護予防ケアマネジメント届出書、介護保険証を区健康長寿課(〇〇係)まで提出願います。

被保険者番号

受付者 *包括・高齢・介護

住所： 電話：
 氏名： (年 月 日生) 代理： 続柄 ()

基本チェックリスト 実施日：平成 年 月 日

質問事項	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	0 はい	1 いいえ	
2 日用品の買物をしていますか	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	
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	/20
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	0 はい	1 いいえ	
8 15分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	/5
10 転倒に対する不安は大きいですか	1 はい	0 いいえ	
11 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1 はい	0 いいえ	/2
12 身長 cm 体重 kg (BMI=) (注)			
13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい	0 いいえ	/3
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	
16 週に1回以上は外出していますか	0 はい	1 いいえ	/2
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	/3
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	
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	/5
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	
健康状態について	1 よい 2 まあよい 3 ふう 4 あまりよくない 5 よくない		

※(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当する。

社会生活	運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ	主観的健康観
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象候補者となった場合には、基本チェックリストの記入内容等について高齢福祉部及び地域包括支援センターに提供することに同意します。

被保険者氏名

状況調査について

○記入上の注意点

1. 状況調査の連絡先について記入してください。(平日の昼間の連絡の取れる電話番号)
2. 訪問の日時が決まりましたら、同席される方にお伝えください。

連絡先	氏名		本人との関係	本人・立会人・その他()
	電話番号	()		
	携帯電話番号	()		
訪問先住所	<input type="checkbox"/> 本人自宅 ⇒ <input type="checkbox"/> 一戸建て、 <input type="checkbox"/> 集合住宅(名称:) <input type="checkbox"/> その他 → 訪問先住所: 訪問先名: 電話番号:			
状況調査日時	<input type="checkbox"/> 希望日時は特にない <input type="checkbox"/> 都合の悪い日時 (曜日、 曜日、 曜日、 / 、 /) <input type="checkbox"/> 時間の希望がある 午前・午後 時頃			
調査の同席者	<input type="checkbox"/> いる ⇒ 同席される方: 氏名 続柄() <input type="checkbox"/> いない ※ 状況調査を正確に行うためにご家族等の同席をお願いしています。 できるだけご協力をお願いします。			
特記事項	訪問させていただくにあたり留意が必要なこと等			

○受付機関のメモ欄

・来所経緯、相談内容等

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： H _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014. 3)

利用者基本情報

帳票 5

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳		
住 所		Tel () Fax ()		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：年 月 日～年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日：年 月 日			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活 状況（どんな 暮らしを送 っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名

印

【記入日】 年 月 日 【担当】 ○○地域包括支援センター ○○○○

利用者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日	年齢	国籍	変更可能性
健康状態	程度・場面・対応	できない・困っていること				
身体状況	部位	症状	痛み しびれ 痺痺	痛み しびれ 痺痺	痛み しびれ 痺痺	痛み しびれ 痺痺
	平常時の血圧	mmHg	不明	利き手	右	左
栄養	運動制限等、医師の指示はありますか	あり		食事回数	() 回/日	食事療法の必要性
	食形態	普通食	軟食	刻み食	その他	
	肉・魚・卵・大豆製品をとっていますか	回/日	回/週	ほとんどとらない	その他	
	牛乳・乳製品をとっていますか	回/日	回/週	ほとんどとらない	その他	
	野菜をとっていますか	回/日	回/週	ほとんどとらない	その他	
	間食はしますか	回/日	回/週	ほとんどとらない	その他	
	1日にとる水分量について	総摂取量	500cc未満	500~1000cc	1000cc以上	
	【摂取量の内訳：水、お茶、汁物、cc、その他	() cc				
	糞便について	あり	() 回/日	なし	下痢	入浴
	痔について	あり	() 回/日	なし	下痢	入浴
	歯痛や義歯の掃除を1日に1回以上していますか	はい	いいえ			
	歯科医院を定期的に受診していますか	はい	いいえ			
	トイレに行くのが間に合わず、失敗することがありますか	はい	いいえ			
排泄	排尿	日中() 回	夜間() 回	下痢服用	あり	なし
	排便	() 日に1回				
	眠れないことがありますか	あり	時々あり	なし	【状況】	
	睡眠薬を使用していますか	あり	【頻度】() 回/日	週() 回	なし	
	嗜好品	飲酒状況について	飲酒なし	頻度() 回/日	週() 回	
	喫煙状況について	喫煙なし	喫煙あり	【量】() 本/日	週() 本	
	立位	立ち上がり	できる	支えが必要(自ら・他者)		
	歩行	片足立ち	できる	支えが必要(自ら・他者)		
	着脱	屋内	杖なし	杖あり(持ち手：右・左)	歩行器	
	入浴	屋外	杖なし	杖あり(持ち手：右・左)	歩行器	
		一人で着替えをしていますか	している	していない		
		一人で洗身していますか	している	していない		
		一人で浴槽をまたぐことをしていますか	している	していない		
家事	炊事	本人がしていること	本人がしていること	していない/できない場合は誰がしているか		
		炊飯	あり	簡単な食卓の用意		
		ガス(炉)調理器使用	あり	子(孫)が		
		温め	あり	配膳		
		下膳	あり	食器洗い		
		自室	あり	風呂場		
		トイレ	あり	その他		
		掃除機かけ	あり	モップ		
		洗濯機の使用	あり	洗濯物を干す		
		取り込む	あり	たたむ		
		整理する	あり			

日常生活について	本人がしていること・状況	していない/できない場合は誰がしているか	工夫していること/できない理由
こみ出し	() 全て・一部()している	分別する	工夫していること/できない理由
	() できるがしていない	まどめる	今後やらないこと
	() できない	集積所まで運ぶ	
買い物	() 全て・一部()している	買うものを決める	
	() できるがしていない	荷物を持つて帰る	
	() できない	荷物は配達便を利用する	
食料管理	() 全て・一部()している	全て管理	
	() できるがしていない	こづかい程度のみ管理	
	() できない	銀行に行く/出入金	
服	() 全て・一部()している	忘れずに内服等している	
	() できない	時々忘れる	
	() できない	内服	
	() できない	その他	
外出	徒歩	自家用車(車・バイク)	タクシー
	バス	【最寄バス停】	最寄りの駅・バス停まで
	家族の送迎	【頻度】() 回/程度	その他
社会参加	外出頻度	回/月	外出先
	現在、地域で参加しているものはありますか		
	また、以前参加していたものはありますか		
役割	何かしらの役割がありますか	家庭内	地域
対人交流	困った時に助けられる人はいますか	はい	いいえ
	家族との交流状況		
	近隣・友人・知人との交流状況		
	物の忘れがちな状況	はい	いいえ
	会話がまもられないことはありますか	はい	いいえ
	身だしなみへの関心の変化はありますか	変化なし	関心が低くなった
	火の始末(タバコを吞む)が心配ですか	心配ない	心配している
	自宅内の環境で不自由なところや不安に感じるところはありますか	はい	いいえ
	玄関	階段	トイレ
	浴室	喫室	台所
	物干し場	庭	その他
	自宅周囲の環境で不自由なところはありますか	はい	いいえ
	急な坂道	自宅敷地内の階段	集合住宅のEVがない
	バス停や駅が遠い	買い物ができる場がない	
	集合所や公民館が遠い	その他	
日常生活機能の低下を起している背景・要因(簡潔書き)	【個人因子】	【環境因子】	【環境因子】
★本人の思いや希望	★本人の思いや希望	★本人の思いや希望	★本人の思いや希望
① 自身のためになっていること、心がけていることがありますか	はい	いいえ	
② 今後、生活機能が改善したら、どんな生活を送りたいですか			
★支援方針(優先度の高い順に簡潔書き)			

介護予防サービス・支援計画表

No.

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域:

帳票7

利用者名 様 認定年月日 年 月 日 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 地域:

計画作成者氏名 託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日 年 月 日) 担当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・家族の意向・意欲	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							
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォর্মールサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間		
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
日常生活(家庭生活)について		<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ついて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												

健康状態について
主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点
【本来自ら行うべき支援ができない場合】
 必要な支援の実施に向けた方針
総合的な方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント

基本チェックリストの該当した質問項目数(質問項目数)をお書き下さい。
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけ下さい。

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
予防給付または地域支援事業					

【意見】
 地域包括支援センター

【確認印】

計画に関する同意

年 月 日 氏名 印

ケアマネジメント結果票

氏名 _____ 様 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 広島市 _____ 区 _____ 電話番号 (_____) _____

地域包括支援センター名 _____ ケアマネジメント実施者 _____

○ ご自身の意向

○ 生活の目標

○ 今後の取組について

【自分に取り組むこと(内容、頻度)】

【支援してもらうこと(いつから、誰に、何をどのくらい)】

ケアマネジメント結果の同意

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名

印

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表 評価日

利用者名

殿

計画作成者氏名

目標 評価期間	目標体制状況	目標達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針

地域包括支援センター意見

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> プラン継続
<input type="checkbox"/> プラン変更
<input type="checkbox"/> 終了 | <input type="checkbox"/> 介護給付
<input type="checkbox"/> 予防給付
<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業
<input type="checkbox"/> 一般介護予防事業
<input type="checkbox"/> 終了 |
|---|--|

住所 ☞

広島市 区

町 丁目 番 号

受診券番号

フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月	日(歳)	男・女
氏名	様	電話番号	()				

この受診券をお持ちの方は、広島市が実施する介護予防・生活支援サービスの機能訓練への参加を希望されています。

下記の検査を実施して頂き、事業の参加の可否を判定していただきますようお願いいたします(患者さま負担は無料です。)

全ての方に実施してください。

計測 身長(cm) 体重(kg)

血圧(~ mm Hg)

診察 (所見 (有・無))



必要に応じて心電図検査を実施してください(実施した場合に限り、所見を御記入ください。)

心電図	<input type="checkbox"/> 実施	所見(有・無)
	<input type="checkbox"/> 未実施	

※ 検査委託料については、「医療機関控」の「委託料明細」の欄を参照してください。



機能訓練参加可否判定 にチェックをつけてください。

機能訓練の参加が望ましい。

機能訓練の参加に関しての留意点等

()

医学的な理由により、機能訓練の参加は不适当である。

検査は以上で終了です。ありがとうございました。

<検査を受けられた方へ>

医療機関から、検査の結果を受け取られましたら、地域包括支援センターの担当者へお渡してください。

担当: 地域包括支援センター(担当者)

電話:

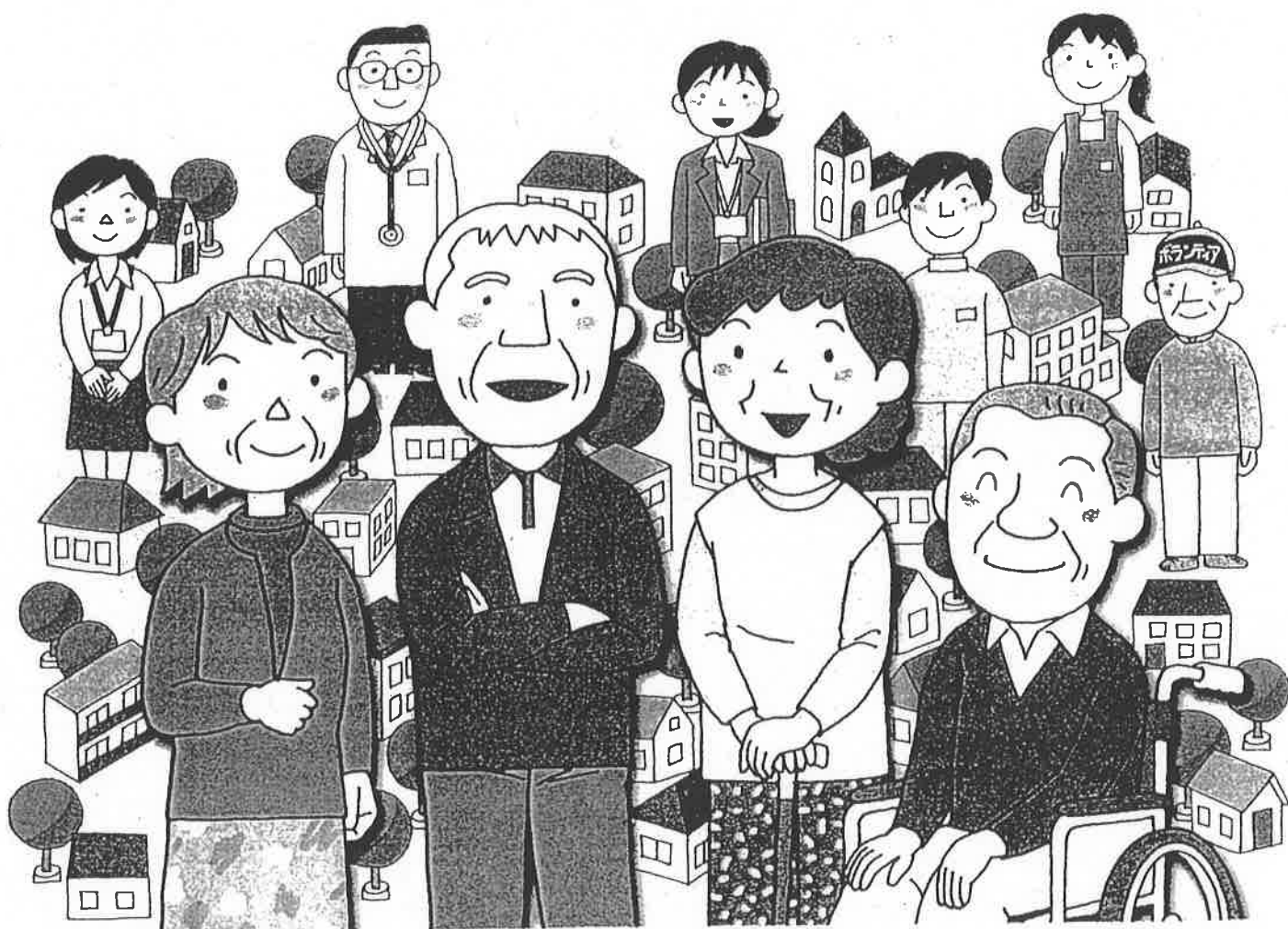
[お問い合わせ先]
 〒730-8586
 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号
 広島市健康福祉局地域包括ケア推進課
 TEL 082-504-2648(直通)
 FAX 082-504-2136

平成 年 月 日 上記のとおり実施しました。
 医療機関所在地
 名称
 氏名(管理者)

住み慣れた地域で 自分らしく暮らすために

平成29年
4月から

「介護予防・日常生活支援総合事業」が
始まります！



広島市では、平成29年4月から、「介護予防・日常生活支援総合事業」が始まります。自分らしく地域で暮らし続けるためには、一人ひとりができる限り介護予防に努めるとともに、地域や家庭の中で何らかの役割を担いながら生活することが大切です。「介護予防・日常生活支援総合事業」では、これまでの介護事業者によるサービスの提供に加えて、地域住民の皆さんによる高齢者の介護予防活動や生活支援の自主的な取組を支援します。

広島市