

第 1 号様式 (第 5 条関係)

年 月 日

郡山市長

郡山市介護予防・生活支援サービス事業対象者確認申請書

介護予防・生活支援サービス事業対象者についての確認を受けたいので、郡山市介護予防・日常生活支援総合事業施行規則第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

ただし、本申請と同時に介護保険制度の要介護認定又は要支援認定の申請をしている場合において、要介護又は要支援の認定が決定したときは、本申請を取り下げるものとみなします。

申請者 (被保険者)	被保険者番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏名		電話番号	()
	住所	郵便番号		
	前回の認定等 (該当者のみ)	状態区分 要支援 1・要支援 2・事業対象者・その他 () 有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで		
問合せ先	フリガナ		本人との関係	
	氏名			
	住所	郵便番号		
<p>介護予防・生活支援サービス事業の利用に係る計画の作成等、介護予防・生活支援サービス事業の適切な運営のために必要があるときは、介護予防・生活支援サービス事業対象者の確認に係る基本チェックリストの記載内容を本市から地域包括支援センターに、利用者負担割合を本市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び居宅サービス事業者に提示することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">本人氏名 _____</p>				

添付文書 基本チェックリスト

<事務処理欄>

申請受付日

受付場所 (氏名)	被保険者証回収			介護認定同時申請中
()	回収	紛失	未回収	あり・なし
備考	システム入力日			

基本チェックリスト

基本チェックリスト記入日		年 月 日	
住所			
ふりがな			生年月日
氏名			年 月 日
希望するサービス内容	1 介護予防訪問介護相当サービス 3 その他()		2 介護予防通所介護相当サービス
No.	質問項目	回答(いずれかに○をつけてください)	
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
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
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カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1 はい	0 いいえ
12	身長・体重を記入してください。 身長 cm 体重 kg		
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
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
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言われますか	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
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

※ はい「1」、いいえ「0」いずれかに○をつけてください。

〈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らずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわらず尋ねています。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	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がった

様式 4

	まらず立ち上がっていますか	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ヵ月で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で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ヵ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ヵ月以内の値を、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ヵ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言われますか	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。月と日の一方しかわからない場合には「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	

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： _____ 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

《基本情報》

作成担当者:

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 ・ 入院または入所中 ()		
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・C2	
	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

利用者基本情報

《 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

介護予防支援事業者が行う事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、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、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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。

_____ 年 月 日氏名 _____

第2号様式（第5条関係）

No. _____

介護予防ケアマネジメント 支援計画・評価表

事業所名 _____

利用者名 _____

様 _____

要支援1・要支援2・事業対象者

計画作成者 _____

【計画作成（変更）日】 _____ 年 月 日 【認定日】 _____ 年 月 日

【認定の有効期間】 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

【基本チェックリスト結果】

運動器の機能	栄養改善	口腔機能	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
/5	/2	/3	/2	/3	/5

【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】

現在の状況について	いずれかにチェック (■) を付けて下さい	集計	できるだけになると良いこと、目標、 そのための取り組み、サービス提供内容など	(中間・最終)評価日	集計
運動・移動について			ご本人様	平成 年 月 日	
1 自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	5	目標	1 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	5
2 屋外を安全に歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		取り組み	2 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3 15分くらい続けて歩けますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		家族の支援、インフォーマルサービス等	3 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
4 階段などの段差を何もつかまらずのぼれますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		(訪問型・通所型)サービス提供事業所	4 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
5 交通機関を利用して出かけていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		事業所名	5 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
日常生活（家庭生活）について			期間	6 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	5
6 食事の用意は自分でしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	(訪問型・通所型)サービス提供事業所	7 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
7 洗濯を自分でしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	事業所名	8 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
8 整理整頓や掃除を自分でしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	期間	9 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
9 日用品の買い物を自分でしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	地域包括支援センター または ケアマネジャーの意見	10 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
10 預貯金の出し入れや支払いを自分でしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	総合的な方針	11 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	5	
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて			目標についての支援ポイント		12 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11 1週間に1回以上外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	目	13 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
12 家族や友人と1日1回以上話をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	標	14 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
13 趣味や楽しみで続けていることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	的	15 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	ポ	16 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	5	
15 地域や社会の出来事に関心がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	イ	17 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
健康管理について			ン		18 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16 健康であると思いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	ト	19 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
17 定期的に受診していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	ク	20 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
18 トイレでの行為は自分で失敗なくできますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	点			
19 夜はよく眠れますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	計			
20 もの忘れ予防について何か取り組みを行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
その他の事項について					
21		0/20	21		0/20

【計画に関する同意】 介護予防ケアマネジメント 支援計画について、同意します。

年 月 日 氏名

(委託の場合) 地域包括支援センターの
確認 (意見)
(地区担当包括・担当者・確認印)

NO. _____

初回 紹介 継続

認定済 申請中

要支援1 要支援2

事業対象者

利用者氏名 _____ 様

介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント 支援計画表 (1)

様式9

計画作成者氏名 _____ 担当地域包括支援センター名 _____ 計画作成(変更)日 _____ 年 月 日	委託の場合 事業所名及び所在地 _____ (連絡先) 所在地 _____ (連絡先) 認定日 _____ 年 月 日 認定の有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
---	--

目標とする生活	1日	
	1年	
総合的な方針 (生活不活発病の改善・予防のポイント)		

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

【本来行うべき支援が実施できない場合】

適切な支援の実施に向けた方針

必要な事業プログラムに○をつけてください。

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防

地域包括支援センター	【意見】	確認印
------------	------	-----

計画に関する同意

介護予防サービス・支援計画表(1)~(3)について同意します。

_____ 年 月 日 氏名 _____

介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント 支援計画表(2)

計画作成日 年 月 日

NO. 利用者氏名 様

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・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)
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			
その他		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント支援計画表(3)

計画作成日 年 月 日

NO. 利用者氏名 様

目 標	支 援 計 画					
	目標についての 支援ポイント	本人等のセルフケアや家 族の支援、インフォーマ ルサービス	介護サービス または地域支援事業	サービス種別 (事業所)	頻度	期 間

介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント 支援計画表(4) (週間支援計画表)

計画作成日 年 月 日

NO.		利用者氏名							様
		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
午前	10:00								
	12:00								
午後	14:00								
	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
	4:00								
週単位以外の支援									

NO. 利用者氏名 様

計画作成者氏名

目 標	評価期間	目標達成状況	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	介護予防支援事業者意見	<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
--------	-------------	---	--

介護支援専門員登録番号書

指定居宅介護支援事業所・施設名

事業所番号

代表者名

担当介護支援専門員氏名

介護支援専門員登録番号

※担当者に変更がある場合は事前にご連絡下さい。

介護予防支援に関する研修受講者

介護支援専門員登録番号

※研修受講者に変更がある場合は事前にご連絡下さい。

※研修修了書の写しを添付して下さい。

※上記の内容に変更がある場合は事前にご連絡下さい。

委託料支払金融機関登録書

指定居宅介護支援事業所・施設名

住 所

電話番号

金融機関名										
金融機関コード						※コードは右詰めでご記入ください				
支店名										
支店コード					※コードは右詰めでご記入ください					
口座種別	① 普通 2 当座 3 その他 () ※該当する種別の数字を○で囲んでください									
口座番号										※コードは右詰めでご記入ください
フリガナ										
口座名義										

※太線枠内をご記入ください

実績等送付書(送信票)

令和 年 月 日

●●●●高齢者あんしんセンター 様

居宅介護支援事業所

担当者

●●●●月分の実績報告を報告します。

利用者氏名	居宅介護支援事業所 担当者氏名	実績	事業所からの 報告	モニタリング(支援経過)	評価表	備考 (その他提出書類等)
				提出時期(範囲)		
				①7月(4/1~6/30)		
				②10月(7/1~9/30)		
				③1月(10/1~12/31)		
				④4月(1/1~3/31)		
〇〇 〇〇	△△ △△	レ	レ	①	レ	
備考						