

裏面へ

(3) 認定調査の立会いについて

自宅や病院、施設等を市の調査員（更新申請・区分変更申請の場合、市が委託した調査員の可能性があります。）が訪問して、介護を必要とされる方の心身の状態について調査します。自宅での調査の場合、ご家族の立会いをお願いしています。

ア 立会いをする

立ち会う方の氏名、連絡先等をご記入ください。

フリガナ		本人との続柄		連絡先 (携帯電話等)	
氏名					
連絡が可能な曜日・時間帯					

認定調査の都合が悪い曜日・時間帯に○をつけてください。

認定調査時間は1時間程度です。訪問は祝日を除く平日（月～金）となります。

曜日	月・火・水・木・金・その他（ ）いつでも可
時間帯	午前・午後 いつでも可

イ 立会いをしない（理由： ）

(4) 配慮すべきことや、事前に知らせておきたいことなどがあればご記入ください。

該当するものがあれば、チェックしてください。

☐ 介護認定の調査であることを本人に伝えないでほしい

☐ 本人の前では伝えづらいことがあるので、別室で聞き取りをしてほしい

別室で聞き取りが必要な項目を具体的に教えてください。

例) 認知症のこと、排せつの失敗のこと、病気のこと など

(5) 毎週の決まった予定（サービスや通院など）があれば記入してください。

例) デイサービス毎週（火）（木）利用 透析（月）（木）（土）利用 など

(6) 調査場所付近に駐車スペースはありますか。（該当するものにチェックして下さい）

☐ 自宅の駐車場 ☐ 近隣のコインパーキング ☐ 入院・入所先の駐車場
☐ その他（ ） ☐ ない

自宅調査の場合、普通車での駐車は可能ですか。

☐ 可能 ☐ 軽自動車がよい

受付者（ ）

被保険者番号()

記入日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日生	電話番号	()
対象者氏名					
住 所	飯能市			代 理	(続柄)

あなたは、ご自分で健康だと思いますか？ あてはまるものに○をしてください。

1)とても健康である 2)まあまあ健康である 3)ふつう 4)あまり健康でない 5)健康でない

	No.	質 問 項 目	いずれかに○を お付けください		網かけ欄の ○の数
生活全般	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	
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	
栄養関係	11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	
	12	BMIが18.5未満である ※BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 身長 cm 体重 kg BMI ()	1. はい	0. いいえ	
口腔機能	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	
閉じこもり	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	
認知症	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	
うつ関係	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	

※事務処理欄

区分	全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ	判 定
No.	1～20	6～10	11～12	13～15	16～17	18～20	21～25	☐ 介護予防・生活支援 サービス事業 →裏面へ
判定基準	10点以上	3点以上	2点全て	2点以上	No.16に該当	1点以上	2点以上	
該当項目 (○をする)								☐ 一般介護予防事業 ☐ 要介護(支援)認定申請

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

										区 分	
										新規・変更	
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号						
フリガナ											
					個 人 番 号						
					生 年 月 日						
					明・大・昭 年 月 日						
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター											
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名				介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地				〒			
飯能市地域包括支援センター								電話番号 ()			
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。											
居宅介護支援事業所名			居宅介護支援事業所の所在地			〒					
						電話番号 ()					
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等											
※変更する場合のみ記入してください。											
変更年月日 (年 月 日付)											
飯能市長 様 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。 年 月 日 被保険者 住 所 飯能市 氏 名 電話番号 ()											
確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号									

（注意） 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに飯能市へ提出してください。

2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず飯能市へ届け出てください。

届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。

3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

様式 4

利用者基本情報

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・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・2			
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・II a・II b・III a・III b・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	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			

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

※ ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

N.○

利用者名

認定年月日

年

月

日

認定の有効期間

年

月

日

～

年

月

日

要支援1・要支援2

地域支援事業

計画作成者氏名

計画作成（変更）日

年

月

日

（初回作成日

年

月

日

）

委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

担当地域包括支援センター：

目標とする生活

1 日		1 年				支援計画						
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	目標	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、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
（運動・移動について）		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
（日常生活（家庭生活）について）		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
（社会参加、対人関係・コミュニケーションについて）		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
（健康管理について）		☐ 有 ☐ 無					（ ）					

健康状態について
☐主治医意見書、観察結果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】
受当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発性の改善予防のポイント

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 印

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
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○印をつけて下さい

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
／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

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

様式 7

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

	☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了	☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防・生活支援サービス事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 終了
--	---	--

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・クラウトゴルフ・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			
居酒屋へ行く				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」
一般社会法人 日本作業療法士協会(2014.3)