

明石市自立支援型ケアマネジメント会議

様式集

2023年4月

明石市地域共生社会室地域総合支援担当

ワークシート (2023 ①・②)

| | | | |
|-----------|------|------|--|
| 検討テーマ | | | |
| テーマ選定の理由 | | | |
| 目標とする生活 | (1日) | | |
| | (1年) | | |
| ケース概要 | | 個人因子 | |
| | | 環境因子 | |
| 検討事項 | | | |
| 今後の支援の方向性 | | | |

ワークシート (20230513①)

| | | |
|-----------|--|--|
| 検討テーマ | 孫が来るときに、夕食のおかずを作りたいと思う方の支援について | |
| テーマ選定の理由 | 通院等で外出すると体力が持たず、普段の夕食は宅配弁当を利用しているが料理が趣味で孫のために料理をふるまいたい思いを実現したい | |
| 目標とする生活 | (1日) 午前中、椅子に座りながら昼食(2品)を作る | |
| | (1年) 孫の誕生会(12月)を自宅で開き夕食のおかず(3品)を作る | |
| ケース概要 | 個人因子 | |
| 検討事項 | ケース概要以下は、当日の検討者がメモとして使う部分になりますので、空白にしておいてください。 | |
| 今後の支援の方向性 | | |

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 | 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 | |

《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 |
| | | | | |
| | 食事内容 | | | |

《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 経過観察中 その他 | |
| 年 月 日 | | | Tel | 治療中 経過観察中 その他 | |
| 年 月 日 | | | Tel | 治療中 経過観察中 その他 | |
| 年 月 日 | | | Tel | 治療中 経過観察中 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。

令和 年 月 日 氏名 _____

利用者基本情報

作成担当者：明石 花子

《基本情報》

| | | | |
|--|---|---|---------------------|
| 相談日 | 令和5年3月25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 | A | 男・女 | T・S 年 月 日生 (78) 歳 |
| 住所 | 明石市魚住町西岡 (小学校区:清水) | Tel () Fax () | |
| 日常生活 自立度 | 障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 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：令和4年4月1日～令和5年3月31日 (前回の介護度 要支援2) 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：令和4年4月1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 5階に居住、エレベーターあり | | |
| 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 | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 住所・連絡先 |
| | | 夫 | 同居 |
| | | 長男 | 隣接市 |
| | | 長女 | 他市 |
| | | | |
| 家族関係等の状況 要介護1の夫、デイサービスに週2回通う。 長男家族が月1回訪問し、夕食を一緒に食べる。 長女は、夫の両親の介護のためほとんど協力はなし。 長男・長女家族とは何でも話せる良好な関係性。 | | | |

《介護予防に関する事項》

| | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|
| 今までの生活 | 隣接市生まれ、結婚と同時に現住所に引っ越す。高校を卒業後、事務員として働くが、結婚後は夫の両親と同居し、専業主婦として生活する。3年前より夫が介護保険を利用し始める。 変形性膝関節症があり、左膝は術後痛みがとれたが、右膝の痛みが続いており歩行や立ち作業などの生活に支障が出てきている。 | | | |
| 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 | |
| | 午前中に家事をすませ、通院がある場合は午後に行う。昼食後は1時間ほど昼寝をした後テレビを見て過ごす。通院日の翌日は午前中も、横になってテレビを見て過ごすことが多い。 | | 習字教室 週1 料理（アレンジ料理が好き、食事会で食べた料理をまねてつくる） | |
| | 時間 | 本人 | 介護者・家族 | 友人・地域との関係 |
| | 6時 7時 12時 18時 21時 | 起床 朝食 昼食 夕食 就寝 | ゴミ捨ては夫 | 友達と食事会（月1） 近所との交流もあり、地域の活動に積極的に参加している。 |
| | 食事内容 | 朝食：食パン（6枚切り1枚・いちごジャム）、牛乳（200ml） 昼食：ご飯（小茶碗1杯）、魚または肉の煮物、野菜の小鉢 夕食：宅配弁当（糖尿病食） 間食：饅頭などの甘くて柔らかいお菓子、砂糖・ミルク入りのコーヒー（毎日15時と20時頃） | | 食事内容は別紙として添付も可能 |

《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 |
|----------------|-------------------|---------------------------|-----|---------------------|--------------------|
| 平成7年 月 日 | 高血圧症 | A 内科 | Tel | 治療中 経過観察中 その他 | 内服治療（〇〇錠、〇〇エキス） |
| 平成22年 月 日 | 糖尿病 | A 内科 | Tel | 治療中 経過観察中 その他 | |
| 平成26年 11月5日 | 左変形性膝関節症（人工関節置換術） | B 整形外科 週1 徒歩にて | Tel | 治療中 経過観察中 その他 | 通院時〇〇の注射 〇〇テープ |
| 平成30年 3月 日 | 白内障 | C 眼科 月1 バスにて | Tel | 治療中 経過観察中 その他 | 手術をするか検討中 点眼薬〇〇 |

《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 |
|--|-------------------|
| 訪問型サービス（週1：買い物） 通所型サービス（週1：） 住宅改修（階段・玄関かまちの手摺） | 自費ベッド 宅配弁当（夕食） |

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。

令和 年 月 日 氏名 _____

治療薬一覧

【記載方法・記載例】

| 医療機関名／薬局名 | 薬の名前・形状 | 1回量 | 飲む・使用するタイミング | 効能効果 | 注意すべき副作用 等 |
|------------|-----------|-----|---------------|-----------|-------------|
| A 内科／E薬局 | 〇〇錠 200mg | 1錠 | 朝食後 | 降圧剤 | |
| | 〇〇エキス(粉) | 1包 | 毎食後 | 排便促進剤 | |
| | 〇〇錠 0.4mg | 2錠 | 夕食後 | 鎮静・抗不安薬 | 夜間・起床時のふらつき |
| | 〇〇錠 | 1錠 | 毎食前 | 血糖降下剤 | 低血糖症状 |
| | 〇〇〇〇 | | 週1 注射 | 肝保護剤 | |
| B 整形外科／E薬局 | 〇〇テープ | | 1日2回 首・腰 | 痛み止め | |
| | 〇〇座薬 30mg | 1つ | 疼痛時(6時間以上あける) | 痛み止め | |
| | 〇〇〇〇 | | 週1 注射 | 骨粗しょう症治療薬 | |
| C 眼科／F薬局 | 〇〇点眼薬 | | 1日4回 点眼 | 白内障治療薬 | |
| D 泌尿器科／G薬局 | 〇〇錠 60mg | 1錠 | 毎食後 | 利尿剤 | 頻尿 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

医療機関・薬局が複数の場合は、各機関ごとにまとめて記載しています。

睡眠薬・鎮痛剤、利尿剤等は「活動」に影響することがある薬です。

生活機能評価票

| | | | | | | | | |
|--------------|--|----|-----|----|----|---|---|---|
| (ふりがな) 氏名 | | 性別 | 調査日 | 事前 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | 事後 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

| | | 事前 | 事後予測(6か月後) | 備考 |
|------------------|--------|----|------------|--|
| A D L | 室内歩行 | | | |
| | 屋外歩行 | | | |
| | 外出頻度 | | | |
| | 排泄 | | | |
| | 口腔衛生 | | | 義歯: <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり() 通院: <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり() |
| | 食事・栄養面 | | | |
| | 入浴 | | | |
| | 着脱衣 | | | |
| I A D L | 掃除 | | | |
| | 洗濯 | | | |
| | 買物 | | | |
| | 調理・食生活 | | | |
| | 整理 | | | |
| | ごみ出し | | | |
| | 通院 | | | |
| | 服薬 | | | |
| | 金銭管理 | | | |
| | 電話 | | | |
| | 社会参加 | | | 地域の通いの場への参加: <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり() |

【判定基準】

| 自立度 困難度と 改善可能性 | 自立 | | 一部介助 | | 全介助 | |
|----------------------|-------|-------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 楽にできる | 少し難しい | 改善可能性 高い | 改善可能性 低い | 改善可能性 高い | 改善可能性 低い |
| 判定 | ○1 | ○2 | △1 | △2 | ×1 | ×2 |

生活機能評価票

事前調査日は忘れずご記入ください

【記載例】

| | | | | | |
|--------------|---|----|-----|----|-------------|
| (ふりがな) 氏名 | A | 性別 | 調査日 | 事前 | 2023年 4月 1日 |
| | | 女 | | 事後 | 年 月 日 |

| | | 事前 | | 事後予測(6か月後) | 備考 |
|------------------|--------|----|---|------------|---|
| A D L | 室内歩行 | △1 | → | ○2 | なんとか伝い歩きが可能。這って歩く手前。 |
| | 屋外歩行 | △1 | | | ひとりでは転倒が不安で実施していない。付き添いがあれば短い距離は可能。杖歩行(T字杖) |
| | 外出頻度 | △1 | | | ひとりでは転倒が不安で実施していない。付き添いのもと必要な外出はしているができるだけ控えている。 |
| | 排泄 | ○1 | | | 手すりを使用。洋式トイレ。 |
| | 口腔衛生 | ○2 | | | 義歯： <input checked="" type="checkbox"/> なし、通院： <input checked="" type="checkbox"/> なし、ぐらついている歯は未治療。食物の食べかすがついたらそのまま。口臭あり。 |
| | 食事・栄養面 | ○1 | | | 身長：150cm 体重：52kg(BMI 23.1) 動作はできるが硬いものなどがかみにくい。 |
| | 入浴 | △1 | → | ○2 | 移動やまたぎ動作に介助が必要。手すりを使用している。 |
| | 着脱衣 | ○1 | | | ズボンやパンツの着脱時、座位やもたれ立位で行っている。 |
| I A D L | 掃除 | △1 | → | ○2 | 主に娘が行い、時々座ってコロコロをかけている。 |
| | 洗濯 | ○2 | | | 干すときに転倒の不安あり。座って行っている。 |
| | 買物 | ×1 | | | 娘が買い出しをしている。 |
| | 調理・食生活 | △1 | → | ○2 | レンジでできるものを活用。料理はしていない。食事内容は、炭水化物が中心。 |
| | 整理 | ○1 | | | |
| | ごみ出し | ×2 | | | 息子が持って行ってくれる。 |
| | 通院 | △1 | | | 息子が付き添ってくれる。往復は車。院内は介助歩行。 |
| | 服薬 | ○1 | | | 内科の薬は、薬局で一包化してもらっている。 |
| | 金銭管理 | ○1 | | | |
| | 電話 | ○1 | | | |
| | 社会参加 | △1 | | | 地域の通いの場への参加： <input type="checkbox"/> なし、 <input checked="" type="checkbox"/> あり(友達と一緒にサロンに2週間に1回参加中) 週1回、地域の体操教室に参加していたが、道中の転倒が不安で今は参加していない。 |

【判定基準】

| 自立度 困難度と 改善可能性 | 自立 | | 一部介助 | | 全介助 | |
|----------------------|-------|-------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 楽にできる | 少し難しい | 改善可能性 高い | 改善可能性 低い | 改善可能性 高い | 改善可能性 低い |
| 判定 | ○1 | ○2 | △1 | △2 | ×1 | ×2 |

基本チェックリスト

| | | | | | |
|---------|---|------|----------|---|-----|
| 被保険者番号 | | 実施日 | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭 | | |
| 被保険者氏名 | | | 年 | 月 | 日 |
| | | | () | 歳 | 性別 |
| 住民票上の住所 | 〒 | | 電話番号 () | | 男・女 |

回答欄の「はい」「いいえ」のどちらかに○を付けてください。

| NO. | 質問項目 | 回答: いずれかに○を | 得点 |
|-----|--|-----------------|-------------|
| 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 | ① /5 |
| 2 | 日用品の買い物をしていますか | 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 | ② /5 |
| 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 | ③ /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 | ④ /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 | ⑤ /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 | ⑥ /1 |
| 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 | ⑦ /3 |
| 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 | |
| 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 | /3 |
| 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 | ⑦ /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 | |

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

介護予防ケアマネジメント等の実施にあたり、利用者の状況等を把握する必要があるときは、本用紙に記載いただいた内容及び結果について、保険者、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所等、本事業の実施に必要な範囲で関係する者に情報提供することに同意します。

本人氏名 _____

(「本人氏名」欄を代筆した場合) 代筆者氏名 _____

(続柄) _____

基本チェックリスト

【記載例】

| | | | | | |
|---------|-----|----------|-------------|----------------|-----|
| 被保険者番号 | | 実施日 | 2023年 4月 1日 | | |
| フリガナ | | | 明・大 | 実施日を忘れずご記入ください | |
| 被保険者氏名 | A | 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| | | | (78) 歳 | | |
| 住民票上の住所 | 〒 - | 電話番号 () | | | |

回答欄の「はい」「いいえ」のどちらかに○を付けてください。

| NO. | 質問項目 | 回答:いずれかに○を | | 得点 |
|-----|---------------------------------------|--|--------------------------------------|----------|
| 1 | バスや電車で1人で外出していますか | <input checked="" type="radio"/> はい | 1. いいえ | ① 3/5 |
| 2 | 日用品の買い物をしていますか | 0. はい | <input checked="" type="radio"/> いいえ | |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | 0. はい | <input checked="" type="radio"/> いいえ | |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | <input checked="" type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> いいえ | ② |
| 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 | <input checked="" type="radio"/> いいえ | |
| 8 | 15分位続けて歩いていますか | 0. <input checked="" type="radio"/> はい | 1. いいえ | ③ 0/2 |
| 9 | この1年間に転んだことがありますか | 1. はい | <input checked="" type="radio"/> いいえ | |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | <input checked="" type="radio"/> はい | 0. いいえ | |
| 11 | 6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか | BMIを忘れずご記入ください | | ④ 2/3 |
| 12 | 身長 150 cm 体重 52.0 kg (BMI = 23.1) (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 | <input checked="" type="radio"/> はい | 0. いいえ | ⑤ 0/1 |
| 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | <input checked="" type="radio"/> はい | 0. いいえ | |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | 1. はい | <input checked="" type="radio"/> いいえ | |
| 16 | 週に1回以上は外出していますか | <input checked="" type="radio"/> はい | 1. いいえ | ⑥ 1/3 |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | <input checked="" type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> いいえ | ⑦ 2/5 |
| 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 | <input checked="" type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> いいえ | |
| 21 | (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない | 1. はい | <input checked="" type="radio"/> いいえ | ⑧ 2/5 |
| 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 | <input checked="" type="radio"/> いいえ | |
| 23 | (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる | <input checked="" type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> はい | 0. いいえ | |

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

介護予防ケアマネジメント等の実施にあたり、利用者の状況等を把握する必要があるときは、本用紙に記載いただいた内容及び結果について、保険者、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所等、本事業の実施に必要な範囲で関係する者に情報提供することに同意します。

本人氏名

(「本人氏名」欄を代筆した場合) 代筆者氏名

(続柄)

事業対象者に該当する基準

| | |
|---|----------------------------------|
| ① | No.1～20 までの20 項目のうち10 項目以上に該当 |
| ② | No.6～10 までの5 項目のうち3 項目以上に該当 |
| ③ | No.11～12 の2 項目のすべてに該当 |
| ④ | No.13～15 までの3 項目のうち2 項目以上に該当 |
| ⑤ | No.16 に該当 |
| ⑥ | No.18～20 までの3 項目のうちいずれか1 項目以上に該当 |
| ⑦ | No.21～25 までの5 項目のうち2 項目以上に該当 |

(注) この表における該当 (No. 12 を除く。) とは、様式の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。No. 12 に限り $BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$ が18.5 未満の場合をいう。

参考【基本チェックリストについての考え方】

【共通事項】

①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。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ください。

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ください。

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ください。

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ください。

質問項目 質問項目の趣旨 1～5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ください。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ください。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。電話による交流や家族・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ずに昇っていますか

階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。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まらずに立ち上がっていますか

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ください。

11・12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、整数で記載してください。体重は1カ月以内の値を、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 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ください。

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ください。

16・17 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カ月の状態を平均してください。

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 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されますか

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」となりません。

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ください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。

21～25 の質問項目は、うつについて尋ねています。

ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。

21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない

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

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）

No. _____

利用者名 _____ 様（男・女） 歳 認定年月日 _____ 年 月 日 認定の有効期間 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日

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

計画作成者氏名 _____

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）

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 | 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、健診結果、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】

妥当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 |
|---------------|------|------|-------|---------|-------|------|
| 予防給付または地域支援事業 | ／5 | ／2 | ／3 | ／2 | ／3 | ／5 |

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

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）

【記載方法】

No. _____

利用者名 _____ 様（男・女） 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

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

計画作成者氏名 _____

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）

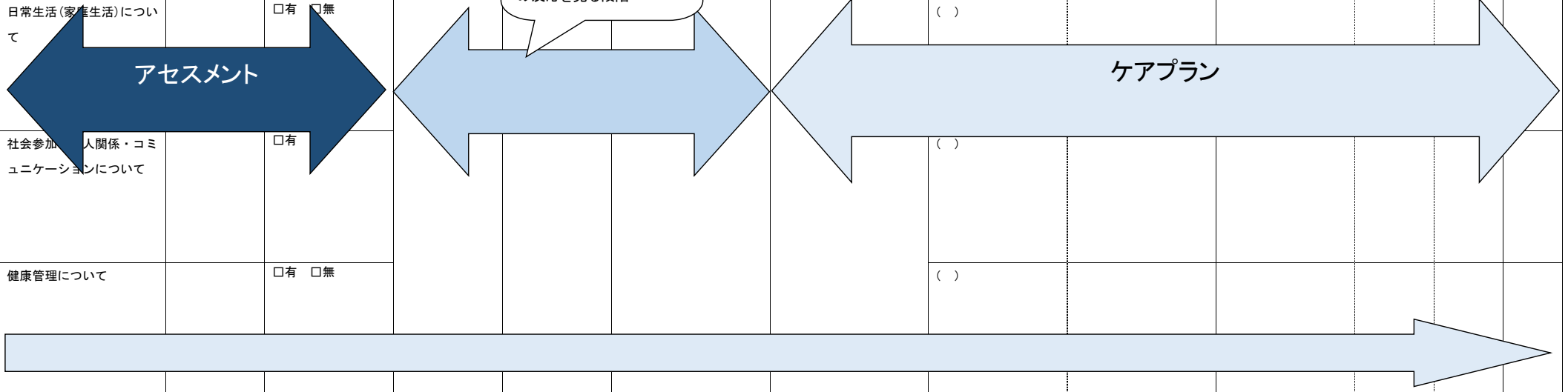
計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター：

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 | 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 | | <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（人関係・コミュニケーション）について | | <input type="checkbox"/> 有 | | | | | () | | | | | | |
| 健康管理について | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | () | | | | | | |

ケアマネジャーの提案した「目標と具体策の提案」に対する本人の意向・意欲等の反応を見る段階



健康状態について
主治医意見書、健診結果、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】
 妥当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 |
| 予防給付または地域支援事業 | ／5 | ／2 | ／3 | ／2 | ／3 | ／5 |

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

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 令和 年 月 日 氏名 _____

ふり返しシート

事例番号： ①・②
 事例提供者：
 会議開催日： 年 月 日
 網掛け欄記入日： 年 月 日

【事例提供者記載欄】

| | 会議での助言を受けて取り組む項目(a) | 優先度(d) | 具体的に取組んだ内容 (b) | 結果(c) | |
|-----|--------------------------|--------|---------------------|---------|--------------|
| | | 困難度(e) | | 好転したこと | 代替策として取組んだこと |
| 1 | 例「利用者が、〇〇の状態になるために、●●する」 | 高 中 低 | 誰が、何をどのように、どう働きかけたか | 好転したこと | |
| | | 大 中 小 | | 困難だったこと | 代替策として取組んだこと |
| 2 | | 高 中 低 | | 好転したこと | |
| | | 大 中 小 | | 困難だったこと | 代替策として取組んだこと |
| 3 | | 高 中 低 | | 好転したこと | |
| | | 大 中 小 | | 困難だったこと | 代替策として取組んだこと |
| その他 | | | | | |

| | | | |
|----------------------------|--|---------------------|---------------|
| 会議についての意見・要望等 (f) | | 助言者に対する意見・要望等 (g) | |
| 会議後の取組みによって得られた利用者の変化等 (h) | | 継続して取り組む課題、新たな課題(i) | 今後の取組み方針等 (j) |
| 【取組み後の感想】 (k) | | | |
| 【サービス担当者会議にて共有した後の所感】 (l) | | | |

【主任ケアマネジャー記載欄】

主任ケアマネジャー： _____

| | |
|----------------------|------------------------------------|
| 事例提供者から支援を求められた場面(m) | 左記の状況に対して、主任ケアマネジャーが事例提供者に行ったこと(n) |
| | → |
| 後方支援する際にあった困り事(o) | 左記の困り事に対して、主任ケアマネジャーが行った支援、助言(p) |
| | → |
| 【主任ケアマネジャーの感想等】(q) | |
| | |

※ 記載要領は裏面にあります。

【事例提供者記載欄】

≪会議終了後≫

- (a) 主任ケアマネジャーと話し合い、会議での助言を受けて取り組もうと思う項目を優先順位の高いものから記載してください。例) BMIを維持するために、たんぱく質摂取量を増やす。という様に、取り組みによって得られる効果や変化もあわせて記載します。
項目が3つ以上ある場合は、その他の欄にまとめて記載してください。
- (d) 各項目について、利用者の望む生活の実現や自立支援の観点から判断し、優先度を選んでください。
- (e) 各項目について、利用者の理解や関係者の協力などの観点から判断し、困難度を選んでください。
- (f) 会議全体について、改善した方がよい点、気付いた点などを記載してください。
- (g) 助言者に対する意見・要望等を記載してください。

≪3か月後≫ 網掛け欄記入日

- (b) 誰に何をしてもらうように働きかけたのかを具体的に記載してください。
- (c) 取り組みの結果を記載します。「好転したこと」と「困難だったこと」に分けて記載します。「困難だったこと」に対して代替策として取り組んだことがあれば、隣の枠に記載します。
- (h) 変更したケアプランを実施した結果、利用者がどのように変化したかを記載してください。
- (i) 検討テーマに掲げた利用者の望む暮らしを実現するために、今後も継続して取り組む課題や新たな課題を記載してください。
- (j) 利用者の自立（自律）を支援するための、今後の取り組み方針を記載してください。
- (k) 事例に取り組んでみての感想、ケアマネジャーとして得られた気づき、他の利用者への支援に活かしていきたい点などを記載してください。
- (l) サービス担当者会議で、自立支援型ケアマネジメント会議で得た助言を共有した際にどのような反応があったかを記載してください。

【主任ケアマネジャー記載欄】

- (m) 事例の選定、会議準備、会議への参加、その後の展開の過程において、事例提供者から支援を求められた場面、又は、主任ケアマネジャーが支援を要すると感じた場面を記載してください。
- (n) (m)の場面において、後方支援としてどのような支援を行ったか記載してください。
- (o) 後方支援する際に、困難さを感じたことを記載してください。
- (p) (o)の場面において、どのような対応策（支援・助言）を講じたか記載してください。
- (q) 事例提供者の取組に対する感想だけでなく、主任ケアマネジャーが関わりから得られた気づき、今後のケアマネジャー支援に生かしていきたい点などを記載してください。

ふり返しシート

事例番号： ①・②
 事例提供者：
 会議開催日： 年 月 日
 網掛け欄記入日： 年 月 日

【事例提供者記載欄】

| | 会議での助言を受けて取り組む項目(a) | 優先度(d) | 具体的に取組んだ内容 (b) | 結果(c) | |
|-----|--------------------------|--------|---------------------|---------|--------------|
| | | 困難度(e) | | | |
| 1 | 例「利用者が、〇〇の状態になるために、●●する」 | 高 中 低 | 誰が、何をどのように、どう働きかけたか | 好転したこと | |
| | | 大 中 小 | | 困難だったこと | 代替策として取組んだこと |
| 2 | | 高 中 低 | | 好転したこと | |
| | | 大 中 小 | | 困難だったこと | 代替策として取組んだこと |
| 3 | | 高 中 低 | | 好転したこと | |
| | | 大 中 小 | | 困難だったこと | 代替策として取組んだこと |
| その他 | | | | | |

| | | | |
|----------------------------|--|---------------------|---------------|
| 会議についての意見・要望等 (f) | | 助言者に対する意見・要望等 (g) | |
| 会議後の取組みによって得られた利用者の変化等 (h) | | 継続して取り組む課題、新たな課題(i) | 今後の取組み方針等 (j) |
| 【取組み後の感想】 (k) | | | |
| 【サービス担当者会議にて共有した後の所感】 (l) | | | |

【主任ケアマネジャー記載欄】

主任ケアマネジャー： _____

| | |
|----------------------|------------------------------------|
| 事例提供者から支援を求められた場面(m) | 左記の状況に対して、主任ケアマネジャーが事例提供者に行ったこと(n) |
| | → |
| 後方支援する際にあった困り事(o) | 左記の困り事に対して、主任ケアマネジャーが行った支援、助言(p) |
| | → |
| 【主任ケアマネジャーの感想等】(q) | |
| | |

※ 記載要領は裏面にあります。

【事例提供者記載欄】

≪会議終了後≫

- (a) 主任ケアマネジャーと話し合い、会議での助言を受けて取り組もうと思う項目を優先順位の高いものから記載してください。例) BMIを維持するために、たんぱく質摂取量を増やす。という様に、取り組みによって得られる効果や変化もあわせて記載します。
項目が3つ以上ある場合は、その他の欄にまとめて記載してください。
- (d) 各項目について、利用者の望む生活の実現や自立支援の観点から判断し、優先度を選んでください。
- (e) 各項目について、利用者の理解や関係者の協力などの観点から判断し、困難度を選んでください。
- (f) 会議全体について、改善した方がよい点、気付いた点などを記載してください。
- (g) 助言者に対する意見・要望等を記載してください。

≪3か月後≫ 網掛け欄記入日

- (b) 誰に何をしてもらうように働きかけたのかを具体的に記載してください。
- (c) 取り組みの結果を記載します。「好転したこと」と「困難だったこと」に分けて記載します。「困難だったこと」に対して代替策として取り組んだことがあれば、隣の枠に記載します。
- (h) 変更したケアプランを実施した結果、利用者がどのように変化したかを記載してください。
- (i) 検討テーマに掲げた利用者の望む暮らしを実現するために、今後も継続して取り組む課題や新たな課題を記載してください。
- (j) 利用者の自立（自律）を支援するための、今後の取り組み方針を記載してください。
- (k) 事例に取り組んでみての感想、ケアマネジャーとして得られた気づき、他の利用者への支援に活かしていきたい点などを記載してください。
- (l) サービス担当者会議で、自立支援型ケアマネジメント会議で得た助言を共有した際にどのような反応があったかを記載してください。

【主任ケアマネジャー記載欄】

- (m) 事例の選定、会議準備、会議への参加、その後の展開の過程において、事例提供者から支援を求められた場面、又は、主任ケアマネジャーが支援を要すると感じた場面を記載してください。
- (n) (m)の場面において、後方支援としてどのような支援を行ったか記載してください。
- (o) 後方支援する際に、困難さを感じたことを記載してください。
- (p) (o)の場面において、どのような対応策（支援・助言）を講じたか記載してください。
- (q) 事例提供者の取組に対する感想だけでなく、主任ケアマネジャーが関わりから得られた気づき、今後のケアマネジャー支援に生かしていきたい点などを記載してください。

※ 網かけ部分は空白でFAXし、
のちほど電話 (078-918-5289)
で情報を伝えてください。

同行訪問依頼票

記入日 令和 年 月 日

| | | |
|--------------|--|---|
| ふりがな | | |
| 利用者氏名 | (男・女) | |
| 生年月日 | M・T・S・西 | 年 月 日 |
| 住所及び電話番号 | 〒 - () - | |
| 介護保険認定等状況 | 要支援1・要支援2・事業対象者 認定等の有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | |
| 利用者の状況 | 認知症高齢者の日常生活自立度 (自立・I) 障害高齢者の日常生活自立度 (自立・J・A1) ※ いずれもケアマネジャーの判断で可 | |
| | 基本チェックリスト | 生活機能全般 (/ 5) 認知機能 (/ 3) うつ (/ 5) |
| 検討中の介護保険サービス | | |
| 地域総合支援センター | 総合支援センター 電話番号 () - | |
| 担当ケアマネジャー | (一部委託の場合) 事業所名 電話番号 () - | |
| 訪問希望時期 | 年 月 上旬・中旬・下旬 (曜日や時間等の希望がある場合は連絡事項に記入してください) | |
| 連絡事項 | | |

【地域総合支援担当処理欄】

| | |
|----------|------------------|
| 訪問日時 | 年 月 日 () : |
| 同行訪問事業所名 | 事業所名 : 担当者名 : |

自立支援型ケアマネジメント会議 事前打ち合わせシート

| | | | |
|-------|--|---|--|
| 日時・会場 | 令和 年 月 日() : ~ : () | | |
| 出席者 | 事例提供者) 主任ケアマネ) 司会) 事務局) | | |
| 会議の目的 | 自立支援に資するケアマネジメントについて検討を行うことでケアマネジメントの強化を図り、高齢者の自立支援・重度化防止を促し要支援者等の QOL の向上を目指すこと | | |
| 本日の予定 | 1. 検討テーマの決定 2. 会議に不足している情報の洗い出し 3. 当日の会議の流れ、役割、当日までの準備等の確認 | 事例番号 2023 ①(A): 事例番号 2023 ②(B): | |
| | 確認事項 | | 当日資料に追加する情報 |
| | 検討テーマ | | |
| | 選定理由 | | |
| | 1日目標 | | |
| | 1年目標 | | |
| | 検討テーマ | | |
| | 選定理由 | | |
| | 1日目標 | | |
| | 1年目標 | | |
| 事前の流れ | 事例提供者 | <ul style="list-style-type: none"> ・情報収集(事前打ち合わせで確認した内容) ・当日資料の修正(追加情報の加筆・個人を特定する情報の目隠し) ・主任ケアマネに資料の提出(10日前) 〆切 月 日() : | 会議当日 日時)令和 年 月 日(金) 9:30~11:30 (当日のふり返し 11:35~12:00) 会場) 傍聴者) アドバイザー-) |
| | 主任ケアマネ | <ul style="list-style-type: none"> ・事例提供者の相談 ・当日資料の修正ができていないか確認 ・事務局に資料の提出(9日前) ※PDFにて提出の場合、右記当日資料の順序で 〆切 月 日()17:00 | |
| | 事務局 | <ul style="list-style-type: none"> ・主任ケアマネのサポート ・当日資料の修正ができていないか確認 ・検討者出席者への最終資料の送付 | 当日資料 ワークシート(検討テーマ、1日・1年目標のみ記入) 利用者基本情報シート 治療薬一覧、生活機能評価票 基本チェックリスト(事業対象者) 興味・関心チェックシート(適宜) 介護予防サービス・支援計画書(ケアプラン) 主治医意見書、個別サービス計画、看護サマリー等 |

課題整理シート

| | |
|--------------------------|---|
| 事例番号 | |
| 日時・会場 | 令和 年 月 日 () : ~ : () |
| 出席者 | 事例提供者) 司会) 主任ケアマネ) 検討者) 事務局) 傍聴者) 人 |
| 検討テーマ | |
| テーマ選定の理由 | |
| 【ケース概要】 ※事例資料参照 | |
| 【検討・助言内容】 | |
| 【支援の方向性】 | |
| 【残された課題・地域課題として蓄積していく事項】 | |