

## 介護予防ケアマネジメント 関連様式一覧

- 様式① 鹿沼市 基本チェックリスト（事業対象者申請用）
- 様式② 基本チェックリストについての考え方（両面）
- 様式③ 基本チェックリストによる生活機能低下該当要件
- 様式④ 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
- 様式⑤ 興味・関心チェックシート
- 様式⑥ 利用者基本情報
- 様式⑦ 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）
- 様式⑧ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予支援事業）経過記録
- 様式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）サービス評価表

○様式は鹿沼市ホームページからダウンロードしてご使用ください。

ホームページアドレス <http://www.city.kanuma.tochigi.jp/>

トップ画面⇒福祉・健康⇒高齢福祉⇒●介護予防・日常生活支援総合事業  
⇒介護予防ケアマネジメント関連書類

問合せ先

鹿沼市保健福祉部高齢福祉課 電話 0289-63-2175

鹿沼市

基本チェックリスト

受付者：市・包括・居宅

被保険者番号( ) 記入日：平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	電話番号	( )
対象者氏名					
住 所		性別	男・女	家族等 代理人	(続柄 )

No.	質問項目	回 答 (どちらかに○)		判 定
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	( ) No.1 ~ No.20
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	( ) 3 以上 で10 以上
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	
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	( ) No.16 該当
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	1 以上
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	( ) 2 以上
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	

市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメント等の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、基本チェックリスト、アセスメントシートを、市、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。

平成 年 月 日 氏名

印

※市事務処理欄

受 付	判定結果	システム入力	保険証発行	依頼書受付	開始期日	包括連絡	備 考
	該当・非該当				年 月 日		

## 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。それが適切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。

## 様式② うら

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カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6カ月間で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カ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。		
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ください。
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	

## 基本チェックリストによる生活機能低下該当要件

\*以下の1～7のいずれかに該当する者

- 1、質問項目No.1～20 までの20項目のうち10項目以上に該当
- 2、質問項目No.6～10 までの5項目のうち3項目以上に該当
- 3、質問項目No.11～12 の2項目のすべてに該当
- 4、質問項目No.13～15 までの3項目のうち2項目以上に該当
- 5、質問項目No.16 に該当
- 6、質問項目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、質問項目No.21～25 までの5項目のうち2項目以上に該当

(注1)

該当 (No.12 を除く) とは、基本チェックリスト回答が「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう。

(注2)

No.12 における該当は、 $BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$  が 18.5 未満の場合をいう。

様式④

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					性 別			
					明・大・昭			年		月		日	
介護予防サービス計画作成を依頼（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			〒							
						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 (平成 年 月 日付)													
鹿沼市長 宛 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ます。 平成 年 月 日 被保険者 住所 電話番号 ( ) 氏 名 印													
確 認 欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 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鹿沼市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画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、必ず鹿沼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。



利用者基本情報

作成担当者： \_\_\_\_\_

《基本情報》

期 間	年 月 日 ( )	業 務・電 話	初 期		
		その他 ( )	再来 (前 / )		
本人の状況	在宅・入居又は入所中 ( )				
性別	男・女	M・T・B	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・IIa・IIb・IV・M			
施設・総合事業情報	非該当・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 開始期日： 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	聴覚 ( )、療育 ( )、精神 ( )、知的 ( )				
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自営の有無 ( ) 階、在宅介護の有無				
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護				
要 約 書 (附 録 書)	要 約 書 成 〇〇さん、〇〇さん、〇〇さん 事業開始日、センターバージョン 主の事業に「注」 別の事業に「注」 (注)事業開始日以外				
住 居 電 話 内 線				要 約 書 成 〇〇さん、〇〇さん、〇〇さん	
氏 名				姓	名
氏 名				姓	名
緊急連絡先	家族連絡先等の状況				

《介護予防に関する事項》

今後の生活			
現在の生活状態 (どんな暮らしを営んでいるか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族
	友人・知人との関係		

《視察歴・居住歴と経過》 (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	概要	医療機関・訪問名 (主治医・療育担当者など)	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》

訪問サービス	非訪問サービス

当該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併せて、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、包括介護支援事業者、包括サービス事業者、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確保する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

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

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 委託の場合：計画作成者事業名、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 (要支援サービス)	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 (利用先)	事業所 (利用先)
運動・移動について		口有 口無				( )					
日常生活(家庭生活)について		口有 口無				( )					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		口有 口無				( )					
介護管理について		口有 口無				( )					

健康状態について  
口主治医受診、検診結果、観察結果等を記入した実況点

【本実行すべき支援が実施できない場合】  
要する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

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

【重要】  
地域包括支援センター

【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。

平成 年 月 日 氏名 印



