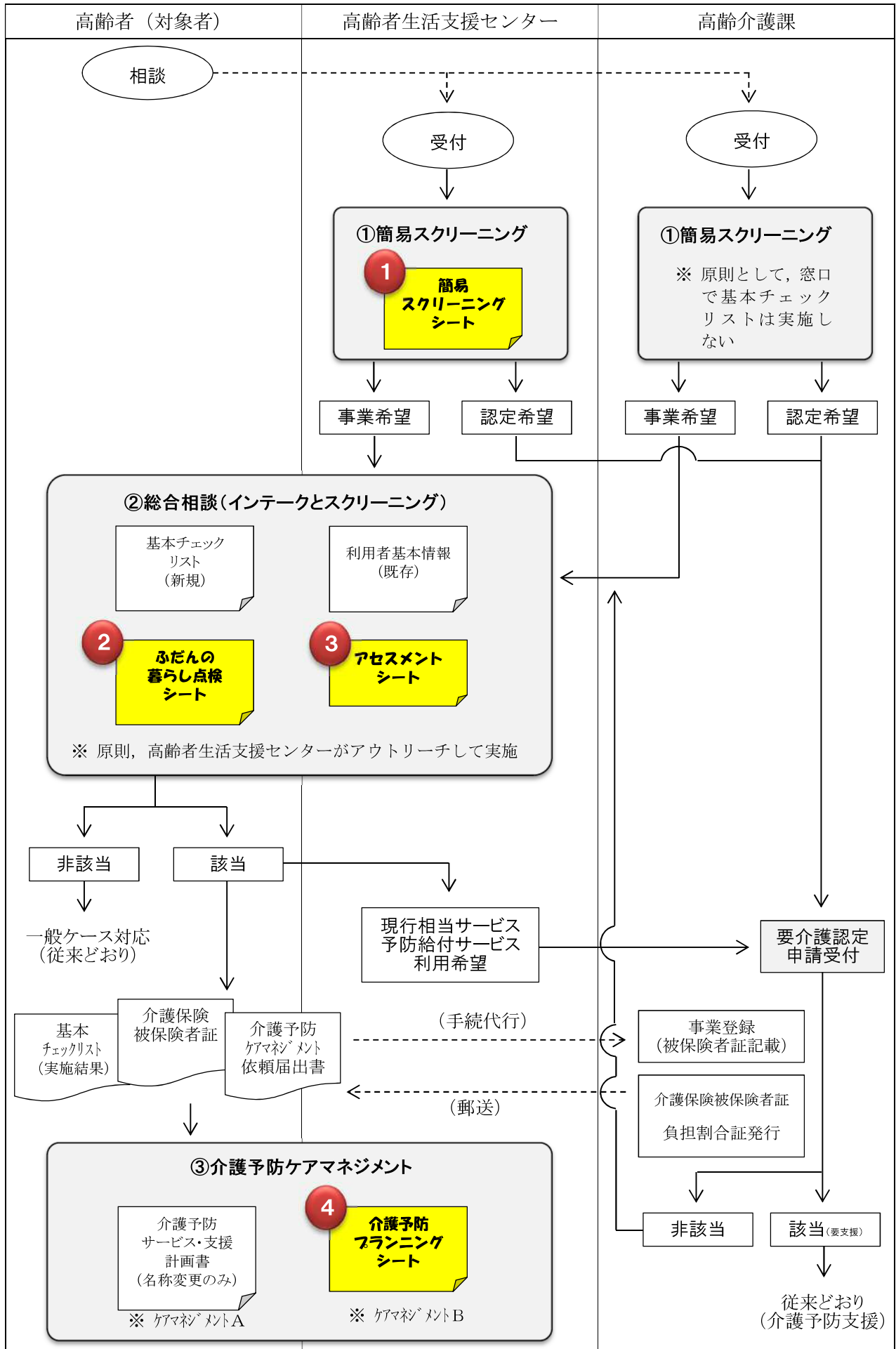


【H28.11.24 芦屋市総合事業説明会資料 様式集】

		様式名	芦屋市 独自 様式	新規	変更	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
1		介護予防ケアマネジメント					
	1	フロー	○	○			○
	2	基本チェックリスト	○	○			○
	3	相談窓口簡易スクリーニングシート	○	○			○
	4	ふだんの暮らし点検シート	○	○			○
	5	芦屋市介護予防プランニングシート 【ケアマネジメントBで使用する様式】	○	○			○
	6	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			○	○	○
	7	介護予防サービス・支援計画書 【タイトルのみ変更】			○	○	○
	8	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 【タイトルのみ変更】			○	○	○
	9	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 【タイトルのみ変更】			○	○	○

新総合事業移行後の対応フロー【新規相談受付時】



芦屋市 基本チェックリスト

フリガナ		被保険者番号							
氏名		生年月日	明・大・昭・平						
住所		電話番号	()						—

記入日：平成 年 月 日 ()

分類	No.	質問項目	回答
①生活全般 点 10/20	1	バスや電車で1人で外出していますか？ 自分で車を運転して外出している場合も含まれます。	はい・いいえ
	2	日用品の買い物をしていますか？ 電話注文は含みません。	はい・いいえ
	3	預貯金の出し入れをしていますか？ 自分の判断で金銭管理をしていますか。	はい・いいえ
	4	友人の家を訪ねていますか？ 電話等による交流や、家族や親戚の家への訪問は含みません。	はい・いいえ
	5	家族や友人の相談にのっていますか？ 電話やメール等による相談を含みます。	はい・いいえ
②運動 点 3/5	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか？ 時々使っている場合は「はい」、習慣的に使っている場合は「いいえ」とします。	はい・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？ 時々つかまる場合は「はい」とします。	はい・いいえ
	8	15分位続けて歩いていますか？ 場所は問いません。	はい・いいえ
	9	この1年間に転んだことはありますか？	はい・いいえ
	10	転倒に対する不安は大きいですか？ ご自身のお気持ちでお答えください。	はい・いいえ
③栄養 点 2/2 BMIが 18.5以下	11	6カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか？	はい・いいえ
	12	現在の身長・体重・BMIをご記入ください。 身長()cm 体重()kg BMI() =体重(kg)÷身長(cm)÷身長(cm)	
④口腔 点 2/3	13	半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか？	はい・いいえ
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか？	はい・いいえ
	15	口の渇きが気になりますか？ ご自身の主観でお答えください。	はい・いいえ

⑤外出 No.16に 該当	16	週に1回以上は外出していますか？ 週によって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。	はい・いいえ
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか？	はい・いいえ
⑥もの 忘れ 点 1/3	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 言われますか？ ご自身でもの忘れがあると思っている場合は含みません。	はい・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？ 誰かに番号を尋ねて電話をかける場合は含みません。	はい・いいえ
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか？	はい・いいえ

※以下の5つの質問は、ここ2週間のことについてお答えください。

⑦こころ 点 2/5	21	毎日の生活に充実感がない。	はい・いいえ
	22	これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった。	はい・いいえ
	23	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。	はい・いいえ
	24	自分が役に立つ人間だと思えない。	はい・いいえ
	25	わけもなく疲れたような感じがする。	はい・いいえ

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、利用者基本情報、アセスメントシートの3点を、居宅介護支援事業所、総合事業におけるサービス事業実施者等、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

※以下は高齢者生活支援センターもしくは居宅介護支援事業所担当者記入欄

コメント

担当事業所名	担当者名	事業対象者
		該当 ・ 非該当

市確認欄	判定結果	該当項目	備考
	該当 ・ 非該当	① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤ ・ ⑥ ・ ⑦	入力 ・ 証発行

相談窓口簡易スクリーニングシート

以下の項目を相談受付時に面接を通して確認し、いずれかの項目に該当する場合は「要介護認定申請の手続き」を検討する。

		項目	考え方
①	<input type="checkbox"/>	普段の移動動作や入浴、排泄、食事等のADLが他者によって支えられている、または行っていない	入浴や排泄、食事といった基本ADLが不十分であれば本人の尊厳を保てない可能性もある
②	<input type="checkbox"/>	現在の生活状況を継続すると要援助状態が重度化し、さらなる生活機能低下が起こる可能性が高い	廃用性の低下による介護重度化の予防には、悪循環を断ち切るための専門職のアプローチが効果的である
③	<input type="checkbox"/>	かかりつけ医や主治医から必要性を指摘されいながら慢性疾患の管理が適切にできていないことで生活機能が低下している	脳血管疾患や心疾患、糖尿病などの慢性疾患は通院や服薬をはじめ食事、運動等の生活習慣改善をあわせて検討することが重要
④	<input type="checkbox"/>	現在罹患している疾病が急激に悪化すると予測される、もしくは医師より余命宣告を受けている。	特定疾病や癌に罹患している場合は、急激に症状が悪化することが予測されるため、医学的知識を備えた専門職の見立てが必要
⑤	<input type="checkbox"/>	認知機能の低下によってADLやIADLが他者によって支えられている、または行っていない	注意、記憶、言語、視空間認知、思考などの脳機能（認知機能）のどの部分にサポートが有効かを専門的に検討することが重要
⑥	<input type="checkbox"/>	本人・家族が一緒にいることで双方のストレスが高くなっており、定期的に両者を分離する必要がある	介護負担軽減をはかるには、本人・家族の双方への専門的アプローチが必要になることが多い
⑦	<input type="checkbox"/>	転倒や転落事故の恐れがあるが、環境整備をはかることでリスクが軽減できる可能性が高い	現在の活動を妨げている要因を本人の心身機能や意欲等の個人因子の側面だけでなく、環境因子に目を向けながら検討する
⑧	<input type="checkbox"/>	ふだんの体調のコントロールが不十分で低栄養や脱水、便秘等が起こっている、または起こる可能性が高い	ADLに大きなダメージを与えるふだんの体調コントロールは医療・介護専門職に期待される重要な役割である
⑨	<input type="checkbox"/>	本人には生活困難の自覚や現在の生活に対する問題意識はないが日常的に周囲がサポートを受けることで生活できている	現在のサポートが途切れた場合、本人の生活状況が悪化するリスクがある場合は専門職のアプローチが重要となる
⑩	<input type="checkbox"/>	相談者が「何としても要介護認定申請をしたい」と主張しており、制度の説明や必要性を説明しても考えがかわらない	要介護認定申請は国民の権利であり、申請の結果が非該当になったとしても特定の誰かが責めを負うようなものではない

ふだんの暮らし点検シート

ふだんの暮らしをふり返ってみましょう。**過去2週間**に以下の生活行為をどのようにしていましたか？
もっとも近いのみにを入れてください。

記入日

氏名

生年月日

項目	自己評価	備考(気になっていること)
① ふだんの入浴	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 手伝ってもらいながらしている <input type="checkbox"/> 自分でできるがしていない	
② 排泄(トイレで用をたす)	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 手伝ってもらいながらしている <input type="checkbox"/> 自分でできるがしていない	
③ 毎日の着替え	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 手伝ってもらいながらしている <input type="checkbox"/> 自分でできるがしていない	
④ 毎日の歯磨き, 義歯の手入れ	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 手伝ってもらいながらしている <input type="checkbox"/> 自分でできるがしていない	
⑤ 簡単な食事の用意	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 手伝ってもらいながらしている <input type="checkbox"/> 自分でできるがしていない	
⑥ 自宅の整理整頓	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 手伝ってもらいながらしている <input type="checkbox"/> 自分でできるがしていない	
⑦ 年金などの公官庁に提出する書類の作成	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 手伝ってもらいながらしている <input type="checkbox"/> 自分でできるがしていない	
⑧ 健康づくりのための散歩や運動	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 手伝ってもらいながらしている <input type="checkbox"/> 自分でできるがしていない	

■ 芦屋市介護予防プランニングシート ■

計画作成者

所属

※現在検討中の案であり、今後変更の可能性あり

氏名	住所	連絡先	計画作成日
生年月日	年 月 日 ()	被保険者番号	性別

私の思い 要望・困りごと	1 年	6 か月
家族の思い 要望・困りごと	目標	

基本チェックリスト	作成時	評価時
日付		
生活全般	/20	/20
運動	/5	/5
栄養	/2	/2
口腔	/3	/3
閉じこもり	/2	/2
物忘れ	/3	/3
うつ	/5	/5

生活しづらさ(課題)の背景・原因	運動・移動	家庭生活	社会参加・交流	健康管理
------------------	-------	------	---------	------

介護予防のための取り組み・支援	家族・ボランティア等	事業サービス
支援内容	サービス種別	事業所
		期間

総合的な方針と予防・改善のポイント

評価	6か月	1年
実施日		
目標達成	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成
本人の取り組み	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できない
サービス利用	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了

【地域包括支援センター記入欄】

初回・継続	A	B	C
●● 地域包括支援センター			
年	月	日	印

【利用者記入欄】

この計画について、同意いたします。

年 月 日

氏名

印

【様式5】

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	男・女
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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			
<u>介護予防支援事業所名</u> <u>地域包括支援センター名</u>		<u>介護予防支援事業所の所在地</u> <u>地域包括支援センターの所在地</u> 〒	
		電話番号 — —	
変更年月日 （平成 年 月 日付）	事業所番号		
<input type="checkbox"/> 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。			
<u>居宅介護支援事業所名</u>		<u>居宅介護支援事業所の所在地</u> 〒	
		電話番号 — —	
<input type="checkbox"/> 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。			
芦屋市長 へ 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出します。			
平成 年 月 日			
住所 〒			
被保険者			
氏名		⑩	
		電話番号 — —	

（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芦屋市へ提出してください。

2 介護予防サービス計画の作成も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）又は介護予防支援も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、必ず芦屋市に届出してください。届出のない場合、サービスに係る費用をいったん、全額自己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所中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口に届出してください。

※芦屋市高齢介護課確認欄

被保険者証回収	ライフ・トナ登録日	被保険者証発行
済 ・ 未	/	済 ・ 申請中 (未発行)

介護予防サービス・支援計画書

NO. _____ 利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 平成 ____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 地域支援事業

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：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)

目標とする生活 _____ 担当地域包括支援センター： _____

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				期間	
							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	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
運動・移動について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
日常生活(家族生活)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					()						

総合的方針：生活不活発性の改善・予防のポイント

【本を行うべき支援がでない場合】
要する支援の実施に向けた方針

健康状態について _____ 健康状態、生活機能評価等を踏まえ上留意点

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。
主治医同意書、必要に応じてケアプランの記入に○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口瘡内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

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 サービス評価表

評価日

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 <small>達成/未達成</small>	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"/> 介護予防特定高齢者施策 <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> 終了
--	---	---