

草津市介護予防・日常生活支援総合事業 様式集

草津市長寿いきがい課 令和7年4月



内容

必要書類一覧.....	3
介護予防・日常生活支援総合事業対象者窓口確認票.....	4
高齢者実態把握票 兼 相談記録票.....	6
基本チェックリスト様式.....	8
事業対象者認定申請書.....	9
居宅サービス等計画作成依頼（変更）届出書.....	10
利用者基本情報.....	11
興味・関心チェックシート.....	13
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).....	14
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録.....	15
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.....	16
草津市版通所型プログラム参加に係るチェックシート.....	17
現行相当サービス利用理由書.....	18
介護予防・生活支援サービス利用回数増加・支給限度額変更にかかる理由書.....	19
草津市生活サポート事業利用申請書.....	20
草津市訪問型短期集中予防サービス事業利用申請書.....	21
草津市通所型短期集中予防サービス事業利用申請書.....	23
配食サービス事業事前登録申請書.....	25
草津市介護予防・日常生活支援総合事業対象者終了申出書.....	26
委任状.....	27
介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント B）.....	28
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（ケアマネジメント B）.....	31

※この様式は、ご本人が記入するものではありません。

介護予防・日常生活支援総合事業対象者窓口確認票

受付日： 年 月 日
所 属：市（介護保険課・長寿いきがい課）、包括（高穂・草津・老上・玉川・松原・新堂）

本 人	氏 名 (歳)	
	介護認定 状況など	要 支 援 (1・2) 要 介 護 () 新規 (認定なし)
		被保険者番号 ()
	有効期限終了日	年 月 日終了 ※認定者のみ記入
代理の場 合	代理人氏名	(続柄)
	代理の理由	入院中・一人で出歩けない・本人に頼まれた
		その他 ()

【確認内容】

項 目	本人の状態	チェック欄
移 動	①杖や歩行器を使用しても自力で歩くことができない。	
	②主に、付添人の介助により車椅子で移動している。(自走できない状態)	
	③ほとんど寝たきりの状態で過ごしている。	
食 事	④自分で食事を摂取することができない。	
入 浴	⑤一人での入浴や体を洗う行為が出来なくなっており、入浴を目的とするサービスを利用したい。	
認知症の 状 態	⑥認知症の症状悪化により日常生活に支障をきたしている。 ・ 買う品物を忘れてしまうため、必要な物を一人で購入することができない。 ・ 料理をする段取りを忘れてしまい、一人で調理ができなくなっている。 ・ 金銭管理ができない。	
疾 病 の 状 態	⑦脳卒中や心疾患、外傷の急性憎悪期で心身の状態が不安定であり、服薬や病氣管理のために訪問看護の利用を希望している。	
	⑧末期の悪性腫瘍や進行性疾患（神経難病等）により、急速に病状の悪化が見込まれる。	
利用希望 するサー ビス内容	⑨すっきりさわやかサービスを希望している。 ⑩「訪問型サービス」、「通所型サービス」以外の介護予防給付を利用希望している場合 ・ 福祉用具貸与、購入。 ・ 住宅改修（手すりの設置、段差解消等） ・ 訪問入浴介護 ・ 短期入所生活介護 ・ 介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション ・ その他 ()	
その他	⑪介護保険申請を強く希望している。	

*上記①～⑪の項目に1つでも**該当** ⇒ チェックリスト実施対象外です。要介護認定申請を案内する。

*上記①～⑪の項目に1つも**該当しない** ⇒ チェックリスト実施対象者です。総合事業の説明をする。

高齢者実態把握票 兼 相談記録票
(支援センター)

学区・地区

No.	I 基 本 項 目	相談年月日	年 月 日		担当者			
		対象者	氏名	男・女		来所、訪問、電話、その他		
			住所	生年月日		被保険者番号		
		受付経路	本人・家族・包括支援センター・長寿福祉課・介護保険課・健康増進課・ケアマネジャー 医療機関・民生委員・近隣者・その他()		Tel		連絡先	
		相談者 (聞き取りの相手方)	本人・家族() 他()		M T S		年 月 日	
		相談内容・主訴	対象者との関係()		連絡先			
			1 新規 2 継続 3 区変 4 転入					
		介護認定	1 なし 2 申請中 3 あり(自立・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) 日常生活自立度判定 障害高齢者(寝たきり度) J-1・J-2・A-1・A-2 B-1・B-2・C-1・C-2 認知症高齢者 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M					
		現在利用している 相談機関の現状	1 なし 2 あり 居宅介護支援事業所(担当CM) 地域包括支援センター(担当) その他()					
		現在利用している サービスの状況	1 なし 2 あり (サービス名 利用頻度) (サービス名 利用頻度) (サービス名 利用頻度) (サービス名 利用頻度) (サービス名 利用頻度)					
生活歴								
健康保険	国保・社保・共済・生保・後期高齢・その他()							
福祉手帳	1 なし・2 あり(身障 級・精神・療育)その他()							
経済状況	年金: なし・未・あり(国民年金・厚生年金・障害年金・遺族年金・その他) 収入額 家族等の支援 なし・あり()							
II 家 族 状 況	本人および家族の サービス利用意向	1 なし [] 2 あり []						
	家族構成	独居・高齢者世帯	同居の家族等					
		日中独居・その他	氏名	生年月日	続柄	連絡先		
	家族関係 介護者の状況等							
対応内容(申し送り事項、今後のフォロー予定等) 記入者名()								

は要介護認定申請時の相談聞き取り必須項目

Ⅲ 生 活 状 況	A D L	移動	1 介助要 2 何とか一人でしている 3 できる				
		食事	1 介助要 2 何とか一人でしている 3 できる				
		排泄	1 介助要 2 何とか一人でしている 3 できる				
		入浴	1 介助要 2 何とか一人でしている 3 できる				
		着替え	1 介助要 2 何とか一人でしている 3 できる				
		整容	1 介助要 2 何とか一人でしている 3 できる				
	I A D L	掃除	1 していない 2 しているが不十分 3 している				
		洗濯	1 していない 2 しているが不十分 3 している				
		調理	1 していない 2 しているが不十分 3 している				
		買い物	1 していない 2 しているが不十分 3 している				
		金銭管理	1 していない 2 しているが不十分 3 している				
Ⅳ 健 康 管 理 状 況	現病歴						
	既往歴						
	かかりつけ医と 治療・服薬状況 (主治医に○)		医療機関名	医師名	定期服薬	1 あり	2 なし
			通院・往診・入院中		: 定期・不定期(	回/週・月・年)	
			医療機関名	医師名	定期服薬	1 あり	2 なし
			通院・往診・入院中		: 定期・不定期(	回/週・月・年)	
			医療機関名	医師名	定期服薬	1 あり	2 なし
			通院・往診・入院中		: 定期・不定期(	回/週・月・年)	
			服薬管理 1 できない 2 一部介助 3 できる 4 その他()				
			かかっていない(理由)				
	視力・聴力		1 支障あり 2 支障なし()				
	コミュニケーション		1 支障あり 2 支障なし()				
口腔・嚥下・咀嚼		1 支障あり 2 支障なし()					
栄養状態		1 支障あり 2 支障なし()					
睡眠状態		1 支障あり 2 支障なし()					
物忘れ		1 支障あり 2 支障なし()					
精神状態や意欲		1 支障あり 2 支障なし					
その他		痛み・しびれ・麻痺・転倒・骨折等					
Ⅴ 社 活 動 状 況	日々の過ごし方・ 外出先		1 ほとんどねている 2 何もせずすごす 3 趣味や家事のみ 4 外出もする 主な外出先 :どこへ: 頻度: 方法:				
	家族外の交流		1 なし 2 あり(誰:)				
	社交性		1 人付き合いが難しい 2 消極的 3 普通 4 積極的				
	生きがい、役割 日常生活の詳細 等						
Ⅵ 居 住 環 境	住居形態		1 持ち家 2 賃貸 3 その他() 一戸建て・集合住宅(階)				
	住居の支障と 住改等の 希望の有無		困っている内容および改修希望内容				

基本チェックリスト様式

記入日： 年 月 日 ()

氏 名		生 年 月 日		M・T・S 年 月 日	
住 所		草津市			
分類	No	質問項目		回 答 (いずれかに○を お付けください)	
次の1～5の項目は生活機能について調べます。					
	1	バスや電車で1人で外出していますか		O. はい	1. いいえ
	2	日用品の買物をしていますか		O. はい	1. いいえ
	3	預貯金の出し入れをしていますか		O. はい	1. いいえ
	4	友人の家を訪ねていますか		O. はい	1. いいえ
	5	家族や友人の相談にのっていますか		O. はい	1. いいえ
次の6～10の項目は運動器の機能の状態について調べます。					
	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか		O. 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		O. はい	1. いいえ
	8	15分位続けて歩いていますか		O. 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	O. いいえ
	10	転倒に対する不安は大きいですか		1. はい	O. いいえ
次の11・12項目は栄養がとれているかについて調べます。					
	11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか		1. はい	O. いいえ
	12	身長 cm 体重 kg BMI (注)が18.5未満ですか		1. はい	O. いいえ
次の13～15の項目はお口の働きの状態について調べます。					
	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか		1. はい	O. 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	O. いいえ
	15	口の渇きが気になりますか		1. はい	O. いいえ
次の16・17の項目は閉じこもり気味かどうかについて調べます。					
	16	週に1回以上は外出していますか		O. 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	O. いいえ
次の18～20の項目は認知症の可能性が無いかについて調べます。					
	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		1. はい	O. 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		O. 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	O. いいえ
次の21～25の項目はうつの可能性がないかについて調べます。					
	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない		1. はい	O. 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	O. 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	O. 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	O. 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	O. 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。

事業対象者認定申請書

年 月 日

草津市長 宛

申請者

住 所			
氏 名			
本人との続柄		電話番号	

草津市介護予防・日常生活支援総合事業実施規則第6条第1項の規定による認定を受けたいので申請します。

認定を受けようとしている方												
氏名	フリガナ				生 年 月 日	年 月 日 (歳)						
被保険者番号												
個人番号												
住所	草津市											

市処理欄

被保険者証	☐ 回収済 ☐ 未収 (☐ 紛失)
基本チェックリスト	☐ 添付有 (実施日： 年 月 日)

居宅サービス等計画作成依頼(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									
年 月 日					男 ・ 女									
住所														
電話番号 ()														
居宅サービス等計画の作成を依頼(変更)する事業者														
事業者の事業所名					事業所の所在地					〒				
					電話番号 ()									
事業所を変更する場合の事由等					※事業所を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)														
草津市長 宛 上記の居宅介護支援事業者等に居宅サービス等計画の作成を依頼することを届出します。 年 月 日 住 所 届出者 電話番号 () 氏 名 (事業所名)														
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 居宅介護支援事業者等事業所番号												

(注意)1 この届出書は、要介護認定等の申請時または、居宅サービス等計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに草津市へ提出してください。

2 居宅サービス等計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず草津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一旦、全額自己負担していただくことがあります。

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 経過中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経過中 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を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

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)

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

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

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)

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	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	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、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援ができない場合】
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 (該当した質問項目数)／(質問項目数) をお書き下さい。
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						

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。

年 月 日 氏名

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

利用者氏名 _____

計画作成者氏名 _____

[illegible]

※1 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)経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、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)や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

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 _____

利用者名 _____ 殿

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	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

草津市版通所型プログラム参加に係るチェックシート

氏名()

A	この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか？ (「はい」または「いいえ」に○をつける)	はい	いいえ
---	---	----	-----

「はい」の場合その理由は何ですか？(当てはまる理由に○をつける)

☐ 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	
☐ 心臓病不整脈、呼吸器疾患などのため	
☐ 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
☐ その他(具体的にご記入ください)	
()	

B	あなたはかかりつけの医師から「運動を含む日常生活を制限」されていますか？(「はい」または「いいえ」に○をつける)	はい	いいえ
---	--	----	-----

「はい」の場合、その理由は何ですか？(当てはまる理由に○をつける)

☐ 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	
☐ 心臓病不整脈、呼吸器疾患などのため	
☐ 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
☐ その他(具体的にご記入ください)	
()	

C	以下のご質問にお答えください(「はい」、「いいえ」または「わからない」に○をつける)			
C1	この6か月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか？	はい	いいえ	
C2	重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)がありますか？	はい	いいえ	わからない
C3	糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか？	はい	いいえ	わからない
C4	この1年間で心電図に異常があるといわれましたか？	はい	いいえ	わからない
C5	家事や買い物あるいは散歩などひどく息切れを感じますか？	はい	いいえ	
C6	この1か月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか？	はい	いいえ	

- ① 問A「はい」(理由が「その他」以外)、問B「はい」(理由が「その他」以外)又は問C1「はい」のいずれかに該当する場合は医師の判断を求める。
- ② 上記①には該当せず、問A「はい」で理由が「その他」、問Bで理由が「その他」、問C2～4が「はい」もしくは「わからない」の場合は、再度聞き取り等を行ったうえで、必要があれば医師の判断を求める
上記①・②以外は、運動機能向上プログラム等の予防プログラムへの参加を可能とするが、アセスメントをするうえで、医療情報について把握しておくこと及び、対象者から医師にプログラムに参加する旨やその際の注意点等について確認することを助言すること。
- ③

※プログラム参加にかかる医師の判断について	必要	不要
-----------------------	----	----

現行相当サービス利用理由書

フリガナ		被保険者番号											
被保険者氏名		認定区分	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 事業対象者 ☐ 申請中(新規・変更)										
利用を必要とするサービスの種類	☐ 介護予防型訪問サービス (利用開始予定日 年 月 日) ☐ 介護予防型デイサービス (利用開始予定日 年 月 日)												
利用を必要とする理由	☐ 疾患等により、日常生活に支障があり、身体介護(身体状態の観察や注意等を含む)を要するため ☐ 認知機能の低下や精神の障害等により、日常生活に支障があるような症状や行動があり、身体介護(身体状態の観察や注意等を含む)を要するため ☐ 退院直後で状態が変化しやすく、自立支援に向けた専門的サービスが特に必要であるため ☐ 福祉用具や住宅改修などの住環境の調整のみでは、自宅での入浴が不可能であるため(入浴サービスを利用する必要があるため) ☐ サービスを提供する事業所が確保できないため ☐ その他												
利用を必要とする具体的な理由													
添付書類	☐ 利用者基本情報 ※「現病歴・既往歴と経過」欄については、「利用を必要とする理由」を踏まえ、詳細に記載のこと ☐ 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) ☐ 利用調整を行った事業所一覧 ※「サービス提供事業所が確保できないため」を選択した場合												

現行相当サービスの利用が必要な理由は上記のとおりです。

なお、 年 月開催の自立支援地域ケアカンファレンスに当該事例を提供いたします。

年 月 日

(届出者)

事業所名

事業所所在地

担当者氏名

介護予防・生活支援サービス利用回数増加・支給限度額変更にかかる理由書

フリガナ		被保険者番号											
被保険者氏名		認定区分	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 事業対象者 ☐ 申請中(新規・変更)										
利用を必要とするサービスの種類	☐ 介護予防訪問型サービス (事業所名:) ☐ 生活支援型訪問サービス (事業所名:) ☐ 介護予防型デイサービス (事業所名:) ☐ 活 動 型 デイサービス (事業所名:)												
本人の状態 ※病歴・現在の介護状態等													
家族の状況 ※家族構成・介護者の有無等													
今後の支援方針 ※回数増加期間の終了を目指していくまでの計画等													
利用回数増加・支給限度額変更予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日												
添付書類	☐ 利用者基本情報 ※「現病歴・既往歴と経過」欄については、「利用回数増加・支給限度額変更」にかかる判断基準になるため、詳細に記載のこと ☐ 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)												

介護予防・生活支援サービスの利用回数増加・支給限度額変更が必要な理由等は上記のとおりです。

なお、 年 月開催の自立支援地域ケアカンファレンスに当該事例を提供いたします。

年 月 日

(届出者)

事 業 所 名

事業所所在地

担 当 者 氏 名

草津市生活サポート事業利用申請書

年 月 日

草津市長 宛

申請者

住 所			
氏 名			
本人との続柄		電話番号	

草津市生活サポート事業実施要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

フリガナ			介護保険被保険者番号												
氏 名			個 人 番 号												
生 年 月 日	年 月 日生		年 齢	歳		性 別		男 ・ 女							
住 所	草津市														
電話番号			要介護状態区分	事業対象者・要支援1・要支援2											
家族形態	ひとり暮らし ・ 高齢者世帯 ・ その他（ ）														
希望回数	回／週・月														
希望するサービスの内容	☐ 掃除 ☐ 洗濯 ☐ ベッドメイク ☐ 衣類の整理等 ☐ 調理・配下膳 ☐ 買い物・薬の受け取り ☐ その他必要な家事等（ ）														
緊急連絡先	氏名	続柄	住所			連絡先									
この用紙に記入した内容など私の個人に関する記録について、介護予防ケアマネジメント等担当者および本事業受託事業者に提示することに同意します。 年 月 日 氏名															

年 月 日

申請

住 所	
氏 名	
電話番号	

[illegible]

緊急連絡先	氏名	続柄	住所	連絡先
この用紙に記入した内容など私の個人に関する記録について、介護予防ケアマネジメント等担当者および本事業受託事業者に提示することに同意します。 _____ 年 月 日 氏名				

草津市通所型短期集中予防サービス事業利用申請書

年 月 日

草 津 市 長 宛

申請者

住 所	
氏 名	
電話番号	

草津市通所型短期集中予防サービス事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

フリガナ		介護保険被保険者番号													
氏 名		個人番号													
生 年 月 日	年 月 日生	年齢	歳	性別	男 ・ 女										
住 所	草津市														
電話番号		要介護状態区分	事業対象者・要支援1・要支援2												
希望するサービス	通所・訪問一体型サービス														
送迎の利用	利用する ・ 利用しない														
病歴	病名	いつ頃から	医師名・医療機関												
	☐ 脳卒中 ☐ 高血圧 ☐ 不整脈 ☐ 肺疾患（ ） ☐ 腎臓疾患（ ） ☐ 糖尿病 ☐ 関節疾患 ☐ その他の疾患（ ）														

配食サービス事業事前登録申請書

年 月 日

草津市長

苑

申請者 住所
氏名
電話
利用者との続柄

草津市高齢者配食サービス事業実施要綱第5条第1項の規定により次のとおり登録の申請をします。

記

用 者	氏名		男・女	生年月日	明大昭年　月　日(　歳)		
				被保険者番号			
				個人番号			
	要介護度	事業対象者 ・ 支１ ・ 支２ ・ 介１ ・ 介２ ・ 介３ ・ 介４ ・ 介５					
	氏名		男・女	生年月日	明大昭年　月　日(　歳)		
				被保険者番号			
				個人番号			
要介護度	事業対象者 ・ 支１ ・ 支２ ・ 介１ ・ 介２ ・ 介３ ・ 介４ ・ 介５						
住所	草津市						
電話	—		生活保護受給の有無		有・無		
希望の曜日	月・火・水・木・金・土・日						
緊急連絡先 (安否の確認時) ※	住所						
	氏名			続柄	電話		
その他							

※ 申請者と同じ場合は記載不要です

草津市介護予防・日常生活支援総合事業対象者終了申出書

年 月 日

草津市長 宛

申請者

住 所			
氏 名			
本人との続柄		電話番号	

次のとおり、事業対象者の終了を申し出ます。

氏 名	フリガナ	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
被保険者番号			
個人番号			
住 所	草津市		
終了の理由 (複数回答可)	☐ 心身の状況や生活環境が改善したため ☐ 介護予防・生活支援サービスの利用予定がないため ☐ その他		

市処理欄

被保険者証	☐ 回収済 ☐ 未収 (☐ 紛失)
-------	--

委任状

年 月 日

草 津 市 長 宛

【委任者】

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

【委任する権限】

- ☐ 事業対象者認定申請に関する権限
- ☐ 草津市介護予防・日常生活支援総合事業対象者終了申出に関する権限
- ☐ 草津市訪問型短期集中予防サービス事業利用申請に関する権限
- ☐ 草津市通所型短期集中予防サービス事業利用申請に関する権限
- ☐ 草津市生活サポート事業利用申請に関する権限
- ☐ その他 (_____)

【受任者（代理人）】

住所 _____

氏名（事業所名） _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

※この書類は、草津市役所長寿いきがい課での手続き以外には使用しません。

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメントB）										ケアマネジメントB（共通）			
氏名		(身長 cm)											
計画作成日		年 月 日			評価日		年 月 日						
取り組み期間		年 月 日 ~ 年 月 日											
初回 (月 日)		運動・移動						終了時 (月 日)		考えられる要因 (包括支援センター記入欄)			
⑤ 10	はい	いいえ	★	1	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			★	はい	いいえ	課題 有 無		
	はい	いいえ	★	2	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			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	3	15分続けて歩いていますか			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	4	この1年間に転んだことはありますか			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	5	転倒に対する不安は大きいですか			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ		6	一人で外出していますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		7	1年前に比べてつまずきやすくなってきましたか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		8	膝等の関節の痛みがあり、動きづらいですか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		9	体操（テレビ体操、ストレッチ等）や散歩を週1回以上していますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		10	スポーツ（ゲートボール、水泳等）を週1回以上していますか				はい	いいえ			
				日常生活									
⑧ 18	はい	いいえ	★	11	バスや電車で一人で外出していますか			★	はい	いいえ	課題 有 無		
	はい	いいえ	★	12	日用品の買い物をしていますか			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	13	預貯金の出し入れをしていますか			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	14	友人の家を訪ねていますか			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	15	家族や友人の相談にのっていますか			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ		16	食事の用意をしていますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		17	洗濯をしたり、洗濯物を取り込み、元の位置にしていますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		18	ごみの分別や、ごみ出しをしていますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		19	家の中や家の周りの片付けや掃除などをしていますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		20	布団の出し入れ、シーツ交換、布団干し等の動きをしていますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		21	一人で体を洗うことができますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		22	入れ歯を磨いたり、口の中の手入れをしていますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		23	自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	24	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			
	はい	いいえ	★	25	お茶や汁物でむせることがありますか			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	26	口の渇きが気になりますか			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	27	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	28	初回BMI () BMIが18.5未満 評価時BMI ()			★	はい	いいえ			
				社会参加									
⑧	はい	いいえ		29	趣味や楽しみ、好きでしていることがありますか				はい	いいえ	課題 有 無		
	はい	いいえ		30	昼間にずっと寝ることなく、起きて活動できていますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		31	家庭のことで決まった仕事や役割がありますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		32	家族、友人、隣近所と付き合いや談笑をしていますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		33	ここ1年で老人会や習い事、友人との交流で中断したものはありますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		34	催し物や地域の活動などに参加していますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	35	週に1回以上は外出していますか			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	36	昨年と比べて外出の回数が減っていますか			★	はい	いいえ			
				健康状態									
⑥ 16	はい	いいえ		37	あなたは普段健康だと思いますか				はい	いいえ	課題 有 無		
	はい	いいえ		38	定期的な診察、あるいは1年に1度は健診を受けていますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		39	薬は正しく服用していますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		40	食生活に気をつけていますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		41	規則的に3食とっていますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		42	主食・主菜（肉・魚・卵・乳製品・大豆製品）・副菜をとっていますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		43	ここ1年骨を折ったことがありますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ		44	十分な睡眠はとれていますか				はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	45	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	46	(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			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	47	(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			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	48	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	49	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	50	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	51	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			★	はい	いいえ			
	はい	いいえ	★	52	今日が何月何日か分らない時がありますか			★	はい	いいえ			
初回体重 (k g) ※主観的健康観（初回時） 終了体重 (k g)													
①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない ⑥不明													

A、 3か月後のわたしの姿は？

(3つまで可)

3
か
月
後
の
目
標

- 1 筋肉がつく（やりたい動作ができる）どんな事？（
2 今より痛みが軽くなる どの部位？（
3 床や、椅子からスムーズに立ち上がれる
4 階段の上り下りが楽になる
5 歩行時間が長くなる（今 分） → 何分歩けるようになりたいか（ 分）
6 家庭内での役割を続ける どんな事をしたいか？（
7 家庭内での役割が増える どんな事をしたいか？（
8 運動習慣が身につく どんな事をしたいか？（
9 つまづきが減り、転倒の不安がなくなる・少なくなる
10 一人で外出できるようになる
11 外出する機会が増える どこへ行きたいか？（
12 友人ができる
13 その他（3か月後どんなふうになっていたいか）



B、 上記の目標のようにするために毎日自分が行う事

(複数選択可)

目
標
に
対
す
る
具
体
策

- 1 痛みを軽減する動きを学び、毎日の生活の中で活用する
2 正しい姿勢の保ち方を学び、注意して生活する
3 正しい歩行方法を学び、普段から歩行に気をつける
4 関節や筋肉の痛み、骨粗鬆症があるときは受診し指導を受ける
5 医師の指示されたことを守る
6 決められた量を、決められた時間に確実に服薬する
7 習った運動、ストレッチを実施する 〈1日 分 ・ いつ〉
8 自治会や老人会などの活動に参加する
9 誰かと話す機会を持つ
10 毎日、出来るだけ外出する
11 自分でできる家事を増やす
12 その他（自分で取り組むこと）



(生活不活発病の改善・予防ポイント)

地域包括支援センター担当者

上記の計画について同意いたします。

年 月 日

氏名

A、 3か月後のわたしの姿は？ (3つまで可)

3
か
月
後
の
目
標

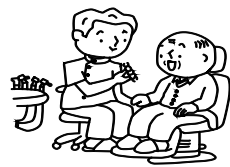
- 1 食事がよりおいしくなる
- 2 食べ物や飲み物でのむせが減る
- 3 口のかわきが減る
- 4 食べこぼしが減る
- 5 話しやすくなる
- 6 奥歯でしっかり噛める物が増える
- ➡ 3か月後どんなものが食べられるようになりたいか ()
- 7 口臭が減ったと言われる
- 8 体重が Kgから Kgになる
- 9 その他 (3か月後どんなふうになっていたいかご自由にお書き下さい)



B、 上記の目標のようになるために毎日自分が行うこと (複数選択可)

目
標
に
対
す
る
具
体
策

- 1 かむことや、飲み込むことを意識してゆっくり食事をする
- 2 お口の機能向上について理解を深め、自分の口に関心を持つ
- 3 入れ歯の必要性を理解して適切に装着する
- 4 入れ歯の取り扱いや清掃方法について学び実施する
- 5 ブラッシング指導を受け、ていねいにブラッシングする
- 6 教室で学んだ口の体操、マッサージを自宅でも実施する (いつ :) (例：食事前、寝る前等)
- 7 歯科受診を開始・継続・再開する
- 8 自分に不足しがちな栄養について指導内容に合った食事をする (具体的に)
- 9 家族や、友人と積極的に話をする
- 10 その他 (自分でやってみたい事等お書き下さい)



(生活不活発病の改善・予防ポイント)

地域包括支援センター担当者 _____



上記の計画について同意いたします。

年 月 日

氏名 _____

④主観的健康感の変化（○をつける）

取り組み前	取り組み後
よい	よい
まあよい	まあよい
普通	普通
あまりよくない	あまりよくない
よくない	よくない
不明	不明

※取り組み前の健康感については、介護予防支援計画表に記載のものを転記する。

⑤基本チェックリストの状況

	取り組み前	取り組み後
運動・移動/ 1 0		
日常生活/ 1 8		
社会参加/ 8		
健康管理/ 1 6		

※介護予防支援計画表に記載したものを転記

※基本チェックリストは点数が減るほうが状態がよくなったことを表します。

3か月間介護予防に取り組んだ感想など

8

[illegible]

④主観的健康感の変化（○をつける）

取り組み前	取り組み後
よい	よい
まあよい	まあよい
普通	普通
あまりよくない	あまりよくない
よくない	よくない
不明	不明

※取り組み前の健康感については、介護予防支援計画表に記載のものを転記する。

⑤基本チェックリストの状況

	取り組み前	取り組み後
運動・移動/ 1 0		
日常生活/ 1 8		
社会参加/ 8		
健康管理/ 1 6		

※介護予防支援計画表に記載したものを転記

※基本チェックリストは点数が減るほうが状態がよくなったことを表します。

3か月間介護予防に取り組んだ感想など