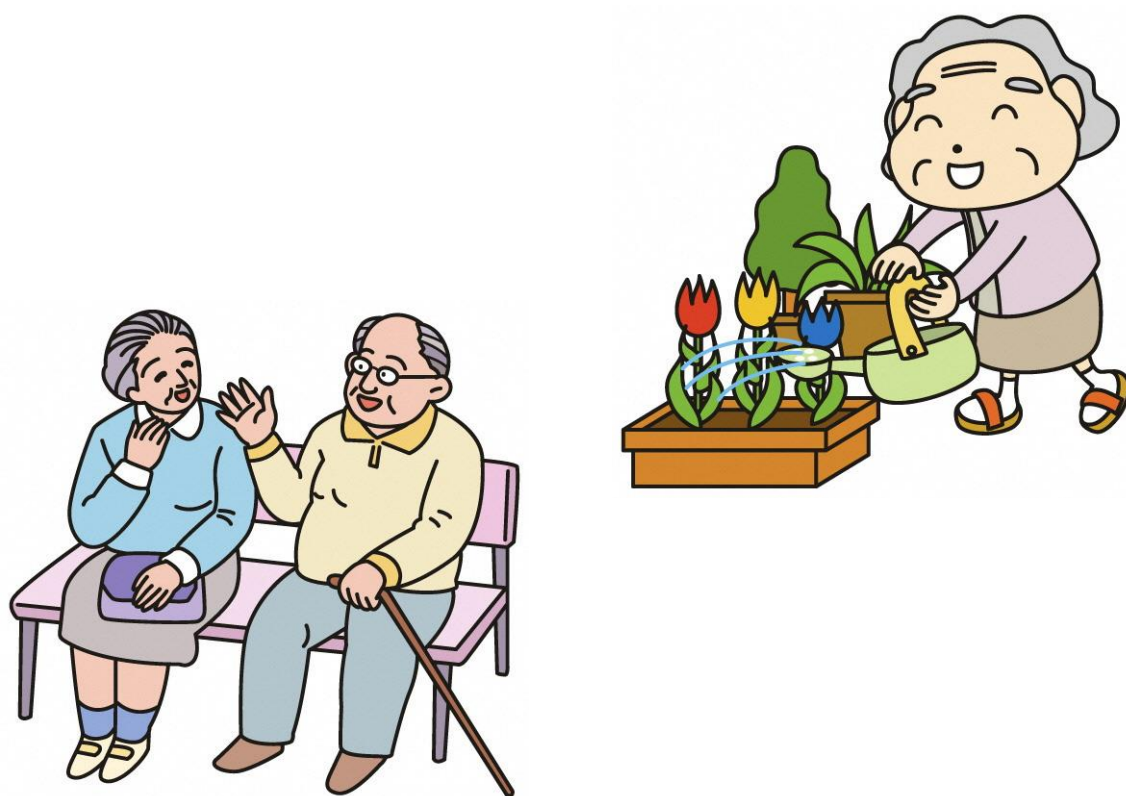


「船橋市自立支援型

介護予防ケアマネジメント事業」

－実施マニュアル－

【第6版】



船橋市 地域包括ケア推進課

令和6年4月

【目次】

1. 背景	・・・P1
2. 船橋市が目指すもの（ビジョン）	・・・P2
3. 自立支援型介護予防ケアマネジメント事業	・・・P3
4. 自立支援ケアマネジメント検討会議	・・・P4
5. リハビリ職による同行訪問	・・・P11
6. 事業の評価について	・・・P16
7. 個人情報の取り扱いについて	・・・P19
8. 船橋市における地域ケア会議等の考え方	・・・P20

【別紙】

1. 自立支援ケアマネジメント検討会議実施の流れ	・・・P22
2. リハビリテーション専門職同行訪問実施の流れ	・・・P23
3. リハビリテーション同行訪問申込の利用の流れ	・・・P25

【様式】

1. 検討会議で使用する帳票類	・・・P31
2. 同行訪問で使用する帳票類	・・・P45

1. 背景

(1) 全国的な取り組み

現在、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、高齢者が重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、各地域で、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」が包括的に確保されるよう地域包括ケアシステムの構築に向けた積極的な取り組みが全国で進められているところです。

特に「介護予防」分野においては、高齢者の要介護状態の軽減や悪化の防止だけでなく、地域で自立した生活が送れるようにすることを目的としており、これらは「高齢者本人の自己実現」や「高齢者が生きがいを持ち、自分らしい生活を送る」ことが重要としています。

また、介護予防の考え方は、機能回復訓練など的高齢者本人への直接的なアプローチだけでなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり、高齢者本人を取り巻く環境への配慮等も含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職（以下「リハビリ職」という。）等を活かした自立支援に資する取り組みを推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指すこととしています。

とりわけ、中心的な役割を担うケアマネジメントにおいては、単に運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、リハビリテーションの国際生活機能分類（以下「ICF※」という。）である「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけ、これによって日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援して、高齢者の生活の質の向上を目指すことが重要となります。それにより高齢者等がいつまでも地域で安心して暮らせるという地域包括ケアシステムの推進にもつながるものです。

※ICFは、International Classification of Functioning, Disability and Healthの略で、日本語では国際機能分類と呼ばれています。2001年に世界保健機関（WHO）により採択されました。

(2) 船橋市の現状と課題

船橋市の状況として、令和3年10月1日時点の人口（住民基本台帳より）は64万5千人を超えています。高齢者数約15.5万人、高齢化率24.0%、令和3年9月30日時点の要支援・要介護認定者数（第1・2号被保険者）が約2.9万人といずれも増加傾向となっています。

「第9次高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画」の策定にあたり令和2年3月の高齢者生活実態把握調査報告書の高齢者基本調査によれば、運動器の機能低下

（9.6%）、転倒リスク（25.1%）、閉じこもり（10.0%）、低栄養状態

（0.9%）、IADL（手段的日常生活動作）（4点以下7.3%）という結果が得られています。このうち、運動器、転倒リスク、閉じこもり、低栄養状態、IADL（手段的日常生活動作）については、65～69歳と85歳以上との差が約2倍以上になるなど年齢が高いほどリスクの割合が大きくなる傾向が顕著となっています。健康や介護予防のために積極的に取り組んでいるとする回答が多い一方で、介護予防リスクを有する高齢者が、積極的な運動・外出と身近な支援、専門的なアドバイスなどをなお必要としていることがうかがわれ、特に80歳代以降の高齢者への支援が重要と言えます。さらには、前期高齢者の段階から、健康づくり・介護予防に取り組む、各種リスクを先送りできるようにすることが必要である状況となっています。

一方、ケアマネジメントの取り組みにおいても、サービス利用が目的とみられるものが少なくない状況にあり、自立に向けたケアプランの作成や本人の状況に応じた適切なサービス提供等の確立が課題となっています。

2. 船橋市が目指すもの（ビジョン）

本市では、「すべての高齢者が、自分らしく、それぞれの生きがいを持ち、住み慣れた地域でいつまでも健やかに安心して暮らし続けられる『生き生きとしたふれあい都市・ふなばし』の実現」を目指し、『地域包括ケアシステムの構築 健やかで、安心して暮らし続けられる船橋を目指して』を高齢者保健福祉・介護ビジョンとし、地域包括ケアシステムを構築すべく、各種施策を推進しています。

第9次高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画においても、5つの基本方針により、目指す方向を明確に示しています。

＜基本方針＞

1. 【住まい】住み慣れた地域で、安心して暮らせる住環境の整備
2. 【予 防】介護予防の推進で“健康寿命日本一のまち”
3. 【生活支援】助け合い活動などの支援体制づくりの推進
4. 【介 護】いつでも安心して必要な介護サービスを利用できる体制の確立
5. 【医 療】医療と介護の連携による継続的・一体的なサービス提供体制の確立

また、地域包括支援センター（以下「センター」という。）は、高齢者の自立支援・介護予防を推進するため、地域における包括的・継続的ケアマネジメントが適切に機能するよう支援を実施するものと位置づけられていますが、介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）への支援だけでなく、地域における適切なケアマネジメント環境を整備することや、住民やサービス提供事業者を巻き込み、通いの場などの社会資源の創出や活用の取り組みが必要です。

センターが行う自立支援・介護予防ケアマネジメント支援は、ケアマネジャー個人への支援と併せて、地域の住民やサービス提供事業者等を含めた「地域全体をターゲットとする支援」へ拡大するとともに、市民への意識改革を図るために啓発事業を展開していきます。

本市では、令和元年度より、介護予防ケアマネジメントの自立支援強化を図るため、「自立支援ケアマネジメント検討会議」及び「介護予防ケアマネジメントにおけるリハビリ職の同行訪問」の2つの事業を連動させ、圏域を限定して試行的に実施し、令和2年度からは市内全域を対象に事業を拡大しました。令和4年度は市内の介護予防ケアマネジメントの委託先の居宅介護支援事業所を対象に加え事業展開を図っていきます。この事業を通して、自立支援・介護予防の観点を踏まえて「要支援者等の生活行為の課題の解決等により生活の改善に導き、自立を促すこと」、ひいては「高齢者の生活の質（QOL：Quality of Life）の向上」を目指します。

3. 自立支援型介護予防ケアマネジメント事業

(1) 目的

自立支援型介護予防ケアマネジメント事業は、リハビリ職等の専門職が参加及び助言を行う体制を構築することで、リハビリテーションの視点を積極的に取り入れ、介護予防ケアマネジメントのプロセスにおいて、要支援者等が有している生活の維持・改善に向け、本人の意欲に働きかけながら、目標指向型のケアプランを作成でき、本人が自立に向けた生活ができること、また利用者及びその家族と自立支援に向けた合意形成による介護予防ケアマネジメントを実施することで、利用者の生活機能の維持・向上の効果を高め、自立支援に資する介護予防ケアマネジメントにつなげられることを目的に実施します。

(2) 実施する事業

上記目的のため、リハビリ職等の専門職で構成される「自立支援ケアマネジメント検討会議」を設置します。また、ケアマネジャーが行う利用者のアセスメント等の訪問時にリハビリ職が同行訪問し助言等を行う体制を構築し、これら2つの事業を連動させて実施します。

<実施事業>

- ①自立支援ケアマネジメント検討会議
- ②介護予防ケアマネジメントにおけるリハビリ職の同行訪問

<本人の自立とは>

本人が自己決定に基づいて主体的な生活を営むこと、障害をもっていてもその能力を活用して社会活動に参加すること。

ここでは、本人が家庭や地域の中で役割や生きがい等を持ち、自身の健康状態や生活状況を維持もしくは改善していくため、自身の生活に向き合い、できることは自分で行ったり、必要支援を受けたりするなど、自身の生活を自己決定に基づき行うことします。

<自立支援とは>

高齢者における「自立支援」とは、高齢者一人一人が住み慣れた地域で安心・安全に、その人の能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう医療・介護関係者のみならず家族や地域の人々が支援することです。

自立した日常生活を送れている人は出来るだけ長く元気に自立した日常生活が送れるように、また要支援者など一部生活に支障をきたし介護のサービスが必要になった人は、自身の能力を最大限引き出すことで、自立した生活や可能な限り望む場所で望む生活を送るために行うあらゆる支援のことをいいます。

4. 自立支援ケアマネジメント検討会議

(1) 目的

自立支援ケアマネジメント検討会議（以下「検討会議」という。）は、リハビリ職、看護師等の専門職が参加、協働し、ケアマネジャーへの支援を通じて、本人・家族が住み慣れた地域で自立への意識を持ち、自ら望む暮らしをいつまでも続けられるよう、介護予防ケアマネジメントの自立支援強化を図るものです。具体的には、以下の①～③を目指します。

① ケアプラン対象者の自立支援・QOLの向上

利用者本人の能力を最大限に引き出し、本人の望む自立した生活上の課題に対する解決及びQOLの向上を目指す。利用者の生活の視点において「生活モデル」に着眼した議論を実施していく。

② ケアマネジャーのケアマネジメント力の向上

多職種からの専門的な助言を得ることで、幅広い専門的な視点を持つ能力を向上させることにより、高齢者の自立支援に資するケアマネジメント力を高める。

③ 地域課題等の把握

個別ケースの検討を積み重ねることにより、地域に必要な社会資源や地域課題を把握する。

(2) 参加する専門職等

- 協力機関より：理学療法士、作業療法士、薬剤師、訪問看護師、主任ケアマネジャー
：言語聴覚士・管理栄養士・歯科衛生士（各回いずれか1人）
- センター等：地域包括ケア推進課職員
：生活支援コーディネーター（船橋市社会福祉協議会より参加）
- 事例提供者：事例担当ケアマネジャー
事例センター三職種または居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャー
サービス提供事業者

<協力機関専門職の要件について>

職種	要件
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	資格取得後5年以上の経験を有する者であり、かつ訪問リハビリテーションの実務経験を有する者
薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、看護師、主任ケアマネジャー	資格取得後5年以上の経験を有する者であり、かつ在宅又は施設等にて在宅療養者の生活における知識・支援技術をもつ者

※薬剤師は、一般社団法人船橋薬剤師会より推薦

※歯科衛生士は、一般社団法人千葉県歯科衛生士会より推薦

※管理栄養士は、船橋市栄養士会より推薦

※看護師は、ふなばし市訪問看護ステーション連絡協議会より推薦

※主任ケアマネジャーは、船橋市介護支援専門員協議会より推薦

＜助言者（協力機関）の参加日程について＞

- ・助言者の参加日程の年間スケジュールが確定した後に、該当日の参加ができなくなった場合は、原則として各事業所内及び職能団体内での調整をお願いします。調整後は代替者の氏名を地域包括ケア推進課まで速やかにご連絡ください。
- ・事業所内で調整できない場合は地域包括ケア推進課まで、早めにご相談ください。

（３）開催頻度・時間等

- 定例会：第３水曜日の午後３時～午後５時
：第４水曜日の午後３時～午後５時
- １回の会議につき、最大３事例を検討（１事例につき検討時間３０分程度を想定）

（４）開催場所

- 市役所（湊町２－１０－２５）
- 保健福祉センター（北本町１－１６－５５）
- 社会福祉会館（薬円台５－３１－１）
- 北部福祉会館（三咲７－２４－１）
- ※以上の市内４カ所を輪番で開催
- ※開催場所の会議室が確保できなかった場合に近隣の公民館にて開催

（５）事例の選定

ケアマネジャーが作成するケアプランのうち、要支援や事業対象者の全事例を対象とします。（但し、困難事例や要介護事例は含みません）

- 例）① 新規ケアプラン（計画作成後でも可）
- ② 更新ケアプラン（更新時に目標やケアプランの内容に変化がない事例や目標が達成できない事例等）

（６）会議で使用する帳票類

ア. 必須帳票

- ① 自立支援ケアマネジメント検討会議記録シート兼評価実施報告書（※）
※ケース概要及び「助言を受けたいポイント」を記載したものを準備し提出する。
- ② 利用者基本情報 A・B 票
- ③ 基本チェックリスト
- ④ 介護予防サービス・支援計画書（原案）
- ⑤ 主治医意見書 （事業対象者の場合は不要）
- ⑥ 認定調査票 （事業対象者の場合は不要） ※初回ケアプラン時のみ
- ⑦ 薬情報（お薬手帳の写しでも可）

イ. 必要時に用意する帳票

- ⑧ 船橋市版アセスメントシート
- ⑨ 興味関心チェックシート
- ⑩ 健診データ（血液検査データ、他）、各種検査データ
- ⑪ 個別サービス計画書（・報告書）、筋力等測定データ（記録シート）等

(7) 開催までの流れ

※別紙1「自立支援ケアマネジメント検討会議実施の流れ」参照

事例提出者 (センター・居宅)	地域包括ケア推進課	助言者(協力機関)
①ケアプラン原案の抽出・選定 <u>会議2週間前金曜日(17時)までに各種帳票を本課へ提出</u> (指定フォルダにデータ保存 またはEメールで送付) ※事務マニュアル参照	①帳票データを助言者へ 会議前週の水曜日中に 資料を送付送付(原則 としてEメールを使用) ②資料の印刷:必要部数 の印刷準備	①助言者は、検討会議利用 者帳票を受領し、当日ま でに内容を確認する。

※助言者には、Eメールで会議前週の水曜日中に資料を送付します。

また、郵送(希望者)の場合は、会議週の月曜日正午までに届くよう手配します。

※居宅介護支援事業所のケアマネジャーはEメールにて担当圏域の地域包括支援センターに締切日厳守で送付してください。

※各事例の番号については、各地区の地域包括支援センターの事例番号と居宅介護支援事業所の事例番号を併せて管理をします。(センタープランと居宅の事例について、地区の事例数を確認しやすくするため)

(8) 検討会議当日の流れ

① 会議参加者

司会・書記:地域包括ケア推進課専門職

助言者:理学療法士、作業療法士、薬剤師、看護師、主任ケアマネジャー
 言語聴覚士・歯科衛生士・管理栄養士(各回いずれか1人)
 生活支援コーディネーター

事例提出者:担当ケアマネジャー、サービス提供事業者

※なるべくサービス提供事業者の参加を依頼してください。

提出者補佐:ケアプラン担当地域包括支援センター・居宅介護支援事業所の
 主任ケアマネジャーまたは管理者

事務:地域包括ケア推進課職員

その他:地域包括ケア推進課で許可した傍聴者(見学者)

② 進行スケジュール(例)

	開場、会場設営
午後2時45分～午後3時	受付、助言者打ち合わせ
午後3時～午後4時45分	検討会議
午後4時45分～午後5時	アンケート、後片付け

（９）参加者の心構え、助言時の留意点

検討会議は、地域の多様な専門職が協働し、ケアマネジャーへの支援を通じて、高齢者が住み慣れた地域で自ら望む暮らしをいつまでも続けられるよう、利用者本人の能力を最大限に引き出し、地域資源を活用しながら自立支援及び生活の質（ＱＯＬ）の向上につなげることを目的とした会議です。

そのため、会議の参加者は会議の参加にあたって以下のことに配慮してください。

A. 検討会議で共有すること３点

①「元の生活はどんな生活だったのですか」

自分らしく生活していた普通の暮らしを把握することで利用者を支えていた社会資源（アセット）を共有

②「今はどんな生活ですか？」

元の生活から失った社会資源を把握することで、
現在の生活に至った「理由」を考える

③「どんな暮らしを目指すのですか？」

「目指す暮らし」と「今の生活」の差を埋めるものがアセット
それは適切な目標ですか？

高すぎる課題だけでは光は見えません。

- * ①＝③とは限らない、そこがアセスメントの本質、②と③の差を埋める方法を①をヒントに考える
- * 「なぜそうなったのか」「活動量を増やす」「参加を促すためには」「高齢者の可能性」「地域の資源（サービスから考えずに）とつながり」も踏まえて提案します。
- * ICF の視点で考える。
- * 役割や生きがいをもてるよう、自立への意欲を引き出し、行動変容を促す視点
- * 提案内容は、専門職としての視点はもちろん、一個人の「生活者」としてのアイデアを出していきましょう。



B. 役割分担

役割	担当	内容
司 会	地域包括ケア推進課職員	議事の進行を行う。 司会者及び保険者として発言する。
書 記		議事の内容を記録する。所定の書式を用いる。
助言者	共通事項	利用者の活動・参加などより日常生活の自立促進へ向けた観点から助言する。
	リハビリ職 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士	本人のしたい生活に向けて、理学療法、作業療法、言語聴覚療法のそれぞれの立場から心身機能、生活機能、環境要因等、生活障がいの生じる要因を確認し、予後予測を含め、自立支援に資する助言を行う。
	歯科衛生士	本人のしたい生活に向けて、摂食・嚥下機能や歯科口腔機能による生活障がいの生じる要因を確認し、予後予測を含め、自立支援に資する助言を行う。
	管理栄養士	本人のしたい生活に向けて、食生活や栄養管理面による生活障がいの生じる要因を確認し、予後予測を含め、自立支援に資する助言を行う。
	薬剤師	本人のしたい生活に向けて、服薬状況を確認し、日常生活との関連性や起こりうる薬剤の影響、適切な服薬管理等を予後予測を含め、自立支援に資する助言を行う。
	生活支援コーディネーター	本人のしたい生活に向けて、特に活動や社会参加などの事案に対して、地域の通いの場などインフォーマルな資源について情報提供を行う。
	保健師	本人のしたい生活に向けて、健康面、衛生面、全身状態、疾病、服薬等による看護医学的視点から生活への影響の要因を確認し、予後予測を含め、自立支援に資する助言を行う。
	主任ケアマネジャー	本人のしたい生活に向けて、ケアプランの課題に対して、本人・家族の意向や各専門職の助言に基づき、自立支援に資する助言を行う。生活への影響の要因としたい生活に向けた今後のケアプランの方向性等理解を促す助言を行う。
事例提出者	担当ケアマネジャー	事例を提供する。利用者の「前の生活」「いまの生活」「したい生活」に焦点を当て生活状況や生活課題、助言を受けたいポイントを簡潔に整理し助言を求める。
	サービス提供事業者	利用者の支援計画、課題等について助言を求める。
事例提出者補佐	主任ケアマネジャー ・（保健師・社会福祉士）	①検討会議参加前に、ケアマネジャーの困りごとを確認、課題や助言を受けたいことの整理をサポートする。 ②検討会議後、ケアマネジャーが助言を理解し、どのようにケアプランに反映させていくか、ケアマネジャーの具体的な作業を確認し、サポートする。

事務	地域包括ケア推進課職員	会場設営、受付、必要機器（PC、録音機器、マイク等）の準備、資料準備、タイムキーパー、その他会議の運営に必要な事務を行う。
----	-------------	---

（１０）検討会の流れ（目安）

	内 容	担当/時間
自己紹介	司会者により参加者を紹介	司会（１分）
事例紹介	事例の以前の生活、いまの生活、今後したい暮らし、その課題などを簡潔に説明	CM （３分）
質問・提案	本人のしたい暮らしに向けて、専門職の立場から生活課題の解決や生活の幅や活動量の増加等が増す、自立支援につながる提案を行う。 個人因子や環境因子等から、適切な社会資源につながる提案を行う。不足の社会資源も提案も可。	助言者・CM （２０分）
CMからの質問	助言を受けて不明な点確認したい点があれば質問する。また、具体策や目標の提案を受けて取り組めそうなことを整理し、目標などについても確認する。	担当CM・サービス事業者 （４分）
まとめ		司会（２分）

※会議後、CM、助言者等へのアンケートがあります。

（１１）参加者の心構え

- ① どのような職種、立場であっても上下関係はありません。自立支援型介護予防ケアマネジメントを推進する目的で、協働の精神で参加してください。
- ② 事例の説明、質問及び助言等の発言を行う際は、発言内容をまとめ、要旨を簡潔にまとめて、分かりやすくご説明ください。
- ③ 助言者は、事前情報を受け取ったあと、不明点や質問ポイント、助言ポイント等を整理し、会議に参加してください。
- ④ 助言者は、事例及びケアプラン等に対して、問題点や課題を指摘するのではなく、ケアマネジャー等とともに一緒に考える立場で発言してください。
- ⑤ 助言者は、利用者の実際の生活状況を勘案し、目的・目標を明確にした上で、現実的かつ具体的な助言、及び必要な支援等の助言を行ってください。
- ⑥ 助言は、ケアマネジャーがその後ケアプランを自立支援に資するよう目標や方向性を修正し、関係者と支援内容を調整できるようにしてください。

（１２）リハビリ職の同行訪問を活用する場合

検討会議において、以下の場合にはリハビリ職の同行訪問を実施する。

- ① ケアマネジャーが希望した場合
- ② 助言者より、同行訪問の必要性について助言を受けた場合

＊上記①又は②により、リハビリ職の同行訪問を実施する場合、検討会議に出席したリハビリ職を優先的に調整します。調整がつかない場合には、「５．リハビリ職による同行訪問（５）」に記載のとおりの流れとなります。

なお、その場合は、地域包括ケア推進課にて同行訪問するリハビリ職及び日程の確認を行います。

（１３）検討会議で検討したケースの報告について

ケアマネジャーは、検討会議にて助言を受けたケースについて、自立支援ケアマネジメント検討会議記録シート兼評価実施報告書（様式１）の「ケアプランへの影響状況」欄に記載をお願いします。

また、ケアプランの評価月に評価を実施した後、以下の帳票を原則として翌月中に地域包括ケア推進課へ提出してください（指定フォルダにデータ保存またはＥメールで送信）。

ア．必須帳票

- ① 自立支援ケアマネジメント検討会議記録シート兼評価実施報告書（様式１）
（「ケアプランへの影響状況」欄に記載）
- ② 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
- ③ 基本チェックリスト（評価時）

イ．必要に応じて

- ④ 船橋市版アセスメントシート（評価時）
- ⑤ 介護予防サービス・支援計画書（新規案）
- ⑥ 興味・関心チェックシート（評価時）
- ⑦ 健診データ（評価時）
- ⑧ 個別サービス報告書・計画書

（１４）検討会議後の対応について

会議に事例提供 CM の補佐の主任ケアマネジャー、保健師、社会福祉士は、検討会議後に助言を受けた内容について確認し、優先順位づけ等整理のフォローを行い、担当ケアマネジャーがその後の介護予防ケアマネジメントを実施していくうえで、自立支援に向けたケアプランの実施が図られるよう努めてください。

5. リハビリ職による同行訪問

(1) 目的

同行訪問事業では、リハビリ職がケアマネジャーとともに直接利用者宅へ訪問し、利用者の生活状況等を評価しケアマネジャー及び利用者に助言する体制を構築します。リハビリ職が介護予防ケアマネジメントに関与することで、ケアマネジャーの介護予防ケアマネジメント力の向上並びにサービス提供事業者の資質向上、地域包括支援センターの機能強化を図ることを目的としています。

(2) リハビリ職の職種

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

※「リハビリ職」の条件：資格取得後5年以上の経験を有する者であり、かつ訪問リハビリテーションの実務経験を有する者。

(3) リハビリ職同行訪問の対象

同行訪問の対象となる場合は以下のとおり

- A. ケアマネジャーがアセスメント時などに同行訪問の必要性を感じた場合
- B. 自立支援ケアマネジメント検討会議にて同行訪問につながった場合
- C. 本人が希望する場合

※リハビリ職の同行訪問を行う場合は、必ず利用者本人の同意を得てください。
必ずしも文書による同意の必要はありません。

(4) 使用する帳票類

1) ケアマネジャーが用意するもの

- 利用者基本情報 A・B 票
- 基本チェックリスト
- 主治医意見書
- その他（必要時）
 - ・興味関心チェックリスト
 - ・お薬手帳等服薬確認書類
 - ・認定調査票
 - ・その他サービス提供に必要なもの

2) 申し込み後地域包括ケア推進課から送付されるもの

リハビリ職同行訪問申込書兼報告書（様式2-1、様式2-2）（以下、「申込書兼報告書」という）

(5) リハビリ職同行訪問の種類

アセスメント時	(70 分)
サービス担当者会議時	(60 分)
評価時	(60 分)

※「サービス担当者会議時」、「評価時」は同行訪問を希望する場合に実施することができます。

別紙2「リハビリテーション専門職同行訪問実施の流れ」参照

【担当ケアマネジャーに行ってくださいこと】

1) アセスメント

ケアマネジャーが行うこと	アセスメント時の流れ
申し込み	①船橋市オンライン・届出サービスにて同行訪問の申し込みを行います。 別紙2「リハビリテーション専門職同行訪問実施の流れ」に記載されている、右上「2次元コード」または、船橋市オンライン・届出サービスの検索キーワードに「同行訪問」と入力し、「絞り込みで検索する」ボタンを押してください。(船橋市オンライン・届出サービスは船橋市ホームページ中段「オンライン申請」のボタンをクリックするとサイトに移行します。) ②システムで申し込みが完了すると、地域包括ケア推進課より申込みいただいた内容を記載した「申込書兼報告書」が、メールで送付されます。 報告書のパスワードは、地域包括ケア推進課より電話でお伝えします。 ③同行訪問を実施するリハビリ職へ利用者に関する資料をメールで送付します。 同行訪問実施の土日祝を除く3日前までに、「5.(4)使用する帳票類」に記載されている資料をPDF化しメールに添付してください。 情報共有のため、メールは宛先CCで「A.リハビリ職、B.委託元地域包括支援センター、C.地域包括ケア推進課」の3か所に送付してください。 ※PDF化等資料準備で対応に困った場合については、実施を予定している対象者の委託元地域包括支援センターあるいは、地域包括ケア推進課までご連絡ください。 ④メール送付後リハビリ職へ直接電話をし、当日の流れについて確認をしてください。(緊急時や当日の集合場所、利用者の追加事項など)
同行訪問	日程調整した日時でリハビリ職と同行訪問し、助言を受けます。
書類の提出	①同行訪問後5日以内にリハビリ職より、「申込書兼報告書」が、ケアマネジャーに提出されます。 ②ケアマネジャーは受取後、申込書兼報告書のケアマネジャー記載欄のオレンジ色の網掛け部分に必要事項を記載し、14日以内に、「A.リハビリ職、B.委託元地域包括支援センター、C.地域包括ケア推進課」まで送付してください。

2) サービス担当者会議

ケアマネジャーが行うこと	サービス担当者会議時の流れ
日程調整	サービス担当者会議時に同行訪問を依頼する場合は、直接リハビリ職と電話あるいはメールで調整してください。
地域包括ケア推進課へ報告	日程調整後、訪問日時が決まったら委託元地域包括支援センターと地域包括ケア推進課に電話あるいはメールで報告してください。
同行訪問	日程調整した日時でリハビリ職と同行訪問し、助言を受けます。
書類の提出	①同行訪問後5日以内にリハビリ職より、「申込兼報告書」が、ケアマネジャーに提出されます。 ②ケアマネジャーは受取後、申込書兼報告書のケアマネジャー記載欄のオレンジ色の網掛け部分に必要事項を記載し、14日以内に、「A.リハビリ職、B.委託元地域包括支援センター、C.地域包括ケア推進課」まで送付してください。

3) 評価

(ア) リハビリ職とともに同行訪問を実施する場合と、(イ) 担当のケアマネジャーが対象者の状況进行评估する場合があります。

ケアマネジャーが行うこと	(ア) リハビリ職とともに評価訪問を実施する場合	(イ) 担当のケアマネジャーが対象者の状況进行评估する場合
日程調整	直接リハビリ職と電話あるいはメールで調整してください。	
地域包括ケア推進課へ報告	日程調整後、訪問日時が決まったら委託元地域包括支援センターと地域包括ケア推進課に電話あるいはメールで報告してください。	
同行訪問	日程調整した日時でリハビリ職と同行訪問し、助言を受けます。	
書類の提出	以下の帳票を評価月翌月までに、「A.リハビリ職、B.委託元地域包括支援センター、C.地域包括ケア推進課」にメールで送付してください。 ○基本チェックリスト ○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 ○申込書兼報告書 (評価時ケアマネジャー記載欄、アンケート緑網掛けに記入したもの)	

※アセスメント等同行訪問を実施後、事例の状況等によりあらためてアセスメント等(同じフェイズで)の同行訪問の必要が生じた場合は、地域包括ケア推進課にご相談ください。

【リハビリ職に行っていただくこと】

- リハビリ職は、利用者のアセスメントを行った際に、生活障がい要因を明らかにし、利用者の意向及び予後予測に合わせて解決策の方向性を助言してください。
- その際に、今後の具体的なサービスプランを提示するのではなく、ケアマネジャーが利用者にとって適切なケアプラン作成が出来るような内容で助言を行ってください。

1) アセスメント時

ケアマネジャーが行うこと	アセスメント時の流れ
同行訪問の依頼	地域包括ケア推進課より、同行訪問の依頼の連絡を受けた際には、調整のうえ同行訪問の可否を回答してください。
申込書兼報告書及び帳票の受領	日程が確定したら、担当ケアマネジャーより訪問日時及び対象者の基本情報を記載した「申込書兼報告書」及び利用者に関する資料が同行訪問日の3日前までにメールで送付されます。 ※訪問までに担当ケアマネジャーより電話が入りますので、当日の流れについて確認をしてください。
同行訪問	日程調整した日時にケアマネジャーに同行し対象者宅へ訪問します。 依頼内容を踏まえ、リハビリテーションの視点から助言を行ってください。
報告書の提出	同行訪問実施後、土日祝日を除く5日以内に「申込書兼報告書」の必要事項をご記載いただき、担当ケアマネジャーへメールで添付して送付してください。CCで地域包括ケア推進課、担当地域包括支援センターを指定してください。 ※帳票にはすでにパスワードがかけてあります。 14日以内にケアマネジャーより完成した報告書が送付されます。

2) サービス担当者会議時・評価時

ケアマネジャーが行うこと	サービス担当者会議時・評価時の流れ
同行訪問	同対象者への同行訪問がサービス担当者会議時、ケアプラン更新に伴う評価時の最大2回あります。 それぞれの同行訪問は必要に応じて依頼することがあります。 訪問の際は、担当ケアマネジャーより連絡がありますので、日程調整をしてください。
報告書の提出	同行訪問実施後、土日祝日を除く5日以内に「申込書兼報告書」の必要事項をご記載いただき、担当ケアマネジャーへメールで添付して送付してください。CCで地域包括ケア推進課、担当地域包括支援センターを指定してください。 ※帳票にはすでにパスワードがかけてあります。 14日以内にケアマネジャーより完成した報告書が送付されます。

提出される書類	評価時の同行訪問を実施しない場合においても、担当ケアマネジャーより評価終了後、以下の帳票が送付されます。 ○基本チェックリスト ○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 ○申込書兼報告書
---------	--

3) その他

ケアマネジメントのモニタリング時にケアマネジャーより質問や相談があった際には対応をお願いします。

6. 事業の評価について

(1) 自立支援型介護予防ケアマネジメント事業について

① ケアマネジャー及び助言者による評価について

検討会議は、参加したケアマネジャーの実施報告書の記載事項、及びケアマネジャー及び助言者へのアンケート調査により評価を実施します。リハビリ職の同行訪問については、実施報告書の記載事項、及び参加したケアマネジャー、リハビリ職等に聞き取り又はアンケート調査等を行い評価します。

② ケアプランの更新状況及び基本チェックリスト等による評価について

要支援認定期間の更新状況（プラン変更の有無、卒業等）の把握、及び利用者のアセスメントと評価時の基本チェックリストの比較により評価を実施します。

（検討会議）検討会議実施時とケアプラン評価時の利用者の変化やケアプランの内容（基本チェックリスト等評価票の達成等）を把握します。

（同行訪問）アセスメント時と評価時の利用者の変化、ケアプランの内容、基本チェックリスト等評価票により評価を実施します。

(2) 評価事項について

（検討会議評価）

- ① リハビリ職等の助言者が、利用者の望む生活に向けた活動に視点を当て、アセスメントした助言や検討の有無等について
- ② 社会資源を活用した検討の有無について
- ③ 検討会議及び同行訪問によるケアプランへの影響の有無及び評価達成状況について
- ④ 利用者の心身機能、生活機能等の変化・影響について
- ⑤ 検討会議及びリハビリ職の同行訪問の運営等事業内容の評価について

(3) 各評価の目的について

評価事項	評価内容	使用帳票	評価時期
① 利用者の心身機能、生活機能等の変化・影響について	検討会議の前後及び評価時、またはリハビリ職の同行訪問のアセスメント時と評価時のケアプラン変化を把握し、ケアマネジャーや専門職の助言による利用者の変化・影響を評価する。	A 自立支援ケアマネジメント検討会議記録シート兼評価実施報告書 B リハビリ職同行訪問申込書兼報告書 C 基本チェックリスト D 船橋市版アセスメントシート（※）	A：検討会議後ケアプラン作成時 B：3フェイズ後 C・D：ケアプラン評価時
② ケアプランへの影響の有無及び内容について	＜検討会議＞ ・自立支援ケアマネジメント検討会議記録シート兼評価実施報告書にて、ケアプランへの影響及びその内容を把握する。	A 自立支援ケアマネジメント検討会議記録シート兼評価実施報告書	A：検討会議後ケアプラン作成時

		<同行訪問> ・リハビリ職同行訪問申込書兼報告書にてケアプランへの影響及びその内容を把握する。	B リハビリ職同行訪問申込書兼報告書	B：各フェイズ訪問時
③	自立支援ケアマネジメント検討会議及びリハビリ職の同行訪問の運営内容の評価について	検討会議及びリハビリ職の同行訪問の運営における効率性、効果性などを評価する。 （全体的な評価）	ケアマネジャー、リハビリ職等に対するアンケート	年度内
④	介護予防効果の評価について	検討会議及びリハビリ職の同行訪問の介護予防効果について、ケアプランの変化及びその後の対象者の介護認定調査結果等を評価する。	サービス提供評価票	年次評価

※自立支援ケアマネジメント検討会議のみ

（検討会議のみ）

評価事項		評価内容	使用帳票	評価時期
①	リハビリ職等の助言者が、「利用者の望む生活・活動の実現に向けた視点」にアセスメントした助言がなされたか。	検討会議運営について評価する ・ケアマネジャーからみてリハビリ職等の助言者の助言が参考になったか等を把握する	当日アンケート 自立支援ケアマネジメント検討会議記録シート兼評価実施報告書	検討会議後 年 1 回 推進会議
②	社会資源の活用に向けた検討がなされたか	検討会議の中で介護保険サービスによる支援だけではなく、社会資源の活用について意見がだされたか把握する	自立支援ケアマネジメント検討会議記録シート兼評価実施報告書	検討会議後
③	ケアプランへの影響の有無について	検討会議によるケアプランへの影響を評価する (利用者) ・検討会議でのリハビリ職の助言について、利用者とケアマネジャーが合意形成され目標が立案されているか（ケアプランへの影響）	自立支援ケアマネジメント検討会議記録シート兼評価実施報告書	プラン評価時期

④	利用者の介護予防効果について	利用者の変化やプランの内容（評価票の達成等）を把握します。 ・基本チェックリストの変化 ・サービス提供評価票の達成状況（利用者への影響）	自立支援ケアマネジメント検討会議記録シート兼評価実施報告書 基本チェックリスト	プラン評価時期
⑤	検討会議の運営について	・検討会議の効果のある量であったか （定例・臨時開催回数、事例数、利用者の内訳等）		

7. 個人情報の取り扱いについて

検討会議及びリハビリ職の同行訪問において、個人情報を取扱います。

船橋市では、個人情報保護条例により個人情報の取り扱いを規定しています。当会議においても、ケース帳票等の取扱いについては以下の点に十分にご注意くださいますようお願いいたします。

- ◆ケース帳票の使用にあたっては、氏名、住所、電話番号等個人が特定される箇所については塗りつぶす等の処理を行ってください。
- ◆当該事業で知り得た情報については、その目的外に使用しないこと、及び外部に漏えいすることのないよう十分にご配慮ください。
- ◆関係者においては、法律上の守秘義務が課されていることをご承知おきください。
- ◆検討会議の会場で使用した利用者の帳票は、個人情報保護の観点から持ち帰りは禁止とします。
- ◆不明な点があった場合には、地域包括ケア推進課までご相談ください。

8. 船橋市における地域ケア会議等の考え方

各地区地域ケア会議

- ＜目的＞
 - ・各地域の社会基盤の整備（地域づくり）
 - ・各地域における支援が必要な高齢者の個別課題の解決
- ＜会議構成＞
 - ・地域ケア会議（全体会議）
 - ・個別ケア会議
- ＜メンバー＞
 - ・地域関係者（自治・町会長、民生委員、地区社協等）
及び 専門職（医療関係者、介護関係者等）
- ＜期待される効果＞
 - ・地域課題の解決 → 地域づくり
 - ・情報共有と役割分担 → ネットワーク構築



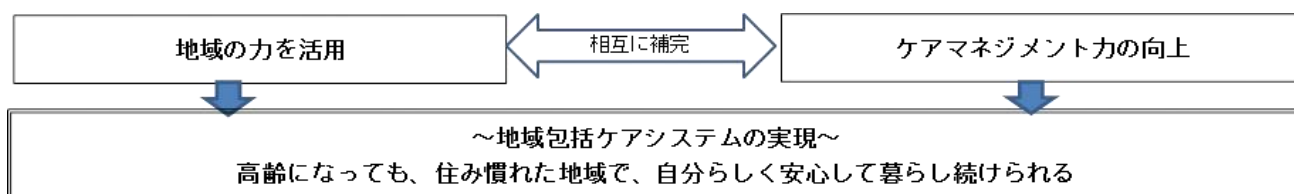
自立支援ケアマネジメント検討会議

- ＜目的＞
 - ・自立支援型介護予防ケアマネジメント力の向上
 - ・利用者本人・家族、地域住民の自立意識の普及啓発
- ＜メンバー＞
 - ・専門職：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、
薬剤師、保健師、管理栄養士、歯科衛生士、
主任ケアマネジャー、生活支援コーディネーター
 - ・地域包括ケア推進課職員、地域包括支援センター職員
- ＜期待される効果＞
 - ・介護予防ケアマネジメントの自立支援強化
- ＜関連事業＞
 - ・リハビリテーション専門職の同行訪問

いずれも①多職種が連携し、②自立支援に向けた検討を行う会議として位置づけ！

但し、自立支援ケアマネジメント検討会議は自立支援型介護予防ケアマネジメント事業の一環として行われ、介護予防ケアプランを各専門職により評価しケアマネジャーに助言を行う事業である。また、当事業はリハビリ職の同行訪問の事業と連動させて行うものである。

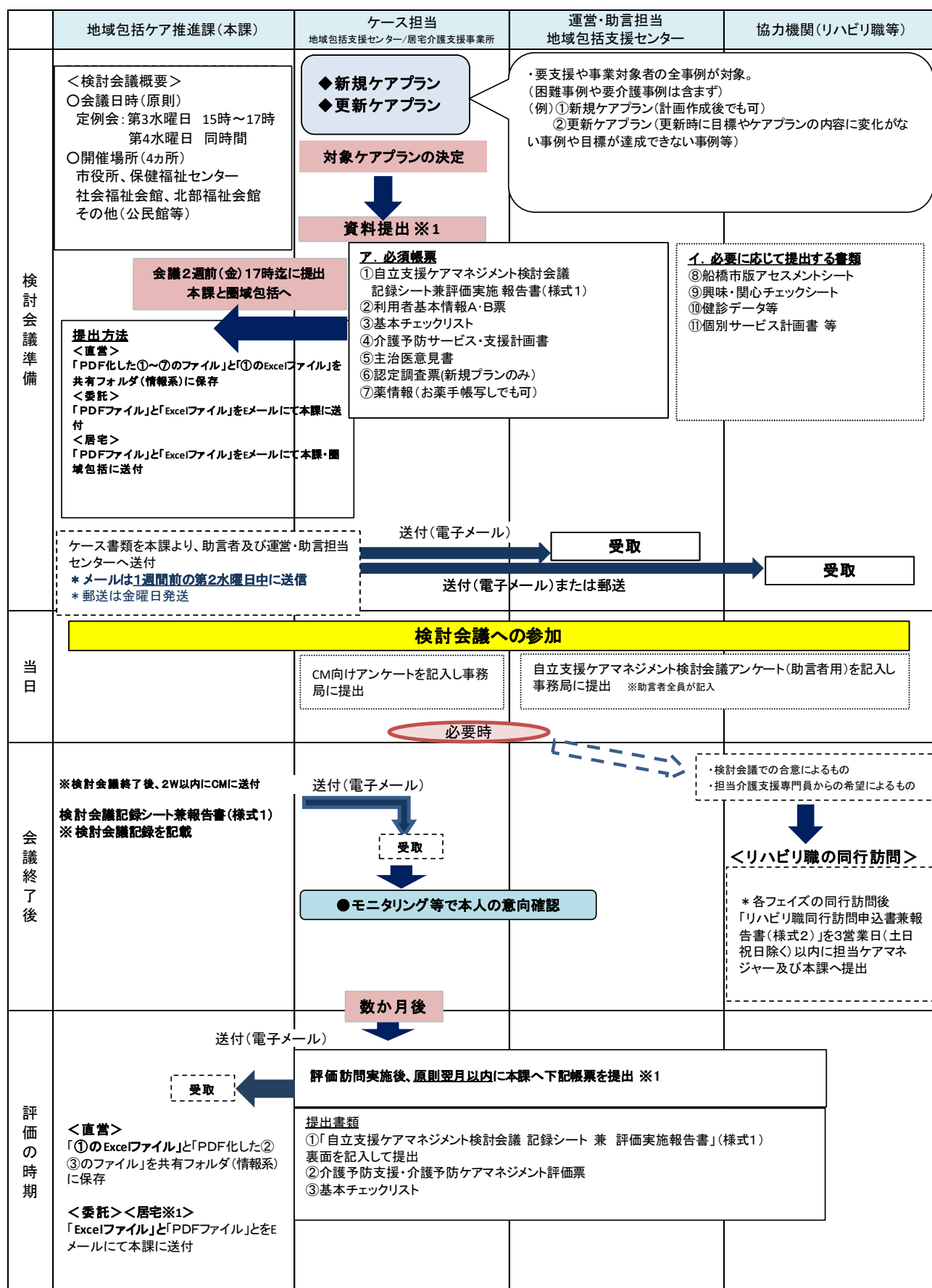
一方、既存の各地区地域ケア会議は地区のネットワークの構築及び地域課題解決のための場として機能するものである。



【別紙】

1. 自立支援ケアマネジメント検討会議実施の流れ
2. リハビリテーション専門職同行訪問実施の流れ

自立支援ケアマネジメント検討会議実施の流れ（R4）



※1、居宅介護支援事業所は本課への送付ではなく、ケースの住所地の地域包括支援センターに書類提出となります。

リハビリテーション専門職同行訪問実施の流れ

担当 ケアマネジャー 向け

チェック欄

①申し込み（船橋市オンライン申請システム）を行います。



①

船橋市オンライン申請システムにて同行訪問の申し込みを行います。
オンライン申請システムで「同行訪問」と検索してください。



②申し込み完了

訪問希望日は申し込み日から10日以降を目途に調整してください。



②



③

③同行訪問申込書兼報告書が地域包括ケア推進課（以下、地ケア）よりメールで送付されます。
報告書はパスワード処理をして送付されますので、電話で地ケアよりお伝えします。



④

④同行訪問を実施するリハビリテーション専門職（以下、リハビリ職）へ利用者に関する資料を送ります。

（同行訪問実施の3日前まで）利用者に関する資料をPDF化し、メールに添付して送付してください。
E-mailには、情報共有の為、宛先CCで「A.リハビリ職、B.委託元地域包括支援センター（以下、委託元包括）、C.地ケアに資料の送付をお願いいたします。
※資料添付方法は、次項参照

利用者に関する資料（PDF化する）※既存のもの

①利用者基本情報A・B票 ②基本チェックリスト③主治医意見書④補足帳票（必要時）

⑤同行訪問（アセスメント）

⑤

（同行訪問が終了したら）

- (1)（訪問後5日以内）リハビリ職より「同行訪問申込書兼報告書」が送付されます。
- (2) 受取後、申込書兼報告書のケアマネジャー記載欄（オレンジ色網かけ部分）に必要事項を記載し、14日以内にA.リハビリ職、B.委託元包括、C.地ケア宛に送付してください。



⑥同行訪問（サービス担当者会議）※希望時のみ。

⑥

サービス担当者会議時に同行訪問を依頼する場合は、直接リハビリ職に電話等で連絡し、調整してください。その後、訪問日時が決まったら地ケアと委託元包括双方に報告してください。（電話あるいはメール）※担当者会議時の同行訪問は省略することができます。

⑦同行訪問（評価）

⑦

評価時については、（1）リハビリ専門職とともに同行訪問を実施する場合と（2）担当のケアマネジャーがご自身で対象者の状況を評価する場合の二つの方法があります。

(1)

<評価訪問を実施する場合>

上段、⑥「同行訪問（サービス担当者会議）」と同様の方法で、調整してください。

(2)

⑧

⑧以下の帳票を評価月翌月末までにA.リハビリ職、B.委託元包括、C.地ケアに送付する。
（1）基本チェックリスト（2）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（3）申込書兼報告書（評価時ケアマネジャー記載欄、アンケート（緑色網かけ）に記入したもの）

問い合わせ：地域包括ケア推進課（松川・小貫）

☎ 047（436）2882

E-mail：hokatsu-care@city.funabashi.lg.jp

※1 補足帳票について

- ・興味・関心チェックリスト
- ・お薬手帳等服薬確認書類
- ・認定調査票
- ・その他サービス提供表等

※2 個人情報保護について

○送付するにあたり、資料には必ず指定のパスワードの設定をお願いしております。

- ①利用者に関する資料はPDFデータ化をお願いします。
 - ・紙資料の場合は、複合機等でスキャンをしてPDFデータへ変換してください。
 - ・電子データの資料の場合は、PC内でPDFデータへ変換してください。
- ②個人情報保護のため、送付資料時は必ずパスワードの設定をお願いします。
 - ・PDFデータ化した資料に指定のパスワードを設定する、もしくはPDFデータ化した資料の入ったフォルダに指定のパスワードを設定する。
 - ・指定のパスワードは地ケアよりお伝えします。

上記内容が難しい方につきましては、提出書類を委託元包括へお持ち込み下さい。委託元包括より資料の提出を行います。

※3 資料の送付について

○地ケアよりメールが届いたら・・・

- ・地ケアより「申込書兼報告書」が添付されたメールが、CCにて担当CM、リハビリ職、委託元包括へ送信されます。
メールには同行するリハビリ職の担当者名、連絡先が記載されています。
- ・メールの返信画面を開き、利用者に関する資料を添付し、CCにて、全員を宛先として返信してください。

※個人情報保護のため、送付する書類には、上記の手順で必ず指定のパスワードの設定をしてください。

※4 同行訪問当日までの流れ

○当日の連絡方法の確認

- ・メール送付後、リハビリ職へ直接電話をし、当日の流れについて確認をしてください。（緊急時や当日の集合場所、利用者の追加事項など）

※当日の不測の事態やご不明な点がある場合は、委託元包括あるいは地ケアまでご連絡ください。

リハビリテーション専門職同行訪問 利用の流れ

- 【1】 利用申し込みについて
- 【2】 利用者に関する資料の送付について
- 【3】 同行訪問（アセスメント時）実施後の流れについて

【1】 利用申し込みについて

▶同行訪問の申込みは、船橋市オンライン申請システムを利用！

- ・オンライン申請システムは、船橋市介護支援専門員研修などで使用しているものと同じです。

▶オンライン申請システムへのアクセス方法は2通り。

- ① QRコードをスマートフォン等で読み込む。
- ② 船橋市ホームページより、オンライン申請のバナーをクリック。

→それぞれの申込み方法は次のページで説明。

① QRコードからの申込み



「リハビリテーション専門職同行訪問実施の流れ」（フロー図）の右上にある【QRコード】をスマートフォン等で読み込みをすると、船橋市オンライン申請システムにて申込みができます。

② 船橋市ホームページからの申込み

下へスクロール



② 船橋市ホームページからの申込み

ココをクリックすると
オンライン申請システム
に進みます。



② 船橋市ホームページからの申込み



② 船橋市ホームページからの申込み

船橋市オンライン申請・届出サービス

✕ ポスト

シェアする 0

更新日：令和4(2022)年6月16日（木曜日） ペー

普段お使いのスマートフォン・タブレット・パソコンから市への申請等ができます。

船橋市オンライン申請・届出サービスは [こちら](#) からご利用できます。

② 船橋市ホームページからの申込み

検索項目を入力（選択）して、手続きを検索してください。

検索キーワード

同行訪問

カテゴリー選択

利用者選択

☐

個人が利用できる手続き

☐

法人が利用できる手続き

絞り込みで検索する



検索キーワードに「同行訪問」と入力します。
入力ができたら、下段「絞り込みで検索する」をクリックします。

② 船橋市ホームページからの申込み

【CM専用】 同行訪問申込みについて

受付開始日時 2023年10月04日12時00分

受付終了日時 2099年01月02日13時00分

検索後、下段に検索結果が出ますので、
「【CM専用】 同行訪問申込みについて」をクリックします。

② 船橋市ホームページからの申込み

手続き申込

利用者ログイン	
手続き名	【CM専用】 同行訪問申込みについて
受付時期	2023年10月4日12時00分～2023年1月2日13時00分

[利用者登録せずに申し込む方はこちら >](#)

- ▶初めてご利用される方は、「利用者登録せずに申し込む方はこちら」をクリックしてください。
- ▶利用者ID(=メールアドレス)の登録が必要です。既に登録済の方は、既存の利用者IDで利用できます。

② 船橋市ホームページからの申込み

上記をご理解いただけましたら、同意して進んでください。

受付時期は 2023年10月4日12時00分～2023年1月2日13時00分 です。
「申込む」ボタンを押す時、上記の時間をすぎていると申込ができません。

[< 一覧へ戻る](#) [同意する >](#)

- ▶使用に当たっての注意事項をご確認いただき、ご理解いただきましたら、「同意する」をクリックしてください。

② 船橋市ホームページからの申込み

利用者ID入力
【CM専用】 同行訪問申込みについて
連絡が可能な登録からよく利用しているメールアドレスを入力してください。 入力完了後に申込画面のURLを記載したメールが届きますので、記載のURLにアクセスし、登録を完了してください。迷惑メール対策を行っている場合には、あらかじめ「whistle@city.fukuyama.lg.jp」宛にしてください。特に携帯キャリアメールの場合、初期設定でURLリンク付きメールやパソコン着信の設定がありますので、メール受信が可能なよう設定変更を行ってください。もし上記の対策を行ってまだ届かない場合は、別のメールアドレスを使用して申込を行ってください。 なお、送信元のメールアドレスに返信しても問い合わせには対応できません。
連絡先メールアドレスを入力してください 必須

連絡先のメールアドレスをご入力いただいた後、メールアドレス宛に申請システムよりメールが届きますので、届いたメールの指示に従って次の作業をお願いします。
※メールには、URLがあります。クリックしていただくと入力フォームにつながりますので、次頁の入力をお願いいたします。

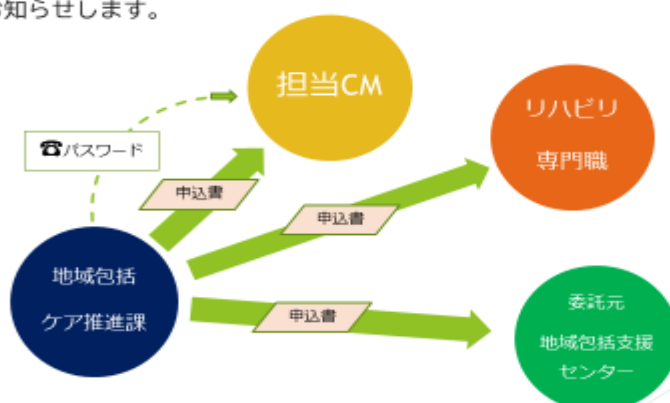
◆オンライン申請システムで入力いただく内容

- ・申込者(CM)の氏名、事業所、連絡先(メールアドレス、電話番号)等
- ・利用者の基本情報(氏名、住所、介護度、生活状況等)
- ・リハビリ職に助言や確認をしてもらいたいポイント
- ・同行訪問の希望日時

※入力された情報を元に、リハビリ職へ同行訪問の依頼・調整を行いますので、もれなく入力をお願いします。担当するリハビリ職が決まった後、利用者に関する資料を提出頂くので、オンライン申請での状況の入力は簡潔な内容で構いません。

◆オンライン申請後、「申込書兼報告書」が届きます。

- ・オンライン申請での申し込み後、同行を担当するリハビリ職が決まり次第、「同行訪問申込書兼報告書」が地域包括ケア推進課からEメールで届きます。
- ・個人情報保護のため、パスワードが設定されていますので、電話連絡にてパスワードをお知らせします。



※申込書兼報告書は、担当CM以外にも宛先CCにて、リハビリ職と委託元地域包括支援センターへも同じものが送付されます。

【2】利用者に関する資料の送付について

◆利用者に関する資料はPDFデータ化

▶同行訪問の3日前までに、PDF化した利用者に関する資料の送付をお願いします。

利用者に関する資料

- ① 利用者基本情報A・B票
- ② 基本チェックリスト
- ③ 主治医意見書
- ④ 補足帳票(必要に応じて添付)
※お薬手帳、興味・関心シート等

【PDF化について】

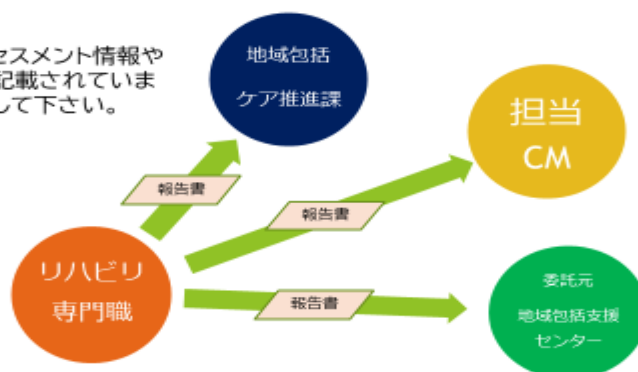
- ・紙の資料の場合は、複合機等でスキャンをしてPDFデータとしてPCに取り込んで下さい。
- ・電子データの場合は、PC内でPDFデータへ変換して下さい。

※資料のPDF化ができない場合は、利用者に関する資料(紙)をプランの委託元の地域包括支援センターへお持ち込み下さい。委託元包括より、資料の提出を行います。

【3】 同行訪問(アセスメント)実施後の流れについて

◆ リハビリ職からの報告書

- ▶同行訪問実施後、5日以内にリハビリ専門職から報告書(同行訪問申込書兼報告書)が送付されます。
- ▶報告書には、利用者のアセスメント情報やリハビリ職からの助言が記載されています。利用者の支援に活用して下さい。



◆ 担当ケアマネジャーからの報告書の返信

- ▶リハビリ職からの申込書兼報告書を受領後、ケアマネジャー記載欄(オレンジ色の網掛部分)に必要事項を記載し、14日以内に返信してください。
(報告書のPDF化は不要です、パスワード設定忘れずに！)

↑ 同行訪問申込書兼報告書



リハビリ職の同行訪問は、アセスメント時以外にも、「サービス担当者会議」「評価」の場面でも利用ができます。

◆ 同行訪問(サービス担当者会議時)

- ▶アセスメント時に同行訪問を依頼したリハビリ職へ、電話等で直接依頼を行い、日程調整をして下さい。同行訪問の日程が決まったら、地域包括ケア推進課、委託元地域包括支援センターへ連絡して下さい。

◆ 同行訪問(評価時)

- ▶評価時は、①リハビリ職に同行訪問依頼して、評価を実施する場合と、②担当ケアマネジャーが自身で評価を行う場合の2通りの方法があります。同行訪問を依頼する場合は、サービス担当者会議時と同様に、リハビリ職へ直接依頼して下さい。

★詳しくは、同行訪問マニュアル、同行訪問実施の流れ(フロー図)をご参照下さい。

【様式】

1. 検討会議で使用する帳票類

(1) 必須帳票

帳票 1-1 自立支援ケアマネジメント検討会議記録シート兼評価実施報告書

帳票 1-2 利用者基本情報 A・B 票

帳票 1-3 基本チェックリスト

帳票 1-4 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）

帳票 1-5 主治医意見書（事業対象者の場合は不要）

帳票 1-6 認定調査票（事業対象者の場合は不要）※初回ケアプラン時のみ

帳票 1-7 薬情報（お薬手帳の写しでも可）

(2) 必要時に用意する帳票

帳票 1-8 船橋市版アセスメントシート

帳票 1-9 興味関心チェックシート

◆ケース帳票の使用にあたっては、氏名、住所、電話番号等個人が特定される箇所については塗りつぶす等の処理を行ってください。

※住所は番地以下塗りつぶしてください

（例）船橋市湊町 2 丁目 10 番 25 号 → 船橋市湊町 2 丁目 

◆病院名・医師名・薬局名・薬剤師名等は塗りつぶす必要はありません。

◆報告書のみ氏名をイニシャルで標記してください。（例：T・F）

自立支援ケアマネジメント検討会議 記録シート 兼 評価実施報告書

○記録シート

日時		年 月 日		場所		No.		包括 通しNo. 訪問		
担当センター				所属		司会		所属 本課		
担当 ケアマネ	所属			サービス 事業者	氏名			書記	氏名	
	氏名				所属				所属 本課	
利用者 情報	基本 情報	対象者 イニシャル	年齢	歳	介護度	プラン評価 年月(予定)				
		性別	家族環境		住まい (町丁目)	家屋環境		(階)		
	本人・家族 の思い (主訴)									
	ケース 提案趣旨 (*該当に○)	① 支援するうえでの課題があり、それについて助言をもらいたい ② 現在の支援内容が、自立に資する内容となっているか確認してもらいたい ③ その他 ()								
	支援するうえ での課題 (*上記①の場合)									
	助言・確認 を受けたいこと									
助言者・ 助言内容	理学療法士									
	所属									
	氏名									
	作業療法士									
	所属									
	氏名									
	言語聴覚士									
	所属									
	氏名									
	薬剤師									
	所属									
	氏名									
	生活支援コーディネーター									
	所属									
氏名										
保健師										
所属										
氏名										
主任ケアマネジャー										
所属										
氏名										
総 括										

○評価実施報告書(ケアマネジャー記載)

記入年月日	年 月 日
-------	-------

ケアプランに対する影響内容			どの領域に対して影響があったか。 (複数選択可、左記①[特に影響がなかった]を選択した場合を除く)				
ABどちらか	A	ケアプランの変更なし		①	本人の意欲・意識	⑧	歩行・転倒に関すること
	B	ケアプランの変更あり		②	身体機能に関すること	⑨	サービス内容に関すること
該当箇所に○	①	特に影響はなかった。	③	認知・精神機能に関すること	⑩	補装具・日常生活用具に関すること	
	②	ケアプランの目標設定に影響した	④	疾患・病態に関すること	⑪	環境調整に関すること	
	③	領域における課題に影響した	⑤	ADLに関すること	⑫	活動参加・社会交流に関すること	
	④	具体策の提案に影響した	⑥	IADLに関すること	⑬	目標に関すること	
	⑤	サービスプランに影響した	⑦	運動方法に関すること	⑭	その他	
	⑥	その他()					

○検討会議にて専門職から受けた助言を聞いて本人・家族に説明し理解してもらえたか(該当するものに○をつけてください)

はい	いいえ(理由:)
----	-----------

○検討会議にて専門職から受けた助言を生活へ取り入れられましたか(該当するものに○をつけてください)

はい	具体的内容
いいえ	

<基本チェックリスト>

領域	配点	会議時	評価時	変化	領域	配点	会議時	評価時	変化
日常生活関連動作	5			0	閉じこもり	2			0
運動器機能	5			0	認知症	3			0
栄養	2			0	うつ	5			0
口腔機能	3			0	計	15			0

介護給付へ移行、死亡他の理由によりケアプランが終了した場合にチェック

※ケアプランの目標達成状況は、別添の「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価票」を参照

利用者基本情報 A

作成担当者: _____

《基本情報》

基本チェックリスト実施日 年 月 日

相談日	年 月 日 ()	初回 再来 (/)	来所・電話 その他 ()	転帰 1転居 2転出 3死亡 (/)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()		基本健康診査の受診状況 / /		
フリガナ 本人氏名	[Redacted]		被保険者番号	[Redacted]	
	[Redacted]		男・女	M・T・S 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日生 () 歳	
住 所	船橋市湊町 2 丁目 [Redacted]		Tel	[Redacted] ([Redacted]) [Redacted]	
			Fax	[Redacted] ([Redacted]) [Redacted]	
日常生活	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
自立度	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・事業対象者・要支1・要支2・ 要介1・要介2・要介3・要介4・要介5		居宅介護支援事業所		
	有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度) 申請中 (/)				
障害等認定	なし・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・その他 ()				
来所者 (相談者)	[Redacted]		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	[Redacted]				
緊急連絡先	氏名	続柄			住所・連絡先
	[Redacted]				[Redacted]
	[Redacted]				[Redacted]
関係機関	1. 在宅介護支援センター(電話)			家族関係等の状況	
	2. 保健センター (電話)				
	3. 民生委員				
	4. 医療機関				
	5. その他 ()				

利用者基本情報 A'

《認定情報》

[illegible]

利用者基本情報B

《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			
	時 間	本 人	介護者・家族	趣味・楽しみ・特技
				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			経過	治療中の場合は内容
		（主治医・意見作成者に☆）				
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

基本チェックリスト

帳票1-3

被保険者番号

面接日(記入日) 年 月 日

フリガナ	
氏 名	
住 所	船橋市湊町 2 丁目
電話番号	()
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)

()地域包括支援センター

()在宅介護支援センター

面接者:

No.	質 問 項 目	回 答		集 計
		いずれかに○をお付け下さい		
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	1～20 /20 (10)
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	/5 (3)
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か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	/2
12	身長 cm 体重 kg ※BMI ()	1. 18.5未満	0. 18.5以上	(2)
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	/3 (2)
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	N016 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されますか	1. はい	0. いいえ	/3 (1)
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	
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	/5 (2)
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	

※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

備 考	※介護予防マネジメントを実施する上で留意すべきことがあれば記載してください。
-----	--

船橋市の地域包括支援センターが行う事業実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、介護保険要支援認定に係る認定調査票、主治医意見書及び介護認定審査会による判定結果・意見、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等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。

年 月 日 氏名

処理欄	【共通】 在宅介護支援センター 地域包括支援センター	事業対象者	該当 ・ 非該当
		介護保険認定状況	有 (要支援 1 ・ 要支援 2)
			無
			申請中 (申請日 : 年 月 日)
	地域包括支援センター	受給者台帳登録及び被保証交付依頼	年 月 日

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）

予防給付 ・ ケアマネジメント A ・ ケアマネジメント B ・ ケアマネジメント C

※ケアマネジメント B または C の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。

NO.	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
-----	--------------	-----------	-------------	-------

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
------	--	---	-------	---	---	---	---------	---	---	----	---	---	---

計画作成者氏名	担当地域包括支援センター
---------	--------------

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

1 日	
1 年	

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

計画に関する同意

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画について、同意いたします。
年 月 日 氏名 印

様票 1-4

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）

利用者名：

アセスメント領域の現在と状況	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)
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			

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。

	日常生活 関連動作	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付 または 総合事業	／5	／5	／5	／5	／2 No.16 に該当 有・無	／3	／5
／20							

健康状態について □主治医意見書、検診結果、観察結果等を踏まえた留意点

--

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）

利用者名：

目標	支援計画						
	目標についての 支援ポイント	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 または地域支援事業 （総合事業のサービス）	サービス種別	※	事業所	期間

※介護予防給付サービスまたは指定事業者による総合事業のサービスに該当するものについては○印をつける。

【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

主治医意見書①

0305

市区町村コード 対象者番号 調査回目 回

管理市町村コード 医師番号

申請日 年 月 日 記入日 年 月 日

申請者	(ふりがな) _____ 男・女 _____ 明・大・昭 年 月 日生(歳)	〒 _____ 船橋市湊町2丁目 _____ 連絡先 () _____		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに ☐ 同意する ☐ 同意しない				
医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 電話 () _____ 医療機関所在地 _____ FAX () _____				
(1) 最終診察日 年 月 日 (2) 意見書作成回数 ☐ 初回 ☐ 2回目以上				
(3) 他科受診の有無 <table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> ☐ 有 ☐ 無 </td> <td style="padding: 2px;"> 有の場合 ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他() </td> </tr> </table>			☐ 有 ☐ 無	有の場合 ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他()
☐ 有 ☐ 無	有の場合 ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他()			
1	(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日 1. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日 頃) 2. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日 頃) 3. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日 頃)			
2	(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) _____ (3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近(概ね6ヶ月以内) 介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入) _____			
3	(4) 日常生活の自立度等について ・障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) ☐ 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			
4	(5) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む) ・短期記憶 ☐ 問題なし ☐ 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 ☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない ・自分の意思の伝達能力 ☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない			
5	(6) 認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む) ☐ 無 ☐ 有 { ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他() _____			
6	(7) その他の精神・神経症状 ☐ 無 ☐ 有 → [症状名: _____ 専門医受診の有無 ☐ 有(科) ☐ 無]			

0336

市区町村コード

1	2	2	0	4
---	---	---	---	---

対象者番号

記入日 年 月 日

3	心身の状態に関する意見	(5) 身体の状態	利き腕 (☐ 右 ☐ 左)	身長= cm	体重= kg	(過去6ヶ月の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少)	
		☐ 四肢欠損 (部位:)					
		☐ 麻痺	☐ 右上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	☐ 左上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	☐ 右下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	☐ 左下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	☐ その他 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
		☐ 筋力の低下 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)					
		☐ 関節の拘縮 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)					
		☐ 関節の痛み (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)					
		☐ 失調・不随意運動	・ 上肢 ☐ 右 ☐ 左 ・ 下肢 ☐ 右 ☐ 左 ・ 体幹 ☐ 右 ☐ 左				
		☐ 褥瘡 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)					
		☐ その他の皮膚疾患 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)					
		4	生活機能とサービスに関する意見	(1) 移動	屋外歩行 ☐ 自立 ☐ 介助があればしている ☐ していない	車いすの使用 ☐ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している	歩行補助具・装具の使用(複数選択可) ☐ 用いていない ☐ 屋外で使用 ☐ 屋内で使用
(2) 栄養・食生活	食事行為 ☐ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助			現在の栄養状態 ☐ 良好 ☐ 不良	→ 栄養・食生活上の留意点 ()		
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針	☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊 ☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他() → 対処方針 ()						
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明						
(5) 医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)	☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他の医療サービス () ☐ 特記すべき項目なし						
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項(該当するものを選択するとともに、具体的に記載)	☐ 血圧 () ☐ 摂食 () ☐ 嚥下 () ☐ 移動 () ☐ 運動 () ☐ その他 () ☐ 特記すべき項目なし						
(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)	☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明						
要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)							
5	特記すべき事項						
要介護認定等結果通知希望 ☐ 有 ☐ 無 最終診察日時点 ☐ 通院・訪問 ☐ 入院中							

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

認定調査票（概況調査）

0431

I. 調査実施者（記入者）	市区町村コード	1 2 2 0 4	実施日時	年 月 日 時
	管理市町村コード		調査者番号	
	実施場所	☐ 自宅内 ☐ 自宅外		
II. 調査対象者	過去の認定	初回・2回目以降（前回認定 年 月 日）	前回認定結果（	）
	被保険者番号（対象者番号）		生年月日	年 月 日
	ふりがな		現住所	船橋市2丁目
	対象者氏名		性別	男・女
	電話番号		申請日	年 月 日
	調査回目		調査回数	回目
	家族等連絡先住所氏名		対象者との関係（	）電話番号

III. 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在宅利用	認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。（介護予防）福祉用具貸与は過去6月の品目数を記載	現在受けているサービスの状況	なし ☐ 予防給付サービス・総合事業 ☐ 介護給付サービス ☐
	・訪問介護（ホームヘルプ）・訪問型サービス	月 回	（介護予防）福祉用具貸与 品目
	・（介護予防）訪問入浴介護	月 回	・特定（介護予防）福祉用具販売 品目
	・（介護予防）訪問看護	月 回	・住宅改修 あり ☐ なし ☐
	・（介護予防）訪問リハビリテーション	月 回	・夜間対応型訪問介護 月 日
	・（介護予防）居宅療養管理指導	月 回	・（介護予防）認知症対応型通所介護 月 日
	・通所介護（デイサービス）・通所型サービス	月 回	・（介護予防）小規模多機能型居宅介護 月 日
	・（介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）	月 回	・（介護予防）認知症対応型共同生活介護 月 日
	・（介護予防）短期入所生活介護（ショートステイ）	月 日	・地域密着型特定施設入居者生活介護 月 日
	・（介護予防）短期入所療養介護（療養ショート）	月 日	・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 月 日
・（介護予防）特定施設入居者生活介護	月 日	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月 回	
・看護小規模多機能型居宅介護	月 日		
市町村特別給付		介護保険給付外の在宅サービス	
☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 介護医療院 ☐ 特定施設入居者生活介護適用施設 ☐ 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム） ☐ 医療機関（医療保険適用療養病床） ☐ 医療機関（療養病床以外） ☐ 養護老人ホーム※1 ☐ 軽費老人ホーム※1 ☐ 有料老人ホーム※1, 2 ☐ サービス付き高齢者向け住宅※1 ☐ その他の施設等			
施設等連絡先		施設等名（	
〒		電話	

IV. 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、施設等における状況、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。 ※2 サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く。

調査実施場所： ☐ 自宅・ ☐ 病院・ ☐ 施設・ ☐ その他（

家族構成・居住環境：

心身の状況・主訴：

立会者： ☐ 本人のみ・ ☐ 有（

情報提供者： ☐ 無・ ☐ 有（

事業者名

Tel:

調査員名

認定調査票(基本調査①)

0402

市区町村コード **12204**

対象者番号

調査日

年 月 日

1-1 麻痺等の有無 (複数回答可)	☐ 1) ない ☐ 2) 左上肢 ☐ 3) 右上肢 ☐ 4) 左下肢 ☐ 5) 右下肢 ☐ 6) その他(四肢の欠損)
1-2 拘縮の有無 (複数回答可)	☐ 1) ない ☐ 2) 肩関節 ☐ 3) 股関節 ☐ 4) 膝関節 ☐ 5) その他(四肢の欠損)
1-3 寝返り	☐ 1) つかまらないでできる ☐ 2) 何かにつかまればできる ☐ 3) できない
1-4 起き上がり	☐ 1) つかまらないでできる ☐ 2) 何かにつかまればできる ☐ 3) できない
1-5 座位保持	☐ 1) できる ☐ 2) 自分の手で支えればできる ☐ 3) 支えてもらえればできる ☐ 4) できない
1-6 両足での立位保持	☐ 1) 支えなしでできる ☐ 2) 何か支えがあればできる ☐ 3) できない
1-7 歩行	☐ 1) つかまらないでできる ☐ 2) 何かにつかまればできる ☐ 3) できない
1-8 立ち上がり	☐ 1) つかまらないでできる ☐ 2) 何かにつかまればできる ☐ 3) できない
1-9 片足での立位保持	☐ 1) 支えなしでできる ☐ 2) 何か支えがあればできる ☐ 3) できない
1-10 洗身	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 一部介助 ☐ 3) 全介助 ☐ 4) 行っていない
1-11 つめ切り	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 一部介助 ☐ 3) 全介助
1-12 視力	☐ 1) 普通(日常生活に支障がない) ☐ 2) 約1m離れた視力確認表の図が見える ☐ 3) 目の前に置いた視力確認表の図が見える ☐ 4) ほとんど見えない ☐ 5) 見えているのか判断不能
1-13 聴力	☐ 1) 普通 ☐ 2) 普通の声がやっと聞き取れる ☐ 3) かなり大きな声なら何とか聞き取れる ☐ 4) ほとんど聞こえない ☐ 5) 聞こえているのか判断不能
2-1 移乗	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
2-2 移動	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
2-3 えん下	☐ 1) できる ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) できない
2-4 食事摂取	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
2-5 排尿	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
2-6 排便	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
2-7 口腔清潔	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 一部介助 ☐ 3) 全介助
2-8 洗顔	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 一部介助 ☐ 3) 全介助
2-9 整髪	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 一部介助 ☐ 3) 全介助
2-10 上衣の着脱	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
2-11 ズボン等の着脱	☐ 1) 介助されていない ☐ 2) 見守り等 ☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
2-12 外出頻度	☐ 1) 週1回以上 ☐ 2) 月1回以上 ☐ 3) 月1回未満
3-1 意思の伝達	☐ 1) 調査対象者が意思を他者に伝達できる ☐ 2) ときどき伝達できる ☐ 3) ほとんど伝達できない ☐ 4) できない
3-2 毎日の日課を理解する	☐ 1) できる ☐ 2) できない
3-3 生年月日や年齢を言う	☐ 1) できる ☐ 2) できない
3-4 短期記憶(面接調査の直前に何をしていたか思い出す)	☐ 1) できる ☐ 2) できない
3-5 自分の名前を言う	☐ 1) できる ☐ 2) できない
3-6 今の季節を理解する	☐ 1) できる ☐ 2) できない
3-7 場所の理解(自分がいる場所を答える)	☐ 1) できる ☐ 2) できない
3-8 徘徊	☐ 1) ない ☐ 2) ときどきある ☐ 3) ある
3-9 外出すると戻れない	☐ 1) ない ☐ 2) ときどきある ☐ 3) ある

認定調査票(基本調査②)

0403

市区町村コード

12204

対象者番号

00000000000000000000

調査日

0000年00月00日

4-1	物を盗られたなどと被害的になる	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-2	作話をする	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-3	泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-4	昼夜の逆転	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-5	しつこく同じ話をする	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-6	大声を出す	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-7	介護に抵抗する	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-8	「家に帰る」等と言いつつ落ち着きがない	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-9	一人で外に出たがり目が見えない	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-10	いろいろなものを集めたり、無断でもってくる	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-11	物を壊したり、衣類を破いたりする	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-12	ひどい物忘れ	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-13	意味もなく独り言や独り笑いをする	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-14	自分勝手に行動する	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
4-15	話がまとまらず、会話がならない	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
5-1	薬の内服	☐ 1) 介助されていない	☐ 2) 一部介助	☐ 3) 全介助
5-2	金銭の管理	☐ 1) 介助されていない	☐ 2) 一部介助	☐ 3) 全介助
5-3	日常の意思決定	☐ 1) できる	☐ 2) 特別な場合を除いてできる	☐ 3) 日常的に困難 ☐ 4) できない
5-4	集団への不適応	☐ 1) ない	☐ 2) ときどきある	☐ 3) ある
5-5	買い物	☐ 1) 介助されていない	☐ 2) 見守り等	☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
5-6	簡単な調理	☐ 1) 介助されていない	☐ 2) 見守り等	☐ 3) 一部介助 ☐ 4) 全介助
6 過去 14 日間に 受けた 医療 (複数回答可)	処置内容	☐ 1) 点滴の管理 ☐ 2) 中心静脈栄養 ☐ 3) 透析 ☐ 4) ストーマ(人工肛門)の処置		
		☐ 5) 酸素療法 ☐ 6) レスピレーター(人工呼吸器) ☐ 7) 気管切開の処置		
		☐ 8) 疼痛の看護 ☐ 9) 経管栄養		
7 自立 生活	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 10) モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 11) じょくそうの処置		
		☐ 12) カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)		
7 自立 生活	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 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		

0404

対象者番号

調査日 年 月 日

1-1 麻痺等の有無、1-2 拘縮の有無、1-3 寝返り、1-4 起き上がり、1-5 座位保持、1-6 両足での立位、1-7 歩行、1-8 立ち上がり、1-9 片足での立位、1-10 洗身、1-11 つめ切り、1-12 視力、1-13 聴力

[illegible]

2-1 移乗、2-2 移動、2-3 えん下、2-4 食事摂取、2-5 排尿、2-6 排便、2-7 口腔清潔、2-8 洗顔、2-9 整髪、2-10 上衣の着脱、2-11 ズボン等の着脱、2-12 外出頻度

[illegible]

3-1 意思の伝達、3-2 日課を理解、3-3 生年月日を言う、3-4 短期記憶、3-5 自分の名前を言う、3-6 今の季節を理解、3-7 場所の理解、3-8 徘徊、3-9 外出して戻れない

3 -		
3 -		
3 -		
3 -		

4-1 被害者の、4-2 作話、4-3 感情が不安定、4-4 昼夜逆転、4-5 同じ話をする、4-6 大声を出す、4-7 介護に抵抗、4-8 落ち着きなし、4-9 一人で出たがる、4-10 収集癖、4-11 物や衣類を壊す、4-12 ひどい物忘れ、4-13 独り言・独り笑い、4-14 自分勝手に行動する、4-15 話がまとまらない

4			
4			
4			
4			

5-1 薬の内服、5-2 金銭の管理、5-3 日常の意思決定、5-4 集団への不適応、5-5 買い物、5-6 簡単な調理

5 -		
5 -		
5 -		
5 -		

6 特別な医療

6		
6		
6		
6		

7-1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）、7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

7 -		
7 -		
7 -		
7 -		

40

41

船橋市版アセスメントシート

氏名: 被保険者番号: 記入日: 年 月 日

領域	項目	選択肢	特記・課題等
Ⅰ 運動・移動	1 麻痺等の有無 (複数回答可)	①ない ②左上肢 ③右上肢 ④左下肢 ⑤右下肢 ⑥その他	
	2 起き上がり	①できる ②何かにつかまればできる ③できない	
	3 歩行(5mの連続歩行)	①つかまらないでできる ②何かにつかまればできる ③できない	
	4 椅子からの立ち上がり	①つかまらないでできる ②何かにつかまればできる ③できない	
	5 片足での立位保持	①支えなしでできる ②何か支えがあればできる ③できない	
	6 1人での外出	日用品を買う店まで 病院等に行く時は	
Ⅱ 日常生活(家庭生活)	7 食事回数	①3食/日 ②2食/日 ③1食/日 ④その他()	
	8 調理	①している ②していないができる ③一部している ④していない(できない)	
	9 買い物	①している ②していないができる ③一部している ④していない(できない)	
	10 掃除	①している ②していないができる ③一部している ④していない(できない)	
	11 洗濯(一連行為)	①している ②していないができる ③一部している ④していない(できない)	
	12 ゴミ出し	①している ②していないができる ③一部している ④していない(できない)	
	13 金銭の管理	①している ②していないができる ③一部している ④していない(できない)	
	14 日常生活の協力者	①いる(誰: 内容: 頻度:) ②いない	
Ⅲ コミュニティ参加・対人関係	15 日中、誰と過ごすことが多いか	①家族・友人等 ②ほとんど一人で過ごす	
	16 外出する頻度(通院・買い物以外)	①外出する(頻度:) ②ほとんど外出しない	
	17 親戚・友人と会う、連絡を取る頻度	①会ったり、連絡を取る(頻度:) ②ほとんどしない	
	18 感情が不安定になることの有無	①ない ②感情が不安定になることがある	
	19 聴力	①普通 ②普通の声がやっと聞き取れる ③かなり大きな声なら何とか聞き取れる ④ほとんど聞こえない ⑤聞こえない	
	20 視力	①普通 ②約1m離れた大きな図等が見える ③目の前の大きな図等が見える ④ほとんど見えない ⑤見えない	
Ⅳ 健康管理	21 医師からの運動制限	①ない ②運動を制限されている	
	医師からのその他注意	①ない ②注意を受けている	
	22 定期受診の有無	①ある(頻度: 月 回) ②ない ③年1回の健診は受けている	
	23 現在の体調	①よい ②普通 ③よくない(病気の具合・体力の低下・その他)	
	24 睡眠の状態	①よく眠れる ②眠れないことがある (睡眠薬服用 有・無)	
	25 薬の内服	①内服なし ②自己管理できる ③一部できる ④できない	
	26 一人で洗身	①できる ②一部できる ③できない	
	27 口腔機能の状況 (複数回答可)	①問題なし ②硬い物が食べにくい ③よくむせる ④口が渇く ⑤義歯が合わない	
	28 歯の手入れ(義歯含む)	①している(頻度: 方法:) ②していない	
Ⅴ 認知機能	29 会話がまとまらない	①ない ②ときどきある ③ある	
	30 物忘れ	①ない ②ときどきある ③ある	
	31 身の回りの乱れ・汚れへの配慮	①気にしている ②気にしなくなった	

船橋市版アセスメントシートの記載に基づく判断と想定されるサービス早見表

氏名: 被保険者番号: 記入日: 年 月 日

領域	対象者判定基準	基準への該当	想定されるサービス・活動の例
Ⅰ 運動・移動	A.身体状況から介護の必要性が高い ア:『1』⇒②～⑥に該当 イ:『2～6、26』のいずれか⇒③に該当	<u>ア・イ</u> いずれかに該当 ☐ あり ☐ なし	通所型 ・従前相当サービス 訪問型 ・従前相当サービス
	B.機能訓練の必要性が高い ア:『1』⇒②～⑥に該当 イ:『2～6、26』のうち2項目以上⇒②又は③に該当	<u>ア・イ</u> いずれかに該当 ☐ あり ☐ なし	通所型 ・従前相当サービス ・サービスA(基準緩和サービス) 訪問型 ・従前相当サービス ・サービスA(基準緩和サービス) その他 ・一般介護予防事業 等
Ⅱ 日常生活(家庭生活)	C.生活支援の必要性が高い 『8～12』のうち2項目以上⇒③又は④に該当	☐ あり ☐ なし	通所型 ・従前相当サービス ・サービスA(基準緩和サービス) 訪問型 ・従前相当サービス ・サービスA(基準緩和サービス) その他 ・一般介護予防事業 等 ・各種高齢者福祉サービス ・軽度生活援助員 ・生活・介護支援サポーター ・ファミリーサポート ・地区社会福祉協議会 ・助け合いの会 ・有償ボランティア 等
Ⅲ 社会参加・対人関係	D.閉じこもり・うつ予防の必要性が高い ア:『15～18』のうち1項目以上⇒②に該当 イ:『19、20』のうち1項目以上⇒②～⑤に該当	<u>ア・イ</u> いずれかに該当 ☐ あり ☐ なし	【閉じこもり】 通所型 ・従前相当サービス ・サービスA(基準緩和サービス) その他 ・地域の各種活動(老人クラブ、ミニデイ、サロン等) 【うつ】 通所型 ・従前相当サービス ・サービスA(基準緩和サービス) 訪問型 ・従前相当サービス ・サービスA(基準緩和サービス) その他 ・地域の各種活動(老人クラブ、ミニデイ、サロン等) ・受診勧奨の必要性を判断
Ⅳ 健康管理	E.低栄養改善の必要性が高い 『7』⇒③に該当	☐ あり ☐ なし	通所型 ・従前相当サービス ・サービスA(基準緩和サービス) 訪問型 ・従前相当サービス ・サービスA(基準緩和サービス) その他 ・食の自立支援事業(栄養管理サービス) ・配食サービス ・保健センター(栄養相談)
	F.口腔機能向上の必要性が高い ア:『27』⇒②～⑤に該当 イ:『28』⇒②に該当	<u>ア・イ</u> いずれかに該当 ☐ あり ☐ なし	通所型 ・従前相当サービス ・サービスA(基準緩和サービス) 訪問型 ・従前相当サービス ・サービスA(基準緩和サービス) その他 ・医療機関(主治医・訪問歯科診療等) ・保健センター(歯科相談)
Ⅴ 認知機能	G.認知症予防の必要性が高い ア:『13、25』ともに⇒③又は④に該当 イ:『29～31』のうち1項目以上⇒②又は③に該当	<u>ア・イ</u> いずれかに該当 ☐ あり ☐ なし	通所型 ・従前相当サービス ・サービスA(基準緩和サービス) 訪問型 ・従前相当サービス ・サービスA(基準緩和サービス) その他 ・一般介護予防事業 ・地域の各種活動(老人クラブ、ミニデイ、サロン、認知症カフェ等) ・専門医の受診勧奨、専門サービス等の必要性を判断

※上記A～Gの対象者判定基準に該当する場合は、必要に応じて介護保険申請も検討する。

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・グランドゴルフ・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			

【様式】

2. 同行訪問で使用する帳票類

帳票 2-1 リハビリ職同行訪問申込書 兼 報告書

リハビリ職同行訪問申込書 兼 報告書 (R4)																									
① 申し込み (ケアマネジャー記載欄)	基本	担当居宅事業所 (地域包括支援センター)										委託元地域包括支援センター					地域包括支援センター								
		担当者氏名					TEL					事例番号					検討会議開催日								
	対象者	被保険者番号					ﾌｻﾌﾞﾅ					住所													
		氏名																							
		性別	介護度		同居家族		生年月日		昭和	年	月	日	(	歳	)										
		状況																							
	依頼内容	アセスメント										評価													
		運動・移動	確認ポイント											運動・移動	確認ポイント										
		日常生活												日常生活											
		コミュニケーション												コミュニケーション											
健康管理		健康管理																							
認知機能		認知機能																							
その他	その他																								
リハビリ職記載																									
アセスメント	訪問日時					報告書作成日					訪問者	事業所名													
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日					令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日						TEL													
評価	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日					令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日					氏名	職種													
リハビリテーション基本情報																									
心身機能		アセスメント										評価													
禁忌・配慮事項		転倒	誤嚥性肺炎	人工関節	心疾患	その他()	転倒	誤嚥性肺炎	人工関節	心疾患	その他()														
身体機能		運動障害					なし	痺痺()	失調	その他	運動障害					なし	痺痺()	失調	その他						
①アセスメント	身長: cm 体重: kg BMI:	筋力低下	右	上肢	軽度	中等度	重度	筋力低下	右	上肢	軽度	中等度	重度												
				下肢	軽度	中等度	重度			下肢	軽度	中等度	重度												
				左	上肢	軽度	中等度			重度	左	上肢	軽度	中等度	重度										
					下肢	軽度	中等度			重度		下肢	軽度	中等度	重度										
②評価		感覚障害					なし	あり()	感覚障害					なし	あり()										
身長: cm		痛み					なし	あり()	痛み					なし	あり()										
体重: kg		関節可動域制限					なし	あり()	関節可動域制限					なし	あり()										
BMI:		呼吸循環機能障害					なし	あり()	呼吸循環機能障害					なし	あり()										
		嚥下障害					なし	あり()	嚥下障害					なし	あり()										
コミュニケーション		コミュニケーション障害					なし	失語症	構音障害	難聴	その他	コミュニケーション障害					なし	失語症	構音障害	難聴	その他				
認知症		なし					あり()	不明	認知症					なし	あり()	不明									
高次脳機能障害		見当識障害					半側空間無視	失行	失認	見当識障害					半側空間無視	失行	失認								
その他		なし	記憶障害					注意障害	うつ症状	その他	その他					なし	記憶障害					注意障害	うつ症状	その他	
動作・移動		介助必要度		自立	見守り・声掛け	軽介助	その他	介助必要度		自立	見守り・声掛け	軽介助	その他												
		要介助動作		自立	起居	立ち上がり	歩行	ADL	要介助動作		自立	起居	立ち上がり	歩行	ADL										
		要介助内容	自立	食事	更衣	整容	排泄	要介助内容	自立	食事	更衣	整容	排泄												
			入浴	掃除	調理	買い物	その他		入浴	掃除	調理	買い物	その他												
		屋内歩行補助具		なし	あり()	屋内歩行補助具		なし	あり()																
		屋外歩行補助具		なし	あり()	屋外歩行補助具		なし	あり()																
		連続移動距離		屋外	100m以上	50m以上	10m以上	10m未満	連続移動距離		屋外	100m以上	50m以上	10m以上	10m未満										
				屋内	10m以上	10m未満	移動不可				屋内	10m以上	10m未満	移動不可											
開眼片脚立ち		右	秒	左	秒	()	開眼片脚立ち		右	秒	左	秒	()												
特記事項																									

項目	アセスメント時		評価時	
	内 容	ケアプランへの影響	内 容	ケアプランへの影響
本人、家族の思い・興味関心				
生活行為を妨げる因子・リスク	健康管理			
	心身機能			
	生活・活動			
	環境			
予後予測	(将来)リスク・配慮点			
	・助言まとめ ／ ・今後活かせる強み等			

ケアマネジャー記載欄↓

基本チェックリスト	アセスメント	評価	アセスメント	評価
			ケアマネジャーへの気づき	ケアマネジャーへの気づき
日常生活動作				
運動不足				
栄養改善				
口腔ケア				
閉じこもり				
物忘れ				
うつ				

※同行訪問事業へのご協力ありがとうございました。今回の訪問を通して、下記アンケートにご協力ください

ケアプランに対する影響について			具体的にどの領域に対して影響があったか。 (複数選択可、左記①[特に影響がなかった]を選択した場合を除く)				同行訪問・検討会議の活用について		
ABどちらか	A	ケアプランの変更なし					○同行訪問		
	B	ケアプランの変更あり					○検討会議		
該当箇所○		① 特に影響はなかった。	① 本人の意欲・意識	⑧ 歩行・転倒に関すること	① ぜひ活用したい				
		② ケアプランの目標設定に役立った。	② 身体機能に関すること	⑨ サービス内容に関すること	② 機会があれば活用したい				
		③ 課題整理に役立った。	③ 認知・精神機能に関すること	⑩ 補装具・日常生活用具に関すること	③ 未定				
		④ 具体的な対応策の提案することができた。	④ 疾患・病態に関すること	⑪ 環境調整に関すること	① ぜひ活用したい				
		⑤ 提供サービスの検討に役立った。	⑤ ADLに関すること	⑫ 活動参加・社会交流に関すること	② 機会があれば活用したい				
		⑥ その他()	⑥ IADLに関すること	⑬ 目標に関すること	③ 未定				
			⑦ 運動方法に関すること	⑭ その他					

																		(様式2-2)	
リハビリ職同行訪問申込書 兼 報告書【サービス担当者会議】																			
① 申し込み（センター記載欄）	基本	担当事業所 (地域包括支援センター)				委託元包括				地域包括支援センター									
		担当者氏名				TEL		事例番号											
	対象者	被保険者番号		フリガナ						住所									
				氏名															
		性別			介護度			生年月日	昭和	年	月	日	(	歳	)				
		状況																	
	依頼内容	運動・移動		具 体 的 内 容															
		日常生活																	
		コミュニケーション																	
		健康管理																	
認知機能																			
その他																			
② 報告（リハビリ職記載欄）	報告書作成日		令和 年 月 日				訪 問 者	事業所名											
	訪問日時		令和 年 月 日					TEL											
			: ~ :					氏名				職種							
	担当者会議参加者 (事業所名・氏名) ※本人・CM・助言者以外		①				②				③				④				
	助言内容 ※本人・家族の強み、目標、生活上の配慮点、各支援者の支援上の留意点などをご記入ください。														ケアマネジャー記載欄				
	1	サービス提供事業所																	
		運動・移動		健康管理															
		日常生活		認知機能															
		コミュニケーション		その他															
	2	サービス提供事業所																	
		運動・移動		健康管理															
		日常生活		認知機能															
		コミュニケーション		その他															
	3	福祉用具業者																	
		運動・移動		健康管理															
	日常生活		認知機能																
	コミュニケーション		その他																
4	本人・家族																		
	運動・移動		健康管理																
	日常生活		認知機能																
	コミュニケーション		その他																
ケアマネジャー記載欄	プランへの反映・ポイント																		

ご相談・問い合わせ

船橋市高齢者福祉部 地域包括ケア推進課 地域包括支援係

〒273-8501 船橋市湊町2-10-25

TEL：047-436-2882 / FAX：047-436-2885