

別冊

福津市自立支援型
地域ケア会議マニュアル
【資料編】
(令和7年4月改訂版)

福津市

目次

1. 福津市自立支援型地域ケア会議開催までのフロー

- (1) 通常開催
- (2) 住宅改修及び福祉用具購入
- (3) 回数の多い訪問介護
- (4) 振り返り報告

2. 様式集

- (1) 通常開催
- (2) 住宅改修
- (3) 福祉用具購入
- (4) 回数の多い訪問介護

様式1 自立支援型地域ケア会議検討事例一覧

様式2 利用者基本情報

様式3 基本チェックリスト

様式4 口腔・栄養アセスメントシート

様式5 介護予防サービス・支援計画書

様式6 概要及び確認票

様式7 生活機能評価（アセスメント）

様式8 必要書類チェックリスト（住宅改修）

様式9 必要書類チェックリスト（福祉用具）

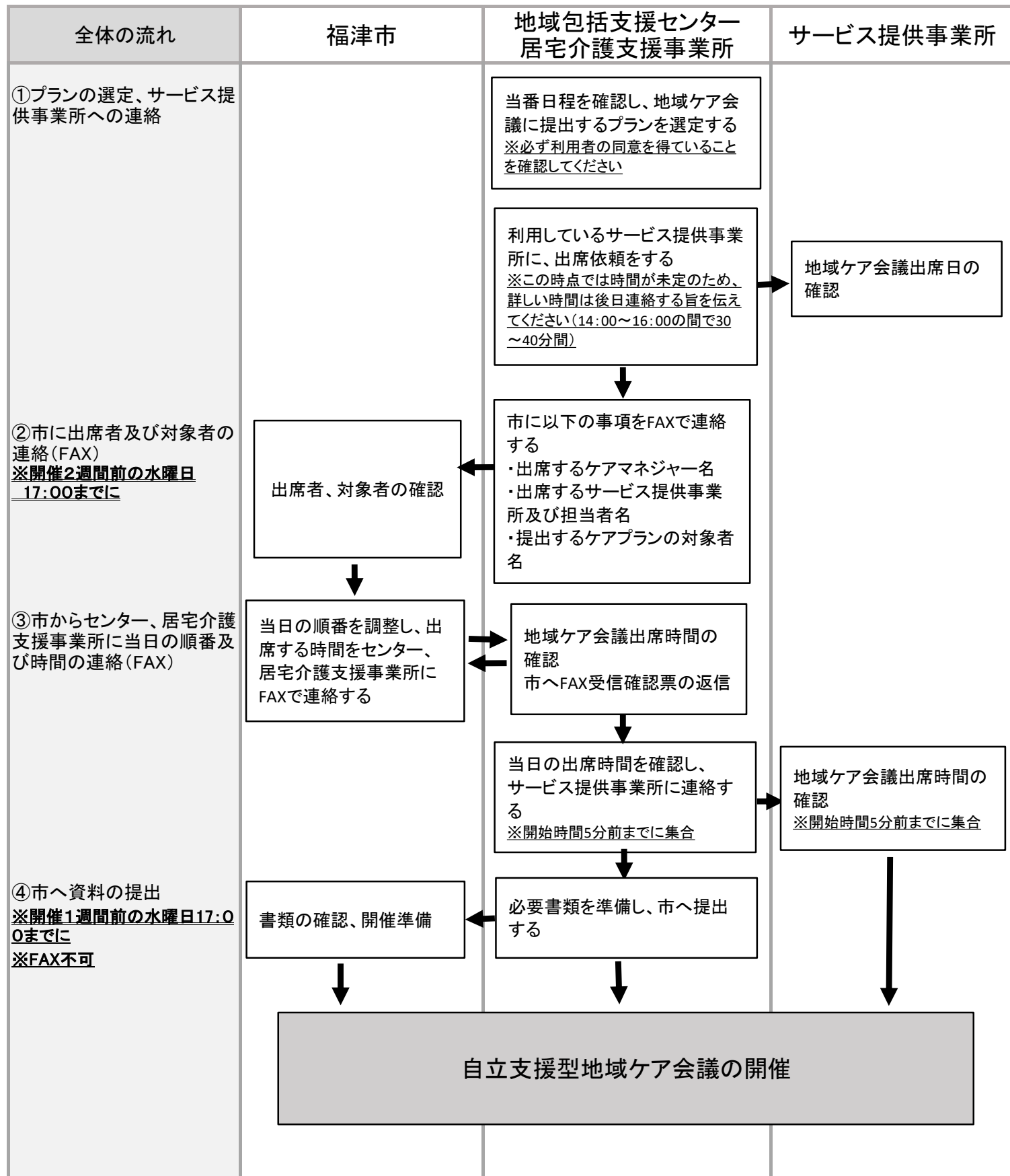
様式10 ADL/IADL 工程分析シート

様式11 必要書類チェックリスト（回数の多い訪問介護）

様式12 振り返り報告様式

1 福津市自立支援型地域ケア会議開催までのフロー

(1) 通常開催



<問い合わせ先>

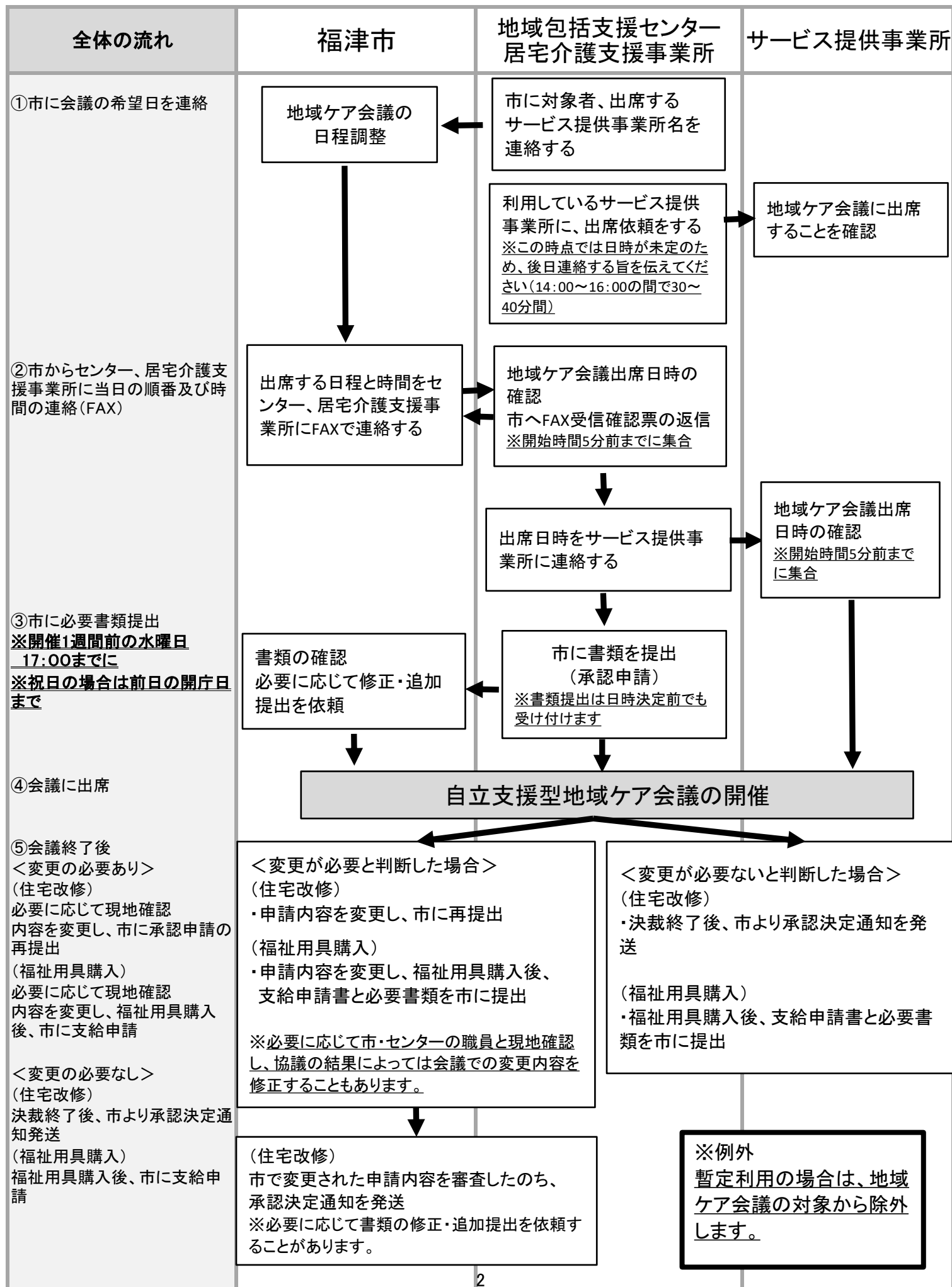
・福津市高齢者サービス課介護保険係
(福津市中央1丁目1-1)

TEL 0940-43-8191 FAX 0940-34-3881

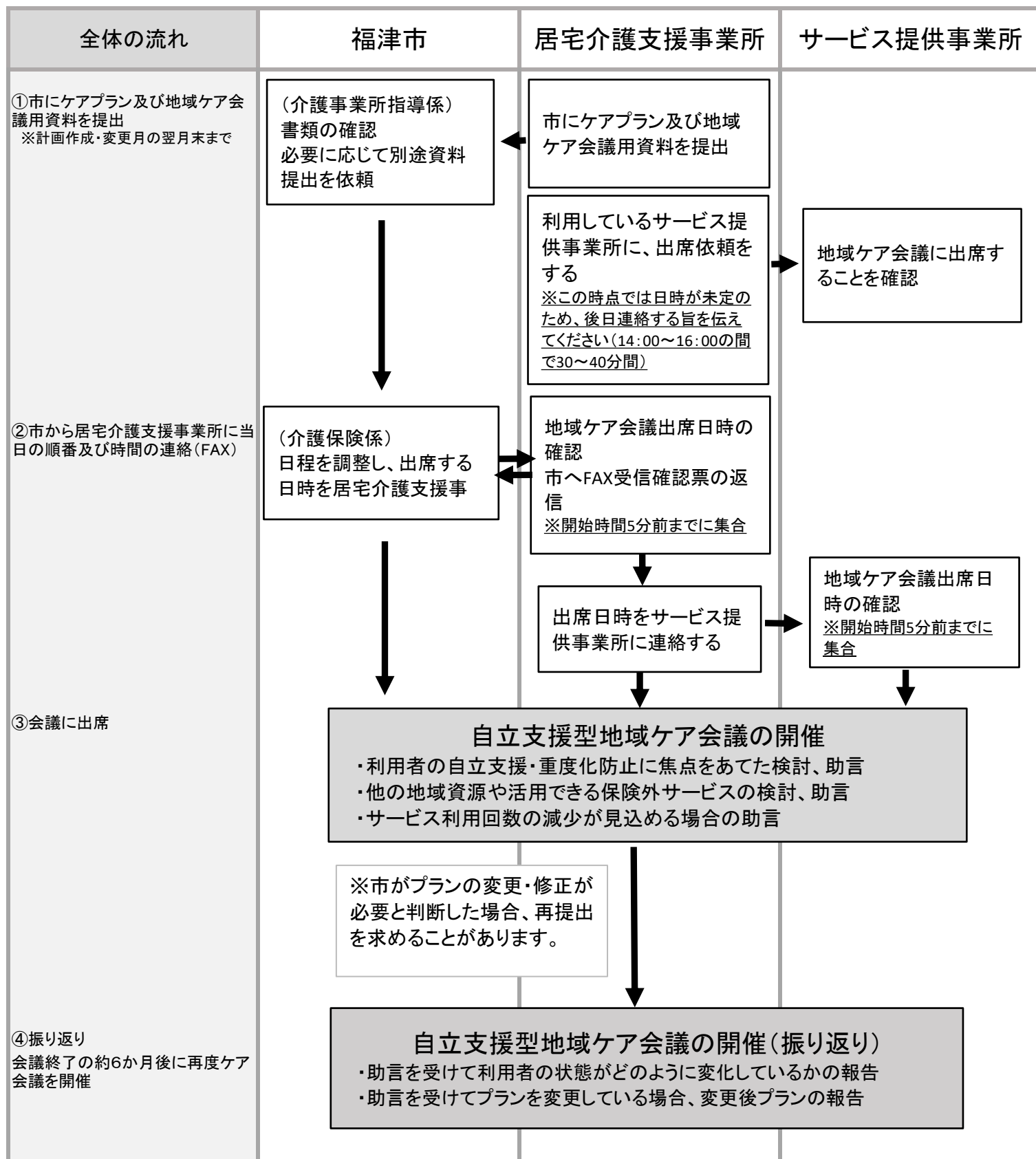
・福津市地域包括支援センター
(福津市手光南2丁目1-1ふくとぴあ1F)

TEL 0940-43-0787 FAX 0940-43-3481

(2)住宅改修及び福祉用具購入



(3) 回数の多い訪問介護

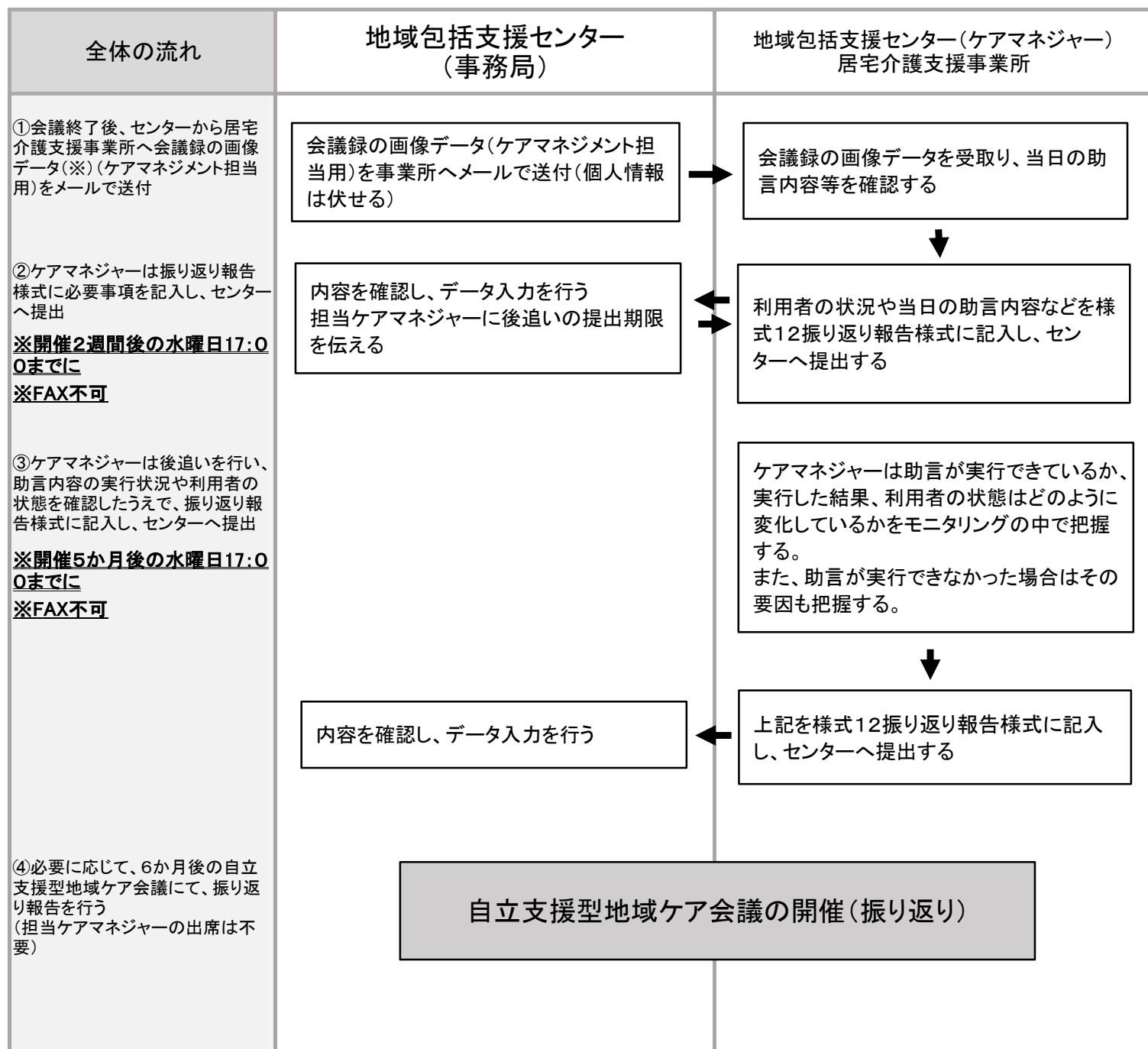


<問い合わせ先>

・福津市高齢者サービス課介護保険係
(福津市中央1丁目1-1)
TEL 0940-43-8191 FAX 0940-34-3881

・福津市地域包括支援センター
(福津市手光南2丁目1-1ふくとぴあ1F)
TEL 0940-43-0787 FAX 0940-43-3481

(4) 振り返り報告



(※)会議録は当日ホワイトボードに記録した内容を撮影したもの。
ケアマネジャー、サービス事業所及び助言者による撮影は禁止。撮影はセンター及び市のみで行う。
会議参加者のうち、会議録の画像データが必要な方は市に問い合わせること。

<問い合わせ先>

・福津市高齢者サービス課介護保険係
(福津市中央1丁目1-1)
TEL 0940-43-8191 FAX 0940-34-3881

・福津市地域包括支援センター
(福津市手光南2丁目1-1ふくとぴあ1F)
TEL 0940-43-0787 FAX 0940-43-3481

2 様式集

(1)通常開催

書類名	様式番号	要支援者 事業対象者	要介護者	備考
自立支援型地域ケア会議 検討事例一覧	様式1	◎	◎	※様式6の内容をもとに市が作成
利用者基本情報	様式2	◎	◎	様式2の内容を満たしていれば任意様式で可
アセスメント票			◎	任意様式
服用している薬剤がわかる資料 (お薬手帳の写し、薬剤情報等)		◎	◎	任意様式
検査データ		○	○	任意様式
基本チェックリスト	様式3	◎		
口腔・栄養アセスメントシート	様式4	◎	◎	
介護予防サービス・支援計画書	様式5	◎		
居宅サービス計画書、週間サービス計画書 (第1表～第3表)			◎	任意様式
居宅サービス事業所の計画書 (例:通所介護計画書、訪問介護計画書等)		◎	◎	任意様式
概要及び確認票	様式6	◎	◎	
自立支援型地域ケア会議 会議録 (ケアマネジメント担当用)		◎	◎	画像データ
振り返り報告様式	様式12	◎	◎	

(2)住宅改修

書類名	様式番号	要支援者	要介護者	住宅改修のみ (ケアプランなし)	備考
自立支援型地域ケア会議 検討事例一覧	様式1	◎	◎	◎	※様式6の内容をもとに市が作成
利用者基本情報	様式2	◎	◎	◎	様式2の内容を満たしていれば任意様式で可
アセスメント票			◎		任意様式
服用している薬剤がわかる資料 (お薬手帳の写し、薬剤情報等)		◎	◎	◎	任意様式
検査データ		○	○		任意様式
基本チェックリスト	様式3	◎		◎	※要支援者のみ
口腔・栄養アセスメントシート	様式4	◎	◎		
介護予防サービス・支援計画書	様式5	◎			
居宅サービス計画書、週間サービス計画書 (第1表～第3表)			◎		任意様式
居宅サービス事業所の計画書 (例:通所介護計画書、訪問介護計画書等)		◎	◎		任意様式
生活機能評価(アセスメント)	様式7			◎	
必要書類チェックリスト(住宅改修)	様式8	◎	◎	◎	
自立支援型地域ケア会議 会議録 (ケアマネジメント担当用)		◎	◎	◎	画像データ
振り返り報告様式	様式12	◎	◎	◎	

(3)福祉用具購入

書類名	様式番号	要支援者	要介護者	福祉用具購入のみ(ケアプランなし)	備考
自立支援型地域ケア会議 検討事例一覧	様式1	◎	◎	◎	※様式6の内容をもとに市が作成
利用者基本情報	様式2	◎	◎	◎	様式2の内容を満たしていれば任意様式で可
アセスメント票			◎		任意様式
服用している薬剤がわかる資料 (お薬手帳の写し、薬剤情報等)		◎	◎	◎	任意様式
検査データ		○	○		任意様式
基本チェックリスト	様式3	◎		◎	※要支援者のみ
口腔・栄養アセスメントシート	様式4	◎	◎		
介護予防サービス・支援計画書	様式5	◎			
居宅サービス計画書、週間サービス計画書 (第1表～第3表)			◎		任意様式
居宅サービス事業所の計画書 (例:通所介護計画書、訪問介護計画書等)		◎	◎		任意様式
生活機能評価(アセスメント)	様式7			◎	
必要書類チェックリスト(福祉用具購入)	様式9	◎	◎	◎	
自立支援型地域ケア会議 会議録 (ケアマネジメント担当用)		◎	◎	◎	画像データ
振り返り報告様式	様式12	◎	◎	◎	

(4) 回数の多い訪問介護

書類名	様式番号	要介護者	備考
自立支援型地域ケア会議 検討事例一覧	様式1	◎	※様式6の内容をもとに市が作成
利用者基本情報	様式2	◎	様式2の内容を満たしていれば任意様式で可
アセスメント票		◎	任意様式
服用している薬剤がわかる資料 (お薬手帳の写し、薬剤情報等)		◎	任意様式
検査データ		○	任意様式
居宅サービス計画書、週間サービス計画書 (第1表～第3表)		◎	任意様式
居宅サービス事業所の計画書 (例:通所介護計画書、訪問介護計画書等)		◎	任意様式
ADL/IADL工程分析シート	様式10	◎	
必要書類チェックリスト(回数の多い訪問介護)	様式11	◎	
自立支援型地域ケア会議 会議録 (ケアマネジメント担当用)		◎	画像データ
振り返り報告様式	様式12	◎	

自立支援型地域ケア会議 検討事例一覧(年 月 日開催分)

		検討事例				ケアマネジメント		サービス提供者	事例区分
番号	時間	対象者名	年齢	性別	概 要	包括	居宅		
1	14:00～								
2	14:45～								
3	15:30～								

☆後追い・・・○事例(○月○日分)

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 ()			
ﾌﾘｶﾞﾅ 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・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・ 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実施日： 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	

利用者基本情報

《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、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

印

基本チェックリスト

記入日	
利用対象者氏名	

No	質問項目	回答		点数	
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	／ 5 点	／ 20 点
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ		
3	預貯金のお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 点	
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 ～ 3 kg 以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	／	
12	身長 cm 体重 kg B M I 18.5	1.未満 0.以上		2 点	
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 点	
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	／	
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	2 点	
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	／ 3 点	
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 点	
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		

注) BMI = 体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) が、18.5 未満の場合該当する。

口腔・栄養アセスメントシート

利用者名

様

項目	確認内容	評価		備考
口腔	入れ歯を使っていますか	はい	いいえ	※使っている場合は部位を記入
	奥歯でしっかり噛めて、おいしく食事ができますか	はい	いいえ	
	(薬など)飲み込み難いと思うことがありますか	いいえ	はい	
	就寝前の歯磨きはしていますか	はい	いいえ	
栄養	規則的に3食摂っていますか	はい	いいえ	※内容(肉、魚、卵、大豆製品、 乳製品等)を記入
	毎食おかずにたんぱく質が入っていますか	はい	いいえ	
	食欲はありますか	はい	いいえ	
	1日に1回以上誰かと一緒に食事をしますか	はい	いいえ	※内容を記入
	間食をしますか	はい	いいえ	
	食事以外で、お茶や水などを飲んでいますか	はい	いいえ	

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(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(利用先)	期間
運動・移動について		☐ 有 ☐ 無				1	()					
						2						
日常生活(家庭生活)について		☐ 有 ☐ 無				3	()					
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)を記入してください。
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	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 印

概要及び確認票(要介護者)

開催日	
ケアプラン担当事業所名	
担当ケアマネジャー名	
出席するサービス提供事業所名	

1. 対象者の概要

名前		フリガナ		※小学校区、行政区が不明な場合は空欄で構いません。
被保険者番号		要介護度		
年齢		性別		
身長		体重		
小学校区		行政区		
障がい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		

概要 現病名：

※現病名、現在の状態や課題としていること、目標について記入。(100字程度)

助言を受けたいこと：

※専門職に聞きたいことについて記入。

* 会議に出席する専門職は、①理学療法士・作業療法士、②言語聴覚士・歯科衛生士、③管理栄養士、④薬剤師、⑤介護支援専門員、⑥生活支援コーディネーター、⑦宗像医師会在宅医療連携拠点室職員、です。
(毎回、①～⑦の職種から1名ずつ計7名の専門職が出席します。①②の職種については、それぞれ、どちらかの専門職が出席します。)

2. 必要書類の確認

チェック欄	必要書類	市 記入欄
☐	基本情報(身長・体重を記載してください)	
☐	アセスメント票	
☐	服用している薬剤がわかる資料(お薬手帳の写し、薬剤情報等)	
☐	検査データ	
☐	口腔・栄養アセスメントシート	
☐	居宅サービス計画書、週間サービス計画書 (第1表～第3表)	
☐	居宅サービス事業者の計画書 (例:通所介護計画書、訪問介護計画書など)	

3. 必要事項の確認

☐	利用者の同意は得ましたか？	
☐	担当する日、時間を確認しましたか？	
☐	サービス提供事業所に出席日、時間の連絡をしましたか？	
☐	今回の利用者はこれまでに自立支援型地域ケア会議にかかったことがありますか？(分かる範囲で結構です)	

概要及び確認票(要支援者・事業対象者)

開催日	
ケアプラン担当事業所名	
担当ケアマネジャー名	
出席するサービス提供事業所名	

1. 対象者の概要

名前		フリガナ	
被保険者番号		要介護度	
年齢		性別	
身長		体重	
小学校区		行政区	
障がい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	

※小学校区、行政区が不明な場合は空欄で構いません。

概要 現病名：

※現病名、現在の状態や課題としていること、目標について記入。(100字程度)

助言を受けたいこと：

※専門職に聞きたいことについて記入。

* 会議に出席する専門職は、①理学療法士・作業療法士、②言語聴覚士・歯科衛生士、③管理栄養士、④薬剤師、⑤介護支援専門員、⑥生活支援コーディネーター、⑦宗像医師会在宅医療連携拠点室職員、です。
(毎回、①～⑦の職種から1名ずつ計7名の専門職が出席します。①②の職種については、それぞれ、どちらかの専門職が出席します。)

2. 必要書類の確認

チェック欄	必要書類	市 記入欄
☐	基本情報	
☐	服用している薬剤がわかる資料(お薬手帳の写し、薬剤情報等)	
☐	検査データ	
☐	基本チェックリスト	
☐	口腔・栄養アセスメントシート	
☐	介護予防サービス・支援計画書	
☐	居宅サービス事業者の計画書 (例:通所介護計画書、訪問介護計画書など)	

3. 必要事項の確認

☐	利用者の同意は得ましたか？	
☐	担当する日、時間を確認しましたか？	
☐	サービス提供事業所に出席日、時間の連絡をしましたか？	
☐	今回の利用者はこれまでに自立支援型地域ケア会議にかかったことがありますか？(分かる範囲で結構です)	

【生活機能評価(アセスメント)】

氏名	(フリガナ)	調査日	年 月 日

		事前	備考	事後予測
A D L	室内歩行			
	屋外歩行			
	外出頻度			
	排泄			
	食事			
	入浴			
	着脱衣			
I A D L	掃除			
	洗濯			
	買物			
	調理			
	ごみ出し			
	通院			
	服薬			
	金銭管理			
	電話			
	社会参加			

【判定基準】

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	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

必要書類チェックリスト(住宅改修)			福津市 記入欄
	チェック 欄	必要書類	修正・追加 依頼中
必須書類	(共通) 従来の書類	☐ 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費承認申請書	
		☐ 住宅改修が必要な理由書	
		☐ 見積書	
		☐ 改修箇所の様子がわかる写真(改修内容が記載されたもの)	
		☐ 平面図(段差解消の場合は断面図も)	
		☐ 必要書類チェックリスト(住宅改修)【当該様式】	
選択書類	(ケアマネ追加書類)	☐ 基本情報 ※様式2の項目を網羅していれば任意の様式で可	
		☐ アセスメント票	
		☐ 口腔・栄養アセスメントシート	
		☐ 居宅サービス計画書(第1表～第3表)	
		☐ 居宅サービス事業者の計画書 (例:通所介護計画書、訪問介護計画書など)	
		☐ 服用している薬剤がわかる資料 (お薬手帳の写し 等)	
		☐ 検査データ	
	(ケアマネ追加書類)	☐ 基本情報	
		☐ 基本チェックリスト	
		☐ 口腔・栄養アセスメントシート	
		☐ 介護予防サービス・支援計画表	
		☐ 居宅サービス事業者の計画書 (例:通所介護計画書、訪問介護計画書など)	
		☐ 服用している薬剤がわかる資料 (お薬手帳の写し 等)	
		☐ 検査データ	
	(ケアマネなし★)	☐ 基本情報 ※様式2の項目を網羅していれば任意の様式で可	
		☐ 基本チェックリスト(要支援のみ)	
		☐ 生活機能評価(アセスメント)	
		☐ 服用している薬剤がわかる資料 (お薬手帳の写し 等)	

概要	現病名:	※現病名、現在の状態や課題として いること、目標等の 概要を記入。(100 字程度)

(注意) ★ケアマネジャーが担当していても、住宅改修のみを利用する場合を含む。

必要書類チェックリスト(福祉用具購入)			福津市 記入欄	
	チェック 欄	必要書類	修正・追加 依頼中	
必須書類	☐	介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書		
	☐	福祉用具が必要な理由書		
	☐	カタログのコピー		
	☐	必要書類チェックリスト(福祉用具購入)【当該様式】		
選択書類	(ケアマネ追加書類)	☐	基本情報 ※様式2の項目を網羅していれば任意の様式で可	
		☐	アセスメント票	
		☐	口腔・栄養アセスメントシート	
		☐	居宅サービス計画書(第1表～第3表)	
		☐	居宅サービス事業者の計画書 (例:通所介護計画書、訪問介護計画書など)	
		☐	服用している薬剤がわかる資料 (お薬手帳の写し 等)	
		☐	検査データ	
	(ケアマネ追加書類)	☐	基本情報	
		☐	基本チェックリスト	
		☐	口腔・栄養アセスメントシート	
		☐	介護予防サービス・支援計画表	
		☐	居宅サービス事業者の計画書 (例:通所介護計画書、訪問介護計画書など)	
		☐	服用している薬剤がわかる資料 (お薬手帳の写し 等)	
		☐	検査データ	
	(ケアマネ追加書類★)	☐	基本情報 ※様式2の項目を網羅していれば任意の様式で可	
		☐	基本チェックリスト(要支援のみ)	
		☐	生活機能評価(アセスメント)	
		☐	服用している薬剤がわかる資料 (お薬手帳の写し 等)	

概要

現病名:

※現病名、現在の状態や課題としていること、目標等の概要を記入。(100字程度)

(注意) ★ケアマネジャーが担当していても、福祉用具購入のみを利用する場合を含む。

ADL・IADL工程分析シート

	生活行為	工程	事前	状況の詳細 自立を阻害する要因	課題	事後 予測
A D L	室内歩行	スロープ歩行				
		階段歩行				
		玄関の昇降				
		廊下移動				
		部屋から部屋への移動				
	屋外歩行	靴を履く				
		玄関の戸が開閉できる				
		玄関ポーチを歩く				
		歩道を歩く				
		横断歩道を渡る				
	排泄	尿意・便意を感じる				
		トイレまで移動する				
		下着を下ろす				
		上手に便器に座る				
		排尿・排便をする				
		後始末をする				
		衣服を着ける				
		部屋に戻る				
	食事	椅子・たたみに座る				
		箸・フォーク・スプーンを把持する				
		食物をすくう				
		食物を口まで運ぶ				
		食物を咀嚼する(奥歯で)				
		食物を嚥下する				
		箸・フォーク・スプーンを置く				
	口腔	歯磨きをする(義歯含む)				
		うがいをする				
		スムーズに会話できる				
		むせずに食事をする				
		口からこぼさずに食事をする				
	入浴	脱衣場まで歩く				
		服を脱ぐ				
		浴室まで歩く				
		身体・髪を洗う				
		浴槽をまたぐ				
		浴槽の立ち座り				
		身体を拭く				
		服を着る				
		髪を乾かす				
	着脱衣	前開き				
		かぶり物				
		下衣更衣				
		靴下				
	掃除	掃除道具を取りに行く				
		掃除道具を準備する				
		目的の場所まで移動する				
		姿勢を変える				
		掃除をする				
		姿勢を戻す				
		ごみの処理をする				
		掃除道具を片付ける				
		部屋に戻る				
	洗濯	洗濯方法の分別				
		洗濯機への投入				
		洗剤の選定				
		ハンガーなどにかけて干す				
		洗濯物を取り込む				
		洗濯物をたたむ				
		クローゼット、タンスに収納する				

	生活行為	工程	事前	状況の詳細 自立を阻害する要因	課題	事後 予測
I A D L	買い物	出かける準備(整容・着替え)				
		移動(店まで)				
		移動(店内)				
		レジで支払う				
		移動(家に帰る)				
		商品の整理				
	調理	材料を準備する				
		材料を包丁で切る				
		切った材料を鍋やフライパンに入れる				
		味付けができる				
		ご飯が炊ける				
		後片付けをする				
	ゴミ出し	何のゴミ出し日かわかる				
		ゴミの分別				
		ゴミをまとめる				
		ゴミステーションを確認する				
		ゴミを持ってゴミ置き場まで移動し、ゴミを置く				
		家に戻る				
	通院	家から出る				
		車・バス・タクシー・電車などに乗る				
		車・バス・タクシー・電車などから降り、病院へ移動する				
		受付をする				
		診察をうける				
		会計、薬の受取をする				
		車・バス・タクシー・電車などに乗る				
		車・バス・タクシー・電車などから降りる				
		家に戻る				
	服薬	飲用のタイミングがわかる				
		薬を選ぶ				
		水を準備する				
		薬を袋(薬袋PTP包装)から取り出す				
		水を口に含む				
		薬を口に含む				
		薬を飲みこむ				
		薬の袋(薬袋PTP包装)を捨てる				
	金銭管理	銀行(郵便局)に行く準備をする				
通帳を確認する						
銀行(郵便局)に行く						
窓口で手続きをする						
ATMを操作する						
買い物で支払う						
家計簿をつける						
年金や保険等の手続き・管理						
電話	電話の位置を確認する					
	電話番号を確認する					
	電話をかける					
	電話で話す					
	電話を切る					
社会参加						

※事前はすべて記入、事後予測は事前より変化すると見込まれる箇所のみ記入

※詳細・課題欄はADLはすべて記入、IADLは自立度が△1～×2の生活行為のみ記入

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	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

必要書類チェックリスト(回数の多い訪問介護)			福津市 記入欄
	チェック 欄	必要書類	修正・追加 依頼中
ケアプランの届出	☐	基本情報	
	☐	アセスメント票	
	☐	居宅サービス計画書 第1表	
	☐	居宅サービス計画書 第2表	
	☐	週間サービス計画書 第3表	
ケア会議用資料	☐	ADL/IADL工程分析シート	
	☐	居宅サービス事業者の計画書 (例:通所介護計画書、訪問介護計画書など)	
	☐	服用している薬剤がわかる資料 (お薬手帳の写し 等)	
	☐	検査データ	

概要

現病名:

※現病名、現在の
状態や課題として
いること、目標等の
概要を記入。(100
字程度)

振り返り報告様式

様式12

番号		開催日		振返期限		書記	
サービス事業所名						担当者	

対象者氏名		年齢		性別							
小学校区		行政区		事例区分							
要介護認定		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						
概要											
情報収集(分析)・ プラン作成のポイント											
助言内容		実施	ケア会議後後追い		改善	課題分類1	課題分類2	課題分類3			
評価		再会議			時期						