

【様式1】 総括票

都道府県名

北海道

[illegible]

【記載例】

【様式2】事業所情報票

事業所の情報				
事業所の種類	居宅介護支援事業所 ☐		地域包括支援センター ☒	
開設者	地方公共団体 ☐	社会福祉法人 ☒	社会福祉協議会	
	医療法人 ☐	社団・財団法人 ☐	営利法人	
	NPO法人 ☐	その他		
職員数	常勤者 2		非常勤者 1	
	うち介護支援専門員 2		うち介護支援専門員 1	
ケアプラン作成数	要支援1 3	要支援2 5	要介護1 12	要介護2 1
	要介護3 18	要介護4 12	要介護5 12	その他 2

○ 事業所の種類: 事業所種類に該当するものに○をつけてください。

○ 開設者: 事業所の開設者に該当するものに○をつけてください。

地方公共団体とは、都道府県、市区町村、広域連合等を言います。

該当するものがない場合は、その他に記載してください。

○ 職員数: 事業所に勤務している職員数(事務職を含む)を記載してください。

また、そのうち介護支援専門員の人数を再掲してください。

○ ケアプラン作成数: 各要介護(要支援)度別のケアプラン作成数を記載してください。

その他には、要介護認定申請中や要介護認定で非該当となった者のケアプラン数を記載してください。

2	
2	

【様式3】 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター票

利用者の基本情報									
利用者の年齢		85歳		利用者の性別		男		女	
利用者の要介護度 (H23.3.31現在)	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				
認定の有効期間 (H23.3.31現在)		平成 22 年 4 月 1 日 ~ 平成 23 年 3 月 31 日							
利用者の1年前の要介護度 (H22.3.31時点)	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		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立		Ⅰ		Ⅱa		Ⅱb		
	Ⅲa		Ⅲb		Ⅳ		Ⅴ		
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								
利用者の傷病等 (あてはまるものすべて)	脳血管疾患(脳卒中)						認知症		
	心疾患(心臓病)						パーキンソン病		
	悪性新生物(がん)						糖尿病		
	呼吸器疾患						視覚・聴覚障害		
	関節疾患・廃用症候群						脊髄損傷		
	骨折						その他		高血圧
利用者の所得段階	第1段階		第2段階		第3段階		第4段階		
	第5・6段階								
利用者の居住環境	持ち家一戸建						借家集合住宅		
	持ち家集合住宅						有料老人ホーム		
	持ち家その他						高優賃・高専賃・高円賃		
	借家一戸建						借家その他		
利用者の世帯状況	一人暮らし								
	世帯の人数				2 人				
利用者の同居者 (あてはまるものすべて)	親						その他親族		
	子供						孫		
	配偶者						孫の配偶者		
	子の配偶者						その他		

事業所において任意に選定した各要介護(要支援)度別に1名毎にアンケート票に利用者の状態等を記載してください。
記載にあたっては、特に定めがあるもの以外は、該当するもの1つに○をつけてください。

年齢、性別	平成23年3月31日現在の年齢及び性別を記載してください。
要介護度	平成23年3月31日時点での介護保険被保険証に記載されている要介護度及び有効期間を転記してください。
要介護度(1年前)	平成22年3月31日時点での介護保険被保険証に記載されている要介護度を転記してください。
認知症自立度	要介護認定調査における認知症高齢者自立度を選択してください。
日常生活自立度	要介護認定調査における日常生活自立度を選択してください。
傷病等	要介護認定調査における主治医意見書等を参考に該当するもの全てに○をつけてください。 脳血管疾患(脳卒中) 認知症 脳出血、脳梗塞、くも膜下出血、その他の血管疾患 認知症(アルツハイマー病等) 心疾患(心臓病) パーキンソン病 狭心症、心筋梗塞、不整脈、心筋炎、その他の心臓病 糖尿病 悪性新生物(がん) 糖尿病及び糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症など 全ての部位のがん(白血病を含む)及び肉腫 の合併症 呼吸器疾患 視覚・聴覚障害 肺気腫、肺炎、気管支炎、胸膜疾患など 緑内障、網膜剥離、難聴など 関節疾患・廃用症候群 脊髄損傷 関節リュウマチ、何らかの原因による関節炎、 外傷に伴って脊髄の挫傷、断絶、血行障害により脊髄 関節症、腰痛 の機能が障害されたもの 骨折 該当するものがない場合は、その他に記載してください。
所得段階	介護保険負担限度額認定証の交付条件に沿って該当するものに○をつけてください。 第1段階・・・老齢福祉年金受給者、生活保護受給者など 第2段階・・・合計所得＋課税年金収入が年額で合計80万円以下など 第3段階・・・合計所得＋課税年金収入が年額で合計80万円以上 (年金収入だけの場合、80万円超266万円以下)など 市町村等で第4段階以上の区分を定めている場合は、そのまま、その区分を入力してください。
居住環境	居住環境に該当するものに○をつけてください。
世帯の状況	利用者の世帯人数(利用者本人を含む)を記載してください。
同居家族	同居する家族等で該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は、その他に記載してください。 また、世帯の人数を記載してください(利用者本人を含む)。

主な介護者(1つだけ○)	介護者はいない	☐	孫	☐					
	配偶者	☒	孫の配偶者	☐					
	親	☐	その他親族	☐					
	子供	☐	その他						
	子の配偶者	☐							
主な介護者の年齢	88歳	主な介護者の性別	男 ☒	女 ☐					
主な介護者の要介護度	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	☐	
家族等介護者の有無	一人暮らしであり、介護者はいない								☐
	高齢世帯または障害のある家族しかいない								☒
	一人暮らしではないが、日中または夜間に介護する者がいない								☐
	常時(日中と夜間)、介護者(家族・友人等)が1人いる								☐
	常時(日中と夜間)、介護者(家族・友人等)が複数いる								☐
福祉サービスの併用 (あてはまるものすべて)	生活保護法								☐
	障害者自立支援法								☐
利用者のADL									
		現在	一 年 前			現在	一 年 前		
室内歩行	自立かつ楽に出来る	☒	☒	屋外歩行	自立かつ楽に出来る	☒	☐		
	自立だが少し難しい	☐	☐		自立だが少し難しい	☐	☒		
	一部介助だが改善可能性が高い	☐	☐		一部介助だが改善可能性が高い	☐	☐		
	一部介助で改善可能性が低い	☐	☐		一部介助で改善可能性が低い	☐	☐		
	全介助だが改善可能性が高い	☐	☐		全介助だが改善可能性が高い	☐	☐		
	全介助で改善可能性が低い	☐	☐		全介助で改善可能性が低い	☐	☐		
外出	自立かつ楽に出来る	☐	☐	排泄	自立かつ楽に出来る	☒	☒		
	自立だが少し難しい	☒	☒		自立だが少し難しい	☐	☐		
	一部介助だが改善可能性が高い	☐	☐		一部介助だが改善可能性が高い	☐	☐		
	一部介助で改善可能性が低い	☐	☐		一部介助で改善可能性が低い	☐	☐		
	全介助だが改善可能性が高い	☐	☐		全介助だが改善可能性が高い	☐	☐		
	全介助で改善可能性が低い	☐	☐		全介助で改善可能性が低い	☐	☐		

主な介護者

主に利用者を介護する家族等(介護保険による訪問介護員等は除く)で該当する者に○をつけてください。該当がない場合は、その他に記載してください。

主な介護者の年齢、性別

主な介護者の平成23年3月31日現在の年齢及び性別を記載してください。

主な介護者の要介護度

主な介護者の平成23年3月31日時点での介護保険被保険証に記載されている要介護度を転記してください。

家族等の介護者の有無

認定を受けていない(認定されていない)場合は非該当に○をつけてください。

家族等の介護者について該当するものに○をつけてください。

福祉サービスの併用

利用しているものに○をつけてください。

利用者のADL

利用者のADLについて、調査時点及び1年前の状況に該当するものに○をつけてください。

利用者の状況について把握がされていない場合は、利用者を担当する介護支援専門員がケアプランを作成する上で勘案している事項等で判断して該当するものに○をつけてください。

食事	自立かつ楽に出来る	☐	☐	入浴	自立かつ楽に出来る	☐	☐
	自立だが少し難しい	☐	☐		自立だが少し難しい	☐	☐
	一部介助だが改善可能性が高い	☐	☐		一部介助だが改善可能性が高い	☐	☐
	一部介助で改善可能性が低い	☐	☐		一部介助で改善可能性が低い	☐	☐
	全介助だが改善可能性が高い	☐	☐		全介助だが改善可能性が高い	☐	☐
	全介助で改善可能性が低い	☐	☐		全介助で改善可能性が低い	☐	☐
着脱衣	自立かつ楽に出来る	☐	☐		自立かつ楽に出来る	☐	☐
	自立だが少し難しい	☐	☐		自立だが少し難しい	☐	☐
	一部介助だが改善可能性が高い	☐	☐		一部介助だが改善可能性が高い	☐	☐
	一部介助で改善可能性が低い	☐	☐		一部介助で改善可能性が低い	☐	☐
	全介助だが改善可能性が高い	☐	☐		全介助だが改善可能性が高い	☐	☐
	全介助で改善可能性が低い	☐	☐		全介助で改善可能性が低い	☐	☐
利用者のIADL							
		現在	一年前			現在	一年前
掃除	自立かつ楽に出来る	☐	☐	洗濯	自立かつ楽に出来る	☐	☐
	自立だが少し難しい	☐	☐		自立だが少し難しい	☐	☐
	一部介助だが改善可能性が高い	☐	☐		一部介助だが改善可能性が高い	☐	☐
	一部介助で改善可能性が低い	☐	☐		一部介助で改善可能性が低い	☐	☐
	全介助だが改善可能性が高い	☐	☐		全介助だが改善可能性が高い	☐	☐
	全介助で改善可能性が低い	☐	☐		全介助で改善可能性が低い	☐	☐
買物	自立かつ楽に出来る	☐	☐	調理	自立かつ楽に出来る	☐	☐
	自立だが少し難しい	☐	☐		自立だが少し難しい	☐	☐
	一部介助だが改善可能性が高い	☐	☐		一部介助だが改善可能性が高い	☐	☐
	一部介助で改善可能性が低い	☐	☐		一部介助で改善可能性が低い	☐	☐
	全介助だが改善可能性が高い	☐	☐		全介助だが改善可能性が高い	☐	☐
	全介助で改善可能性が低い	☐	☐		全介助で改善可能性が低い	☐	☐
整理	自立かつ楽に出来る	☐	☐	ごみ出し	自立かつ楽に出来る	☐	☐
	自立だが少し難しい	☐	☐		自立だが少し難しい	☐	☐
	一部介助だが改善可能性が高い	☐	☐		一部介助だが改善可能性が高い	☐	☐
	一部介助で改善可能性が低い	☐	☐		一部介助で改善可能性が低い	☐	☐
	全介助だが改善可能性が高い	☐	☐		全介助だが改善可能性が高い	☐	☐
	全介助で改善可能性が低い	☐	☐		全介助で改善可能性が低い	☐	☐

利用者のIADL

利用者のIADLについて、調査時点及び1年前の状況に該当するものに○をつけてください。

利用者の状況について把握がされていない場合は、利用者を担当する介護支援専門員がケアプランを作成する上で勘案している事項等で判断して該当するものに○をつけてください。

通院	自立かつ楽に出来る	☐ ☐	服薬管理	自立かつ楽に出来る	☐ ☒
	自立だが少し難しい	☒ ☐		自立だが少し難しい	☒ ☐
	一部介助だが改善可能性が高い	☐ ☐		一部介助だが改善可能性が高い	☐ ☐
	一部介助で改善可能性が低い	☐ ☐		一部介助で改善可能性が低い	☐ ☐
	全介助だが改善可能性が高い	☐ ☐		全介助だが改善可能性が高い	☐ ☐
	全介助で改善可能性が低い	☐ ☐		全介助で改善可能性が低い	☐ ☐
金銭管理	自立かつ楽に出来る	☐ ☒	電話 (かける・受ける)	自立かつ楽に出来る	☒ ☒
	自立だが少し難しい	☒ ☐		自立だが少し難しい	☐ ☐
	一部介助だが改善可能性が高い	☐ ☐		一部介助だが改善可能性が高い	☐ ☐
	一部介助で改善可能性が低い	☐ ☐		一部介助で改善可能性が低い	☐ ☐
	全介助だが改善可能性が高い	☐ ☐		全介助だが改善可能性が高い	☐ ☐
	全介助で改善可能性が低い	☐ ☐		全介助で改善可能性が低い	☐ ☐
外出頻度	週1回以上	☐ ☐			
	月1回以上(1か月に1回～3回)	☒ ☒			
	月1回未満	☐ ☐			
	全く外出しない	☐ ☐			
平成23年3月介護保険サービス利用実績					
(予防)訪問入浴	週2以上	☐	(予防)ショートステイ(生活・療養)	あり	☐
	週1程度	☐		なし	☒
	なし	☒			
(予防)訪問看護	週2以上	☐	(予防)認知対応通所介護	あり	☐
	週1程度	☐		なし	☒
	なし	☒			
(予防)訪問リハビリ	週2以上	☐	(予防)福祉用具貸与・販売	あり	☒
	週1程度	☐		なし	☐
	なし	☒			
(予防)通所介護	週2以上	☐	夜間対応型訪問介護	週2以上	☐
	週1程度	☒		週1程度	☐
	なし	☐		なし	☒
(予防)通所リハビリ	週2以上	☐	介護保険サービス単位数合計	10,400 単位	
	週1程度	☐			
	なし	☒			

介護保険サービスの利用実績

平成23年3月に利用した介護保険サービスの状況について、該当するものに○をつけてください。
また、平成23年3月に利用した居宅介護サービスの給付計画単位数の合計を記載してください。

平成23年3月医療保険サービス利用実績					
通院	週2以上	☐	入院	あり	☐
	週1程度	☐		なし	☒
	月1～2回程度	☒			
	なし	☐			
訪問診療	週2以上	☐			
	週1程度	☐			
	月1～2回程度	☐			
	なし	☒			
平成23年3月介護保険外サービス利用実績					
いきいきサロン等	週2以上	☐	移送サービス	週2以上	☐
	週1程度	☐		週1程度	☒
	なし	☒		なし	☐
配食関連サービス	週2以上	☐	寝具の洗濯・乾燥等	週2以上	☐
	週1程度	☒		週1程度	☐
	なし	☐		なし	☒
外出・買い物の同行	週2以上	☐	緊急通報事業	あり	☐
	週1程度	☐		なし	☒
	なし	☒			
見守り・相談	週2以上	☐			
	週1程度	☒			
	なし	☐			

医療保険サービスの利用実績

平成23年3月に利用した医療保険サービスの状況について、該当するものに○をつけてください。

介護保険外サービスの利用実績

平成23年3月に利用した介護保険外サービスの利用状況について、該当するものに○をつけてください。
都道府県、市町村で実施されている地域支援事業等によるサービスは、ここに記載してください。

【様式4】 訪問介護事業所票

○（介護予防）訪問介護事業所の開設者

1. 地方公共団体 2. 社会福祉法人 3. 医療法人 4. 営利法人 5. NPO法人 6. その他

○ 介護予防訪問介護の報酬区分（要支援1・2の者）

1. 介護予防訪問介護費（Ⅰ） 2. 介護予防訪問介護費（Ⅱ） 3. 介護予防訪問介護費（Ⅲ）

○（介護予防）訪問介護費の算出（各別）

行為の内容	3月に提供したサービスについて、行為ごとの合計時間（分）		1 回当たり 提供時間 （平均）	サービス 提供 開始年月	3月に行った訪問回数を記入してください。 〈記入例〉 3月に4回訪問→身体介護合計4回、生活援助1回、排泄・食事介助1回、清拭・入浴・身体整容1回、体位変換・移動・移乗介助1回、起床・就寝介助1回、服薬介助1回、自立生活支援のための見守りの援助1回、その他（ ）1回				提供しているサービスの各行為は、訪問介護計画で定めた目標及び課題のうち、何に基づいて行っているか、該当する項目を○で記入してください。										
	提供時間（分）	提供回数（回）			身体介護	生活援助	排泄・食事介助	清拭・入浴・身体整容	体位変換・移動・移乗介助	起床・就寝介助	服薬介助	自立生活支援のための見守りの援助	その他（ ）	閉じこもり予防	認知症予防	うつ予防	生活行為向上※	家族等の要望	特に定めていない
身体介護	60	4	25																
サービス準備・記録等	10	4	5	H 22. 4															
排泄・食事介助			0																
清拭・入浴、身体整容			0																
体位変換、移動・移乗介助、外出介助			0																
起床・就寝介助			0																
服薬介助	20	4	5	H 23. 1												○			
自立生活支援のための見守りの援助	30	2	15	H 22. 4												○			
その他（ ）			0																
生活援助	380	4	132. 5																
サービス準備等	10	4	2. 5	H 22. 4															
掃除	160	4	40	H 22. 4													○		
洗濯	60	2	30	H 22. 4												○			
ベッドメイク			0																
衣類の整理・被服の補修			0																
一般的な調理、配下膳	120	4	30														○		
買い物・薬の受け取り	30	1	30	H 23. 1												○			
その他（ ）			0																
通院等乗降介助（要介護１～５のみ）			0																

（注）提供回数について、例えば、1回の訪問で、掃除と洗濯を行った場合、洗濯に「1」、掃除に「1」、と記載し、合計及び生活援助の欄には「1」と記載（それぞれ合算しない。）してください。

※「生活行為向上」とは、本人とヘルパーが共同で調理や掃除を行うことによって、本人ができるようになること

上の表で「身体介護」の「自立支援のための見守りの援助」を選択した場合、具体的な内容を記載してください。

事業所の開設者に該当する番号を記入してください

2

（番号を記入してください）

報酬区分に該当する番号

1

（番号を記入してください）