

エ 「友人・地域との交流」欄

友人や地域との交流頻度や方法、内容をできるだけ具体的に記載する。

(5) 「現病歴・既往歴と経過」について

主治医意見書からの情報や、主治医、本人・家族からの聴取をもとに、本人の主な既往歴と治療・服薬の状況、並びに現在の状況に関連するものを記載する。新しいものから順に記載する。特に高血圧や糖尿病等、生活習慣病の既往がある場合は、生活習慣病発症及び重症化予防の視点から、治療の有無（服薬中、中断等）に留意して聴取する。また、健康診査やがん検診の受診の有無を聴取し、未受診の場合は受診勧奨をする。

服薬等の治療を受けている場合は、「経過」の欄の「治療中」を選び、「治療中の内容や備考」欄に内服中の記載や、内服薬の記載等をする。治療は受けていないが受診だけはしている場合は、「経過観察中」を選ぶ。また、わかる範囲で手術歴も記載する。

主治医意見書を記載した医療機関または医師には☆印をつける。

(6) 「現在利用しているサービス」について

本人が現在利用している支援、サービス種別と利用頻度について記載する。

総合事業のサービス・そのほかの行政が行う一般施策による事業と、ボランティアや友人などによって行われるインフォーマルサービスを分けて記載する。1日の過ごし方で記載されていない家族の支援も記載する。

(7) 「個人情報の第三者提供に関する同意」について

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者本人の状況を把握する必要があるときは、個人に関する記録を、総合事業における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、権利擁護センター、成年後見センター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、同意を得る。

(8) 「家族同意が必要な個人情報の使用」について

介護予防サービス・支援計画表①～③の作成、サービス担当者会議、介護支援専門員や事業者間での連絡調整、本人の状況に応じた適切な介護・福祉サービス提供を行うための調整に、緊急連絡先、家族の個人情報等を利用する場合は、あらかじめ家族から個人情報使用同意書にて同意を得る（家族の同席がなく、直接同意が得られない場合は個人情報使用同意書の郵送等で対応可）。



～ 利用者基本情報の内容に訂正・加筆の必要性が発生した場合 ～

- ・当初作成した「利用者基本情報」に見え消しや追記を行う。
その場合、修正・追記を行った日付、記録者の押印または自署が必要。
- ・その際に改めて利用者の署名、捺印等をもらう必要はない。
- ・更新時には作り直し、利用者の署名、捺印をもらう。
※捺印については、署名が自署である場合は必須ではない。

<参照>北九州市版 介護予防サービス・支援計画作成マニュアル
<http://www.city.kitakyushu.lg.jp/files/000755140.pdf>
<http://www.city.kitakyushu.lg.jp/files/000755141.pdf>

利用者基本情報（表面）

作成担当者：
 所属名：
 電話番号：

《基本情報》

作成日	()		本人の状況	()	
フリガナ 本人氏名	性別	生年月日			○ 才
住所			電話		
			携帯		
相談者氏名	住所				
	続柄		電話		
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			
介護保険 認定情報	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 認定済 (年 月 日) (認定日 R 年 月 日)		認定結果	(有効期間)R 年 月 日 ~ R 年 月 日	
	被保険者番号 ()		地域包括支援センター ()		
障害等認定 (手帳有・無)	等級等：	障害名：	等級等：	障害名：	
その他	特定疾患・被爆・受給者証等の情報				
本人の 住居環境	※自宅周辺の環境（坂、階段等の状況）				
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	連絡先	家族構成 ◎ 回 =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）
その他 連絡先					家族構成
家族関係等					
健康保険 種類	その他 (本・家)		経済状況	その他	

《相談内容と対応》

相談経路			他機関での 相談状況		
相談内容					
対 応	(回目)				
	相談継続 備考	次回予約日：あり	月 日 ()	時 / ・なし	担当：

利用者基本情報（裏面）

《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)	本人の1日の生活の過ごし方		
	時間	本人	介護者・家族
趣味・楽しみ・特技		友人・地域との交流	

《現病歴・既往歴と経過》（現在の状況に関連するものまた主疾患について、新しいものから順に書く）

発病・治療開始日	病名	医療機関・医師名 (主治医及び意見作成者に☆)	経過	治療中の内容や備考
年 月 日		Tel		
年 月 日		Tel		
年 月 日		Tel		
年 月 日		Tel		

《現在利用しているサービス》

介護保険サービス（事業者名）	介護保険外サービス
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 個人情報使用同意書(次頁参照)にて本人や家族に同意を得た場合は、署名の必要はない。 ※ただし、個人情報使用同意書にて同意を得た旨を記載する。 (記載例)別途個人情報使用同意書あり </div>
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、トシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス見センター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となります。	
令和 年 月 日 氏名	(例) 別途個人情報使用同意書あり

※【家族の同意が必要な個人情報の使用について】

介護予防支援（ケアマネジメント）契約書 第9条に規定する個人情報の使用について同意します。

令和 年 月 日 氏名

介護予防支援・介護予防支援事業（ケアマネジメント）契約における 個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより使用することに同意します。

記

1 使用する目的

利用者のための介護予防支援計画の作成（変更）及びこれに沿った円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員や事業者及び関係機関との連絡調整等において必要な場合

2 使用する事業者等の範囲

地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者、指定居宅サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、介護保険施設の関係者又は主治医や医療機関の担当者、並びに介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な地域の行政機関や民生委員などの関係機関（団体）の担当者（利用者の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な関係者に限る）

3 使用する期間

年 月 日から契約終了日まで

4 条 件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 緊急を要すると判断した場合は、必要最低限の個人情報を上記以外の者に提供することもある。その場合は、相手方に対して、関係者以外の者に漏れることのないよう厳重に注意を促すこと。
- (3) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

年 月 日

事業者 北九州市（地域包括支援センター〇〇〇）様

受託事業者 _____ 様

(利用者) 住所 _____

氏名 _____

(利用者の家族) 住所 _____

氏名 _____