

大田市
介護予防ケアマネジメントマニュアル



大田市マスコットキャラクターらとちゃん

©2012 大田市 らとちゃん K567

2024年3月

大田市 介護保険課

もくじ

第1章 総合事業の概要

1. 介護予防・日常生活支援総合事業とは・・・・・・・・・・ 1
2. 事業対象者の選定・・・・・・・・・・ 1
3. 事業対象者の有効期間・・・・・・・・・・ 1

第2章 ケアマネジメントの流れ

1. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方・・・・・・・・ 2
2. 介護予防ケアマネジメントの種類・・・・・・・・・・ 2
3. 実施主体・・・・・・・・・・ 3
4. 介護予防ケアマネジメントと介護予防支援の違い・・・・・・・・ 3
5. 契約の締結と居宅届・・・・・・・・・・ 3
6. アセスメントの実施・・・・・・・・・・ 4
7. 介護予防支援計画表（原案）及び評価表の作成・・・・・・・・ 4
8. サービス担当者会議の開催・・・・・・・・・・ 5
9. モニタリングの実施・・・・・・・・・・ 5
10. 給付管理・・・・・・・・・・ 6
11. 評価・・・・・・・・・・ 6
12. 区分支給限度額変更申請・・・・・・・・・・ 6
13. 変更申請・・・・・・・・・・ 7
14. 事業対象者の申請・・・・・・・・・・ 8
15. 住所地特例・・・・・・・・・・ 8
16. 生活保護受給者のサービス利用・・・・・・・・・・ 8
17. 地域ケア会議「個別会議・自立支援サポート会議」・・・・・・・・ 9
18. 要支援者・事業対象者の更新時等の取り扱い・・・・・・・・ 9

第3章 介護予防・生活支援サービス事業(総合事業)の概要

1. 訪問型サービス・・・・・・・・・・ 10
2. 通所型サービス・・・・・・・・・・ 10

<資料> 介護予防ケアマネジメント関連書式

第1章 総合事業の概要について

1. 介護予防・日常生活支援総合事業とは

介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）は、市町村が中心になって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域のささえあいの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援を可能とすることを旨とするものです。

介護保険法の改正に伴い、要支援1・2の方が利用していた予防給付の訪問介護・通所介護サービスが、市町村が実施する地域支援事業の介護予防・生活支援サービス事業に、市では平成29年4月から順次移行しました。

2. 事業対象者の選定

以下のいずれも該当する方

- 1) 65歳以上の方
- 2) 要介護認定の更新時に要支援1・2の方で総合事業（訪問型サービス・通所型サービス）のみを利用している方で、予防給付利用の見込のない方
- 3) 基本チェックリストで「該当」となる方

3. 事業対象者の有効期限

事業対象者の有効期限はありません。

年1回の支援計画の評価の際に、基本チェックリストで「非該当」となれば、事業対象者から外れるため、介護保険課に連絡してください。

第2章 ケアマネジメントの流れ

1. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ、遅らせる」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものです。

高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし医療や介護、生活支援等を必要とする状態になっても、住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取り組みを行うことが重要となります。

総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することが、結果として介護予防につながるという視点からも利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのみならず、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善のほか、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要となります。

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

2. 介護予防ケアマネジメントの類型

市では、ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）を実施します。

現行の予防給付に対する介護予防支援業務と同様に、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定します。

利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも、3か月に1回行い、利用者の状況に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく必要があります。

3. 実施主体

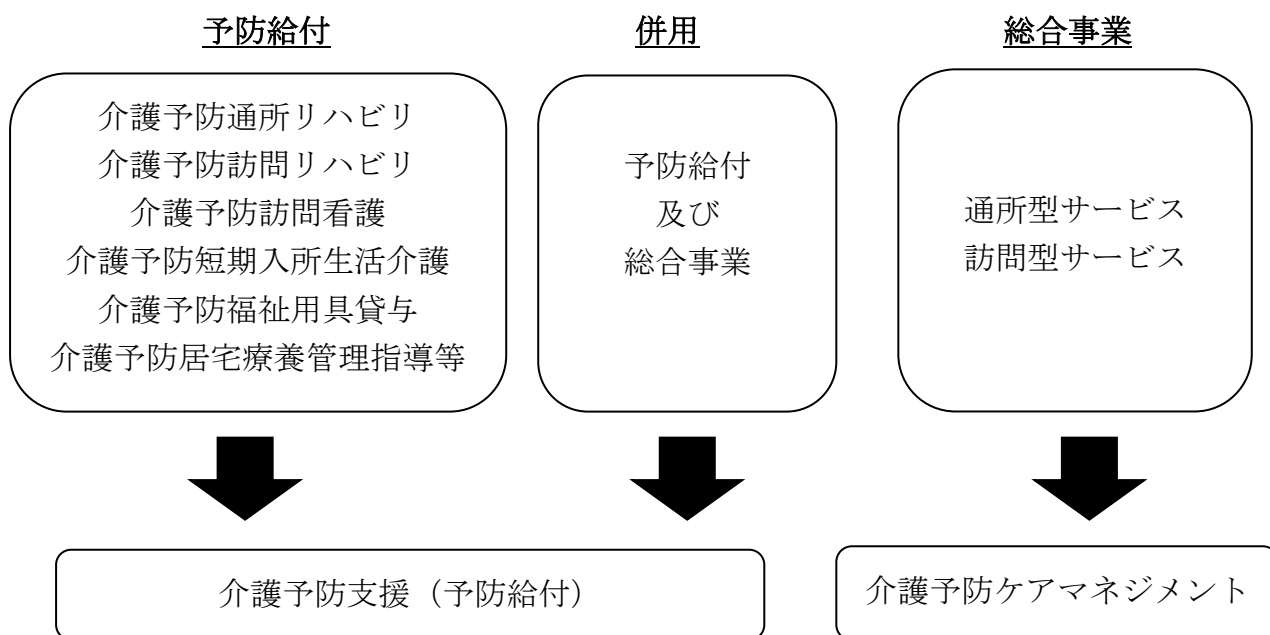
介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが行います。また、指定居宅介護支援事業所に一部を委託して行います。

介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、地域包括支援センターの実施件数、指定居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けていません。(介護予防ケアマネジメントの受託件数については、居宅介護支援費の逓減制には含まれないため、居宅介護支援費の区分を決める取扱件数から除外できます。)

※介護予防給付にかかる「介護予防支援」については、1/3換算で逓減制の対象となりますのでご注意ください。

4. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント

対象者：事業対象者、要支援1、要支援2



5. 契約の締結と居宅届

大田市地域包括支援センターと利用者との契約が必要です。契約締結後、「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を市へ提出します。委託の場合は、その後居宅介護支援事業所へ情報提供を行います。

契約日は原則当日とします。(場合によってはサービス利用開始日に遡り、契約日を記入する。要介護から要支援になった場合は、要支援の認定の有効期間開始日が契約日となります。)

認定結果が出る前にサービスが必要な場合は、保険者とよく相談の上、介護予防ケアマネジメントとしてプラン作成をされる場合、地域包括支援センターへご連絡ください。

6. アセスメントの実施

<関係書類等>

- ・利用者基本情報（様式1）
- ・基本チェックリスト（様式2）
- ・大田市介護予防アセスメントシート（様式3）
- ※必要に応じて 大田市課題整理総括表（様式4）
興味関心チェックシート（様式5）

【アセスメントのポイント】

- 1) 生活機能の低下などによる日常生活を営む上での困難さに着目し、その背景や原因及び課題を抽出、分析する。
- 2) 対象者の身体機能のみならず、どのような暮らしを望むのか、どうなりたいのか、対象者の強みやこだわりにも着目する。あわせて家庭内や地域での関係性なども把握する。
- 3) 興味関心チェックシートや課題整理総括表なども有効に活用する。
- 4) 新規認定時のみならず認定更新時及びケアプラン（大田市介護予防サービス・支援計画表）変更時にも実施する。

7. 介護予防支援計画表（原案）及び評価表の作成

<関係書類等>

- ・大田市介護予防サービス・支援計画表（様式6）
- ・大田市介護予防支援・サービス評価表（様式7）

【介護予防支援計画表等作成のポイント】

- 1) 計画の期間は原則、1年とする。
- 2) 対象者の主体性を尊重し日常生活における課題の解決、自立支援に資する具体的な目標と期間を定める。
- 3) 介護予防支援計画表は対象者との合意した内容に基づき作成する。
- 4) 介護予防支援計画表に位置付けるサービス種別や内容については、介護予防・生活支援サービス(総合事業)や一般介護予防サービスだけでなく、インフォーマルサービスも位置づける。

- 5) 評価については、介護予防支援計画表に位置付けられた期間を経て、状況の見直しを実施する。

※介護予防サービス・支援計画表の作成にあたっては大田市では介護予防支援（予防給付）及び介護予防ケアマネジメント（総合事業）ともに「大田市介護予防サービス・支援計画表及び大田市介護予防支援・サービス評価表」を使用する。

8. サービス担当者会議の開催

<関係書類等>

- ・大田市介護予防サービス・支援計画表
- ・大田市介護予防支援・サービス評価表
- ・介護予防支援経過記録（様式8）
- ・サービス担当者会議録（様式9）

【サービス担当者会議のポイント】

- 1) サービス担当者会議は原則、自宅で開催する。対象者等の事情によっては開催場所等の変更を考慮する。
- 2) サービス担当者会議への参加者は本人、家族等や主治医、サービス提供事業者、必要に応じて民生委員や地域住民、関係機関等の参加も依頼する。
- 3) 介護予防サービス・支援計画表（原案）について説明し、意見等を集約、必要な修正や追加を加え介護予防支援計画を決定する。
- 4) 介護予防サービス・支援計画表に位置付けた目標は、計画終了時に目標の達成度などの評価を行うことを確認しておく。
- 5) サービス担当者会議にて決定した介護予防サービス・支援計画表に署名（自署できない場合は代理人に記入していただき押印）をもらい、サービス提供事業者等に交付する。（原本は包括にて保管する。）
- 6) サービス担当者会議の記録は、サービス担当者会議録もしくは介護予防支援経過記録に記載する。

9. モニタリングの実施

<関係書類>

- ・大田市介護予防支援・サービス評価表
- ・介護予防支援経過記録

【モニタリングのポイント】

- 1) 介護予防サービス・支援計画表に位置付けられたサービスが適切に提供されているか、対象者及び家族等がサービスに対して満足しているか、新たな課題が発生していないかなど確認する。
- 2) サービス事業所からの月々の報告書はモニタリングの参考とするが、対象者への実際のモニタリングは下記の通り実施する。

介護予防ケアマネジメントと介護予防支援の違い

介護予防ケアマネジメント (総合事業)	介護予防支援 (予防給付)
3ヶ月に1回、場所は問わず本人面接する。	3ヶ月に1回自宅へ訪問し面接する。
モニタリングは3ヶ月に1回は実施し、結果を介護予防支援経過記録に記録する。	モニタリングは毎月1回実施し、結果を介護予防支援経過記録に記録する。
モニタリングは3ヶ月に1回と簡素化されている為、状況の悪化を見逃さないよう配慮が必要。	自宅へ訪問しない月はサービス事業所等へ訪問し直接面接する。諸事情により面接ができない時は電話等で状況の確認を行う。

10. 給付管理

【実績処理のポイント】

- 1) 各サービス事業所からの実績をもとにサービス提供票 (実績) を作成する。
- 2) 実績を入力する際は区分支給限度額が超過していないか等を確認する。
通所型サービス、訪問型サービスの給付制限はありません。

11. 評価

<関係書類>

- ・大田市介護予防支援・サービス評価表
- ・介護予防支援経過記録

【評価のポイント】

- 1) 評価は目標の設定期間終了時及び計画変更時に目標の達成状況等について評価する。
- 2) 評価は大田市介護予防支援・サービス評価表に記載する。

12. 区分支給限度額変更申請

<関係書類>

- ・事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書
- ・介護保険被保険者証
- ・大田市介護予防アセスメントシート
- ・大田市介護予防サービス・支援計画表

【区分変更申請のポイント】

事業対象者の区分支給限度額は要支援1相当が適用されるが、本人の自立支援に資すると介護予防ケアマネジメントにおいて判断される場合は、要支援2相当までの区分支給限度額が適用される。必要と判断する場合は、介護保険課へ申請する。

なお、区分支給限度額の有効期間はケアプランの有効期間となります。

13. 変更申請

<関係書類>

- ・保健福祉連絡表（様式10）
- ・介護保険被保険者証
- ・介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

【変更申請等のポイント】

- 1) 保健福祉連絡表に介護の手間がどの程度増えているのか記載し、介護保険被保険者証、区分変更申請書とあわせて介護保険認定係へ提出する。
- 2) 変更申請に当たっては対象者が急性期の状況でないか、2段階程度状態が変化しているかなどを確認する。
- 3) 変更申請を行う場合は主任介護支援専門員に相談し協議の上、介護保険認定係へ提出する。
- 4) 事業対象者の方が、状態変化等により介護予防サービスを使う場合、新規申請が必要です。

※基準緩和型訪問型サービスAについては、要介護1～5の方は対象外です。暫定プランの場合、訪問型サービス又は訪問介護での対応が必要です。

14. 事業対象者の申請

認定の更新時に事業対象者で申請する場合は、基本チェックリストを行

い、介護保険被保険者証と共に、介護保険課に提出する。
 なお、総合事業の給付制限はありません。

15. 住所地特例者

- ・住所地特例対象者の要介護認定及び要支援認定は、転入前の住所がある市町村の保険者が行う。
- ・住所地特例対象者に対する介護予防ケアマネジメントは、施設の所在する市町村の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)が行う。
- ・住所地特例対象者は居住する施設の所在する市町村の総合事業を利用する。

16. 生活保護受給者のサービス利用

サービス利用にあたり、生活保護担当者と相談を行う。作成した大田市介護予防サービス・支援計画表(写)と、介護保険被保険者証(写)を、地域福祉課に提出する。

利用月の前月に、介護支援専門員より利用票を地域福祉課へ提出する。

17. 地域ケア会議「個別会議・自立支援サポート会議」

地域ケア会議「個別会議・自立支援サポート会議」は、多様な専門職が協働し、個別ケースの支援内容の検討を行い、地域の介護支援専門員等を対象に、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援を行う。

開催頻度	原則、月2回
開催会場	大田老人福祉センター4階他
参加者	<ul style="list-style-type: none"> ・事例提供者(介護支援専門員) ・主任介護支援専門員 ・作業療法士 ・歯科衛生士 ・その他専門職 ・保健師 ・理学療法士 ・管理栄養士 ・サービス事業者等 ・社会福祉士 ・薬剤師 ※介護支援専門員等の聴講可能

18. 要支援者・事業対象者の更新時等の取り扱い

	提出書類
要支援 ⇒ 事業対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・事業対象者申請用基本チェックリスト（様式 11） ・介護保険被保険者証 （被保険者証がない場合は、返還不能届及び委任状を提出）
事業対象者 ⇒ 要支援	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険申請書 ・介護保険被保険者証 （被保険者証がない場合は、返還不能届及び委任状を提出） ・保健福祉連絡表 ※要介護認定は申請日に遡って認定有効期間が開始
事業対象者 ⇒ 事業対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・支援計画の評価表 ・基本チェックリスト ※「非該当」の場合は、対象外となるため、介護保険課に連絡

第3章 介護予防・生活支援サービス事業（総合事業）の概要

[対象者] 事業対象者、要支援 1、要支援 2

1. 訪問型サービス

	訪問型サービス（現行相当）	訪問型サービス A
内容	<身体介護及び生活援助> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴や排せつ、食事等における身体介護 ・買い物や調理などの生活援助 	<生活援助のみ> <ul style="list-style-type: none"> ・掃除、洗濯 ・ごみの分別やごみだし ・買い物や調理
想定する対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・身体介護を要する者 ・精神疾患や認知機能低下がある者 ・身体障がい者手帳 2 級以上の者 ・難病を抱える者 	<ul style="list-style-type: none"> ・病状が安定しており、身体介護は必要ないが、家事等の生活援助が必要な者
提供する人	訪問介護事業所のホームヘルパー	訪問介護事業所のホームヘルパーや大田市指定の従事者研修の修了者

2. 通所型サービス

	通所型サービス
内容	デイサービスセンターに通って食事や入浴などの生活支援や運動器などの機能訓練を受けることができる。 (事業所によって、選択できるサービスは異なる。)
提供する人	通所介護事業所の職員

<資料> 介護予防ケアマネジメント関連書式

- ・(様式1) 利用者基本情報
- ・(様式2) 基本チェックリスト
- ・(様式3) 大田市介護予防アセスメントシート
- ・(様式4) 必要に応じて大田市課題整理総括表
- ・(様式5) 興味関心チェックシート
- ・(様式6) 大田市介護予防サービス・支援計画表
- ・(様式7) 大田市介護予防支援・サービス評価表
- ・(様式8) 介護予防支援経過記録
- ・(様式9) サービス担当者会議録
- ・(様式10) 保健福祉連絡表
- ・(様式11) 事業対象者申請用基本チェックリスト

利用者基本情報

様式1

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	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			
【キーパーソン】 氏 名			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		続柄		
連 絡 先				
緊急連絡先	氏名	続柄		住所連絡先
エコマップ			家屋の間取り	

基本チェックリスト

氏名

殿

No.	質問項目	回答	
		(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
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
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	0.いいえ	1.はい
10	転倒に対する不安は大きいですか	0.いいえ	1.はい
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	0.いいえ	1.はい
12	身長 c m 体重 kg (BMI=)(注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	0.いいえ	1.はい
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	0.いいえ	1.はい
15	口の渇きが気になりますか	0.いいえ	1.はい
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	0.いいえ	1.はい
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	0.いいえ	1.はい
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	0.いいえ	1.はい
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	0.いいえ	1.はい
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	0.いいえ	1.はい
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	0.いいえ	1.はい
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	0.いいえ	1.はい
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	0.いいえ	1.はい

(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。

4. 健康管理について	
体調は安定していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 問題はあるが治療は受けていない
	かかりつけ医： 通院回数： 回／月
	治療中の病名：
	その他医療機関名・医師名： 通院回数： 回／月
	治療中の病名：
	(特記事項)
服薬内容について	(薬の内容)
	(薬の管理方法) <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> その他()
口腔衛生・口腔管理について	<input type="checkbox"/> 問題なし (総義歯・部分義歯) <input type="checkbox"/> 問題あり (義歯・口腔内・舌)
	<input type="checkbox"/> かかりつけ歯科医…
食事・水分・排泄について	食事 回／日
	食事内容: 常食・刻み食・ミキサー食・その他治療食等()
	1日の水分摂取量… cc／日
	排尿 回／日 <input type="checkbox"/> 失禁等
	排便 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 便秘… 回／日 <input type="checkbox"/> 薬の服用… 回／日
視力・聴力について	<input type="checkbox"/> 問題なし (眼鏡・補聴器等の有無) <input type="checkbox"/> 問題あり
物忘れが気になりますか	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あるが日常生活に問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
心配や不安などこころの不調を感じることがありますか	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
喫煙や飲酒の習慣がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 喫煙… 本／日 <input type="checkbox"/> 飲酒 (酒・ビール)… cc・合／日
夜はよく眠れていますか	<input type="checkbox"/> 問題なし(睡眠時間: 時～ 時まで) <input type="checkbox"/> 問題あり
(健康管理についての本人、家族の意向)	
(課題分析総括)	

大田市介護予防アセスメントシート

利用者名	生 年 月 日	年 齡	アセスメント実施日	記入者名
	年 月 日	歳	年 月 日	

【アセスメント項目】

1. 運動、移動について	
屋内を問題なく歩けますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ…手すり・杖・歩行器・その他
屋外を問題なく歩けますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ…手すり・杖・歩行器・その他
足や腰の痛みはないですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この1年間に転倒したことがありますか	<input type="checkbox"/> (自宅内・自宅外) <input type="checkbox"/> いいえ
何も掴まらずに段差や階段を昇降できますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
体操や散歩など身体を動かす機会(運動)がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
外出は一人でできますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ…手すり・杖・歩行器・その他
外出の手段は何ですか	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車・自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 電車・汽車 <input type="checkbox"/> その他()
更衣・入浴動作などに問題はないですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(更衣・入浴動作)
排泄動作(排尿・排便)に問題はないですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(排尿・排便)
(運動移動について本人、家族の意向)	
(課題分析総括)	

※網かけ部分は基本チェックリストに対応している。

2. 日常生活(家庭生活について)	
買物(食材・日用品等)をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ…家族・宅配・その他
預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ…家族・その他()
書類の管理や契約等を行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ…家族・その他()
毎日献立を考えて調理していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ…家族・配食・その他
栄養のバランスは適切ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 偏っている
食器洗いや片づけをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ…家族・その他()
掃除を行っていますか ※いいえを選択した場合、掃除を手伝って貰えばできますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ…家族・その他()
ゴミ出しを行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ…家族・その他()
洗濯や物干しを行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ…家族・その他()
花木やペットなどの世話をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
田畑の仕事をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
季節や目的に合わせて着る物や履物を自分で考えていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
新聞やテレビなど社会の出来事に関心がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(日常生活について本人、家族の意向)	

(課題分析総括)	

3. 社会参加、対人関係、コミュニケーションについて

昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ…週 回
外出の目的は何ですか	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 介護保険サービス()
交通の便は良いですか	<input type="checkbox"/> 便利 <input type="checkbox"/> 不便
目の見えにくさや聞こえにくさがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
自分の事を伝えることができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
家族とよく話しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
1日を誰と多く過ごしますか	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> ほとんど一人で過ごす
近所の方や知人、友人等との交流がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
趣味や楽しみ、好きなことがありますか (現在、過去を問わず)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(社会参加、対人関係、コミュニケーションについての本人、家族の意向)	
<hr/> <hr/> <hr/>	
(課題分析総括)	
<hr/> <hr/> <hr/>	

5. その他	
居住環境について	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり… 玄関・階段・廊下・トイレ・浴室・自室内
経済状況について	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
家族関係・介護力について	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
緊急時の対応について	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
人生観や価値観、自ら望むこと大切にしていること遠慮したいことなど	
(その他について本人、家族の意向)	
(課題分析総括)	

メモ

大田市課題整理総括表

様式4

利用者名

作成日

年 月 日

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③	本人、家族の生活に対する意向	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	順位
		④	⑤	⑥			
項 目		介助等の状況		阻害要因及び現状の支援内容等	今後の支援、見通し	改善/維持の可能性	
A D L	起居動作	寝返り・起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
		座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
	移動	室内移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
		屋外移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
	食事	食事内容	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
		食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
	排泄	排尿・排便	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
		排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
	口腔	口腔衛生	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
		口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
	入浴	洗身・洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
		着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
	健康管理	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
		通院	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
褥瘡など皮膚の問題		<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化			
睡眠	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化			
I A D L	調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		
	掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		
	物品の管理・整理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		
	買物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		
C A D L	趣味・楽しみ	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		
	人間関係	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		
	役割	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		
社会との関わり		<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		
意 思 疎 通 ・ 認 知 力 ・ 意 欲	認知	理解力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
		見当識	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
		記憶力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
	コミュニケーション	見る	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
		聴く	<input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
		話す	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
		書く	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化	
	行動・心理症状	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		
意欲	<input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化			
居 住 環 境	居室	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		
	屋内(トイレ・浴室・廊下等)	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		
	屋外	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		
家 族	家族関係	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		
	介護力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		
	家事力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 悪化		

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				賃金を伴う仕事			
(町内会・老人クラブ)				旅行・温泉			
お参り・宗教活動							

大田市介護予防サービス・支援計画表

様式6

被保険者番号	<input type="checkbox"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2			認定日	年 月 日	認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日
利用者氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日 歳	事業所名	<input type="checkbox"/> 大田市地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 委託	
利用者住所						TEL:()	
目標(ゴール)					担当者名	作成日	年 月 日
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目 標			期 間	セルフケアや家族支援、サービス種類・具体策(留意点)		利用先(事業所名等)

基本チェックリスト							
<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 栄養	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 閉じこもり	<input type="checkbox"/> 物忘れ	<input type="checkbox"/> 心の健康	<input type="checkbox"/> 生活全般	<input type="checkbox"/> 全体
/5	/2	/3	/2	/3	/5	/20	/25

主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

--

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 _____

大田市地域包括支援センター (0854) 83-7766

【確認印】	
-------	--

大田市介護予防支援・サービス評価表

様式7

被保険者番号 _____

認定有効期間 _____年 ____月 ____日 ~ _____年 ____月 ____日

利用者氏名 _____ 殿

計画作成者氏名 _____

課 題(ニーズ)	目 標(中間)	※結果	自己評価 (利用者満足度・コメント)	ケアマネジメント評価 (評価日 年 月 日) (改善・維持・向上・悪化の状況、見直しを要する理由等)
課 題(ニーズ)	目 標(最終)	※結果	自己評価 (利用者満足度・コメント)	ケアマネジメント評価 (評価日 年 月 日) (改善・維持・向上・悪化の状況、見直しを要する理由等)

※結果 目標の達成度合いを4段階で記入する。〔◎:目標は予想を上回って達成された、○:目標は達成された(再アセスメントを実施し新たに目標設定する)、△:目標は達成可能だが期間の延長を要する、×1:目標達成は困難であり見直しを要する、×2:目標だけでなく目標(ゴール)の達成も困難であり見直しを要する〕

【今後の方針】

1.プラン終了
 2.プラン継続 [総合事業 予防給付 その他]
 3.プラン変更
 4.その他 [入院 転出 中止 死亡]

備考:

介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

様式8

様

計画作成者氏名

年 月 日	内 容	年 月 日	内 容

※ 1 介護予防支援経過は、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。

サービス担当者会議の要点

様式9

利用者名 _____

居宅サービス計画作成者（担当者）氏名 _____

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____ 回

会議出席者	所 属（職種）	氏 名	所 属（職種）	氏 名	所 属（職種）	氏 名
検討した項目						
検討内容						
結 論						
残された課題 (次回の開催時期)						

保健福祉連絡表

※(電話・FAX・来所・訪問)

受付日： 年 月 日() 時間(:) 所属： 受付者：

※相談区分 介護保険 介護相談 認知症 虐待・権利擁護 苦情 その他()

1.【基本情報】

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄：)	相談者名	住所
	<input type="checkbox"/> その他()		連絡先

被保番	要介護度	【家族状況】
対象者名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	☆キーパーソン <input type="checkbox"/> 同居家族を囲む
生年月日	年 月 日 (歳)	ジエノは、左に男性= <input type="checkbox"/> 女性= <input type="checkbox"/> 、ケースは二重、左側から第1子の記入
住所	自治会()	
連絡先		
家族状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 同居()	
在宅・入院	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中(医療機関： 病院・医院)	
主な疾患・既往歴		
主治医		

2.【現在の状況】

食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動(歩行)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	更衣(整容)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	もの忘れ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	生活全般	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ゴミ出し <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> その他()
介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護				
障がいサービス	<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設				
民間サービス等	サービス内容： 医療サービス サービス内容：				
民間サービス等	<input type="checkbox"/> 宅配弁当 <input type="checkbox"/> 移動販売車 <input type="checkbox"/> 有料ヘルパー等 <input type="checkbox"/> 通いの場・サロン活動 <input type="checkbox"/> 介護保険外施設(<input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> サ高住 <input type="checkbox"/> 高専賃)				

3.【相談内容：目的】

相談内容	目的：

4.【対応結果】

<input type="checkbox"/> 申請受付	<input type="checkbox"/> 要訪問	<input type="checkbox"/> 相談のみ	要因：	原因：	疾患名：
-------------------------------	------------------------------	-------------------------------	-----	-----	------

※ 上記の内容について相談対応目的以外の使用はしないことを説明した。(はい・いいえ)

事業対象者申請用 基本チェックリスト

様式11

受付者：市・包括・居宅

被保険者番号() 記入日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日生	電話番号	()
対象者氏名					
住 所	大田市	性別	男・女	記入者	本人・その他
実施場所	包括・自宅・その他()・市窓口	要介護(要支援)認定申請		あり	なし

あなたは、ご自分で健康だと思いますか？ あてはまるものに○をしてください。

1)とても健康である 2)まあまあ健康である 3)ふつう 4)あまり健康でない 5)健康でない

No.	質問項目	いずれかに○をお付けください		1. の数
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	
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	
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2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	
12	BMIが18.5未満である ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 身長 cm 体重 kg BMI ()			
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	
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	
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	
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	
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	

※事務処理欄	区分	全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ	大田市調査	判 定
	No.	1～20	6～10	11～12	13～15	16～17	18～20	21～25		
	判定基準		10点以上	3点以上	2点全て	2点以上	No.16に該当	1点以上	2点以上	
該当項目(○をずる)										□一般介護予防事業 □要介護(支援) 認定申請

2019年3月 初版

2020年3月 改訂

2022年3月 改訂

2024年3月 改訂