

介護予防支援（介護予防サービス計画作成等）
第1号介護予防支援（介護予防ケアプラン作成等）
業務マニュアル
(資料)

1. 介護相談受付シート 資料 1
介護相談受付シート（記入例） 資料 2
2. 基本チェックリストの考え方 資料 3
基本チェックリスト 資料 4
基本チェックリスト（記入例） 資料 5
3. 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン作成記載の留意点 資料 6
4. アセスメントシートを実施する上での留意点 資料 7
柏原市版総合事業アセスメントシート 資料 8
想定されるサービス・活動の例 資料 9
5. 興味・関心チェックシート 資料 10
6. 介護予防支援及び第1号介護予防支援計画作成委託料請求書 資料 11
介護予防支援及び第1号介護予防支援計画作成委託料請求書（記入例） . 資料 12
8. 介護予防支援及び第1号介護予防支援計画作成委託料請求内訳書兼実績報告書
. 資料 13
介護予防支援及び第1号介護予防支援計画作成委託料請求内訳書兼実績報告書
（記入例）
. 資料 14
9. 介護予防サービス計画及び介護予防ケアプラン評価表の記載の留意点 . 資料 15

介護相談受付シート

記入日：平成 年 月 日 ()

市・包括・事業所 ()

記入者 ()

どなたのご相談ですか。(本人・家族・その他)

対象者氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	(40～65歳以下の場合(職継続)→要介護認定申請へ)	
《結果》基本チェックリスト実施対象者の場合のみ記入			
住 所		電話番号	— —
本人以外への連絡を希望する場合	氏名：	続柄：	連絡先：

1. 窓口にご相談に来られた理由は何ですか。

<input type="checkbox"/> 足腰が弱くなってきた	<input type="checkbox"/> 使いたいサービスがある	<input type="checkbox"/> 医師に勧められた(入院中)
<input type="checkbox"/> 家族・友人等に勧められた	<input type="checkbox"/> 要支援認定更新	<input type="checkbox"/> 要介護認定更新
<input type="checkbox"/> 医師に勧められた(外来通院中)		
設問2へ		要介護認定申請へ

2. あなたが利用を希望されるサービスはありますか。すでに利用しているサービスを含む)

訪問介護・通所介護	通所リハビリ・訪問看護・福祉用具・住宅改修 ショートステイ・施設入所
設問3へ	要介護認定申請

3. あなたの生活状況を教えてください。

買い物や病院に行くときに、誰かに手伝ってもらっていますか？	いいえ	はい
食事・トイレ・入浴は、誰かに手伝ってもらっていますか？	いいえ	はい
最近、物忘れがひどいと感じることはありますか？	いいえ	はい
1週間外出できていないことがありますか？	いいえ	はい
	基本チェックリスト	要介護認定申請

《結果》

- 要介護認定申請 ※両方に○がある場合は、要介護認定申請欄にひとつでも○があれば要介護認定申請へ
- 基本チェックリスト

同意書 基本チェックリストを実施するために、このシートの個人情報を柏原市高齢者いきいき元気センターに提供することに同意します。

氏名 _____

記入例

介護相談受付シート	
記入日：平成 年 月 日 ()	
市・区・町・支所 ()	
記入者 ()	
どなたのご相談ですか。(本人・家族・その他 ())	
対象者氏名	性別 男・女
生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳) (40～65歳以下の場合(印別紙)⇒要介護認定申請へ)	
〈結果〉基本チェックリスト実施対象者の場合のみ記入	
住所	電話番号
本人以外への連絡を希望する場合	氏名： 続柄： 連絡先：
1. 窓口にご相談に来られた理由は何ですか。	
<input type="checkbox"/> 足腰が弱くなった <input type="checkbox"/> 家族・友人等に勧められた <input type="checkbox"/> 医師に勧められた(未実施中)	<input type="checkbox"/> 使いたいサービスがある <input type="checkbox"/> 要支援認定更新 <input type="checkbox"/> 要介護認定更新
設問2へ	要介護認定申請へ
2. あなたが利用を希望されるサービスはありますか。すでに利用しているサービスを含む。	
訪問介護・通所介護	通所リハビリ・訪問看護・福祉用具・住宅改修 ショートステイ・施設入所
設問3へ	要介護認定申請
3. あなたの生活状況を教えてください。	
買い物や病院に行くときに、誰かに手伝ってもらっていますか？	いいえ はい
食事・トイレ・入浴は、誰かに手伝ってもらっていますか？	いいえ はい
最近、物忘れがひどいと感じることはありますか？	いいえ はい
1週間外出できていないことがありますか？	いいえ はい
基本チェックリスト	要介護認定申請
〈結果〉	
<input type="checkbox"/> 要介護認定申請 ※両方に○がある場合は、要介護認定申請とひとつでも○があれば要介護認定申請へ <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト	
同意書 基本チェックリストを実施するために、このシートの個人情報と柏原市高齢者いきいき元気センターに提供することに同意します。	
氏名	

①相談日・受付担当者の所属・氏名を記入してください。

②既往歴・現在の健康状態等の聞き取りができれば追記してください。
※ただし、相談者が要介護認定申請を強く希望された場合は、その旨を記載して要介護認定申請を案内してください。

③すでに利用しているサービスに○をつけて下さい。

④生活状況を聞き取り、該当する項目に○をつけて下さい。「誰かに」というのは、家族や知人その他サービス事業者も含まれます。

⑤「要介護認定申請」か「基本チェックリスト」に○を付けて下さい。
「要介護認定申請」⇒市役所高齢介護課に必要書類(介護相談受付シート、介護保険被保険者証、介護保険申請書)を提出してください。
「基本チェックリスト」⇒包括が基本チェックリストを実施し、「事業対象者」か「非該当」かに分けられることを説明してください。

⑥「基本チェックリスト」は包括が行います。上記の項目(〈結果〉基本チェックリスト実施対象者の場合のみ記入)に、住所・電話番号もしくは、本人以外への連絡先を希望する場合の氏名・続柄・連絡先を記入してください。
包括職員が、後日訪問するためにこのシートの内容を包括に送付し、個人情報を提供することの同意を確認し同意書欄に氏名の記載をしてください。

【基本チェックリストについての考え方】

- ① 対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ② 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。原則、「している」か「していないか」かの「行動」を尋ねる形式となっています。
- ③ 習慣を問う質問項目は、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④ 各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。回答は「はい」または「いいえ」の二者択一としますが、うつ項目等で本人が判断に迷っている場合は、どちらか「より本人の思いに近い方」の回答を設問確認者が提案してください。

1～20の質問項目については、日常生活関連動作について尋ねています。

	質問項目	質問項目の趣旨(国作成)	判断する時の補足事項
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。 なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。	<u>日常生活で外出する機会があるかを確認する質問です。</u> バスや電車に限らず、自転車や徒歩など様々な手段を使って一人で行きたい場所へ外出していれば、「はい」とします。付き添いの内容が、介助・介添えでなければ、「はい」とします。おおむね、小学校区外に出る程度の能力があれば「はい」とします。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか(例えば、必要な物品を購入しているか)を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。	日用品を買い物しているかを確認する質問です。頻度や店までの距離に関係なく、日用品の買い物をしていれば、「はい」とします。主に男性で、日用品の買い物自体をしないう慣である場合は、「いいえ」とします。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。	<u>金銭管理能力についての質問です。</u> 銀行等の窓口やATMでの入出金に限らず、自分の金銭を自分で管理していれば、「はい」となります。親族に金銭管理を任せているなど、金銭管理をしていない場合は、「いいえ」となります。 おおむね、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅱa以上で「いいえ」とします。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問	<u>社会活動性(外出機会と人との交流)を確認する質問です。</u> 「友人の家は遠いから・・・」「友人は死んだから・・・」など訪ねることがなければ「いいえ」とします。

		は含みません。	ここでは、買い物、趣味、畑仕事、老人会・地域サロンなどで外出し、少しでも人と交流することがあれば、「はい」とします。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「いいえ」となります。	<u>相談などの判断をする機会や、相談相手として役割を果たしているかを確認する質問です。</u> 「独居だから・・・」「友達は死んだから・・・」など相談にのることがなければ「いいえ」とします。挨拶程度の面談は「いいえ」とします。

6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。

6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。習慣やくせでも手すりを使っていれば「いいえ」とします。
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	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るかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。	事務用椅子(食卓の椅子)程度からの立ち上がりとはします。座椅子や腰の深いソファからの立ち上がりは含みません。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所を問いません。	杖歩行や伝い歩きなども含めて、15分程度続けて歩ける場合は、「はい」とします。習慣的に歩いていない場合は、「いいえ」とします。 休み休み歩く(途中で休憩をはさむ)のは「いいえ」とします。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。	自らの動作により物につまずいたり、すべったりして、足の裏以外が触れることがあるかを確認します。 自転車の転倒も含みます。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の習慣に基づき回答してください。	日常生活で、常に足元に不安があつて、行動に用心しているかどうかを確認します。

11、12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。

11	6ヶ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヶ月以上かけて減少している場合は「いいえ」となります。	<u>体重減少率から栄養状態の変化を問う質問です。</u> 6か月前と現在の体重を聴取して判定してください。
----	-------------------------	---	---

12	<p>体重 () kg \div身長 () m \div身長 () m =BMI () が 18.5 未満</p>	<p>身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヶ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。</p>	<p><u>肥満度についての質問</u>です。 <u>体重が分からない場合は、判定不可</u> BMI 標準指数は 22、18.5 未満はやせ、26 以上は肥満です。</p>
----	---	--	--

13～15 の質問項目は、口腔機能について尋ねています。

13	<p>半年前に比べて固い者が食べにくくなりましたか</p>	<p>半年前に比べて固い物が食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固い物が食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。</p>	<p>咀嚼力低下についての質問です。咀嚼力が低下すると唾液分泌量の低下による自浄作用の低下や嚥下困難、また食に対する意欲の減退につながり活動意欲の低下の原因となります。</p>
14	<p>お茶や汁物等でむせることがありますか</p>	<p>お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。</p>	<p>嚥下機能が低下すると食塊が上手く食道へ運ばれず気管や肺へ流れ込み、誤嚥性肺炎を引き起こすリスクが高くなります。</p>
15	<p>口の渇きが気になりますか</p>	<p>口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。</p>	<p>唾液分泌量低下についての質問です。「常時、口の渇き」がある場合は「はい」とします。 唾液分泌量が低下すると、嚥下や咀嚼機能の低下を引き起こしやすくなる事に加えて、口腔内の自浄作用の低下によりう蝕や歯周疾患が発生しやすくなります。</p>

16, 17 の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。

16	<p>週に1回以上は外出していますか</p>	<p>週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヶ月の状態を平均してください。</p>	<p><u>外出機会の有無を問う質問</u>です。外出は、介助されての外出も含みます。 外出とは、仕事・買い物・散歩・通院などです。庭先のみやゴミ出し程度は含みません。</p>
17	<p>昨年と比べて外出の回数が減っていますか</p>	<p>昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。</p>	<p>買い物、親族や友人等の交流、趣味、畑仕事など、目的をもった外出が、過去1ヶ月の間に数回あれば「はい」とします。徘徊や花壇の水やりは含みません。</p>

18～20 の質問項目は、認知症について尋ねています。

18	<p>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</p>	<p>本人は物忘れがあると思っていても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。</p>	<p><u>記憶力についての質問</u>です。 聞き取りの中で、同じことを何回も言われていたら「はい」とします。</p>
----	---	--	---

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	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。	電話番号を直接打ってかけていけば「はい」とします。携帯電話の登録機能からのみかけている場合は「いいえ」とします。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。	<u>見当識障害についての質問</u> です。設問の質問がしにくい場合は、自然な聞き取りの中で「今日は何月何日ですか？」と質問して判断してください。

21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。

21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感が ない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。	うつ病やうつ傾向がみられないかを確認する項目です。 ・質問内容の補足や誘導は行わないでください。 ・基本的には、文面通りで、迷う場合は(ここ2週間で)どちらか“より思いに近い方”の回答を設問確認者が提案してください。
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	「以前楽しかったことは今も楽しくされていますか。」	
23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	「調理や掃除など今まで苦にならなかったこと今もおっくうではないですか。」	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	「何か役割を持って生活していますか。」	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする		

市確認欄	受付者	確認者	備	考

基本チェックリスト

記入日：平成 年 月 日

氏名		生年月日		
住所				
	質 問 項 目	回 答		
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	/20
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
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ヵ月間で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	体重()kg÷身長()m÷身長()m=BMI()が18.5未満	1.はい	0.いいえ	
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
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	/2
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
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
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	

生活機能全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ

総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、基本チェックリストの記入内容について、柏原市役所高齢介護課に提供することに同意します。

被保険者氏名

記入例

市確認欄	受付者	確認者	備考

基本チェックリスト

必ず記載をお願いします。

記入日:平成 年 月 日

氏名				生年月日			
住所							
	質問項目			回答			
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 の設問 10以上 (生活機能全般)	/20
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	6~10 の設問 3以上 (運動)	/5
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.はい	1.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ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか			1.はい	0.いいえ	13~15 の設問 2以上 (口腔)	/2
12	体重()kg÷身長()m÷身長()m=BMI()が18.5未満			1.はい	0.いいえ		
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	18~20 の設問 1以上 (認知)	/3
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	21~25 の設問 2以上 (うつ)	/5
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		

生活機能全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ

総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することにより、必ず記載をお願いします。チェックリストの回答内容について、柏原市役所高齢介護課に提供することに同意します。

該当した項目数の記載をお願いします。

被保険者氏名

NO. 記載例

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

委託の場合：社画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

社画作成者氏名

担当地域包括支援センター：

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年

生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの

1日 具体的な内容を4領域に分けて書く(できるだけ細かい)がしているか(していないか)が

アセスメント領域と現在の状況

運動・移動について

日常生活(家庭生活)について

社会参加、対人関係、コミュニケーションについて

健康状態について

Main assessment table with columns: 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, 目標についてのポイント, 本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサポート, 支援計画(介護保険サービスまたは地域支援事業), サービス種別, 事業所, 期間

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

【本comingうべき支援が実施できない場合】

健康状態について

口主治医意見書、生活機能評価等を踏まええた留意点

主治医意見書などから特に注意すべき事項を、副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項などを挙げる。

利用者や家族、支援チームが生活不活発病の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点

必要な事業プログラム下の欄に○印をつけて下さい。

Table with columns: 運動不足, 栄養改善, 閉じこもり予防, 口内ケア, 物忘れ予防, うつ予防

地域包括支援センター

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。
平成 年 月 日 氏名 印

【アセスメントを実施する上での留意点】

- ①各項目に対して、本人の意向を聞きつつ、健康状態や生活環境等の本人を取り巻く全体像からのアセスメントをすること。
- ②ケアマネジャーは本人のやる気を引き出すような言葉かけを行い、高齢者一人一人のセルフケアマネジメントを意識し、「自分のことは自分でおこなう」ことが習慣となり継続した自立の目標につなげていく。
- ③本人の目的や目標から、情報提供（生活改善、サービス利用等）、今後自立を維持向上するための実行（取り入れ）可能、継続性のあることについて、優先順位を考えて検討していく。
- ④「想定されるサービス・活動」についての視点
「自助」を最優先とし、自分でできること、できないこと、工夫すればできること、工夫してもできないことなどを本人に確認していく。

自助	自らできること。（民間のサービスを使うこと）
↓	（自主運動の実施、宅配利用など）
互助	ボランティアや近所の人に助けてもらう。
↓	（民生委員、福祉委員、地域のサロンの参加など）
共助	介護保険、医療保険のサービス、
↓	（介護保険の給付サービス）
公助	社会福祉制度を利用する。
	（生活保護など）

- ⑤各項目に対して、本人の意向を聞きつつ、健康状態や生活環境等の本人を取り巻く全体像からのアセスメントをすること。
- ⑥サービスの利用につなげて終結するものではなく、生活の中での趣味や楽しみ、やりがいにつながることを引き出していく。
- ⑦各項目に該当していなくても、セルフケアとして本人の希望があり、取り組める場合は情報提供を行う。

*基準はあくまでも指標です。基準に該当している場合でも、自立支援の観点でプランを検討していくことが必要です。また利用者自らが課題解決へと積極的に臨む姿勢が持てるようにセルフケアの視点も取り入れていきましょう。

柏原市版総合事業アセスメントシート

氏名 _____
 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 実施

運動・移動について	1	(イスからの)立ち上がり	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	特記・課題等 ※歩行支援用具の使用状況など
	2	何かにつかまらずに歩く(5m)	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	
		信号が変わる前に横断歩道を渡りきる	1)できる 2)何とかできる 3)できない	
	3	片足立ち(1秒)	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	
4	外出手段	日用品を買う店まで	1)行ける(手段) 2)誰かに頼む 3)行けない	
		病院等に行くときは	1)行ける(手段) 2)誰かに頼む 3)行けない	

日常生活(家庭生活)について	5	調理	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	※支援者がいる場合等
	6	掃除	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	7	洗濯	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	8	ごみ出し	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	9	買い物	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	10	金銭管理	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	

社会参加、対人関係について	11	1日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	特記・課題等
	12	外出する頻度(通院以外)	1) 回/週 2)ほとんど外出しない	
	13	親戚・友人と会う・連絡をとる頻度	1) 回/週 2)ほとんどない	
	14	身の回りの乱れ・汚れへの配慮	1)気にしている 2)気にならなくなった	
	15	情緒が不安定になることの有無	1)ない 2)情緒が不安定になることがある	
	16	1人きりになることへの不安	1)ない 2)1人になることが不安である	

健康管理について	17	医師からの運動制限	1)ない 2)運動を制限されている	特記・課題等
		その他医師からの注意	1)ない 2)注意を受けている	
	18	年1回の健康診査の受診	1)受けている 2)受けていない	
	19	現在の健康状態	1)よい 2)まあよい 3)普通 4)あまりよくない 5)よくない	
	20	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)	
	21	服薬管理の状況	1)指示通り飲める 2)指示があれば飲める 3)できない	
	22	1人で洗身	1)できる 2)何とかできる 3)できない	
	23	1人で浴槽を跨ぐ	1)できる 2)何とかできる 3)できない	
24	口腔機能の状況	I)硬いものがたべにくい 2)よくむせる 3)口が渇く 4)義歯が合わない		
25	歯の手入れ(義歯含む)	頻度(回/日・週・月) ・ 方法()		

物忘れ等について	26	会話がまとまらない	1)いいえ 2)はい	特記・課題等
	27	物忘れが気になる	1)いいえ 2)はい	
	28	電気機器類の操作	1)できる 2)迷う 3)難しい	
	29	火の始末への心配	1)心配ない 2)心配している 3)消し忘れの経験あり	
	30	悪徳商法への注意	1)注意している 2)注意していない 3)被害経験あり	

アセスメントシート等から想定されるサービス・活動の例

番号	質問	回答	考えられる状態	想定されるサービス・活動の例	基本チェックリスト該当項目の例
1	(イスからの)立ち上がり	3)できない	身体介護の必要性が高い	セルフケア(例: 散歩、ラジオ体操など) 一般介護予防事業(地域の100歳体操サロン、介護予防教室、専門職と相談など) 現行の訪問介護サービス 現行の通所介護サービス	6~10までの項目
2	何かにつかまらずに歩く(5m)	3)できない			
	横断歩道を渡りきる	3)できない			
3	片足立ち(1秒)	3)できない			
22	1人で洗身	3)できない			
23	1人で浴槽をまたぐ	3)できない 2)なんとかできる			
1	(イスからの)立ち上がり	2)つかまれば可能 3)できない	運動機能訓練の必要性が高い	セルフケア(例: 散歩、ラジオ体操など) 一般介護予防事業(地域の100歳体操サロン、介護予防教室、専門職と相談など) 現行の通所介護サービス 通所型サービスA	
2	つかまらずに歩く(5m)	2)つかまれば可能 3)できない			
22	1人で洗身	2)何とかできる 3)できない			
世帯	利用者	単身	家事援助の必要性が高い	セルフケア(例: 親族、友人に手伝ってもらう、宅配利用など) 一般介護予防事業(専門職と相談など) 軽度生活援助サービス事業 訪問型サービスA(I)(II) 現行の訪問介護サービス	1、2の項目
	同居の家族等	「障害・疾病その他やむをえない理由」があつて家事の実施が困難			
5	調理	3)一部できる 4)できない			
6	掃除	3)一部できる 4)できない			
7	洗濯	3)一部できる 4)できない			
8	ゴミ出し	3)一部できる 4)できない			
9	買い物	3)一部できる 4)できない			
11	1日誰と過ごすか	2)ほとんど1人			
12	外出する頻度	2)ほとんど外出しない			
13	親戚・友人と会う・連絡をとる頻度	2)ほとんどない	閉じこもり予防の必要性が高い	セルフケア(例: 親族・友人との交流、外出理由を作るなど) 地域の活動(サロン、老人会) 一般介護予防事業(介護予防教室) 通所型サービスA	16、17の項目
24	固いものがたべにくい よくむせる 口が渇く 義歯が合わない		口腔機能低下予防の必要性が高い	セルフケア(例: 食事の内容に注意する、お口の体操、定期歯科受診など) 一般介護予防事業(口腔機能向上教室)	13~15までの項目
15	情緒が不安定になることの有無	2)情緒が不安定になることがある。	うつ予防の必要性が高い	セルフケア(例: 睡眠時間確保、規則正しい生活など) ※症状によっては受診推奨 地域の活動(サロン、老人会) 一般介護予防事業(介護予防教室等)	21~25の項目
16	1人きりになることへの不安	2)1人になることが不安である。			
10	金銭管理	3)一部できる 4)できない ※	認知症予防の必要性が高い	セルフケア(例: 他者との交流など) 地域の活動(サロン、老人会) 一般介護予防事業(介護予防教室等) 通所型サービスA	18~20の項目
14	身の回りの乱れ・汚れへの配慮	2)気にならなくなった			
21	服薬管理	2)指示があればできる 4)できない ※			
26	会話がまとまらない	2)はい			
27	物忘れが気になる	2)はい			
28	電気機器操作	2)迷う 4)できない			
29	火の始末	2)心配している 4)消し忘れの経験あり			
30	悪徳商法への注意	4)被害経験あり			

介護予防支援及び第 1 号介護予防支援計画作成委託料請求書

平成 年 月 日

社会福祉法人 柏原市社会福祉協議会
 会 長 松永 次郎 殿

受託者

法人名

事業所名

所在地

代表者

印

「介護予防支援及び第 1 号介護予防支援計画作成等にかかる業務委託契約」に基づき、下記のとおり委託料（平成 年 月分）を請求します。

請求金額 円

介護予防支援費	円 × 件	円
介護予防支援費（初回）	円 × 件	円
ケアマネジメントA	円 × 件	円
ケアマネジメントA（初回）	円 × 件	円
ケアマネジメントB	円 × 件	円
小規模多機能型居宅介護事業所 連携加算	円 × 件	円

（どちらかにチェックをしてください。）

- 本請求額については、契約書第 9 条に基づき、大阪府国民健康保険団体連合会から当事業所の登録口座へ振り込まれるよう手続きをお願いします。（大阪府内事業所のみ）
- 本請求額については、別に提出する「口座振込依頼書」に基づき振込みくださいますようお願いいたします。（大阪府外の事業所）

記入例 介護予防支援及び第 1 号介護予防支援計画作成委託料請求書

平成 ○○ 年 ○ 月 ○○ 日

社会福祉法人 柏原市社会福祉協議会
 会 長 松永 次郎 殿

受託者

法人名 ○○○○○○○○
 事業所名 ○○○○○○○○ 印
 所在地 ○○○○○○○○○○○○○○○○
 代表者 ○○○○○○

「介護予防支援及び第 1 号介護予防支援計画作成等にかかる業務委託契約」に基づき、下記のとおり委託料（平成 ○○ 年 ○ 月分）を請求します。

請求金額 21,318 円

介護予防支援費	3,980 円 ×	1 件	3,980 円
介護予防支援費（初回）	7,106 円 ×	1 件	7,106 円
ケアマネジメント A	3,980 円 ×	件	円
ケアマネジメント A（初回）	7,106 円 ×	1 件	7,106 円
ケアマネジメント B	3,126 円 ×	1 件	3,126 円
小規模多機能型居宅介護事業所 連携加算	3,126 円 ×	件	円

（どちらかにチェックをしてください。）

- 本請求額については、契約書第 9 条に基づき、大阪府国民健康保険団体連合会から当事業所の登録口座へ振り込まれるよう手続きをお願いします。（大阪府内事業所のみ）
- 本請求額については、別に提出する「口座振込依頼書」に基づき振込みくださいますようお願いいたします。（大阪府外の事業所）

介護予防支援及び第1号介護予防支援計画作成委託料請求内訳書兼実績報告書

社会福祉法人 柏原市社会福祉協議会
 会長 松永 次郎 殿

事業所名 _____

介護予防支援及び第1号介護予防支援計画作成業務を下記のとおり実施したので報告します。

平成 _____ 年 _____ 月分

No. _____

番号	被保険者名	被保険者番号	介護予防支援 基本単位 3980円	第1号介護予防支援		初回加算 3126円	小規模多 機能連携 加算 3126円
				ケアマネジ メントA 基本単位 3980円	ケアマネジ メントB 基本単位 3126円		
1			円	円	円	円	円
2			円	円	円	円	円
3			円	円	円	円	円
4			円	円	円	円	円
5			円	円	円	円	円
6			円	円	円	円	円
7			円	円	円	円	円
8			円	円	円	円	円
9			円	円	円	円	円
10			円	円	円	円	円
11			円	円	円	円	円
12			円	円	円	円	円
13			円	円	円	円	円
14			円	円	円	円	円
15			円	円	円	円	円
16			円	円	円	円	円
17			円	円	円	円	円
18			円	円	円	円	円
19			円	円	円	円	円
20			円	円	円	円	円
合計金額			円	円	円	円	円
合計件数			件	件	件	件	件

記入例

介護予防支援及び第1号介護予防支援計画作成委託料請求内訳書兼実績報告書

社会福祉法人 柏原市社会福祉協議会
 会長 松永 次郎 殿

事業所名 _____

介護予防支援及び第1号介護予防支援計画作成業務を下記のとおり実施したので報告します。

平成 _____ 年 _____ 月分

No. _____

番号	被保険者名	被保険者番号										介護予防支援 基本単位 3980円	第1号介護予防支援		初回加算 3126円	小規模多機能連携 加算 3126円
													ケアマネジ メントA 基本単位 3980円	ケアマネジ メントB 基本単位 3126円		
1	〇〇 〇〇男	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	3980円	円	円	3126円	円
2	〇〇 〇〇子	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	円	3980円	円	3126円	円
3	〇〇 〇〇子	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	3980円	円	円	円	円
4	〇〇 〇〇美	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	円	円	3126円	円	円
5												円	円	円	円	円
6												円	円	円	円	円
7												円	円	円	円	円
8												円	円	円	円	円
9												円	円	円	円	円
10												円	円	円	円	円
11												円	円	円	円	円
12												円	円	円	円	円
13												円	円	円	円	円
14												円	円	円	円	円
15												円	円	円	円	円
16												円	円	円	円	円
17												円	円	円	円	円
18												円	円	円	円	円
19												円	円	円	円	円
20												円	円	円	円	円
合計金額												7960円	3980円	3126円	6252円	円

評価日 年 月 日

介護予防サービス・支援評価表

利用者氏名 _____ 様
 計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成状況に対する評価	今後の方針																	
<p>計画書に記載している合意を得られた最終的な目標を転記する。</p> <p>計画書の「期間」欄からサービス提供開始月の最も早い月からサービス提供終了月の最も遅い月を評価期間として転記する。</p>	<p>目標達成状況</p> <p>● 評価期間内に目標がどの程度達成できているか、生活機能がどれだけ向上・維持できたのかを具体的に記載する。 ● 評価の際には、サービス事業者からの報告書等から情報を集約し、ケアプラン作成者のモニタリングと併せて利用者の生活機能全体に関する評価を行う。</p> <p>例) ・1人で～まで行くことができた。 ・～までには○○のため至らなかったが、××まで行くことができた。 1人では行けないが、誰かが付き添えればいけるようになった。</p>	<p>本人・家族の意見</p> <p>● 何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、ケアプラン作成者としての評価を記載する。 ● 本人・家族の意見、事業所からのモニタリング結果を含め、目標設定の妥当性やサービスの入れ方について評価する。もしくは、新たな課題の発生がなかったかも含めて分析する。</p> <p>例) □□が原因で～をしなくなったために目標の☆☆には至らなかったが、××の段階までは到達できた。</p>	<p>目標達成状況に対する評価</p> <p>● 何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、ケアプラン作成者としての評価を記載する。 ● 本人・家族の意見、事業所からのモニタリング結果を含め、目標設定の妥当性やサービスの入れ方について評価する。もしくは、新たな課題の発生がなかったかも含めて分析する。</p> <p>例) □□が原因で～をしなくなったために目標の☆☆には至らなかったが、××の段階までは到達できた。</p>	<p>目標達成/未達成</p> <p>● 目標を達成した場合には○印。 ● 未達成の場合には×印をつける。</p>	<p>目標達成状況に対する評価</p> <p>● 何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、ケアプラン作成者としての評価を記載する。 ● 本人・家族の意見、事業所からのモニタリング結果を含め、目標設定の妥当性やサービスの入れ方について評価する。もしくは、新たな課題の発生がなかったかも含めて分析する。</p> <p>例) □□が原因で～をしなくなったために目標の☆☆には至らなかったが、××の段階までは到達できた。</p>	<p>本人・家族の意見</p> <p>● 何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性を含め、利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。</p> <p>例) もう少しで○○まで歩けると思っていたが、思ったように外出できなかった。</p>	<p>本人・家族の意見</p> <p>● 何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性を含め、利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。</p> <p>例) もう少しで○○まで歩けると思っていたが、思ったように外出できなかった。</p>	<p>本人・家族の意見</p> <p>● 何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性を含め、利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。</p> <p>例) もう少しで○○まで歩けると思っていたが、思ったように外出できなかった。</p>	<p>本人・家族の意見</p> <p>● 何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性を含め、利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。</p> <p>例) もう少しで○○まで歩けると思っていたが、思ったように外出できなかった。</p>	<p>今後の方針</p> <p>● ケアプラン作成者としての意見をまとめる。 ● 目標達成状況や目標達成しない原因から今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。</p> <p>例) 当初の目標は達成され、歩行能力の改善もみられており、ご本人の生活意欲も向上している。デイケアでの運動の選択メニューに関してはおもう少し、継続し歩行能力の状況を見ながら終了時期の検討を行っていく。</p> <p>● 基本的に「プラン変更」になる。「継続」はまれなケース。例えばケアプラン中に一時的な入院等があり、プランのサービス利用ができなかったが、退院後本人の状態、意向の変化がなく、改めて同じケアプラン内容を実施する場合など。「終了」はサービスが不要になり、プランニングの必要がなくなった時。 ● 目標達成した場合、地域包括支援センターの意見を参考に今後の方針で該当するものにシ点を付ける。</p>	<p>本人・家族の意見</p> <p>● 何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性を含め、利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。</p> <p>例) もう少しで○○まで歩けると思っていたが、思ったように外出できなかった。</p>	<p>本人・家族の意見</p> <p>● 何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性を含め、利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。</p> <p>例) もう少しで○○まで歩けると思っていたが、思ったように外出できなかった。</p>	<p>本人・家族の意見</p> <p>● 何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性を含め、利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。</p> <p>例) もう少しで○○まで歩けると思っていたが、思ったように外出できなかった。</p>	<p>本人・家族の意見</p> <p>● 何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性を含め、利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。</p> <p>例) もう少しで○○まで歩けると思っていたが、思ったように外出できなかった。</p>	<p>総合的な方針</p> <p>今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。</p>	<p>地域包括支援センター意見</p> <p>ケアプラン作成者に対して記載する。計画書に対する対象者の状況や事業所からの報告を受けて、効果が認められた、維持・悪化等の判定をし、その根拠も記載する。</p>	<p>総合的な方針</p> <p>今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。</p>	<p>地域包括支援センター意見</p> <p>ケアプラン作成者に対して記載する。計画書に対する対象者の状況や事業所からの報告を受けて、効果が認められた、維持・悪化等の判定をし、その根拠も記載する。</p>	<p>総合的な方針</p> <p>今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。</p>	<p>総合的な方針</p> <p>今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。</p>	<p>総合的な方針</p> <p>今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。</p>

