

～書類様式一覧～

別冊

番号	様式名
A	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント連絡票
B	ケアプラン送付票
C	介護保険被保険者証情報
D	基本チェックリスト
E	要介護認定等の資料に係る申出書（更新） ※地域総合支援センターごとに用紙が異なる（6種類）ため、利用者の管轄の地域総合支援センターの申出書を使用する。
F	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約重要事項説明書（新規・居宅変更時） ※2部作成
G	要介護認定情報請求連絡票
H	契約の終了に係る申出書
I	ADLチェックシート※市民への配布不可
J	課題総括整理表
K	興味・関心チェックシート
L	介護予防サービス・支援計画書
M	介護予防支援・サービス評価表

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント連絡票

2019年4月24日変更

居宅介護支援事業所名 _____

TEL: _____

記入者: _____

【新規ケース、ケース移行の場合はこちらに記入し FAX してください】

<input type="checkbox"/> 新規ケース	<input type="checkbox"/> 担当できる(担当ケアマネジャー: <input type="checkbox"/> 担当できない
<input type="checkbox"/> ケース移行	(理由)
利用者氏名	男・女 生年月日 M・T・S 年 月 日
住所	
電話番号	被保険者番号
認定区分: 要支援 1・2・事業対象者	
認定日 (または基本チェックリスト実施日)	年 月 日
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
暫定利用の有無	有・無
サービス開始の希望時期	
ケース概要 (簡単に記入してください)	

送信先にチェックを入れてください

- | | |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> あさぎり・おおくら総合支援センター | FAX: 915-0092 |
| <input type="checkbox"/> きんじょう・きぬがわ総合支援センター | FAX: 915-2632 |
| <input type="checkbox"/> にしあかし総合支援センター | FAX: 925-2799 |
| <input type="checkbox"/> おおくぼ総合支援センター | FAX: 934-8987 |
| <input type="checkbox"/> うおずみ総合支援センター | FAX: 948-5082 |
| <input type="checkbox"/> ふたみ総合支援センター | FAX: 945-3171 |

■新規ケースの場合

- ・居宅介護支援事業所で担当していただける場合は、契約時に同行訪問しますので、担当者よりご連絡いたします。
- ・居宅介護支援事業所で担当できない場合、地域総合支援センターで担当を決めてご連絡いたします

■担当を移行する場合

- ・利用者及び家族へ移行に関して説明し了承を得てください。FAX 送信後、担当者よりご連絡いたします。

- 数日中に連絡がない場合、FAX のトラブルも考えられますのでご連絡をお願いします。

	管 理 者	係
決 裁		

ケアプラン送付票

提出先：地域総合支援センター 市域事業担当（総合福祉センター内）

居宅介護支援事業所名：

担当介護支援専門員：

TEL：

利用者	プラン・評価書の期間	内 訳	支援1 ・ 支援2	事業対象者
利用者氏名 _____	【前回プラン】 年 月 日～ 年 月 日まで 【評価表】 年 月 日～ 年 月 日まで 【提出するプラン】 年 月 日～ 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> プラン <input type="checkbox"/> 暫定ケアプラン（※1）	<input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> プラン
被保険者番号 (_____)		<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> プラン <input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証情報	
		<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> プラン	<input type="checkbox"/> プラン <input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト(要署名)
		<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> プラン変更	<input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> プラン <input type="checkbox"/> 暫定ケアプラン（※1） <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証情報（※2） <input type="checkbox"/> 基本情報（※3）	<input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> プラン <input type="checkbox"/> 基本情報（※4） <input type="checkbox"/> 介護保被保険者証情報（開始日に変更がある場合）
		<input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> 経過記録 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 認定調査票・主治医意見書(部) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 契約解除・非更新申出書(必要時)	<input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> 経過記録 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト（※5） <input type="checkbox"/> 認定調査票・主治医意見書(部) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 契約解除・非更新申出書(必要時) <input type="checkbox"/> その他
終了日(年 月 日) 理由 <input type="checkbox"/> 本人の意向(<input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 非更新) <input type="checkbox"/> 介護(介護度) <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 転居転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 事業所変更 <input type="checkbox"/> その他()	終了日(年 月 日) 理由 <input type="checkbox"/> 本人の意向(<input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 非更新) <input type="checkbox"/> 介護(介護度) <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 転居転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 事業所変更 <input type="checkbox"/> その他()			

	支援1・支援2	事業対象者
提出書類	新規 ・初めてサービスを利用する方 ・居宅介護支援事業所変更によりサービスを利用する方	・居宅介護支援事業所変更によりサービスを利用する方
	更新 ・更新申請の結果、引き続きサービスを利用する方	
	継続 ・認定期間内に評価（最長1年）をし、引き続き介護予防支援サービスを利用する方	・事業対象者になってから、1年ごとに、基本チェックリスト等を実施し、ケアプランを作成した方（心身の状態やサービスに変化がない場合）
	変更 ・評価した結果、ケアプランの内容に変更がある方 ・事業対象者から要支援に変更した方	・評価した結果、ケアプランの内容に変更がある方 ・要支援から事業対象者になった方
	終了 ・ケアマネジメントを終了する方 ・居宅介護支援事業所変更により終了する方	・サービスを終了する方 ・基本チェックリストで非該当になった場合 ・居宅介護支援事業所変更により終了する方

受 付 印

- ※1 提出が必要な方
 ※2 区分変更により介護保険被保険者証情報が変更になった方
 ※3 区分が変わった方
 ※4 要支援1, 2から事業対象者になった方、事業対象者の開始日に変更がある方
 ※5 地域総合支援センターの受付印が押印されているもののみ、返却してください
 ●基本情報は、内訳に関わらず内容に変更がある場合は随時提出をお願いします

受取者通信欄

介護保険被保険者証情報	
保険者	
被保険者番号	
氏名	
要介護状態区分	
要支援1 ・ 要支援2 ・ その他（ ）	
認定年月日	
年	月 日
認定の有効期間	
年	月 日 ~
	年 月 日
区分支給限度基準額	
年	月 日 ~
	年 月 日
交付日	負担割合
年 月 日	1割・2割・3割・生保
_____ 総合支援センター 管轄	

介護保険被保険者証情報	
保険者	
被保険者番号	
氏名	
要介護状態区分	
要支援1 ・ 要支援2 ・ その他（ ）	
認定年月日	
年	月 日
認定の有効期間	
年	月 日 ~
	年 月 日
区分支給限度基準額	
年	月 日 ~
	年 月 日
交付日	負担割合
年 月 日	1割・2割・3割・生保
_____ 総合支援センター 管轄	

基本チェックリスト

D

被保険者番号		実施日	年	月	日
フリガナ		生年月日	明・大・昭	性別	男・女
被保険者氏名			年 月 日		
住民票上の住所	〒 - 電話番号 () -				

回答欄の「はい」「いいえ」のどちらかに○を付けてください。

NO.	質問項目	回答: いずれかに○を	得点
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 /5
2	日用品の買い物をしていますか	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	② /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	③ /5
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	④ /2
12	身長 cm 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	1. はい 0. いいえ	⑤ /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	⑥ /1
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	⑦ /3
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	/3
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	⑧ /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未満の場合に該当とする

介護予防ケアマネジメント等の実施にあたり、利用者の状況等を把握する必要があるときは、本用紙に記載いただいた内容及び結果について、保険者、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所等、本事業の実施に必要な範囲で関係する者に情報提供することに同意します。

本人氏名 _____

(「本人氏名」欄を代筆した場合) 代筆者氏名 _____

(続柄) _____

事業対象者に該当する基準

①	No.1～20 までの20 項目のうち10 項目以上に該当
②	No.6～10 までの5 項目のうち3 項目以上に該当
③	No.11～12 の2 項目のすべてに該当
④	No.13～15 までの3 項目のうち2 項目以上に該当
⑤	No.16 に該当
⑥	No.18～20 までの3 項目のうちいずれか1 項目以上に該当
⑦	No.21～25 までの5 項目のうち2 項目以上に該当
<p>(注) この表における該当 (No. 12 を除く。) とは、様式の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。No. 12 に限り BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合をいう。</p>	

参考【基本チェックリストについての考え方】

【共通事項】

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どうかの判断は、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。

③習慣を問う質問項目については、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。

質問項目 質問項目の趣旨 1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。

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。

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。

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。

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・親戚の家への訪問は含みません。

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「はい」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。

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。

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、屋外等の場所は問いません。

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。

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、本人の主観に基づき回答してください。

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ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか

6ヵ月間で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ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。

12 身長、体重

身長、体重は、整数で記載してください。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。

13～15 の質問項目は、口腔機能について尋ねています。

13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか

半年前に比べて固いもの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ものが食べにくく、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。

14 お茶や汁物等でむせることがありますか

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。

15 口の渇きが気になりますか

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。

16・17 の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。

16 週に1回以上は外出していますか

週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均してください。

17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか

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。

18～20 の質問項目は認知症について尋ねています。

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

本人は物忘れがあると思っても、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。

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、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となりません。

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。

21～25 の質問項目は、うつについて尋ねています。

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。

21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない

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

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

24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない

25 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする

一部委託の居宅介護支援事業所は、要支援認定の利用者が更新後も引き続き要支援認定であった場合のみ、見本内容をご参考にこの様式を市へ提出してください。その他の場合は、管轄のセンターがこの様式を市へ提出します。

(様式第1号)

表面見本

要介護認定等の資料に係る申出書

年 月 日

明石市長 様

下記により介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する資料について、提供されるように申し出ます。

なお、資料の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、資料を適正に管理することを約します。

申 出 者	氏 名	支援センター管理者名 (居宅の担当ケアマネジャー名)	被保険者との関係
	事業者・施設名称	担当総合支援センター名 (居宅の事業所名)	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定特定施設入居者生活介護事業者 <input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業者 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型共同生活介護事業者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()
	住所(所在地)	担当支援センター住所	
	電話番号	担当支援センター連絡先	

※申出者が事業者・施設の場合は、氏名欄には介護支援専門員などの担当者氏名を記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号	生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日
	氏 名		
提 供 資 料	※必要な資料にレ点を記入してください。 <input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	※該当するものいずれかにレ点を記入してください。 <input type="checkbox"/> 申請中 (年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 認定済 (年 月 日認定)	

※通常、最新の資料(却下分を含む)を提供します。

本人等同意欄

私は、明石市が保有する上記提供資料について、申出者に提供することに同意します。

本人署名 _____

(本人が意思決定できない場合) _____

本人との関係 ()

利用者氏名

様

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 重要事項説明書

F

_____総合支援センターでは、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の一部を居宅介護支援事業所へ委託しています。

1 担当

担当者	
担当開始日	年 月 日～

2 居宅介護支援事業所の概要

事業所名	
所在地	
連絡先	TEL: FAX:
管理者	
営業時間	

利用者氏名

様

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 重要事項説明書

_____総合支援センターでは、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の一部を居宅介護支援事業所へ委託しています。

1 担当

担当者	
担当開始日	年 月 日～

2 居宅介護支援事業所の概要

事業所名	
所在地	
連絡先	TEL: FAX:
管理者	
営業時間	

要介護認定情報請求連絡票

地域総合支援センター 市域事業担当 行 FAX：924-9114 G
(総合福祉センター内)

居宅介護支援事業所名：

TEL：

利用者氏名	被保険者番号	住 所	認定日	担当介護支援専門員
		明石市		
		明石市		
		明石市		

■情報提供の発行について 【注意】 認定調査を他市で受けた場合は、管轄センターが他市に請求しますので、この用紙をFAXする前に、管轄センターにご連絡ください。

①被保険者番号と認定日は情報検索・本人特定のため、記入をお願いします。

*個人情報ですので、FAXの誤送信には十分に気をつけてください。

②発行時は受付台帳への記入をお願いします。

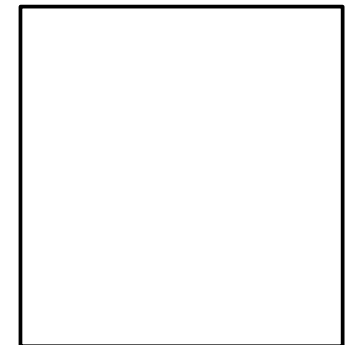
③下記のどちらかにチェックを入れ送付してください。

月 日 AM・PM が受け取りに行きます。

準備ができたなら連絡をください。

※更新後に情報請求される際は、居宅から直接保険者へ「要介護認定等の資料に係る申出書」の提出が必要です。

受付印



(様式 1-1)

契約の終了に係る申出書（解約・非更新）

明石市社会福祉協議会 理事長 様

(申出日) 令和 年 月 日

私は、 年 月 日に貴会と契約した介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについて、以下のとおり解約・非更新を申し入れます。

- 年 月 日をもって契約の解除を申し入れます。
- 支給決定期間の更新をしないため（サービスを利用しないため）要支援認定の有効期間の満了日をもって契約を更新しないことを申し入れます。

契約者氏名	
契約者住所	
代理人氏名 (代理人がいる場合)	本人との関係 ()
代理人住所 (代理人がいる場合)	
被保険者番号	
契約終了日	(西暦) 年 (令和 年) 月 日

< 事業者記入欄 >

申出受付日 令和 年 月 日

明石市社会福祉協議会

介護認定の更新をしない(サービスを利用しない)または自動更新しない(他の事業者に移行する)場合は、有効期間満了日までに、この申出書の提出が必要です。利用者は、この申出書を提出することで、いつでも、理由を問わず解約できます。

H

(様式 1-1)

契約の終了に係る申出書 (解約・非更新)

どちらかに○

明石市社会福祉協議会 理事長 様

事前に地域総合支援センター介護
予防支援担当に問い合わせをいた
だくか、空欄で提出

契約終了日より前の日付

(申出日) 令和 年 月 日

私は、令和 年 月 日に貴会と契約した介護予防支援及び介護予防
ケアマネジメントについて、以下のとおり解約・非更新を申し入れます。

申し出日と同日の日付

- 年 月 日をもって契約の解除を申し入れます。
- 支給決定期間の更新をしないため(サービスを利用しないため)要支援認定の有効期間
の満了日をもって契約を更新しないことを申し入れます。

該当箇所には☑

代理人は、成年後見人もしく
は、本人から委任されている家
族がいる場合は記入

契約者氏名	
契約者住所	
代理人氏名 (代理人がいる場合)	本人との関係 (
代理人住所 (代理人がいる場合)	
被保険者番号	
契約終了日	(西暦) 年 (令和 年) 月 日

「解約」の場合は、申し出日を 0 日と数
え、7 日後の日付を記載。
「非更新」の場合は、認定の有効期間終
了の末日もしくは、事業対象者の場合
は、要支援認定期間満了日から 1 年ご
との日付の末日を記載。

< 事業者記入欄 >

申出受付日 令和 年 月 日

明石市社会福祉協議会

ADL チェックシートの活用について

1. 活用場面 要支援者の更新申請相談時

2. 活用方法 一般高齢者施策～総合事業～予防給付～介護給付のスムーズな移行と適切に利用のため、支援者（ケアマネジャー）はADLチェックシートを用い本人の状態を把握する。状態に合わせてその後の相談に応じ、本人および家族に適切な制度の選択を促すと同時に必要な申請等の代行手続きを行う。

3. 実施方法

(1) ADLチェックシートに基づき、聞き取りを行い該当箇所に○を入れる。（可能であれば起居動作や移動は動作確認、認知機能については介護者からの聞き取りも含めて選択する）

(2) 分類ごとに合計点数を計算し振り分けを行う。

【ADLチェックシート】

実施日	
被保険者番号	
氏名	

分類	項目	質問内容	0点	1点	合計	振り分け
起居動作	立ち上がり	座っている状態から立ち上がるができますか	つかまらず可	つかまれば可 できない	起居動作 得点 ／3点	☆0～1点 一般高齢者施策 ☆2～3点 基本チェックリスト実施 ☆3点以上で 且つ、移動に介助あり
	両足立位	10秒間、両足での立位保持ができますか	つかまらず可	つかまれば可 できない		
	歩行	5m、継続して歩くことができますか	つかまらず可	つかまれば可 できない		
ADL	移動	室内の移動が介助なくできますか	介助なし 見守り	介助あり		要介護・要支援認定申請
認知機能	短期記憶	直前にしていたことを思い出せますか	できる	できない	認知機能 得点 ／3点	☆0点 一般高齢者施策 ☆1～2点 基本チェックリスト実施 ☆3点 要介護・要支援認定申請
	薬の内服	医師に指示された通りに内服ができますか	できる	できない		
	金銭管理	所持金の把握、管理ができますか	できる	できない		

【参考】

(表1) ADL判断表

		認知機能得点		
		0点	1点・2点	3点
起居動作得点	0点		一般高齢者 施策	
	1点			
	2点・3点	移動介助なし	基本チェックリストの実施	
		移動介助あり	要介護・要支援認定申請	

(表2) 質問項目の考え方

質問項目	内 容
立ち上がり	椅子やベッド、車いすなどに座っている状態（膝がほぼ直角に屈曲している状態）から立ち上がる事が出来ますか。何にもつかまらずできるときは「つかまらず可」、ベッド柵や手摺り、壁等、何かにつかまれば立ち上がる行為ができる場合は「つかまれば可」、自分ではまったく立ち上がる事ができない場合、身体の一部を介護者が支える、引き上げる場合は「できない」を選択。
両足の立位	立ち上がった後に、平らな床の上で立位を10秒間保持できますか。何もつかまらないでできる場合は「つかまらず可」、壁や手摺り、杖等何かにつかまると立位保持が可能なら「つかまれば可」、自分ではつかまっても立位保持できないが、介護者の手で常に身体を支えて立位保持している、あるいはどのような状況でも立位保持できない場合は「できない」を選択。
歩 行	立った状態から継続して（立ち止まらず、座りこまずに）5m程度歩けますか。支えなくできる場合は「つかまらず可」、杖や歩行器等を使用すれば歩ける、壁に手を付きながら歩ける場合、片方の腕を杖で、片方の腕を介護者が支えれば歩行できる場合は「つかまれば可」。何かにつかまったり、支えられても歩行が不可能である場合、2mから3mしか歩けない場合は「できない」を選択。
移 動	移動の手段は問わず、室内の移動が自分でできますか。移動の介助が行われていない場合は「介助なし」、見守りで移動出来ている場合は「見守り」、自力では移動出来ず介護者が手を添える、支える、車いすを押す等の介助をしている場合は「できない」を選択。
短期記憶	面接直前にしていたことを思い出せますか。5分ほど前の事を忘れる事はありませんか。直前の事を思い出せる時は「できる」、5分程前の事も忘れ思い出せない時には「できない」を選択。
薬の内服	医師に指示された通りに内服ができますか。できるが、家族に用意してもらっている場合も、「できる」を選択。自分で飲んではいないが、飲み忘れが多く、薬が余り過ぎる様な場合は「できない」を選択。
金銭管理	自分の所持金の把握、管理が出来ますか。自分で所持し、把握もできている場合は「できる」を選択。所持はしているが、使用した金額や残金の把握ができていない場合は「できない」を選択。

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： H _____ 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 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014. 3)

介護予防サービス・支援計画書

L

(様式例2)

No. _____

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

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

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・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	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
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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(該当した質問項目数) / (質問項目数)をお書き下さい。
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
予防給付または地域支援事業						

【意見】

地域包括支援センター
※委託の場合

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 _____

(様式例 4)

評価日

利用者名 _____ 殿

計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標体制状況	目標 達成／未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針	介護予防支援事業者意見	
	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 二次予防事業 <input type="checkbox"/> 一次予防事業 <input type="checkbox"/> 終了