《参考》
各種様式

① 基本チェックリスト

② 利用者基本情報

③ 介護予防サービス･支援計画書

④ 興味･関心シート

⑤ 口腔の状況シート

⑥ 食生活情報

⑦ 食生活チェック表

⑧ 服薬管理

⑨ アセスメントシート

⑩ 課題整理総括表

⑪ 総合事業に係るチェックシート

基本チェックリスト（川口市生活機能チェック票）

氏名		住所	
記入者氏名	※本人以外の場合	生年月日	
		実施日	年　　月　　日

どちらか一つを○で囲んでください

項　目		質　　問	回答（配点）0点	回答（配点）1点	集計	判定
① 生活全般のこと	1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ	①	
	2	日用品の買物をしていますか	はい	いいえ		
	3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ		
	4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ		
	5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ	点	
② 運動のこと	6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	はい	いいえ	②	3点以上
	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	はい	いいえ		
	8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ		
	9	この1年間に転んだことがありますか	いいえ	はい		
	10	転倒に対する不安は大きいですか	いいえ	はい	点	
③ 栄養のこと	11	6ヵ月間で2～3kg以上体重減少がありましたか	いいえ	はい	③	2点
	12	BMI（肥満度をあらわす数値）は18．5以上ですか BMI［　　］※BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 身長［　　cm］・体重［　　kg］	BMIが18．5以上 はい	いいえ	点	
④ お口のこと	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	いいえ	はい	④	2点以上
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい		
	15	口の渇きが気になりますか	いいえ	はい	点	
⑤ 閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	⑤	16に該当
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	いいえ	はい	点	
⑥ もの忘れの可能性	18	周りの人から『いつも同じ事を聞く』など物忘れがあると言われますか	いいえ	はい	⑥	1点以上
	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	はい	いいえ		
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	いいえ	はい	点	
⑦ うつの可能性	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	いいえ	はい	⑦	2点以上
	22	(　〃　)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	いいえ	はい		
	23	(　〃　)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	いいえ	はい		
	24	(　〃　)自分が役立つ人間だとは思えない	いいえ	はい		
	25	(　〃　)わけもなく疲れたような感じがする	いいえ	はい	点	
			①～⑥の合計		点	10点以上

上記に署名したことで、市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、本シートを、市、地域包括支援センター、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したとみなします。

利用者基本情報

計画作成者氏名：

《基本情報》

相談日	年　月　日（　）	来所　・電話 その他（　）	初回 再来（前　／　）
本人の状況	在宅・入院又は入所中（　）		
フリガナ 本人氏名		性別	M・T・S　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実施日：　年　月　日		
障害等認定	身障（　）・療養（　）・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（ 有　階・ 無 ）・住居改修（ 有 ・ 無 ）		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他（　）		

来所者（相談者）				家族構成	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」 （同居家族等○で囲む）
住所 連絡先		続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先		
					家族関係等の状況

《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）	１日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	
				友人・地域との関係

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名（主治医・意見作成者に☆）			経過	治療中の場合は内容
年　月　日				TEL	治療中 経観中 その他	
年　月　日				TEL	治療中 経観中 その他	
年　月　日				TEL	治療中 経観中 その他	
年　月　日				TEL	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医の意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医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します。

年　　月　　日　氏名

障害高齢者の日常生活自立度

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 1、交通機関等を利用して外出する。 2、隣近所へなら外出する。
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 1、介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 2、外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。 1、車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 2、介助により車いすに移乗する。
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。 1、自力で寝返りをうつ。 2、自力では寝返りもうてない。

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱa	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまで出来たことにミスが目立つ等。
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等。
Ⅲ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする。	
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等。
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ
Ⅳ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等。

同居家族がいる場合の訪問介護（生活援助）の算定について

〇訪問介護サービスにおける生活援助の算定について

「生活援助」とは、利用者が１人暮らしであるか又は同居の家族等が「障害・疾病その他やむを得ない理由」により家事を行うことが困難な場合に、利用者に対する調理、洗濯、掃除等の日常生活の援助をおこなうもの（平成 12 年厚生労働省告示第 19 号）をいいます。

同居家族がある場合の生活援助については、その同居家族が対応することが基本となり、原則保険給付対象として算定はできないこととされています。しかし一方では、個別性を勘案し、「同居する家族等が障害・疾病その他やむを得ない事情により、家事ができる状況でない」場合、算定できることも認められています。これらの解釈については、平成 12 年の厚生労働省からの通知以降、同様の取扱いとされており、昨今の制度改正等によるものではありません。

１　生活援助の算定が可能と思われる本人及び世帯像

①　利用者が１人暮らしであること

②　同居の家族等が障害・疾病を抱えている状態であること

（１）障害･･･同居家族が障害（身体・知的・精神等）を有し、家事をすることが不可能である場合（障害者手帳の有無だけで判断するのではなく、障害により家事が可能か否かということ）。

（２）疾病･･･同居家族が疾病のため、家事をすることが不可能である場合。（困難である原因の疾病を明確にする必要があります）

③　その他

その他の状況として考えられるもの（例示）

・同居の家族が、要介護または要支援認定者で、家事を行うことが困難な状況にある。

・同居の家族との家族関係に極めて深刻な問題があり、援助が期待できない。

（例）介護放棄・虐待等。単にやったことがないから出来ない、遠慮があり頼みにくいというのは該当しません。

・同居の家族に精神疾患等を疑うような状況があり、援助が期待できない場合。など

上記のような状況が見込まれ、判断がつきにくい場合には、ケアプラン及び生活援助算定確認書（市ホームページに掲載）持参により、保険者に相談（ケアマネジャー対応）が必要となります。

２　日中独居者への対応

基本的には同居との位置付けでの考え方となりますが、利用者の健康維持、安定との観点から、食事に関する調理についてのみ、日中独居にて対応が困難との状況であれば、１同様の取扱いとすることを可能と考えます。しかし、この場合でも他のサー

ビスで代替できないか（例：配食サービス等）検討が必要となります。（掃除や洗濯については、日中独居との状態であっても同居家族の協力が得られるとの判断から、基本的に対応することは困難と考えます）

やむを得ず、同居家族がいる場合に生活援助を算定する場合でも、有償サービスやボランティア、他に代替する制度の要件に該当していないかを検討し、プランに記載する必要があります。

３　「同居」の定義

①　同居の判断

同一の家屋に住んでいること。

②別居の判断

別敷地別棟に居住していること。マンション等においては別棟別階別室であること。

※いわゆる二世帯住宅や同一敷地内別棟に家族が居住する場合は基本的には同居となる。

４　生活援助算定の判断手順例

本人ができるかできないか（本人ができることは、訪問介護サービスを提供することはできません）

↓

本人に必要なサービスか（単に利用者が希望することではなく、日常生活を営む上で必要な内容・回数・時間が対象となります）。

↓

同居の家族等ができるかできないか

（同居の家族等ができる場合は、訪問介護サービスを提供することはできません。同居の家族等が出来ない場合、家族等の状況が上記１の②～③に該当するかどうか判断します）

↓

代替となる手段があるか（ボランティア・民間の食事配達サービスの活用などが可能か）

↓

サービス内容の決定（上記３にあてはまることがないか確認の上、サービス内容を決定します。）

５　注意事項

同居の家族等がいる方について生活援助費を算定する際は、なぜ同居家族が行うことができないのか、なぜその内容・時間・回数でサービス提供が必要なのかを、サービス担当者会議などで検討した上で、適切なケアマネジメントを通じて居宅サービス計画及び訪問介護計画に位置付けする必要があります。しかしその場合であっても、有償サービス、他の制度の活用等を検討し、代替できる選択肢がないかを確認し、第三者が見たときに明確な説明ができるよう（客観性の担保）、決定した経過がわかる記録を残すことが必要となります。

様式６

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

Ｎｏ．

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援１・要支援２	事業対象者

利用者名　　様（男・女）　　歳　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（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について		□有　□無					（　）					
日常生活（家庭生活）について		□有　□無					（　）					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有　□無					（　）					
健康管理について		□有　□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（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
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	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター	【意見】

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

※介護予防ケアマネジメントＣ の場合は、グレー部分の省略をすることができます

様式６

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録票）

Ｎｏ．

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援１・要支援２	事業対象者

利用者名　　様（男・女）　歳　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（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について		□有　□無					（　）					
日常生活（家庭生活）について		□有　□無					（　）					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有　□無					（　）					
健康管理について		□有　□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（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
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	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター	【意見】

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

介護予防サービス・支援計画書（1）の記入に伴う視点

介護予防サービス・支援計画書（1）

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　生年月日　　年　　月　　日　被保険者番号　　担当地域包括支援センター：

計画作成者氏名　　計画作成事業者・事業者名及び所在地：

計画作成（変更）日　　年　　月　　日（初回作成日　　年　　月　　日）　認定年月日　　年　　月　　日　認定有効期限　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

目標とする生活	1日	1年

具体的で達成感が得られる内容

生きがいや楽しみをもとにした達成したい目標（実現可能なもの）

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
運動・移動について		□有　□無	1	1	1
日常生活（家庭生活）について		□有	2	2	2
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有	3	3	3
健康管理について		□有　□無			

・自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して移動できるかどうか
・自宅や屋外をスムーズに歩行できるか
・交通機関を使って移動できるか　等

「現在、自分で（自力で）実施しているか否か」「家族などが介助を必要とする場合は、どのように介助され実施しているか」等についてアセスメントする。
「〇〇とは何か」「●●程度は行っている」

各アセスメント領域において本人、家族に確認した意欲
本人：〇〇
家族：〇〇
「●●できるようになりたい」「自分が〇〇ができるようにしたい」

課題があると判断した場合は「有」にチェック
特に問題がないと判断した場合は「無」にチェック

・領域における特徴的な背景とこれによって生じる活動や参加の苦労や困難さを把握する
「〇〇の低下が見られ●●を行うのが難しい」等
（〇〇には健康状態や心身機能、背景因子が、●●には活動や参加が入る）

・今後の「悪化の危険性」や「改善の可能性の予測についても記載する
「〇〇のおそれがある」
「〇〇の可能性がある」等

各領域を統合して全体像としてとらえる
悪循環の予測「〇〇の進行により●●などもできなくなる恐れがある。」
「現在のままの生活を続けると●●の状況に陥る可能性がある」等
（〇には健康状態や心身機能が●には活動や参加が入る）

総合的な各課題に対し、専門職等としての提案・評価で具体的なものを記載する
生活機能の低下の原因となっていることへの対策のみではなく、本人の持っている強さを力づける内容にする
目標：〇〇〇〇〇
具体策：〇〇〇〇

専門職等が提案したことに対し、本人・家族の想い等をそのままの言葉で記載する

・日常に必要な品物を自分で選んで買えるか
・献立を考え、調理できるか
・家事（家の掃除、洗濯、ごみ捨て、植物の水やり等）についての状況
・預貯金出し入れを行うことについての状況

・家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり、保つことができるか
・友人を招いたり、友人家を訪問しているか
・家族、友人などと会話や手紙などの交流
・地域での役割（老人クラブや町内会等）
・趣味や楽しみがあり続けられているか

・健診を受けているか
・休養に気をつけているか
・薬を飲み忘れず、管理できているか
・定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗っているか
・肌や顔、歯、爪などの手入れの状況

介護予防サービス・支援計画書（2）の記入に伴う視点

介護予防サービス・支援計画書（2）　被保険者番号＿＿＿＿＿＿＿＿　利用者名＿＿＿＿＿＿＿＿様　生年月日　年　月　日

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
1	（　）					
2	（					
3	（　）					

支援計画（1）で合意された目標を記載する
「課題に対する目標と具体策について合意が得られた場合には、提案した「目標」を転記する
モニタリングにおいては、この「目標」について評価を行うため、客観的に評価が行えるよう具体的に記載する

目標に対する支援のポイントとして、家族を含む支援者共通の「支援実施」における安全管理上のポイントを記載する

本人が自ら取り組むことや家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力等を記載する
誰が何をするか、具体的に記載する

各サービス種別の機関が行う具体的サービス内容を記載する
例）
・介護保険給付以外での外出支援
・介護保険での入浴介助等

サービス種別を具体的に記載する
加算についても記載する

・サービスを提供する事業所名を記載する
・家族、地域、介護保険以外のサービスについても誰が行うか明記する

「支援内容」掲げた支援をどの程度の「期間」で実施するか記載（○月○日～○月○日）
期間設定は「認定有効期間」に配慮して設定する

本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意が得られない場合は、本来の支援をできるよう働きかける具体的な手順や方針を書くなど、その内容の実現に向けた方向性を記載

【総合的な援助方針】
（生活不活発病の改善・予防のポイント）

生活がより生き生きとその人らしくなるために利用者、家族、計画作成者、サービス担当者が取り組んでいく、共通の方向性や留意すべき点を記載する

地域包括支援センター
【意見】

各担当地域包括支援センターからコメントをもらってから、
「計画に関する同意」欄に署名をもらう

【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）

【計画に関する同意】
介護予防サービス・支援計画書について同意いたします。

年　月　日　氏名

介護予防サービス・支援計画書の記入に伴う視点

◆「目標とする生活」の欄
・どのような生活を送りたいか本人の意思・意欲を尊重し引き出しているか
・意欲が低下している場合は、改善の可能性を判断し、具体的な案が提示されているか。

◆「アセスメント領域の現在の状況」
・アセスメントシートを参考に、それぞれの項目において「現在自分で実施しているかどうか」「家族等の介助を必要とする場合」はどのように介助されているか。

◆「運動・移動について」
・生活不活発病であれば、参加型のサービス利用のケアプランになっているか
・毎日の生活の中で離床時間を拡大するようなケアプランになっているか

◆「健康管理について」
・医療の中断や病状の悪化及び服薬管理等の状況から医師連絡の必要性の有無が記載されているか

◆「本人、家族の意欲、意向」
・具体的に「〇〇できるようになりたい」「〇〇やりたくない」等本人の意思とその理由が記載されているか

◆「総合的課題」
・２回目以降のケアプランにおいては、前回の評価がされているか

◆「必要な総合事業プログラム」
・基本チェックリスト等を参考にし、サービスの選択が妥当か
・「閉じこもり予防」においては外出機会が確保されているケアプランになっているか。

◆「目標」
・本人と家族が同意した目標になっているか
・困難でない自信につながる達成可能な目標になっているか
・具体的な記載になっているか
・２回目以降では、前回の評価が生かされているか

◆「目標についての支援のポイント」
・「目標とする生活」が実現できる支援のポイントが記載されているか

◆「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」
本人ができる健康管理や生活習慣の改善などの取組みがあるか

◆「サービス事業所選定」
・特定の事業者に偏っていないか

◆「総合的な支援の方針」
・２回目以降のケアプランにおいては前回の評価が生かされているか

【参考】セルフケア・セルフマネジメント

○法第 4 条第 1 項において「国民の努力及び義務」※として示されているように、高齢者には、要介護状態とならないための予防やその有する能力の維持向上に努めることが求められている。

※国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

○高齢者自身が、必要な支援・サービスを選択し利用しながら、自らの機能を維持向上するよう努力を続けるためには、分かりやすい情報の提示、専門職の助言、支援・サービスの利用による効果の成功体験の蓄積・伝達が求められるとともに、自ら健康を保持増進していく過程に対する動機を持ち、必要な知識を持った上で自らの行動を変え、成果を実感できる機会の増加が必要である。

興味・関心チェックシート

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
(1)自分でトイレへ行く				(24)生涯学習・歴史			
(2)一人でお風呂に入る				(25)読書			
(3)自分で服を着る				(26)俳句			
(4)自分で食べる				(27)書道・習字			
(5)歯磨きをする				(28)絵を描く・絵手紙			
(6)身だしなみを整える				(29)パソコン・ワープロ			
(7)好きなときに眠る				(30)写真			
(8)掃除・整理整頓				(31)映画・観劇・演奏会			
(9)料理を作る				(32)お茶・お花			
(10)買い物				(33)歌を歌う・カラオケ			
(11)家や庭の手入れ・世話				(34)音楽を聴く・楽器演奏			
(12)洗濯・洗濯物たたみ				(35)将棋・囲碁・ゲーム			
(13)自転車・車の運転				(36)体操･運動			
(14)電車・バスでの外出				(37)散歩			
(15)孫・子供の世話				(38)ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
(16)動物の世話				(39)ダンス・踊り			
(17)友達とおしゃべり・遊ぶ				(40)野球・相撲観戦			
(18)家族・親戚との団らん				(41)競馬・競輪・競艇・パチンコ			
(19)デート・異性との交流				(42)編み物			
(20)居酒屋に行く				(43)針仕事			
(21)ボランティア				(44)畑仕事			
(22)地域活動（町内会・老人クラブ）				(45)賃金を伴う仕事			
(23)お参り・宗教活動				(46)旅行・温泉			

興味・関心のチェックシートの項目

生活行為	している	してみたい	興味がある
(1)自分でトイレへ行く			
(2)一人でお風呂に入る			
(3)自分で服を着る			
⋮			
(9)料理を作る			
(10)買い物			
(14)電車・バスで外出			
(15)孫の世話			
⋮			
(18)家族・親戚との団らん			
(21)ボランティア			
⋮			
(25)読書			
(29)パソコン			
⋮			
(44)畑仕事			
(45)賃金を伴う仕事			

ADL

IADL

参加

趣味

仕事

興味・関心のチェックシートの手順

＜シートの記入方法＞

①各項目ごと、現在している生活行為には、その頻度に関係なく「している」の欄に〇を記入。

②「していない」項目については、それを「してみたい」か意向を聞く。
してみたいものには「してみたい」の欄に〇を記入。

③興味の有無を確認。「している・していない・してみたい・できる・できない」に関係なく、興味がある場合は「興味がある」の欄に〇を記入。

④いずれにも該当しない場合は、「している」の欄に×を記入。

⑤シートには空欄があり、各地域特有の生活行為や趣味活動など、使用する場に応じて追記する。

口腔の状況シート

入れ歯の状況	□ 使っていない
	□ いつも使う
	□ 食事の時のみ使う
	□ 食事以外の時のみ使う
義歯の酒類	□ 総入れ歯
	□ 部分入れ歯
口腔の状況	□ 歯に痛みがある
	□ 口臭がする
	□ 舌苔がみられる
	□ その他
実施方法	□ 歯ブラシ
	□ うがい薬
	□ フロス・歯間ブラシ
	□ 入れ歯洗浄剤
	□ その他（　　）
実施状況	□ 朝
	□ 昼
	□ 夜
	□ 就寝前
介助の状況	□ 無
	□ 入れ歯洗浄のみを行なっている
	□ 歯磨きを行なっている
	□ その他（　　）
噛みきれる食品	□ レベル１：「レベル２」の食品もかめない
	□ レベル２：バナナ・煮豆・ウエハース
	□ レベル３：ご飯・りんご・ゆでアスパラ
	□ レベル４：油揚げ・酢だこ・白菜の漬物
	□ レベル５：さきいか・たくあん

食生活情報

３日間の食事内容について記載してください。

		年　月　日 1日目		年　月　日 2日目		年　月　日 3日目		記入例	
		項目名	量	項目名	量	項目名	量	項目名	量
朝食	主食								
	主菜								
	副菜								
	その他								
間食									
昼食	主食								
	主菜								
	副菜								
	その他								
間食									
夕食	主食								
	主菜								
	副菜								
	その他								
間食									

主食	ごはん・パン・麺
主菜	肉料理・魚料理・たまご、大豆料理等
副菜	野菜（サラダ、漬物等）、海藻類、イモ類
その他	果物・デザート・飲み物（牛乳）
間食	主食・主菜等に関わらず食べたもの、飲んだもの

食生活チェック表

【記録方法】　ひと口でも食べたら「○」、食べなかったら「×」を記入する。

日にち	主食	主菜				副菜			その他			合計
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	ごはん パン 麺	肉	魚	たまご	大豆 大豆製品	海藻	緑黄色 野菜	イモ	果物	油	牛乳 乳製品	
月　　日												0
月　　日												0
月　　日												0
月　　日												0
月　　日												0
月　　日												0
月　　日												0
7日間の合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

※色付きの部分は、一日7品目摂取することが望ましいと言われています。1日に7つ○が付くように意識しましょう！

服 薬 管 理

病院薬剤師からの説明内容	
病院名	
担当薬剤師	
指導日（入院・外来）	年　　月　　日
薬の内容	1手書記載　2印刷貼付　3手書・印刷併用
薬の説明	1別紙説明　2手帳利用による口頭説明
薬の管理	1自己管理　2家族 3その他　管理者：
調剤上の留意点　（　有　・　無　） （有の場合）	
その他（服用上の注意点等）	

日付	処方内容
年　月　日	
年　月　日	
年　月　日	
年　月　日	
年　月　日	
年　月　日	
年　月　日	
年　月　日	
年　月　日	
年　月　日	
年　月　日	

医師・歯科医師・薬剤師からのコメント

年　月　日　記録者：

アセスメントシート

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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
	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切る		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	
			病院等へ行くときは	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	食事回数	1)3食／日　2)2食／日　3)1食／日　4)その他（　　食／日）	特記・課題等
	6	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	
	7	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	
	8	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	
	9	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	
	10	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	
	11	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	
	12	一人で洗身	1)できる　2)何とかできる　3)できない	
	13	一人で浴槽をまたぐ	1)できる　2)何とかできる　3)できない	

社会参加、対人関係、コミュニケーションについて	14	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
	15	外出する頻度　(通院以外)	1)　　回／週　2)ほとんど外出しない	
	16	親戚・友人と会う・連絡とる頻度	1)　　回／週　2)ほとんどない	
	17	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	
	18	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	
	19	一人きりになることへの不安	1)　ない　2)一人になることが不安である	

健康管理について	20	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	
	21	年1回の健康診断の受診	1)受けている　2)受けていない	
	22	現在の健康状態	1)よい　2)まあよい　3)ふつう　4)できないあまりよくない　5)よくない	
	23	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）	
	24	服薬管理の状況	1)指示とおり飲める　2)指示があれば飲める　3)できない	
	25	口腔機能の状況	1)硬いものが食べにくい　2)よくむせる　3)口が乾く　4)義歯が合わない	
	26	歯の手入(義歯含む)	頻度（　　回／日・週・月）　・　方法（　　）	

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

「アセスメントシート」説明

○運動・移動について

自ら行きたい場所に移動するための手段をとれるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通手段を用いることにより移動を行えているかどうか。

□　立ち上がりは椅子からの立ち上がりについて状況
□　歩行は、５ｍ何かにつかまらずに歩けるかどうか
□　片足立ちは、認定調査の基準である１秒を目安にバランスについての状況
□　自宅や屋外をスムーズに歩行すること（杖なし、杖あり、車イス）についての状況
□　交通機関を使って移動することについての状況

○日常生活（家庭生活について）

家事（調理・掃除・洗濯・ゴミ出し・買い物等）や住居・経済の管理、などを行っているか。

□　献立を考え、調理することについての状況
□　家事（家の掃除、洗濯、ゴミ捨て、植物の水やり等）についての状況
□　日常に必要な物品を自分で選んで買うことについての状況
□　預貯金の出し入れを行うこと、収支を把握しているか等についての状況

○社会参加、対人関係・コミュニケーションについて

状況に見合った社会的に適切な方法で、人々と交流しているか。また、家庭、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会への参加状況や、家庭内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうか。

□　家族や友人のことを心配したり、相談に乗るなど関係をつくり、保つことについての状況
□　友人を招いたり、友人の家を訪問することについての状況
□　家族、友人などと会話や手紙などにより交流することについての状況
□　情緒が不安定になることの有無についての聞き取り方として
　　「急に涙もろくなったり、怒りっぽくなったりすることはありますか」など
□　一人になることへの不安については、うつ支援が必要な状態であるかを見極めるために参考とする（将来への不安については、本人・家族の意向欄を活用する）

○健康管理について

飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養等の健康管理の観点から定期受信が行われているかどうか、服薬管理や清潔・整容の保持等が必要と思われる場合、この領域でアセスメントする。

□　健康のために運動を行うことについての状況
□　検診を受けることについての状況
□　休養に気を付けることについての状況
□　薬を飲み忘れず、管理することについての状況
□　定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗うことについての状況
□　肌や顔、歯、爪などの手入れについての状況

※明確に判断できない場合は、特記・課題等へ記入する

課題整理総括表

利用者名　　殿　　作成日　　/　　/

自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）	①	②	③
	④	⑤	⑥

利用者及び家族の生活に対する意向	

状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考（状況・支援内容等）
移動	室内移動	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
	屋外移動	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
食事	食事内容	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	食事摂取	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
	調理	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	排泄動作	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
口腔	口腔衛生	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	口腔ケア	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
服薬		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
入浴		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
更衣		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
掃除		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
洗濯		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
整理・物品の管理		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
金銭管理		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
買物		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
コミュニケーション能力		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
認知		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
社会との関わり		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
褥瘡・皮膚の問題		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
行動・心理症状(BPSD)		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
介護力（家族関係含む）		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
居住環境		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
				改善　維持　悪化	

見　通　し ※5	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】	※6

※1　本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
※2　介護支援専門員が収集したた客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
※3　現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号（丸数字）を記入する（複数の番号を記入可）。
※4　今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況（目標）を記載する。
※6　本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「－」印を記入。

課題整理総括表

利用者名　A　　作成日　平成○年○月○日

なぜ本人が思い描く生活ができないのか、その理由

自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）				

利用者及び家族の生活に対する意向	

状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考（状況・支援内容等）
移動	室内移動	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
	屋外移動	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
食事	食事内容	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	食事	介助		改善　維持　悪化	
	調理	介助		改善　維持　悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	排泄動作	自立　見守り		改善　維持　悪化	
口腔	口腔衛生	支障		改善　維持　悪化	
	口腔ケア	自立　見守り		改善　維持　悪化	
服薬		自立　見守り		改善　維持　悪化	
入浴		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
更衣		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
掃除		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
洗濯		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
整理・物品の管理		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
金銭管理		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
買物		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
コミュニケーション能力		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
認知		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
社会との関わり		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
褥瘡・皮膚の問題		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
行動・心理症状(BPSD)		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
介護力（家族関係含む）		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
居住環境		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
				改善　維持　悪化	

見通し ※5	生活	解決すべき課題（ニーズ）【案】	※6

それぞれの項目の現状

それぞれの項目が自立でない原因

左記では表現しきれないこ

本人や家族の「～だといいな」という気持ち

状況が改善できない問題点

その要因を踏まえた場合の将来予測

右記を解決するための
・支援方法（援助内容）
・それを行った場合どうなればよいか
を記入する。

※1 本書式は様式例でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号（丸数字）を記入する（複数の番号を記入可）。
※4 今回の設定者期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。
※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況（目標）を記載する。
※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「－」印を記入。

総合事業に係るチェックシートの活用

事業対象者の決定は、基本チェックリストの実施によって決定するが、総合事業のサービス利用に当たって、管理すべき疾患がある者等については、医師の判断が必要と考えられる。医師の判断が必要と考えられる事業対象者の把握方法については、「総合事業に係るチェックシート」を用いて、以下のとおり決定することとする。

【総合事業参加に当たって医師の判断が必要な事業対象者の把握方法】

① 地域包括支援センターは、プログラムへの参加を希望する事業対象者から、「総合事業に係るチェックシート」の内容を情報収集する。

② チェックシートにおいて、問Ａ「はい」（理由が「その他」以外）、問Ｂ「はい」（理由が「その他」以外）または問Ｃ１が「はい」の場合は、医師の判断を求める。

③ ②に該当せず、問Ａ「はい」で、理由が「その他」、問Ｂ「はい」で、理由が「その他」、問Ｃ２～４が「はい」もしくは「わからない」の場合は、地域包括支援センターにおいて、再度聞き取り等を行った上で、必要があれば医師の判断を求める。

④ ②・③以外は、「運動器機能向上プログラム等の予防プログラムへの参加を可能とする。

⑤ 問Ｃ５・６が「はい」の場合は、プログラム参加時の体調管理等の参考とする。

●総合事業に係るチェックシート

氏名（　　）

かかりつけ医は、ありますか？	はい	いいえ	病院名：
⇒「はい」のかたは、治療中の病名を教えてください。			病名：
内服中のお薬はありますか？	はい	いいえ	内服薬：
過去１年間に入院したことはありますか？	はい	いいえ	入院先： 入院時の病名：
過去１年間に手術をしたことがありますか？	はい	いいえ	病名：
過去１年間に骨折をしたことがありますか？	はい	いいえ	部位：
食事制限はありますか？	はい	いいえ	制限内容：

川口市版

A	この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をしましたか？（「はい」または「いいえ」に○をつける）	はい	いいえ

「はい」の場合、その理由は何ですか？（当てはまる理由に○をつける）

- ○ 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）
- ○ 心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）
- ○ 糖尿病、呼吸器疾患などのため
- ○ 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため
- ○ その他（具体的にご記入ください）
- （　　）

B	あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか?（「はい」または「いいえ」に○をつける）	はい	いいえ

「はい」の場合、その理由は何ですか？（当てはまる理由に○をつける）

- ○ 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）
- ○ 心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）
- ○ 糖尿病、呼吸器疾患などのため
- ○ 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため
- ○ その他（具体的にご記入ください）
- （　　）

C　以下のご質問にお答えください（「はい」、「いいえ」、または「わからない」に○をつける）

C1	この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか？	はい	いいえ	
C2	重い高血圧（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）がありますか?	はい	いいえ	わからない
C3	糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか？	はい	いいえ	わからない
C4	この1年間で心電図に異常があるといわれましたか？	はい	いいえ	わからない
C5	家事や買い物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか？	はい	いいえ	
C6	この1ヶ月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか？	はい	いいえ	

出典：厚生労働省，介護予防マニュアル　第４版，令和4年3月，エビデンスを踏まえた介護予防マニュアル改訂委員会