

# 「自立支援型ケアプラン作成支援事業」マニュアル



熊本市 健康福祉局 高齢者支援部 介護保険課

令和6年（2024年）4月改定

## I 総論

1	目的	3
2	対象者	
3	内容	
4	支援職種	4
5	支援回数	
6	支援期間	
7	初回訪問までの流れ	
	① 要介護認定の申請をした方、または要介護認定申請予定の方	
	② 要支援1・2、要介護1の認定をお持ちの方で、地域包括支援センターが 本事業の対象に該当すると判定した方	5
	③ 例外給付申請時、ケアプラン点検で本事業の実施が適当と判断された方	
8	費用	

## II 実務編

1	事業実施の流れ	
	① 要介護認定の申請をした方、または要介護認定申請予定の方	6
	② 要支援1・2、要介護1の認定をお持ちの方で、地域包括支援センターが 本事業の対象に該当すると判定した方	7
	③ 例外給付申請時、ケアプラン点検で本事業の実施が適当と判断された方	8
2	実践事例の紹介	9
3	事業実施の報告	10
4	問い合わせ先	11

## III 様式集

## 1 目的

リハビリテーション専門職（以下、「リハ職」という。）が、ケアマネジャー（地域包括支援センターのプラン作成担当者も含む。）の自立支援型ケアプラン作成に向けた支援や、サービス事業所における自立支援を目指した取り組みを促進することによって、高齢者の身体機能の維持・改善と、生活の質の向上及び残存能力を活かした主体的な活動と参加を目指します。

## 2 対象者

事業内容・趣旨を理解し、自立に向けた意欲があり、ケアマネジャーとリハ職が協働してケアプランの作成を行うことで、早期自立・重度化防止につながる見込みがある方。

（要支援 1・2、要介護 1 の認定が見込まれる方、および要支援 1・2、要介護 1 の認定をお持ちの方を想定しています。）

- Ⓐ 要介護認定申請中の方、または要介護認定申請予定の方
- Ⓑ 要支援 1・2、要介護 1 の認定をお持ちの方で、地域包括支援センターが本事業の対象に該当すると判定した方
- Ⓒ 例外給付申請時、ケアプラン点検で本事業の実施が適切と判断された方

## 3 内容

リハ職とケアマネジャーと一緒に高齢者の自宅等を訪問し、**協働して、対象者の自立支援に向けたケアプラン作成**を行います。

【リハ職の支援内容】

- ・リハビリテーションの視点を取り入れたアセスメントの支援
- ・対象者の状態像にあった具体的な生活目標の設定、ケアプラン作成の支援

※ **リハ職がご自宅を訪問して、直接的にリハビリテーションを行うものではありません。**

## 4 支援職種

人材リスト（※）に登録されている理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

### （※）人材リスト

熊本県理学療法士協会、熊本県作業療法士会、熊本県言語聴覚士会からの推薦を受け、本事業の協力に同意したリハ職の名簿。

## 5 支援回数

対象者 1 人あたり原則 4 回（2 時間／回）

※リハ職が追加訪問の必要性が高いと認める場合は、回数を増やすことも可。

例）支援期間内に対象者の想定外の身体状況変化等があり、ケアプランを見直した場合。

※日常生活上の助言等により改善の可能性が高いと認められ、要介護認定申請に至らない場合は、初回訪問で終了となる場合もある。

## 6 支援期間

初回訪問から、おおむね 4～6 か月間

## 7 初回訪問までの流れ

### ① 要介護認定申請中の方、または要介護認定申請予定の方

- ① 地域包括支援センターが、対象者・家族へ本事業の内容・趣旨を説明し、利用の同意を得る。また、本事業の実施にあたって、リハ職やサービス事業所等、関係者と情報共有を行うことについて同意を得る。
- ② 地域包括支援センターが、人材リストから適切なリハ職を選定する。併せて、初回訪問の日程調整を行う。
- ③ 地域包括支援センターが、申請書を、区役所福祉課へ提出する。
- ④ 区役所福祉課から事業開始の連絡を受けた後、地域包括支援センターとリハ職が、対象者宅を訪問する。

**② 要支援 1・2、要介護 1 の認定をお持ちの方で、地域包括支援センターが本事業の対象に該当すると判定した方**

- ① 被保険者本人・家族、ケアマネジャーが利用を希望する場合、事前に地域包括支援センターへ本事業の利用について相談する。(自立支援型地域ケア会議で本事業を勧められた場合も同様。)
- ② 地域包括支援センターが、本事業の対象に該当するか判定する。
- ③ ケアマネジャーが、対象者・家族へ本事業の内容・趣旨を説明し、利用の同意を得る。また、本事業の実施にあたって、リハ職やサービス事業所等、関係者と情報共有を行うことについて同意を得る。
- ④ 地域包括支援センターが、人材リストから適切なリハ職を選定する。
- ⑤ 地域包括支援センターからリハ職決定の連絡を受けた後、ケアマネジャーがリハ職へ連絡し、初回訪問の日程調整を行う。
- ⑥ 地域包括支援センター (ケアマネジャーも可) が、申請書を、区役所福祉課へ提出する。
- ⑦ 区役所福祉課から事業開始の連絡を受けた後、ケアマネジャーとリハ職が、対象者宅を訪問する。

No20

No19

**③ 例外給付申請時、ケアプラン点検で本事業の実施が適当と判断された方**

- ① 区役所福祉課／介護保険課が、ケアマネジャーへ本事業の利用を勧める。
- ② ケアマネジャーが、対象者・家族へ本事業の内容・趣旨を説明し、利用の同意を得る。また、本事業の実施にあたって、リハ職やサービス事業所等、関係者と情報共有を行うことについて同意を得る。
- ③ ケアマネジャーが、申請書を、区役所福祉課へ提出する。
- ④ 区役所福祉課／介護保険課が、人材リストから適切なリハ職を選定する。
- ⑤ 区役所福祉課／介護保険課からリハ職決定の連絡を受けた後、ケアマネジャーがリハ職へ連絡し、初回訪問の日程調整を行う。
- ⑥ 区役所福祉課／介護保険課から事業開始の連絡を受けた後、ケアマネジャーとリハ職が、対象者宅を訪問する。

## 8 費用

利用者負担なし（全額公費負担）



⑧ 要支援 1・2、要介護 1 の認定をお持ちの方で、地域包括支援センターが  
本事業の対象に該当すると判定した方

事前

ケアマネジャーからリハ職へ、対象者の基本情報を伝える。

1 回目（対象者宅を訪問）

利用者のアセスメントを行う。

アセスメント結果を踏まえ、リハ職の助言を受けながら、課題整理総括表及  
びケアプラン（案）を作成する。（ケアマネジャー）

2 回目（対象者宅を訪問）

対象者や家族と、生活目標を共有する。

ケアプラン（案）の趣旨説明を行い、合意形成を図る。

3 回目（サービス事業所を訪問）

生活目標に対して、適切なサービス提供が行われるよう必要な助言等を行う。

4 回目（対象者宅を訪問）

生活目標の達成状況・身体状態や社会活動の変化・サービス内容の適正性につ  
いて評価（効果検証）を行う。

サービス内容の効果検証を踏まえ、課題整理総括表及びケアプランを現況  
に適したものに修正する。（ケアマネジャー）

→ **リハ職による支援終了**（必要に応じて、回数の増減は可）

サービス開始  
3か月後

No26

No22  
No23

No1

© 例外給付申請時、ケアプラン点検で本事業の実施が適切と判断された方

事前

ケアマネジャーからリハ職へ、対象者の基本情報を伝える。

1回目（対象者宅を訪問）

利用者のアセスメントを行う中で、福祉用具利用の検討を行う。

アセスメント結果を踏まえ、リハ職の助言を受けながら、課題整理総括表及びケアプラン（案）を作成する。（ケアマネジャー）

2回目（対象者宅を訪問）

生活目標の達成状況・身体状態や社会活動の変化、福祉用具利用の適正性について評価（効果検証）を行う。

サービス内容の効果検証を踏まえ、課題整理総括表及びケアプランを現況に適したものに修正する。（ケアマネジャー）

→ **リハ職による支援終了**（必要に応じて、回数の増減は可）

初回訪問から  
おおよね6か月後

No26

No1

## 2 実践事例の紹介

移動調整とホームエクササイズと強みである「友人」との交流関係を活用し、活動範囲が拡大し、いきいきとした社会生活が可能となった事例

### 【事例の概要】

- ・ 85歳 女性
- ・ 息子と2人暮らし、日中独居
- ・ 一軒家に居住
- ・ 要介護度：要支援1
- ・ 主たる病名：圧迫骨折（発症から3か月経過）
- ・ 4～5か月前にぎっくり腰で腰を痛めてから前傾姿勢。骨折前までは自転車に乗れていたが、現在は不可。
- ・ 外出できず、自宅にこもりがち。

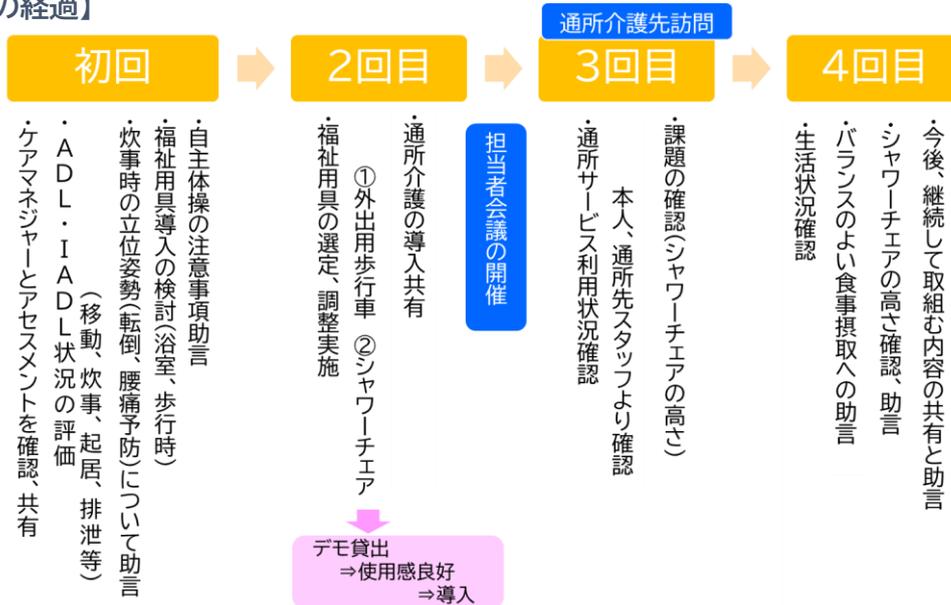
### 【自立した日常生活の阻害要因】

- ① 圧迫骨折による姿勢異常・円背がある
- ② 後方へのバランス不良があり、姿勢を正すとふらつく
- ③ 筋力低下により歩行状態が不安定
- ④ 口腔機能低下による嚥下咀嚼力の低下
- ⑤ 敷地入り口から玄関までに広い砂利道が続く
- ⑥ やや難聴がある

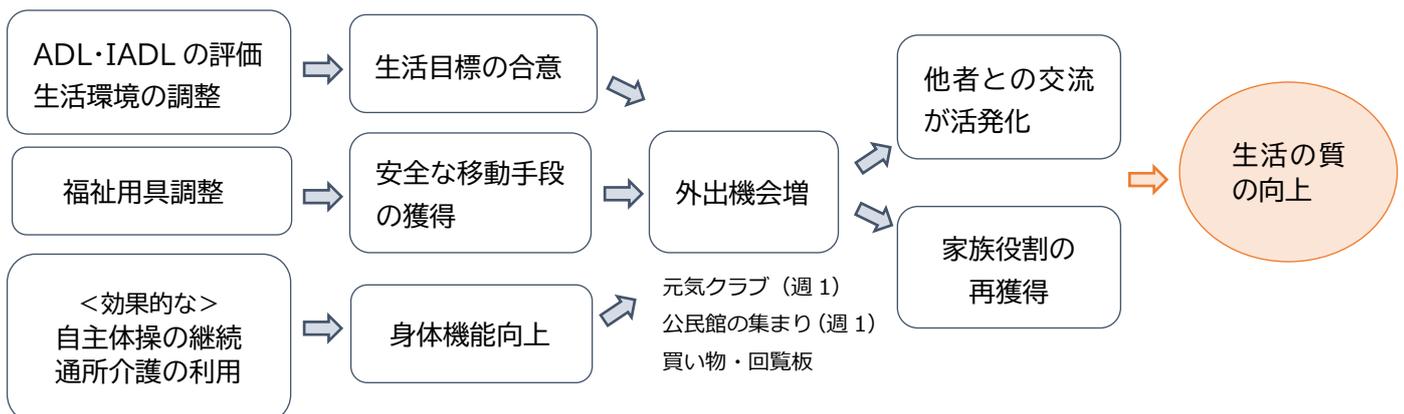
### 【合意した生活目標】

- ・ 移動手段を獲得し友人と一緒に元気くらぶなどへの参加が可能となり、継続して健康への取組ができる
- ・ デイサービスを利用し筋力向上や可動域改善を図りバランス能力UPを目指し、転倒せずに活動でき、家庭内の役割を継続できる

### 【訪問の経過】



### 【事業効果】



### 3 事業実施の報告

リハ職は、下記書類を作成し、各区役所福祉課へメールで提出する。

#### <提出書類>

##### ①実績報告書

毎回の訪問後に作成する。(報償費の支払いに使用。)

No8~10,13

##### ②アセスメントシート

- ・ 基本情報 (利用者の基本情報を記入する。)
- ・ 評価表 (初回評価と、支援終了後の評価を記入する。)
- ・ 支援経過記録 (毎回の訪問を記録する。)

※ 対象者◎の場合、評価表の作成は不要。

#### <提出時期>

訪問日の翌々月 10 日 (土日祝日の場合は、その翌開庁日) までに、提出する。  
ひと月に複数回訪問する場合、訪問月が連続する場合は、まとめての提出も可。

No11

【例外】3月の訪問分は、4月10日までに提出する。

#### <提出先>

区役所	メールアドレス
中央区役所 福祉課	<a href="mailto:chuoufukushi@city.kumamoto.lg.jp">chuoufukushi@city.kumamoto.lg.jp</a>
東区役所 福祉課	<a href="mailto:higashifukushi@city.kumamoto.lg.jp">higashifukushi@city.kumamoto.lg.jp</a>
西区役所 福祉課	<a href="mailto:nishifukushi@city.kumamoto.lg.jp">nishifukushi@city.kumamoto.lg.jp</a>
南区役所 福祉課	<a href="mailto:minamifukushi@city.kumamoto.lg.jp">minamifukushi@city.kumamoto.lg.jp</a>
北区役所 福祉課	<a href="mailto:kitafukushi@city.kumamoto.lg.jp">kitafukushi@city.kumamoto.lg.jp</a>

#### 4 問い合わせ先

○事業内容や利用の手続きに関すること

熊本市 介護保険課 (096-328-2347)

中央区役所 福祉課 (096-328-2311)

東区役所 福祉課 (096-367-9127)

西区役所 福祉課 (096-329-5403)

南区役所 福祉課 (096-357-4129)

北区役所 福祉課 (096-272-1118)

○ケアプラン作成支援の内容に関すること (リハ職)

所属する団体 (熊本県理学療法士協会、熊本県作業療法士会、熊本県言語聴覚士会) へご相談ください。

No16

### Ⅲ 様式集

○ 申請書	・・・・・・・・・・・・・・・・	13
○ 実績報告書	・・・・・・・・・・・・・・・・	14
○ アセスメントシート		
・ 基本情報	・・・・・・・・・・・・・・・・	15
・ 評価表		
・ 支援経過記録	・・・・・・・・・・・・・・・・	16
・ 課題整理総括表（全国版）	} 参考	・・・・・・・・・・・・・・・・ 17
・ 課題整理総括表（熊本版）		
・ 基本チェックリスト	・・・・・・・・・・・・・・・・	18
・ LSA	・・・・・・・・・・・・・・・・	19
・ 興味・関心チェックシート	・・・・・・・・・・・・・・・・	20

「自立支援型ケアプラン作成支援事業」

申請書

令和 年 月 日

熊本市長 様

次のとおり「自立支援型ケアプラン作成支援事業」の利用について申請します。

申請者	被保険者番号												
	フリガナ												
	氏名												
	生年月日	明・大・昭	年	月	日								
	住 所	〒	熊本市 区										
	電話番号												

早期の機能回復や重度化防止に向けた自立支援型ケアプラン作成の趣旨を理解し、ケアプラン作成に必要な要介護・要支援認定に関する情報を、関係機関・事業所等に提供することについて同意します。

申請者（被保険者）

提出代行者	(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所) 名	
	担当者名	電話番号

以下、地域包括支援センター/ 区役所福祉課記入欄

担当地域包括支援センター/担当区	<input type="checkbox"/> 提出代行者と同
担当者名	<input type="checkbox"/> 提出代行者と同
担当リハ職 所属先	
担当リハ職 氏名	
初回訪問日時	年 月 日 ( ) 時 分～
申請経路	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> ケア会議 <input type="checkbox"/> ケアプラン点検 <input type="checkbox"/> 例外給付 <input type="checkbox"/> その他 ( )



## <アセスメントシート>

### ・ 基本情報 <リハ職作成>

基本情報	
* 入力した情報が他の様式へ反映されます。入力されると黄色の塗りつぶしが解除されますので、全ての欄を入力して下さい。	
【対象者の情報】	【支援実施者の情報】
氏名: _____	所属: _____
生年月日: _____	氏名: _____
性別: _____	職種: _____
主たる病名: _____	初回訪問日: _____
要介護度: _____	2回目訪問日: _____
区分: _____	3回目訪問日: _____
【居宅介護支援事業者の情報】	4回目訪問日: _____
所属: _____	
氏名: _____	

### ・ 評価表 <リハ職作成 (©の場合は不要)>

評価表						
対象者氏名: 0	年齢: 歳	性別: 0	主たる病名: 0	初回訪問日: 明治33年1月0日	最終訪問日: #####	
支援実施者: (所属) 0	(氏名) 0	(職種) 0				
居宅介護支援事業者: (所属) 0	(氏名) 0					
アセスメント項目	身体機能 (精神・感覚・神経・筋・骨格・運動)	心身機能	活動と参加 (移動・運搬、ADL、IADL、社会参加)	環境因子 (環境・用具・態度・支援と関係・サービス)		
自立した日常生活の阻害要因					阻害因子から外れた	
					良い方向へ変化	
					経過の中で生じた新たな要因	
					悪い方向へ変化	
現状能力(強み)						
合意した生活目標						
助言・指導の概要						
自己評価	(初回) 実行度: /10 満足度: /10	(終了時) 実行度: /10 満足度: /10	最終訪問後に記載			
総括						

・ 支援経過記録<リハ職作成>

支援経過記録

対象者氏名: 〇

年齢: 〇

性別: 〇

【初回】	訪問日	明治33年1月0日
	訪問先	
	対象者	
	協議内容 共有した 方向性 など	
【2回目】	訪問日	明治33年1月0日
	訪問先	
	対象者	
	協議内容 共有した 方向性 など	
【3回目】	訪問日	明治33年1月0日
	訪問先	
	対象者	
	協議内容 共有した 方向性 など	
【4回目】	訪問日	明治33年1月0日
	訪問先	
	対象者	
	協議内容 共有した 方向性 など	

・課題整理総括表（全国版）

課題整理総括表

利用者名		氏名						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)		見 通 し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
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		支援なし 支援あり		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		支援なし 支援あり		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		支援なし 支援あり		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			支援なし 支援あり		改善 維持 悪化					
認知			支援なし 支援あり		改善 維持 悪化					
社会との関わり			支援なし 支援あり		改善 維持 悪化					
褥瘡・皮膚の問題			支援なし 支援あり		改善 維持 悪化					
行動・心理症状(BPSD)			支援なし 支援あり		改善 維持 悪化					
介護力(家族関係含む)			支援なし 支援あり		改善 維持 悪化					
居住環境			支援なし 支援あり		改善 維持 悪化					
					改善 維持 悪化					

※1 本書式は総括表でありアシス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「支援なし」以外である場合に、そのような状況をもたしている要因を、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 1年以内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運動内容**が、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。(介護認定の場合は、**短期目標の達成期間**を見積る)。  
 ※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(得意できなかったニーズ)には「-」印を記入。  
 ○自立した日常生活の阻害要因は、客観的事実に限り、解決にむけて何らかの対策が考えられるものとする。

・課題整理総括表（熊本版）

課題整理総括表（熊本バージョン）

利用者名		事例№						氏名			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	※2 の状況・支援の内容等		※4 の判断根拠	見 通 し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6		
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		支援なし 支援あり		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		支援なし 支援あり		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		支援なし 支援あり		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			支援なし 支援あり		改善 維持 悪化								
認知			支援なし 支援あり		改善 維持 悪化								
社会との関わり			支援なし 支援あり		改善 維持 悪化								
褥瘡・皮膚の問題			支援なし 支援あり		改善 維持 悪化								
行動・心理症状(BPSD)			支援なし 支援あり		改善 維持 悪化								
介護力(家族関係含む)			支援なし 支援あり		改善 維持 悪化								
居住環境			支援なし 支援あり		改善 維持 悪化								
昼夜逆転			支援なし 支援あり		改善 維持 悪化								
					改善 維持 悪化								

※1 本書式は総括表でありアシス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「支援なし」以外である場合に、そのような状況をもたしている要因を、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 1年以内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運動内容**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。(介護認定の場合は、**短期目標の達成期間**を見積る)。  
 ※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(得意できなかったニーズ)には「-」印を記入。  
 ○自立した日常生活の阻害要因は、客観的事実に限り、解決にむけて何らかの対策が考えられるものとする。

・基本チェックリスト

基本チェックリスト

氏名: #REF!

年齢: #REF!

記入日:

ケアマネ入力  
※リハ職と協力して作成

No.	質問事項	回答 (いずれかに○をお付け下さい)		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	
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	
No. 1～5の合計				0
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	
No. 6～10の合計				0
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	
12	身長:            cm    体重:            kg    BMI= #DIV/0!	18. 5未満の場合が1		#DIV/0!
No. 11～12の合計				#DIV/0!
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	
No. 13～15の合計				0
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	
No. 16～17の合計				0
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	
No. 18～20の合計				0
No. 1～20の合計				#DIV/0!
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	
No. 21～25の合計				0

(※) BMIとは、肥満度の目安となる指数で、「18. 5～24. 9」を正常範囲とし、18. 5未満は低体重となります。

～ 介護予防必要度の判定について～  
 ★ 1～20番のうち、○をつけた「はい・いいえ」の前の数字を足すと10以上になる場合  
 ★ 6～10番のうち、○をつけた「はい・いいえ」の前の数字を足すと3以上になる場合  
 ★ 11～12番のうち、11番が「はい」で、12番のBMIが18. 5未満となり2になる場合  
 ★ 13～15番のうち、○をつけた「はい」の数が2以上の場合

氏名: #REF!

記入日:

このシートは「生活の広がり (LSA)」の総合得点を自動計算するためのものです。

この4週間の活動範囲について、項目ごとにそれぞれ一つだけお選びください。

※該当する回答を選んで、最右欄に選んだ回答の番号を入力してください。

生活空間レベル1	a.	この4週間、あなたは <b>自宅で寝ている場所以外の部屋</b> に行きましたか。	①はい ②いいえ	
	b.	この4週間で、上記生活空間に何回行きましたか。	① 週1回未満 ② 週1～3回 ③ 週4～6回 ④ 毎日	
	c.	上記生活空間に行くのに、補助具または特別な器具を使用しましたか。	①はい ②いいえ	
	d.	上記生活空間に行くのに、他者の助けが必要でしたか。	①はい ②いいえ	
生活空間レベル2	a.	この4週間、玄関外、ベランダ、中庭、(マンションの)廊下、車庫、庭または敷地内の通路などの <b>屋外</b> に出ましたか。	①はい ②いいえ	
	b.	この4週間で、上記生活空間に何回行きましたか。	① 週1回未満 ② 週1～3回 ③ 週4～6回 ④ 毎日	
	c.	上記生活空間に行くのに、補助具または特別な器具を使用しましたか。	①はい ②いいえ	
	d.	上記生活空間に行くのに、他者の助けが必要でしたか。	①はい ②いいえ	
生活空間レベル3	a.	この4週間、自宅の庭またはマンションの建物以外の <b>近隣の場所</b> に外出しましたか。	①はい ②いいえ	
	b.	この4週間で、上記生活空間に何回行きましたか。	① 週1回未満 ② 週1～3回 ③ 週4～6回 ④ 毎日	
	c.	上記生活空間に行くのに、補助具または特別な器具を使用しましたか。	①はい ②いいえ	
	d.	上記生活空間に行くのに、他者の助けが必要でしたか。	①はい ②いいえ	
生活空間レベル4	a.	この4週間、 <b>近隣よりも離れた場所(ただし町内)</b> に外出しましたか。	①はい ②いいえ	
	b.	この4週間で、上記生活空間に何回行きましたか。	① 週1回未満 ② 週1～3回 ③ 週4～6回 ④ 毎日	
	c.	上記生活空間に行くのに、補助具または特別な器具を使用しましたか。	①はい ②いいえ	
	d.	上記生活空間に行くのに、他者の助けが必要でしたか。	①はい ②いいえ	
生活空間レベル5	a.	この4週間、 <b>町外</b> に外出しましたか。	①はい ②いいえ	
	b.	この4週間で、上記生活空間に何回行きましたか。	① 週1回未満 ② 週1～3回 ③ 週4～6回 ④ 毎日	
	c.	上記生活空間に行くのに、補助具または特別な器具を使用しましたか。	①はい ②いいえ	
	d.	上記生活空間に行くのに、他者の助けが必要でしたか。	①はい ②いいえ	

合計 0 点

## 興味・関心チェックシート

リハ職入力  
※必要時

対象者氏名: #REF!

年齢: #REF! 性別: #### 記入日:

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			

生活行為向上マネジメント