島原地域広域市町村圏組合　介護予防・日常生活支援総合事業　　令和８年４月

訪問型サービスＣ（短期集中予防サービス）利用の手引き

【目的】

閉じこもり等の心身の状況のために、通所による事業への参加が困難で、訪問による介護予防の取組みが必要と認められるものを対象に、保健・医療専門職がその者の居宅を訪問して、その生活機能に関する問題を総合的に把握、評価し、社会参加を高めるために必要な相談・指導等を実施することを目的とする。

【訪問型サービスＣの対象者と判断基準】

事業対象者、要支援１及び要支援２の認定を受けた被保険者で、以下の全ての項目に該当する方

- □　通所への参加が困難で、訪問による支援が必要な方
- □　本人に取り組む意欲、能力がある
- □　３か月でサービス終了となることについて同意を得ることができる
- □　改善に向けての目標設定を明確にできる（３か月で改善の可能性がある）
- □　支援終了後も継続して介護予防に取り組むことができる
  （自分で、家族の支援を受けながら、地域活動の場を利用して など）



判断に迷う場合は、『地域リハビリテーション活動支援事業』を活用することをオススメ！
短期集中の介入によって、改善が見込めるかの見極め、その他適切なサービス導入について、専門職と一緒に考えることができます。

【同時利用の制限】　島原地域広域市町村圏組合地域支援事業実施要綱（抜粋）

第５条の２　事業対象者及び要支援者が総合事業のサービスを利用する場合においては、次表により重複利用を制限することとする。

	通所リハビリ	訪問看護	通所（現行相当）	通所Ｃ	訪問（現行相当）	訪問Ａ「生活援助型」	訪問Ｃ
通所リハビリ		○	×	×	○	○	×
訪問看護	○		○※	○※	○	○	○※
通所（現行相当）	×	○※		×	○	○	×
通所Ｃ	×	○※	×		○	○	×
訪問（現行相当）	○	○	○	○		×	○
訪問Ａ「生活援助型」	○	○	○	○	×		○
訪問Ｃ	×	○※	×	×	○	○	
備考　○：重複利用可、×：重複利用不可、※：訪問看護のサービス内容が体操やリハビリの場合は、総合事業の通所型サービス、訪問型サービスＣとの併用利用は不可							

【本人利用料】

無料（自己負担はありません）

【プランへの位置づけ】

利用しているサービス	ケアマネジメントの方法
訪問型サービスＣのみ	介護予防ケアマネジメントＢ
総合事業（訪問型サービス現行相当または A）と併用 ＊通所系サービスとの併用不可	介護予防ケアマネジメントＡ
予防給付と併用	介護予防支援

＊訪問Ｃのみ利用の場合、計画作成費は、訪問支援がある約３か月間のみ請求できる。

【利用期間と訪問支援時間】

利用期間は３か月間、１回の訪問時間は１時間程度

【利用できる専門職】

次のいずれかにおいて、１～３職種（リハビリ職、管理栄養士、歯科衛生士）を利用できる。

□　基本チェックリスト該当した項目の職種を利用する。
　　総合、閉じこもり、認知、うつに該当した場合は、必要性のある専門職を利用できる。

□　基本チェックリストの項目には該当しないが、ケアマネジメントにおいて専門職からの訪問指導が必要と判断する職種を利用できる。その場合は、必要な理由について、アセスメントシートに記載すること。ただし、短期集中の予防的関わりで改善が見込まれる場合のみ。
　　例：基本チェックリストでは「低栄養」に該当しないが、「最近体重が減ってきている」「過体重、BMI25 以上」「慢性疾患等で栄養指導が必要」と判断した場合。

【利用回数】

□　「３か月間の訪問支援　＋　必要時のモニタリング訪問」の利用で、１２回を超えないこと。

□　１つの職種は、上限６回までの利用とする。

➡　１職種のみ利用する場合：上限６回まで　＋　必要時モニタリング訪問１回可

➡　２職種以上利用する場合：上限 12 回まで（必要時のモニタリング訪問１回を含む）

＜利用方法の例＞

例	会議出席	１か月目			２か月目			３か月目			モニタリング	回数
①	リハ	リ①		リ②	リ③		リ④	リ⑤		リ⑥	リ⑦	7
②	リハ	リ①		リ②	リ③		リ④	リ⑤		リ⑥	不要	6
③	リハ	リ①	栄①	リ②	リ③	栄②	リ④	り⑤	栄③	リ⑥	リ⑦	11
	栄養										栄④	
④	リハ	リ①	栄①	リ②	リ③	栄②	リ④	リ⑤	栄③	リ⑥	リ⑦	10
	栄養										不要	
⑤	リハ	リ①	ロ①	リ②	リ③		リ④	リ⑤	ロ②	リ⑥	不要	9
	口腔										ロ③	
⑥	リハ	リ①	栄①	ロ①	リ②	リ③	栄②	ロ③	リ④	リ⑤	栄③	ロ③	リ⑥	不可	12
	栄養														
	口腔														
		←	この間の利用回数が 12 回を超えないこと									→			

＜留意点＞

① それぞれの職種の訪問回数やタイミングは、最終的に事前の支援会議で決定する。

② 専門職の確保には極力調整を行うが、希望に添えない場合もある。

【主な支援の内容】

３か月後の目標達成のために下表の内容を支援する。

①運動機能向上	②栄養改善	③口腔機能向上
PT、OT、ST による訪問指導 ① 能力と生活動作の評価 ② 自宅で行う自主運動の提案 ③ 生活動作の改善・工夫 ④ 住宅環境の検討 ⑤ 家族への助言・指導	低栄養改善その他支援が必要と認められる方に管理栄養士による訪問指導 ① 栄養状態（口腔）の評価 ② 改善のための提案 ③ 家族への助言・指導	口腔機能の低下が認められる方に歯科衛生士による訪問指導 ① 口腔機能（栄養）の評価 ② 改善のための提案 ③ 家族への助言・指導

【専門職派遣の依頼先】

内容	依頼先
① 運動機能向上	県南地域リハビリテーション広域支援センター及び協力機関 ・医療法人社団東洋会　池田病院 ・医療法人伴帥会　愛野記念病院 ・医療法人社団苑田会　公立小浜温泉病院 ・医療法人栄和会　泉川病院
② 栄養改善	公益社団法人長崎県栄養士会
③ 口腔機能向上	島原南高歯科衛生士会

【訪問型サービスＣ利用の流れ】

手順		内容
Ⅰ	ケアマネから介護保険課地域支援係へ申請 ＊申請時に書類が間に合わない場合はご相談ください。	訪問Ｃ利用希望を申し出、必要書類を提出する ＜必要書類＞　＊訪問型サービスＣ様式集あり ■全員提出するもの □　【様式Ⅰ】訪問型サービスＣ利用依頼書 □　利用者基本情報 □　基本チェックリスト □　興味・関心チェックシート □　アセスメントシート（またはケアプラン） □　（事業対象者のみ）プログラム参加にかかるチェックシート ■栄養指導を希望する場合 □　【様式２】栄養・食事チェックリスト ■口腔指導を希望する場合 □　【様式３】おロの困りごとチェックシート

2	専門職へ派遣依頼	介護保険課から専門職へ派遣依頼を行う □電話連絡 □専門職派遣依頼書、ケアマネから提出された必要書類の送付
3	訪問指導を行う担当者が決定	専門職派遣団体は、訪問指導を行う担当者が決まったら、担当ケアマネへ直接連絡を行う。支援会議の調整を行い、手順４以降へ進む。
4	支援会議の開催 ＊サービス担当者会議に類するもの	会議参加者 □本人（□家族）　□担当ケアマネ　□専門職　（□広域圏） ＊広域圏へは日程調整後にご連絡ください。できるだけ参加させていただきます。 会議内容 □課題、目標、支援内容の確認と共有 □今後の訪問回数、タイミングの調整 ＊メインで関わる専門職は必ず出席してもらうこと ＊２職種以上利用の場合で、支援会議に専門職が出席できない場合は、電話連絡や資料の共有等で事前に情報共有を図ること
5	訪問指導　初回～最終回報告書の提出	専門職は実施計画を立て、毎回の訪問終了後、指導内容を記録しケアマネおよび広域へ提出する。 □実施計画書および報告書 リハビリ【様式 4-①②】 栄養【様式５-1①②】 口腔【様式６-①②】 □その他、使用した資料や写真 最終訪問日には、担当ケアマネが同席し、今後の方針を検討する。
6	謝金の支払い	実施報告書の提出後、介護保険課から専門職に謝金を支払う。
7	モニタリング訪問 （必要時のみ）	必要時は、最終訪問日から約３か月後、専門職によるモニタリング訪問を実施し、終了後は実施報告書を提出する。 ＊関わった職種の訪問が可能だが、合計 12 回を超えないこと ＊担当ケアマネと同行訪問 □実施報告書 リハビリ【様式 4-③】　栄養【様式５-③】　口腔【様式６-③】 □その他、使用した資料や写真
8	謝金の支払い	実施報告書の提出後、介護保険課から専門職に謝金を支払う。

【様式1】訪問型サービスC利用依頼書　　ケアマネ記入⇒介護保険課⇒専門職

依頼元		担当者		連絡先	
対象者氏名		性別	□男 □女		
生年月日	T・S　年　月　日生	年齢	歳		
住所		電話番号			

基本チェックリスト該当項目	□総合 □運動 □栄養 □口腔 □閉じこもり □認知 □うつ
希望する専門職（複数可）	□リハビリ職 □管理栄養士 □歯科衛生士

依頼したい内容	①運動	□	運動機能の評価、自宅で行う自主運動の提案・指導
		□	生活動作の改善・工夫の指導、生活環境の検討
		□	（本人含む）家族への助言・指導
		□	その他　（　　）
	②栄養	□	栄養状態の評価、改善のための提案・指導
		□	（本人含む）家族への助言・指導
		□	その他　（　　）
	③口腔	□	口腔機能の評価、改善のための提案・指導
		□	（本人含む）家族への助言・指導
		□	その他　（　　）
	④その他	□	認知機能の評価や予防のための取組み
		□	その他　（　　）
具体的内容			
3か月後に目指す状態像			

＊栄養指導を希望する場合のみ

【様式2】

栄養・食事チェックリスト

記入日：

氏名：

【栄養状態】※基本チェックリストがある場合は記載不要

身長	cm	**体重変化量（半年前と比べて）**
体重	kg	□ 変わらない
BMI		□ 2kg以上増加
※BMI＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）		□ 2kg以上減少

【食事の食べ方】

食欲	□ ある	□ まあまあ	□ ない
食事回数	□ 1日3回	□ 1日2回	□ 1日1回
食事の時間	□ ほぼ決まっている	□ 不規則	
好き嫌い	□ ある （ ）	□ ない	
水分摂取（1日）	□ ペットボトル（500ml）	本	
	□ 湯のみまたはコップ	杯	
間食	□ 毎日する	□ 時々する	□ しない
お酒	□ 毎日飲む	□ 時々飲む	□ 飲まない
	アルコールの種類と量		
固さ	□ 普通	□ 刻み食	□ ペースト食

【食べたものチェックシート】 食べているものに○をつけてみましょう！

※昨日のチェックをしてみましょう。

	エネルギーのもとになる			からだを作るもとになる（筋肉や骨の維持）					からだの調子を整える		
食品群	主食	芋	油脂類	肉	魚	卵	大豆製品	牛乳	野菜	海藻	果物
食品											
	ご飯 パン 麺類	じゃが芋 さつま芋 里芋 など	植物油 バター ドレッシング など （炒め物） （揚げ物）	肉 ハム ウインナー など	魚介類 かまぼこ 魚加工品 など	鶏卵 うずら卵	豆腐 納豆 大豆 など	牛乳 チーズ ヨーグルト	緑黄色野菜 淡色野菜 きのこ	わかめ ひじき のり 昆布 など	みかん りんご バナナ など
○月○日											

<（公社）長崎県栄養士会 食べたものチェックシート改案>

＊口腔指導を希望する場合のみ　　ケアマネ記入⇒介護保険課⇒専門職へ

【様式３】　お口の困りごとチェックシート

記載日　　年　　月　　日

氏名

1　歯の状況について

□　すべて自分の歯

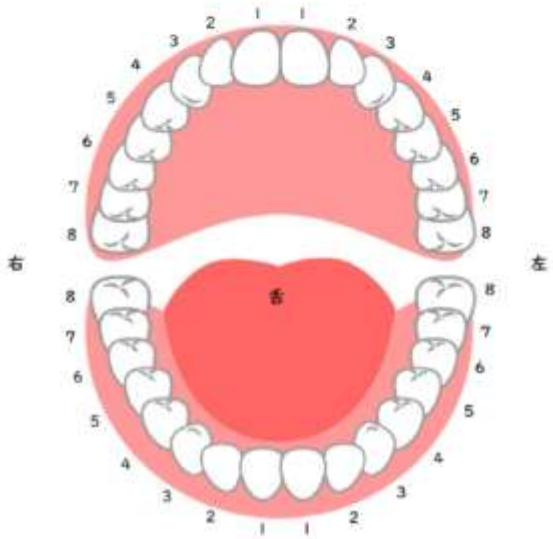
□　入れ歯あり　⇒　□　総入れ歯　　作成時期（　　）頃

□　部分入れ歯

＜口の中の状況を記入してください。＞

■歯がない　⇒　黒く塗りつぶす
■入れ歯部分　⇒　線で囲む

※その他症状があれば、分かるように記載してください。



2　該当するものに✔を入れてください。

＜歯や歯肉（歯茎）のことについて＞

①　□　歯がしみる
②　□　歯が痛む
③　□　歯肉（歯茎）が腫れている
④　□　歯肉（歯茎）が出血する
⑤　□　歯がぐらぐらする
⑥　□　口内炎ができて痛い
⑦　□　舌が痛い

＜噛むことについて＞

⑧　□　口が大きく開かない、開けると痛い、音がする
⑨　□　硬いものが噛めない

＜飲み込みについて＞

⑩　□　食後に口の中に食べ物が残りやすい
⑪　□　食事中にむせる、せき込む、痰がからむ

＜その他の症状について＞

⑫　□　唇や口の中が渇いている
⑬　□　口臭が気になる
⑭　□　食欲がない、体重が減った
⑮　□　過去に肺炎にかかったことがある

＜口腔ケアについて＞

⑯　□　寝る前の歯磨きの習慣がない

＜入れ歯について＞

⑰　□　入れ歯がない
⑱　□　入れ歯が壊れている
⑲　□　入れ歯があわないため噛みにくい
⑳　□　普段、入れ歯を外している
㉑　□　話すと入れ歯が落ちる

＜歯科受診について＞

㉒　□　歯科定期検診を受けていない
㉓　□　かかりつけ医がいない

【様式4-①】専門職記入⇒初回と最終回の訪問後、ケアマネ、介護保険課へ提出　　事前記入　　事後記入

訪問型サービスC　運動機能向上プログラム　実施計画書および報告書

対象者氏名		専門職氏名		職種	

目標(ニーズ)		➡	達成状況	

指導計画	

体力測定(必要時、必要な項目のみ)								
項目	開始前	2025年1月1日		終了後	2025年1月1日			改善・維持
身長 / 体重	cm	kg		cm	kg			
転倒の有無	有（　　）無			有（　　）無				
握力	右① 秒	右② 秒		右① 秒	右② 秒			
	左① 秒	左② 秒		左① 秒	左② 秒			
開眼片足立ち	右① 秒	右② 秒		右① 秒	右② 秒			
	左① 秒	左② 秒		左① 秒	左② 秒			
椅子からの立ち上がり	① 秒	② 秒		① 秒	② 秒			
TUG	① 秒	② 秒		① 秒	② 秒			
5m通常歩行時間	秒	補助具使用 有・無		秒	補助具使用 有・無			
5m最大歩行時間	秒	補助具使用 有・無		秒	補助具使用 有・無			
膝伸展筋力	右 kg	左 kg		右 kg	左 kg			
主観的健康観	□ 最高に良い	□ とても良い		□ 最高に良い	□ とても良い			
	□ 良い	□ あまり良くない		□ 良い	□ あまり良くない			
	□ 良くない	□ 全然良くない		□ 良くない	□ 全然良くない			
総合評価								

最終結果		特記事項
	終結	
	他サービス・事業へ移行	
	中断	
	その他	

モニタリング訪問の必要性			必要な理由
	必要	➡	
	不要		

【様式4-②】 訪問型サービスC 実施報告書

対象者氏名

専門職記入』毎回の訪問後、ケアマネ、介護保険課へ提出

1回目

訪問日	土	時間	13:00 ～ 14:00	専門職氏名	

本人の状況や様子、自主訓練の状況など

本日の指導内容

今後の予定

次回訪問日➡	

その他（共有事項、気になる点など）

2回目

訪問日	2025年1月1日 水	時間	13:00 ～ 14:00	専門職氏名	

本人の状況や様子、自主訓練の状況など

本日の指導内容

今後の予定

次回訪問日➡	

その他（共有事項、気になる点など）

3回目

訪問日	2025年1月1日 水	時間	13:00 ～ 14:00	専門職氏名	

本人の状況や様子、自主訓練の状況など

本日の指導内容

今後の予定

次回訪問日➡	

その他（共有事項、気になる点など）

【様式4-②】訪問型サービスC　実施報告書

対象者氏名

4回目

訪問日	2025年1月1日　水	時間	13:00 ～ 14:00	専門職氏名	

本人の状況や様子、自主訓練の状況など

本日の指導内容

今後の予定

次回訪問日➡	

その他（共有事項、気になる点など）

5回目

訪問日	2025年1月1日　水	時間	13:00 ～ 14:00	専門職氏名	

本人の状況や様子、自主訓練の状況など

本日の指導内容

今後の予定

次回訪問日➡	

その他（共有事項、気になる点など）

6回目

訪問日	2025年1月1日　水	時間	13:00 ～ 14:00	専門職氏名	

本人の状況や様子、自主訓練の状況など

本日の指導内容

今後の予定

次回訪問日➡	

その他（共有事項、気になる点など）

【様式4-③】 訪問型サービスC モニタリング実施報告書　　対象者氏名

訪問日	2025年1月1日　水	時間	13:00	～	14:00	専門職氏名	

指導した内容の継続状況			
□ よく継続できている	□ 一部継続できている	□ あまりできていない	□ まったくできていない

体力測定（必要時、必要な項目のみ）							改善・維持
項目	モニタリング時						
身長 / 体重			cm			kg	
転倒の有無	有	（		）		無	
握力	右①		秒	右②		秒	
	左①		秒	左②		秒	
開眼片足立ち	右①		秒	右②		秒	
	左①		秒	左②		秒	
椅子からの立ち上がり	①		秒	②		秒	
TUG	①		秒	②		秒	
5m 通常歩行時間			秒	補助具使用		有・無	
5m 最大歩行時間			秒	補助具使用		有・無	
膝伸展筋力	右		kg	左		kg	
主観的健康観	□	最高に良い		□	とても良い		
	□	良い		□	あまり良くない		
	□	良くない		□	全然良くない		
総合評価							

その他、評価項目

本人の身体・精神状況や生活上の変化など

モニタリング訪問の結果		特記事項
	現在の生活を継続し、終結	
	追加指導を行い、終結	
	他サービス・事業へ移行	
	その他	

その他、連絡事項など

【様式5-①】専門職記入⇒初回と最終回の訪問後、ケアマネ、介護保険課へ提出　　事前記入　　中間記入　　事後記入

訪問型サービスC　栄養改善プログラム　実施計画書および報告書

対象者氏名		専門職氏名		職種	

目標（ニーズ）		➡	達成状況	

指導計画	

必要時、必要な項目のみ

アセスメント項目	初回	2025年1月1日		中間	2025年1月1日		終了時	2025年1月1日	
身長 / 体重		cm	kg		cm	kg		cm	kg
手術や食事療法の必要な入院	□ 有	□ 無		□ 有	□ 無		□ 有	□ 無	
慢性的な病気の有無	□ 有	□ 無		□ 有	□ 無		□ 有	□ 無	
下痢や便秘	□ 有	□ 無		□ 有	□ 無		□ 有	□ 無	
定期的な体重測定	□ 有	□ 無		□ 有	□ 無		□ 有	□ 無	
3か月の体重変化	□ 減少	□ 不変	□ 増加	□ 減少	□ 不変	□ 増加	□ 減少	□ 不変	□ 増加
1日の食事回数		回			回			回	
肉、魚、豆、卵の摂取回数		回/日	回/週		回/日	回/週		回/日	回/週
野菜、果物の摂取量		皿/日	皿/週		皿/日	皿/週		皿/日	皿/週
乳製品、豆乳の摂取回数		回/日	回/週		回/日	回/週		回/日	回/週
飲み物の摂取量		杯/日			杯/日			杯/日	
補助食品等の摂取	□ 有	□ 無		□ 有	□ 無		□ 有	□ 無	
買い物が不自由	□ はい	□ いいえ		□ はい	□ いいえ		□ はい	□ いいえ	
食事の支度が不自由	□ はい	□ いいえ		□ はい	□ いいえ		□ はい	□ いいえ	
食欲の有無	□ 有	□ 無		□ 有	□ 無		□ 有	□ 無	
食事が楽しい	□ はい	□ いいえ		□ はい	□ いいえ		□ はい	□ いいえ	
誰かと一緒の食事	□ 有	□ 無		□ 有	□ 無		□ 有	□ 無	
決まった時間の食事・睡眠	□ はい	□ いいえ		□ はい	□ いいえ		□ はい	□ いいえ	
食物でのアレルギー症状	□ 有	□ 無		□ 有	□ 無		□ 有	□ 無	
6種類以上の薬	□ 有	□ 無		□ 有	□ 無		□ 有	□ 無	
食事療法の必要性	□ 有	□ 無		□ 有	□ 無		□ 有	□ 無	
小さくして食べる	□ 有	□ 無		□ 有	□ 無		□ 有	□ 無	
飲み込みにくさ	□ 有	□ 無		□ 有	□ 無		□ 有	□ 無	
主観的健康観	1. 最高によい 2. とても良い 3. 良い 4. あまり良くない 5. 良くない 6. 全然良くない			1. 最高によい 2. とても良い 3. 良い 4. あまり良くない 5. 良くない 6. 全然良くない			1. 最高によい 2. とても良い 3. 良い 4. あまり良くない 5. 良くない 6. 全然良くない		

最終結果			特記事項
	終結		
	他サービス・事業へ移行		
	中断		
	その他		

モニタリング訪問の必要性				必要な理由
	必要		➡	
	不要			

【様式5-②】 訪問型サービスC 実施報告書

対象者氏名

専門職記入。毎回の訪問後、ケアマネ、介護保険課へ提出

1回目

訪問日	2025年1月1日　水	時間	13:00 ～ 14:00	専門職氏名	

本人の状況や様子、自主訓練の状況など

本日の指導内容

今後の予定

次回訪問日➡	

その他（共有事項、気になる点など）

2回目

訪問日	2025年1月1日　水	時間	13:00 ～ 14:00	専門職氏名	

本人の状況や様子、自主訓練の状況など

本日の指導内容

今後の予定

次回訪問日➡	

その他（共有事項、気になる点など）

3回目

訪問日	2025年1月1日　水	時間	13:00 ～ 14:00	専門職氏名	

本人の状況や様子、自主訓練の状況など

本日の指導内容

今後の予定

次回訪問日➡	

その他（共有事項、気になる点など）

【様式5-③】 訪問型サービスC モニタリング実施報告書　　対象者氏名

訪問日	2025年1月1日	水	時間	13:00	～	14:00	専門職氏名	

指導した内容の継続状況

☐ よく継続できている　☐ 一部継続できている　☐ あまりできていない　☐ まったくできていない

必要時、必要な項目のみ

アセスメント項目						
身長 / 体重		cm		kg		
手術や食事療法の必要な入院	☐	有	☐	無		
慢性的な病気の有無	☐	有	☐	無		
下痢や便秘	☐	有	☐	無		
定期的な体重測定	☐	有	☐	無		
3か月の体重変化	☐	減少	☐	不変	☐	増加
1日の食事回数		回				
肉、魚、豆、卵の摂取回数		回/日		回/週		
野菜、果物の摂取量		皿/日		皿/週		
乳製品、豆乳の摂取回数		回/日		回/週		
飲み物の摂取量		杯/日				
補助食品等の摂取	☐	有	☐	無		
買い物が不自由	☐	はい	☐	いいえ		
食事の支度が不自由	☐	はい	☐	いいえ		
食欲の有無	☐	有	☐	無		
食事が楽しい	☐	はい	☐	いいえ		
誰かと一緒の食事	☐	有	☐	無		
決まった時間の食事・睡眠	☐	はい	☐	いいえ		
食物でのアレルギー症状	☐	有	☐	無		
6種類以上の薬	☐	有	☐	無		
食事療法の必要性	☐	有	☐	無		
小さくして食べる	☐	有	☐	無		
飲み込みにくさ	☐	有	☐	無		
主観的健康観	1. 最高によい 2. とても良い 3. 良い 4. あまり良くない 5. 良くない 6. 全然良くない					

その他、評価項目

本人の身体・精神状況や生活上の変化など

モニタリング訪問の結果		特記事項
	現在の生活を継続し、終結	
	追加指導を行い、終結	
	他サービス・事業へ移行	
	その他	

その他、連絡事項など

【様式6-①】専門職記入⇒初回、最終回の訪問後、ケアマネ、介護保険課へ提出　　事前記入　　中間記入　　事後記入

訪問型サービスC　口腔機能改善プログラム　実施計画書および報告書

対象者氏名		専門職氏名		職種	

目標（ニーズ）		➡	達成状況	

指導計画	

必要時、必要な項目のみ

アセスメント項目	初回	2025年1月1日	中間	2025年1月1日	終了時	2025年1月1日
固いものが食べにくいか	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ
お茶や汁物等でむせることがあるか	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ
口が乾きやすいか	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ
薬が飲み込みにくくなったか	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ
話すときに舌がひっかるか	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ
口臭が気になるか	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ
食事にかかる時間は長くなったか	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ
薄味がわかりにくくなったか	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ
食べこぼしがあるか	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ
食後に口の中に食べ物が残りやすいか	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ	□ はい	□ いいえ
自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかり噛み締められるか	□ どちらも不可	□ 片方のみ可　□ 両方可	□ どちらも不可	□ 片方のみ可　□ 両方可	□ どちらも不可	□ 片方のみ可　□ 両方可
主観的健康観	□ 最高に良い　□ 良い　□ 良くない　□ とても良い　□ あまり良くない　□ 全然良くない		□ 最高に良い　□ 良い　□ 良くない　□ とても良い　□ あまり良くない　□ 全然良くない		□ 最高に良い　□ 良い　□ 良くない　□ とても良い　□ あまり良くない　□ 全然良くない	
総合評価						

最終結果		特記事項
	終結	
	他サービス・事業へ移行	
	中断	
	その他	

モニタリング訪問の必要性			必要な理由
	必要	➡	
	不要		

【様式6-②】 訪問型サービスC 実施報告書

対象者氏名

1回目

訪問日	2025年1月1日　水	時間	13:00 ～ 14:00	専門職氏名	

本人の状況や様子、自主訓練の状況など

本日の指導内容

今後の予定

次回訪問日➡	

その他（共有事項、気になる点など）

専門職記入」毎回の訪問後、ケアマネ、介護保険課へ提出

2回目

訪問日	2025年1月1日　水	時間	13:00 ～ 14:00	専門職氏名	

本人の状況や様子、自主訓練の状況など

本日の指導内容

今後の予定

次回訪問日➡	

その他（共有事項、気になる点など）

3回目

訪問日	2025年1月1日　水	時間	13:00 ～ 14:00	専門職氏名	

本人の状況や様子、自主訓練の状況など

本日の指導内容

今後の予定

次回訪問日➡	

その他（共有事項、気になる点など）

【様式6-②】 訪問型サービスC 実施報告書　　対象者氏名

4 回目

訪問日	土	時間	13:00 ～ 14:00	専門職氏名	

本人の状況や様子、自主訓練の状況など

本日の指導内容

今後の予定

次回訪問日➡	

その他（共有事項、気になる点など）

5 回目

訪問日	2025年1月1日　水	時間	13:00 ～ 14:00	専門職氏名	

本人の状況や様子、自主訓練の状況など

本日の指導内容

今後の予定

次回訪問日➡	

その他（共有事項、気になる点など）

6 回目

訪問日	2025年1月1日　水	時間	13:00 ～ 14:00	専門職氏名	

本人の状況や様子、自主訓練の状況など

本日の指導内容

今後の予定

次回訪問日➡	

その他（共有事項、気になる点など）

【様式6-③】 訪問型サービスC　モニタリング実施報告書　　対象者氏名

訪問日	土	時間	13:00	～	14:00	専門職氏名	

指導した内容の継続状況			
☐ よく継続できている	☐ 一部継続できている	☐ あまりできていない	☐ まったくできていない

アセスメント項目					
固いものが食べにくいか	☐	はい	☐	いいえ	
お茶や汁物等でむせることがあるか	☐	はい	☐	いいえ	
口が乾きやすいか	☐	はい	☐	いいえ	
薬が飲み込みにくくなったか	☐	はい	☐	いいえ	
話すときに舌がひっかるか	☐	はい	☐	いいえ	
口臭が気になるか	☐	はい	☐	いいえ	
食事にかかる時間は長くなったか	☐	はい	☐	いいえ	
薄味がわかりにくくなったか	☐	はい	☐	いいえ	
食べこぼしがあるか	☐	はい	☐	いいえ	
食後に口の中に食べ物が残りやすいか	☐	はい	☐	いいえ	
自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかり噛み締められるか	☐	どちらも不可	☐	片方のみ可	☐ 両方可
主観的健康観	☐	最高に良い	☐	とても良い	
	☐	良い	☐	あまり良くない	
	☐	良くない	☐	全然良くない	

その他、評価項目

本人の身体・精神状況や生活上の変化など

モニタリング訪問の結果		特記事項
	現在の生活を継続し、終結	
	追加指導を行い、終結	
	他サービス・事業へ移行	
	その他	

その他、連絡事項など

・１つの職種の利用は、上限６回　　【必要時】

＿＿＿＿＿＿＿＿様のスケジュール

・複数職種利用の場合は、上限12回

（ただし、１職種６回を超えないこと）

	1か月目		2か月目		3か月目		
1職種	リハビリ	リハビリ	リハビリ	リハビリ	リハビリ	リハビリ	
	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	計
	：　～　：	：　～　：	：　～　：	：　～　：	：　～　：	：　～　：	回

	1か月目		2か月目		3か月目		
2職種	リハビリ	リハビリ	リハビリ	リハビリ	リハビリ	リハビリ	
	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	
	：　～　：	：　～　：	：　～　：	：　～　：	：　～　：	：　～　：	
	栄養		栄養		栄養		
	月　日（　）		月　日（　）		月　日（　）		計
	：　～　：		：　～　：		：　～　：		回

	1か月目		2か月目		3か月目		
3職種	リハビリ	リハビリ	リハビリ	リハビリ	リハビリ	リハビリ	
	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	
	：　～　：	：　～　：	：　～　：	：　～　：	：　～　：	：　～　：	
	栄養		栄養		栄養		
	月　日（　）		月　日（　）		月　日（　）		
	：　～　：		：　～　：		：　～　：		
	口腔		口腔		口腔		
	月　日（　）		月　日（　）		月　日（　）		計
	：　～　：		：　～　：		：　～　：		回

＿＿＿＿＿介入する職種に適宜修正して可

運動器の機能向上プログラム

【必要時】

実施計画（本人記載）

月分

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

運動の内容	①	④
	②	⑤
	③	⑥

日付	運動実施（○・×）	実施内容	日付	運動実施（○・×）	実施内容	日付	運動実施（○・×）	実施内容
1			11			21		
2			12			22		
3			13			23		
4			14			24		
5			15			25		
6			16			26		
7			17			27		
8			18			28		
9			19			29		
10			20			30		
						31		

基本チェックリスト

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　記入日：＿＿＿年＿＿月＿＿日（　）

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ら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
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
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言われますか	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

（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。

興味・関心チェックシート

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢：　歳　　性別（男・女）　記入日：

表の生活行為については、現在しているものには「している」の別に、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）

【総合事業アセスメントシート】

対象者氏名　　□総合　□運動　□ 栄養　□ 口腔　□ 閉じこもり　□ 認知　□ うつ　　記入者：　　日付：

領域	視点	アセスメント項目		
A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取れるかどうか。	運動機能（支えの必要性）		立ち上がり：□ なし　□ あり　片足立ち：□ なし　□ あり
		歩行状況（歩行レベル）		室内：□ 独歩　□ 杖　□ 手すり　□ 車いす　□ その他（　　） 屋外：□ 独歩　□ 杖　□ シルバーカー（手押し車）　□ 車いす　□ その他（　　）
		移動手段		□電車　□バス　□タクシー　□自転車　□ 車（運転・同乗）　□ セニアカー　□ 徒歩
B日常生活について	日常生活を自立して行えているかどうか。	買い物		□自分　□家族　□知人　□その他（　　）
		献立を考える		□自分　□家族　□知人　□その他（　　）
		調理		□自分　□家族　□知人　□配食サービス　□ 惣菜購入　□ その他（　　）
		身だしなみへの関心		□高い　□ 普通　□ 低い
		金銭管理（家計の管理）		□できる　□できない（理由：　　）
C社会参加・対人関係	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、仕事やボランティア活動，老人クラブや町内会行事への参加の状況はどうか。	社会参加	活動性	□趣味や楽しみがある（　　）　□ 仕事をしている □地域活動やボランティア活動に参加している　□ 特にない
			外出頻度	□ほぼ毎日　□週２～３回　□週１回程度　□月に２～３回　□月に１回程度　□ 殆ど出ない
		家族の支援		□ある　□ない
		コミュニケーション		□自己の意思の表出ができる　□ 他者の話の内容が理解できる
D健康管理について	自己管理が行われているかどうか。	受診の状況		□定期的に受診している　□ 必要時に受診している　□ 受診しない
		服薬管理の状況		□指示通り飲める　□ 他者の指示があれば飲める　□ できない
		食生活・栄養状況		回数：（　　回／日）　状況：□バランスに気を付けている　□ 偏っている　□ 食事量減少　□ 関心がない
		水分摂取の状況		□気をつけている（　　ml／日）　□ 特に気をつけていない
		排泄の状況		□支障がない　□ 尿漏れ・尿失禁がある　（気がかりなこと：　　）
		入浴の状況		頻度：（　　回／週・月）　方法：□ 入浴　□ シャワー　□ 清拭など

生活全般の解決すべき課題

A　運動・移動について	B　日常生活について	C　社会参加・対人関係	D　健康管理について	その他

目標：