

※書式の取り扱いについて（単一型）

資料番号	名称	内容
別添資料①	基本チェックリスト	<p>担当ケアマネジャーがプログラム開始前後に、利用者とともにチェックします。</p> <p>プログラム終了後、開始時と比べて「改善」「向上」「維持」「悪化」の評価を行います。</p>
別添資料②	松戸市通所型短期集中予防サービス事業実績報告書	<p>月例の報告書です。プログラム別に月毎の実施回数・参加人数・新規参加者数を記載してください。</p> <p>当該月中に終了者がいた場合は、終了者数を記載し、上記の基本チェックリストによる判定を行い、終了者の該当プログラム別に改善・向上・維持・悪化の人数を記載してください</p>
別添資料③	<p>松戸市通所型短期集中予防サービス（単一型プログラム）参加報告書</p> <p>※「表」「裏」がある書式です</p>	<p>「表」には、利用者の基本情報と、参加プログラムと参加状況など必要事項を記入してください。</p> <p>下段の、結果（基本チェックリストによる前後評価）に該当項目の基本チェックリストの結果を記載してください。</p> <p>「裏」：松戸市短期集中予防サービス（単一プログラム）前後数値等評価には、専門職による、客観的評価の値を記入します。※プログラム前後のアセスメント結果を該当プログラムの欄に記載してください。向上・維持・悪化の判定は、別添資料⑥ 松戸市短期集中予防サービス数値等評価の判断基準について及び別添資料⑦ 体力測定項目判定表を参考にしてください。</p>

報告書の提出

実績報告書（別添資料②）を当該月の翌月末までに、市に提出してください。

また当該月中に終了者がいた場合は、①参加報告書（別添資料③）、②基本チェックリスト（前と後）、③ケアプラン、④介護予防支援・サービス評価表を、実績報告書とまとめて提出してください。

※②～④はケアマネジャーが作成します。

※書式の取り扱いについて (機能強化型)

別添資料①	基本チェックリスト	担当ケアマネジャーがプログラム開始前後に、利用者とともにチェックします。 プログラム終了後、開始時と比べて「改善」したかどうかの判断をします。
別添資料②	松戸市通所型短期集中予防サービス事業実績報告書	月例の報告書です。一番右側の「機能強化型」の欄に月毎の実施回数・参加人数・新規参加者数を記載してください。 当該月中に終了者がいた場合は、終了者数を記載し、上記の基本チェックリストによる判定を行い、「改善」者の数（改善の判定は別添資料⑤の欄を参照）を記載してください。※ 「向上」「維持」「悪化」の欄は記入不要です。
別添資料④	松戸市短期集中予防サービス（機能強化型 訪問プログラム）わたしの元気回復計画 ※「表」「裏」がある書式です	機能強化型プログラムにおける訪問プログラムを実施する際に使用する書式です。 「表」には、通所前の訪問（1回目訪問）の内容を踏まえ、必要事項を記載し、通所担当者に写しを送付してください。 「裏」には、通所後訪問（2回目訪問）の結果を記入し、「表」「裏」を併せて、終了後市に送付してください。
別添資料⑤	松戸市短期集中予防サービス（機能強化型複合プログラム）参加報告書 ※「表」「裏」がある書式です	「表」には、利用者の基本情報と、参加プログラムと参加状況、プログラム別の合計回数・時間など必要事項を記入してください。 下段の、結果（基本チェックリストによる前後評価）に該当項目の基本チェックリストの結果を記載してください。機能強化型の場合は、基本チェックリストの該当項目が複数あるので、 開始前に該当した項目すべてを記載します。すべて項目非該当になれば「改善」とします。 「裏」：松戸市短期集中予防サービス（機能強化型複合プログラム）前後数値等評価には、専門職による、客観的評価の値を記入します。 ※プログラム前後のアセスメント結果を該当プログラムの欄に記載してください。

		<p>向上・維持・悪化の判定は、別添資料⑥ 松戸市短期集中予防サービス数値等評価の判断基準について及び別添資料⑦ 体力測定項目判定表を参考にしてください。作成後、通所後の訪問担当者に写しを送付してください。</p>
<p>報告書の提出</p> <p>実績報告書（別添資料②）を当該月の翌月末までに、市に提出してください。</p> <p>また当該月中に終了者がいた場合は、①参加報告書（別添資料⑤）、②基本チェックリスト（前と後）、③ケアプラン、④介護予防支援・サービス評価表を実績報告書とまとめて提出してください。※②～④はケアマネジャーが作成します。</p>		

基本チェックリスト

No	質問項目	回答(いずれかに○をお付け下さい)		事業対象者に該当する基準
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ずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ	②運動機能の低下 3項目以上に該当
7	椅子に座った状態からなに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	③低栄養状態 2項目に該当
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=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)=18.5未満は「1.はい」 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	④口腔機能の低下 2項目以上に該当
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	⑤閉じこもり NO16に該当
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	⑥認知機能の低下 1項目以上に該当
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	⑦うつの可能性 2項目以上に該当
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	

①複数の項目に支障

10項目以上に該当

別添資料②

事務連絡
平成 年 月 日

(あて先) 松戸市長

住所
法人名
代表者
(事業者名)

松戸市通所型短期集中予防サービス事業
(平成 年 月)実績報告書

当月の通所型短期集中予防サービスの事業利用者は下記のとおりです。

	プログラム別参加人数					合計
	運動器機能	栄養改善	口腔機能	認知症	機能強化	
実施回数	回	回	回	回	回	回
参加人数	人	人	人	人	人	人
新規参加者数	人	人	人	人	人	人
終了者数	人	人	人	人	人	人
改善	人	人	人	人	人	人
向上	人	人	人	人	人	人
維持	人	人	人	人	人	人
悪化	人	人	人	人	人	人

改善:基本チェックリストの各プログラムの該当基準により該当から非該当になった人
 向上:参加時のチェックリストの結果に比べ終了時の数字が1つでも減った人
 維持:参加時と終了時の結果が変わらなかった人
 悪化:参加時のチェックリストの結果に比べ終了時の数字が増えた人

新規参加実人数	
要支援者	人
事業対象者	人
合計	人

※当該サービスを提供した月の翌月末日までに提出してください

※終了者は各人ごとに以下の書類を添付してください

- ①参加報告書
- ②基本チェックリスト(初回、終了時)
- ③ケアプラン
- ④介護予防支援・サービス評価表

②～④はケアマネジャーが作成

表

別添資料③

松戸市通所型短期集中予防サービス（単一型プログラム）参加報告書

事業所名 _____ 記入者名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

フリガナ 氏名		男 女	事業対象者／要支援 1・2 被保険者番号：	包括名
生年月日	年 月 日（ 歳）	住所	松戸市	

基本チェックリスト該当項目と参加プログラム

該当に○⇒⇒	②運動	③栄養	④口腔	⑤閉じこもり	⑥認知	⑦うつ
該当にチェック	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 栄養	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 認知		

参加状況（参加した日付を記入 例：平成 29 年 10 月 30 日 →10/30）

1 回目 <small>（利用開始日）</small>	/	2 回目	/	3 回目	/	4 回目	/
5 回目	/	6 回目	/	7 回目	/	8 回目	/
9 回目	/	10 回目	/	11 回目	/	12 回目	/
13 回目	/	14 回目	/	15 回目	/	16 回目	/
17 回目	/	18 回目	/	19 回目	/	20 回目	/
21 回目	/	22 回目	/	23 回目	/	24 回目 <small>（利用終了日）</small>	/

短期集中予防サービスの目標	達成状況（1. 達成できた 2. ほぼ達成 3. 達成できなかった）
	具体的な理由

<興味・関心チェック>

	現在していること	興味がある・生活上の希望	今後取り組むこと
初回			
終了時			

結果（基本チェックリストによる前後評価）

（記載例：前 3/5 後 2/5）	前	後	何れかに○ 改善・向上・維持・悪化
----------------------	---	---	----------------------

松戸市短期集中予防サービス（単一型プログラム）前後数値等評価

	項目	初回(年 月 日)	終了時(年 月 日)	結果
栄養改善	身長・体重 BMI	cm kg ・BMI	cm kg ・BMI	向上・維持・悪化
	食事・水分	回/日・ cc/日	回/日・ cc/日	向上・維持・悪化
口腔	歯磨・舌ブラシ	回/日・舌ブラシ使用 有無	回/日・舌ブラシ使用 有 無	向上・維持・悪化
	歯の汚れ	無 ・ 少しある ・ 多くある	無 ・ 少しある ・ 多くある	向上・維持・悪化
	うがい	できる ・ やや不十分 ・ 不十分	できる ・ やや不十分 ・ 不十分	向上・維持・悪化
	嚙みにくさ	無 ・ 少しある ・ 多くある	無 ・ 少しある ・ 多くある	向上・維持・悪化
	むせ	無 ・ 少しある ・ 多くある	無 ・ 少しある ・ 多くある	向上・維持・悪化
	RSST	回/30 秒	回/30 秒	向上・維持・悪化
	オーラルディアドコ キネシス	ハ° 回、タ 回、カ 回	ハ° 回、タ 回、カ 回	向上・維持・悪化
運動 ・ 認 知	身長・体重 BMI	cm kg ・BMI	cm kg ・BMI	向上・維持・悪化
	握力(右・左)	kg	kg	向上・維持・悪化
	開眼片足立ち (右・左)	秒	秒	向上・維持・悪化
	TUG	秒	秒	向上・維持・悪化
	5m 最大歩行	秒	秒	向上・維持・悪化
	HDS-R			向上・維持・悪化
主観的健康感	1:とても良い 2:良い 3:変わらない 4:あまり良くない 5:良くない	1:とても良い 2:良い 3:変わらない 4:あまり良くない 5:良くない	向上・維持・悪化	

市 記 入 欄

基本チェックリスト	該当・非該当
今後のサービス区分	<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業（従前相当サービス・その他） <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護給付
終了後ケアマネジメント	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 終了
終了後の参加先	

表

別添資料④

松戸市短期集中予防サービス（機能強化型 訪問プログラム）
わたしの元気回復計画（ 年 月 日記入） 氏名

項目	優先順位 (1~3 まで記入)	通所サービスで達成したい目標に○をつけるか、 ↓ 空欄に記述してください	訪問担当者の コメント、連絡
栄養改善		元気のための栄養改善のとり方を知りたい	
		惣菜の選び方を知りたい	
		簡単な調理の方法を知りたい	
		体重を増やしたい	
運動		身体のバランスをよくしたい 転ばないようにしたい	
		浴槽をまたぐ力をつけたい	
		(掃除・調理・)ができる ようになりたい	
		目的地()まで歩い ていきたい	
認知機能		物忘れを改善して、脳の機能をもっと養いたい	
		認知症の心配を少しでもなくしたい	
口腔機能		滑舌(かつぜつ)をよくしたい	
		口の渇きを改善したい	
		むせ・飲み込みを改善したい	
		もっとかめるようになりたい	

通所担当者へ伝えたい事（都合の悪い曜日、時間、その他なんでも）

《訪問担当者から通所担当者へ伝達事項》 訪問担当者 _____

わたしの元気回復計画の結果（ 年 月 日記入） 氏名 _____

項目	通所サービスで達成できた目標に○をつける ↓	訪問担当者の コメント・目標達成度
栄養改善	元気のための栄養改善のとり方を知りたい	
	惣菜の選び方を知りたい	
	簡単な調理の方法を知りたい	
	体重を増やしたい	
運動	身体のバランスをよくしたい 転ばないようにしたい	
	浴槽をまたぐ力をつけたい	
	(掃除・調理・)ができる ようになりたい	
	目的地()まで歩い ていきたい	
認知機能	物忘れを改善して、脳の機能をもっと養いたい	
	認知症の心配を少しでもなくしたい	
口腔機能	滑舌(かつぜつ)をよくしたい	
	口の渇きを改善したい	
	むせ・飲み込みを改善したい	
	もっとかめるようになりたい	

利用者のセルフケアの取り組み状況

自立支援・地域活動参加へ向けた利用者への助言内容

訪問担当者 _____



松戸市短期集中予防サービス（機能強化型複合プログラム） 参加報告書

事業所名 記入者名 記入日 年 月 日

Participant information form including name, gender, age, residence, and insurance details.

基本チェックリスト該当項目

Checklist header row with categories: 該当に○⇒⇒, ①複数項目, ②運動, ③栄養, ④口腔, ⑤閉じこもり, ⑥認知, ⑦うつ

複合プログラム参加状況 (参加した日付を記入し、実施したプログラム別の時間を記載する セはセルフケア)

Table for recording participation status across 24 sessions, with columns for program types (運動, 栄養, 口腔, 認知, セ).

Summary table for program participation, including counts and times for each category, and a section for goals and reasons.

結果（基本チェックリストによる前後評価）

Table for before/after evaluation of checklist items, comparing '前' (before) and '後' (after) states.

松戸市短期集中予防サービス（機能強化型複合プログラム）前後数値等評価

	項目	初回(年 月 日)	終了時(年 月 日)	結果
栄養改善	身長・体重 BMI	cm kg ・BMI	cm kg ・BMI	向上・維持・悪化
	食事・水分	回/日・ cc/日	回/日・ cc/日	向上・維持・悪化
口腔	歯磨・舌ブラシ	回/日・舌ブラシ使用 有 / 無	回/日・舌ブラシ使用 有 / 無	向上・維持・悪化
	歯の汚れ	無 ・ 少しある ・ 多くある	無 ・ 少しある ・ 多くある	向上・維持・悪化
	うがい	できる ・ やや不十分 ・ 不十分	できる ・ やや不十分 ・ 不十分	向上・維持・悪化
	噛みにくさ	無 ・ 少しある ・ 多くある	無 ・ 少しある ・ 多くある	向上・維持・悪化
	むせ	無 ・ 少しある ・ 多くある	無 ・ 少しある ・ 多くある	向上・維持・悪化
	RSST	回/30 秒	回/30 秒	向上・維持・悪化
	オーラルディアドコ キネシス	ハ° 回、タ 回、カ 回	ハ° 回、タ 回、カ 回	向上・維持・悪化
運動 ・ 認知	身長・体重 BMI	cm kg ・BMI	cm kg ・BMI	向上・維持・悪化
	握力(右・左)	kg	kg	向上・維持・悪化
	開眼片足立ち (右・左)	秒	秒	向上・維持・悪化
	TUG	秒	秒	向上・維持・悪化
	5m 最大歩行	秒	秒	向上・維持・悪化
	HDS-R			向上・維持・悪化
主観的健康感	1:とても良い 2: 良い 3:ふつう 4:あまり良くない 5:良くない	1:とても良い 2: 良い 3:ふつう 4:あまり良くない 5:良くない	向上・維持・悪化	

市 記 入 欄

基本チェックリスト	該当・非該当
今後のサービス区分	<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 (従前相当サービス・その他) <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護給付
終了後ケアマネジメント	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 終了
終了後の参加先	

松戸市短期集中予防サービス数値等評価の判断基準について

項目	判断基準					
身長・体重・BMI	BMIで判断する。					
	低体重	普通体重	肥満			
			肥満1度	肥満2度	肥満3度	肥満4度
<18.5	≥18.5~25>	≥25~30>	≥30~35>	≥35~40>	≥40	
初回の値が18.5以下の場合には最終時の数値が増えていれば向上とする。初回の値が25以上の場合には最終時の数値が減っていれば向上とする。初回、最終ともに18.5~24.9の場合には維持とする。						
食事回数・水分摂取	食事回数、水分摂取量の一方が向上、一方が維持の場合は向上。一方が維持、一方が悪化の場合は悪化。一方が向上、一方が悪化の場合は維持。					
歯磨き回数・舌ブラシ	歯磨きの回数で判断。歯磨き回数が増えていれば向上とし、変わらなければ維持、減っていれば悪化とする。					
RSST	初回時と終了時を評価する。数値が大きくなっていれば改善、変化無ければ維持、減少していれば悪化とする。					
オーラルディアドコネシス	初回と終了時のそれぞれのパ、タ、カの回数を合計し平均値を算出。初回の平均値と終了時の平均値を比較する。					
体力測定項目	<p>握力は利き手(または強い方の手)で2回計測し、記録がよい方を記載</p> <p>開眼片足立ちは支持脚(右か左を記入)で2回計測し、記録がよい方を記載</p> <p>5m歩行速度・TUGも2回計測し記録がよい方を記載</p> <p>改善・維持・悪化の判定には体力測定項目判定表を用い、1~5ランクに測定記録を振り分け、初回と最終でランクが上がっていれば改善、同じなら維持、下がっていれば悪化とする。</p>					

体力測定項目判定表

		レベル	握力	開眼片足立ち 時間	TUG	5m歩行時間 (通常)	5m歩行時間 (最大)
男 性	事業 対象者	1	<=20.9	<=2.6	>=13.0	>=7.2	>=5.4
		2	21.0-25.3	2.7-4.7	11.0-12.9	5.7-7.1	4.4-5.3
		3	25.4-29.2	4.8-9.5	9.1-10.9	4.8-5.6	3.7-4.3
		4	29.3-33.0	9.6-23.7	7.5-9.0	4.2-4.7	3.1-3.6
		5	>=33.1	>=23.8	<=7.4	<=4.1	<=3.0
	要支 援者	1	<=17.9	<=1.9	>=23.0	>=11.9	>=9.3
		2	18.0-22.3	2.0-3.6	16.6-22.9	8.6-11.8	6.6-9.2
		3	22.4-25.4	3.7-6.0	13.0-16.5	7.0-8.5	5.2-6.5
		4	25.5-30.0	6.1-13.9	10.2-12.9	5.6-6.9	4.2-5.1
		5	>=30.1	>=14.0	<=10.1	<=5.5	<=4.1
女 性	事業 対象者	1	<=14.9	<=3.0	>=12.8	>=6.9	>=5.5
		2	15.0-17.6	3.1-5.5	10.2-12.7	5.4-6.8	4.4-5.4
		3	17.7-19.9	5.6-10.0	9.0-10.1	4.8-5.3	3.8-4.3
		4	20.0-22.4	10.1-24.9	7.6-8.9	4.1-4.7	3.2-3.7
		5	>=22.5	>=25.0	<=7.5	<=4.0	<=3.1
	要支 援者	1	<=10.9	<=1.4	>=23.2	>=12.3	>=10.2
		2	11.0-13.4	1.5-2.8	17.7-23.1	9.1-12.2	7.3-10.1
		3	13.5-15.9	2.9-5.0	13.8-17.6	7.3-9.0	5.9-7.2
		4	16.0-18.4	5.1-11.0	10.9-13.7	6.0-7.2	4.7-5.8
		5	>=18.5	>=11.1	<=10.8	<=5.9	<=4.6