
一宮市短期介護予防プログラム

マニュアル

一宮市



はじめに

介護予防とは、厚生労働省の介護予防マニュアルで「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と定義されています。

総合事業の対象者は、本来、介護予防に取り組む方々です。ご自身にとって、一番幸せなことである「やりたいこと」「していること」に目を向け、出来る限りこれまでどおり、住み親しんだ地域で暮らすことができるように支援することが重要だと考えます。

このマニュアルは、生活を送る上で基礎となる機能の維持向上を目的に、短期介護予防サービス提供事業所の皆様に統一的なサービスを実施していただくために作成しました。

短期介護予防サービスの利用者から、「サービスを受けて、目標が達成できた！」と、地域で喜びの声が聞かれるように、事業関係者の皆様には、ご尽力賜りますようお願いします。



このマニュアルは、厚生労働省事業、エビデンスを踏まえた介護予防マニュアル改定委員会「介護予防マニュアル第4版」をもとに、一宮市歯科医師会、一宮市リハビリテーション連絡協議会、修文大学に御協力をいただき作成しました。

事業実施の際は、介護予防マニュアル第4版

(URL https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25277.html) を合わせてご確認くださいますと、より充実したサービスとなるものと存じます。

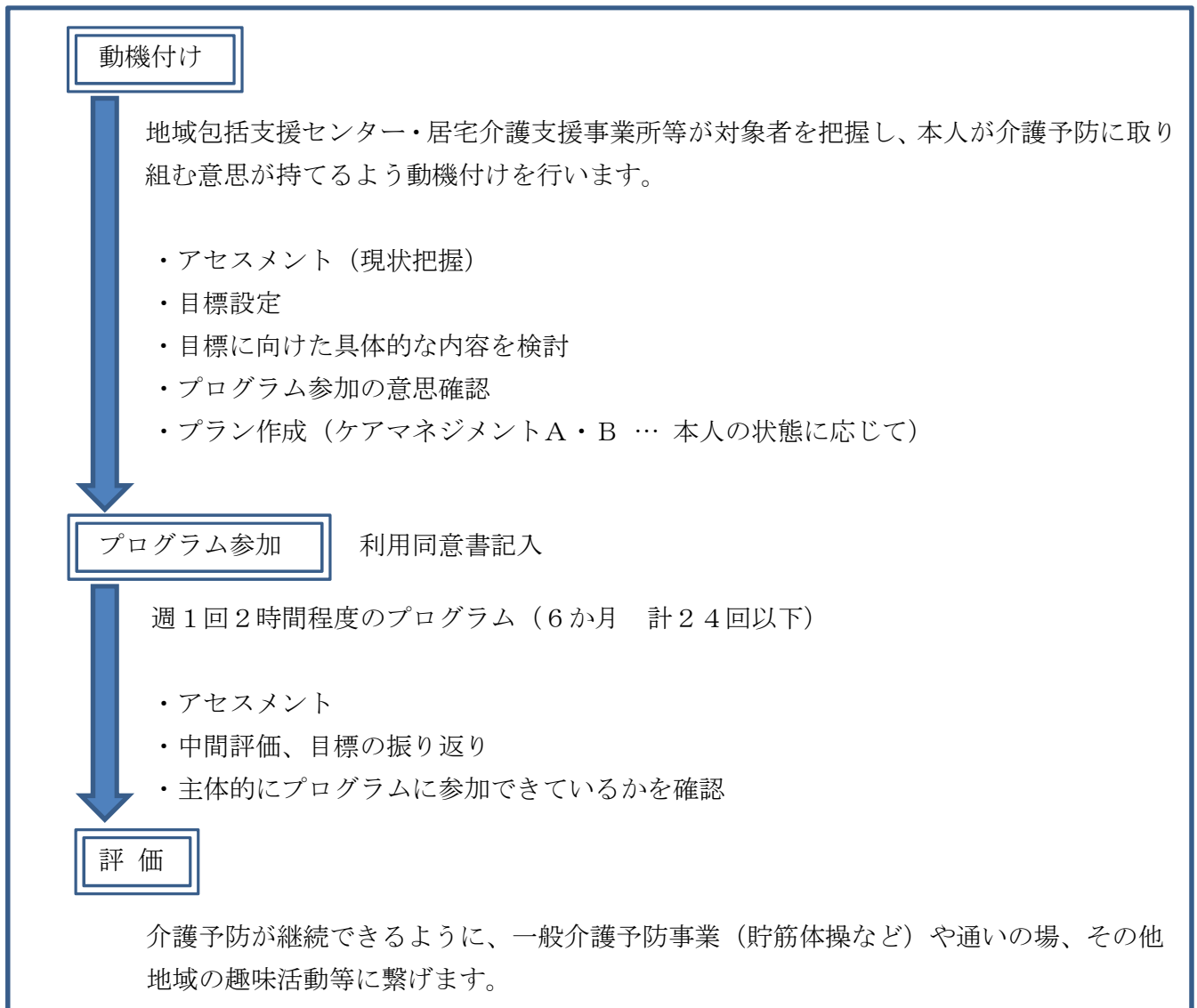
なお、このマニュアルの無断複製を禁止します。

目 次

第1章 事前準備	1
1 プログラム参加の流れ	1
2 申請等について	1
3 実施手順	2
第2章 通所プログラムの内容	4
1 プログラム（標準例）	4
2 プログラム項目	5
2-1 体調チェック	5
2-2 共通プログラム	5
2-3 目的別プログラム	7
2-3-1 運動	7
・体力測定 ・転倒予防体操	
2-3-2 栄養	7
・BMI	
・栄養についての基礎的知識の説明とグループワーク	
2-3-3 口腔	8
・口の機能チェック	
・口腔についての基礎的知識の説明とグループワーク	
2-3-4 認知症予防	8
・認知症予防体操 ・回想法 ・歌、ゲームなど	
2-3-5 地域で生活するために	9
・面談 ・グループワーク	
第3章 訪問プログラムの内容	10
第4章 報告書の記入方法と入力の注意事項	11
第5章 委託料の請求書作成について	12
巻末資料	13
要綱様式1 一宮市短期介護予防サービス利用申請書	
要綱様式2 「いちのみや元気塾」利用チェックシート	
要綱様式3 いちのみや元気塾（一宮市短期介護予防サービス）利用同意書	
要綱様式4 個別サービス計画書	
要綱様式5 一宮市短期介護予防サービス結果票（通所・訪問）	
要綱様式6 アセスメントシート	
要綱様式7 請求書	
参考資料	22
体調チェック表	
基本チェックリスト	
にっこり笑える目標シート（興味・関心シート）	
いちのみや元気塾送付物内訳書	

第1章 事前準備

1 プログラム参加の流れ



※アセスメントや中間評価などにより、プログラムの継続が難しい場合や要介護状態に移行している場合は、プログラムの終了または介護保険サービスを検討することになります。

2 申請等について

利用申請は、利用者が事業所に「一宮市短期介護予防サービス利用申請書」（一宮短期介護予防サービス事業実施要綱（以下、「要綱」という。）様式1）および「いちのみや元気塾」利用チェックシート」（要綱様式2）の提出をもって行います。

事業者は、新たにサービスを開始された方の「一宮市短期介護予防サービス利用申請書」および「いちのみや元気塾」利用チェックシート」を初回サービス提供月の翌月10日までに高年福祉課に送付してください。

3 実施手順（事業委託業務仕様書より）

（1）事前アセスメント

利用者の体力水準や生活機能等の状況を把握するために身体機能、口腔機能及び栄養機能のアセスメントを行います。事前にアセスメントできなかった項目については、プログラム開始早期に実施してください。利用者基本情報、基本チェックリスト、にっこり笑える目標づくりシート（興味・関心シート）、介護予防サービス支援計画書の情報も参考にしてください。なお、それぞれの記入内容は以下となります。

ア 利用者基本情報

本人の名前、住所等基本的情報や1日の過ごし方等の介護予防に関する事項や現病歴や経過等がわかるもの。

イ 基本チェックリスト（事業対象者基準については、国の介護予防マニュアル第4版参照）

高齢者の生活機能を評価し、要介護状態となるリスクを予測することを目的とした25項目の質問票のこと。日常生活活動（社会生活を営む上で基本となる行為）、運動機能、栄養、口腔機能、閉じこもり、認知機能、うつをそれぞれ評価するもの。

ウ にっこり笑える目標づくりシート（興味・関心シート）※任意

本人の好きな活動で今実施していること、興味があること、続けたいことが記入してあるもの。

エ 介護予防サービス・支援計画書（介護予防ケアプラン）

高齢者の自立支援を目的として、心身の状況、その置かれている環境、その他の状況に応じて、本人の選択内容などに基づき作成されたプランのこと。本人の長期・短期目標の記入や本人が利用している本サービス以外のサービス（福祉用具の利用など）も記入があるもの。

（2）個別サービス計画書の作成

事前アセスメントの結果や利用者の意向を踏まえて、プログラムの目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容、サービスの提供を行う期間等を記載した個別サービス計画書（要綱様式4）を作成します。

なお、アセスメントは事前、3か月目、事後に実施し、まとめてアセスメントシート（要綱様式6）に記録します。

（3）サービスの実施

実施にあたり『「いちのみや元気塾」利用同意書』（要綱様式3）について説明し、同意（署名）をもらってください。この同意書については、事業所での保管をお願いします。

高年福祉課への提出は不要です。

また、事業に対する相談、苦情についての窓口は、事業所、地域包括支援センター、高年福祉課である旨お伝えください。

個別サービス計画書に基づきプログラムを実施します。

プログラム内容については本プログラムを参考にすることとし、特に以下の事項を注視して行います。

- ア 運動プログラムにおいては、立ち上がり・歩行・階段昇降といった日常生活行動に必要な抗重力筋（大腿四頭筋や大殿筋など）を中心に鍛えること。
- イ プログラムの実施にあたっては、運動に加え栄養、口腔及び認知症予防に働きかけた複合的なプログラムを提供すること。なお、通所と訪問を担当する職員が異なる場合は、十分な情報共有を行うことで、効果的なプログラムの提供を行うこと。
- ウ 提供するプログラムは、利用者の意向を踏まえながら個別サービス計画書に沿って実施すること。ただし、利用者の意向に任せるだけのプログラムの提供とならないよう、従事者の専門性を発揮しながら実施すること。
- エ 本サービスにおいては利用者の自発性を促し、利用日以外もしくはサービス終了後も生活において運動を導入するなど、活動的な生活を送ることが重要である。そのためには面談を活用するなど、利用者の「活動」「参加」を意識し、意欲向上に働きかける取り組みをすること。

（４）中間アセスメント

プログラムを実施して３、４か月目に、中間アセスメントとして、事前アセスメントで実施した項目を測定し、目標の達成に向けて必要であればプログラム内容等について見直しを行います。

（５）事後アセスメント

プログラム終了月に事後アセスメントとして、事前アセスメントで実施した項目を再度測定し、目標の達成状況や身体・生活機能等のアセスメントを実施します。

第2章 通所プログラムの内容

1 プログラム（標準例）

【考え方】

- ・基本的には1か月にサービスを4回提供することとし、各回で「導入」「ウォームアップ」「主内容」「クールダウン」の時間割とする。
 - ・主内容には、必須として転倒予防体操（20分）、個々の能力に応じた個別プログラム（20分）と週替わりプログラム（20分）として、認知症、栄養、口腔に関するプログラムを組み入れる。
 - ・週替わりプログラムは、例えば、認知症のメニューについて、頭と体の体操、回想法、歌やゲームを6か月で平準化し提供する。
 - ・新規利用者は毎月初回にサービスをスタートし、毎月最終回に終了とする。
- ※月によっては、3回ないし5回提供するなどし、6か月で24回以下のサービス提供とする。
（3回実施の月に実施できなかった週替わりプログラムについては、5回実施の週に行うなど調整を行う）

【アセスメント・評価について】

導入の時間を利用して、本人の開始月に「事前アセスメント」、3～4か月目に「中間アセスメント」、終了月に「基本チェックリスト」と「事後アセスメント」を行ってください。

アセスメント：①運動機能・・・握力、開眼片足立ち、5m歩行、5回立ち上がり、タイムアップ&ゴー

②栄養改善・・・BMI

③口腔機能・・・唾液嚥下テスト、オーラルディアドコキネシス

評価：身体・生活機能の変化、目標達成に向けた助言を行い、随時プログラムに反映させる。
上記項目に加え主観的健康観等の改善が認められたか総合的に評価する。

プログラム				第1週	第2週	第3週	第4週
一日の流れ	導入		20分	体調チェック(電子血圧計使用可、口頭での体調確認、1週間の生活の振り返り)、参加者同士の交流 導入の時間の中で、アセスメントを行う。結果等については個別面談などで本人と話し合う。			
	ウォームアップ		20分	ストレッチ・口の体操・唾液腺マッサージ			
	主 内 容	集団プログラム	40分 休憩入	転倒予防体操			
		個別プログラム		個々の内容(あらかじめ専門職より指示を受ける)			
			週替わりプログラム	20分	(認知症予防) ・認知症予防体操 ・回想法 ・歌、ゲーム	(事業所独自) 生活の振り返り 目標設定 個別面談など	(栄養) 基礎的知識の説明とグループワーク ・バランス食 ・フレイル予防 ・水分補給
	クールダウン		20分	ストレッチ・頭と体の体操・歌など 参加者同士の交流			

※適宜休憩と水分補給を入れてください。

※健康講話の内容については、参考資料等を使用してください。また、講話の内容を元にグループワークをお願いします。

※3か月目以降は、地域で生活していくための情報提供や助言を適宜お願いします。

※訪問はサービス開始前又は開始月、中間頃、最終月に実施してください。

2 プログラム項目

2-1 体調チェック

毎回、血圧、脈拍を測定するとともに体調等を確認し、体調チェック表に記入し管理します。

2-2 共通プログラム

共通プログラムは、全員の方に毎回実施していただくウォームアップやクールダウンです。
内容は、ストレッチ、口の体操、唾液腺マッサージ、頭と体の体操、歌などです。

種 類	内 容	目的・効果	参 考
ウォーム アップ	ストレッチ	深呼吸をしながら、全身の筋肉の緊張をほぐし、リラクゼーションとその後の体操に備える。	一宮市リハビリテーション 連絡協議会ストレッチ (YouTube) ※一宮市歯科医師会 お口の健康体操 (YouTube)
	口の体操	口腔の周囲の筋肉を動かすことにより、咀嚼や嚥下をしやすくする。	
	唾液腺マッサージ	唾液腺を刺激し、唾液分泌を促し、誤嚥防止対策を学ぶ。	
クール ダウン	ストレッチ	上に記述	※貯筋体操のストレッチ編 (YouTube)
	頭と体の体操	頭と体を同時に動かすことで、脳を刺激し、脳の活性化につなげる。	※なごや介護予防・認知症 予防プログラム ホームエク ササイズ (YouTube)
	歌やゲーム	口腔周囲の筋肉を動かし、誤嚥防止を楽しく行います。 また、歌の歌詞を思い出すことで、認知機能を刺激する。	

※一宮市歯科医師会 お口の健康体操 (YouTube)

URL <http://ida.or.jp/%e3%81%8a%e5%8f%a3%e3%81%ae%e5%81%a5%e5%ba%b7%e4%bd%93%e6%93%8d>

※貯筋体操のストレッチ編 (YouTube)

URL <https://www.youtube.com/watch?v=st4TmHk5q40>

※なごや介護予防・認知症予防プログラム ホームエクササイズ (YouTube)

URL <https://www.youtube.com/watch?v=W9GQ-CK0wg0>

<運動の際に注意すること>

1 運動を中止する目安（本人の自覚）

- ・ 運動中に強い疲労感を感じる
- ・ 足がもつれて歩行や運動が困難になる
- ・ 吐き気、めまい、頭痛が出現する
- ・ 運動中に強い息苦しさをを感じる
- ・ 胸がかきまわされるように苦しくなる
- ・ 胸の痛みが運動とともに強くなる
- ・ 手足の筋肉に強い痛みが出現する
- ・ 足・膝・股（関節）などの関節に痛みが出現する

2 スタッフが参加者に中止を促すポイント

- ・ 顔面が青白くなる
- ・ 冷や汗が出る
- ・ 唇が紫色になる
- ・ 息が苦しそうに見える
- ・ トレーニング中の動きにふらつきや不安定な様子が見られる
- ・ 動きのスピードが急に遅くなる
- ・ トレーニング中の脈拍に、10回以上の不整脈が出現する
- ・ 運動中に脈拍が、140回/分以上または運動前の130%を超えた場合

（一宮市リハビリテーション連絡協議会「転倒予防」資料より抜粋）

<注意事項>

- ・ 適宜、水分補給の時間をとること。水分は参加者に持参してもらう。
（事業所で提供があればこの限りではない）
- ・ タオルや上履き（必要時）の持参についても周知する。

2-3 目的別プログラム

- ・ 目的に基づき、実施する内容になります。実施時期は、24回以下の中で計画的に取り入れてください。
- ・ 事後アセスメントにおいては、「基本チェックリスト」を実施し、事前アセスメントと比較、評価をお願いします。

2-3-1 運動

- ・ 体力測定

プログラムの最初、中間、最後に実施してください。

- ①握力 ②開眼片足立ち ③5m歩行時間（通常、最大） ④5回立ち上がりテスト
⑤Timed Up and Go Test

☆本人の体力の変化に対して、国介護予防マニュアルの年齢別体力基準値表を参考にして助言をお願いします。

- ・ 転倒予防体操

筋力トレーニング、バランス能力向上運動、頭と目の協調性運動などを実施してください。

回数は参加者の状況に合わせて設定してください。

自重を利用したトレーニングが基本ですが、必要時道具を利用したトレーニングを実施することも可能です。

☆アセスメントの結果、強化が必要な運動機能があれば、個別プログラムあるいは自宅での運動実施を勧めてください。

※国介護予防マニュアル第4版では、

「筋力・バランス能力・柔軟性などの体力の諸要素を包括的に運動することができるよう、ストレッチング・バランス運動・筋力増強運動等を組み合わせて実施する。また、進行にしたがって徐々に、負荷・強度・複雑さが増すように組み合わせると良い。」とされています。

2-3-2 栄養

- ・ BMI（体格指数）

プログラムの最初、中間、最後に実施してください。適正体重を下回ると低栄養の恐れがあります。

- ・ 栄養についての基礎的知識の説明とグループワーク

「バランス食」「フレイル予防」「水分補給」の基本的内容を伝えるとともに、内容に沿ったグループワークをお願いします。

☆食事内容の記録表や栄養教室資料等を活用し、理解を深められるワークをしてください。
また、楽しく食事をする事の大切さも共有してください。
参考資料集を活用してください。

※国介護予防マニュアル第4版では、

集団栄養教育プログラムについて、講義、グループワーク、実習、情報の提供の分野ごとのテーマと内容が示されています。

また、そちらに掲載されている事前アセスメント表を活用すると、より個別的なアプローチの参考になります。

2-3-3 口腔

- ・口の機能チェック

プログラムの最初、中間、最後に実施してください。

唾液嚥下テスト（RSST）、オーラルディアドコキネシス（パタカ）

- ・口腔についての基礎的知識の説明とグループワーク

「口腔機能向上の必要性」「口腔清掃の必要性」「むせ予防」について、基本的内容を伝えるとともに、口の体操や口腔清掃が生活の一部として定着するようグループワークをお願いします。

明らかなむし歯や義歯があつておらず調整が必要な場合は、歯科医師への受診を勧めます。

☆参考資料集に掲載されているオーラルフレイルや歯科のリーフレットなどを活用して、口腔の機能向上に向けての動機づけができると効果的です。

（日本歯科医師会資料使用承諾済）

※国介護予防マニュアル第4版では、

プログラムメニューの例として、①口腔体操の指導 ②口腔清掃の指導 ③口腔清掃の実施
④唾液腺マッサージ指導 ⑤咀嚼訓練・指導 ⑥嚥下訓練・指導 ⑦発音・発声に関する訓練・指導 ⑧食事姿勢や食環境についての指導が示されています。

2-3-4 認知症予防

- ・認知症予防体操

参考資料集を参考に、拮抗運動やコグニサイズを行います。

※国立長寿医療研究センター コグニサイズ

URL <https://www.ncgg.go.jp/ri/lab/cgss/departament/gerontology/cognicise.html>

- ・回想法

グループワーク等で自分のことなどを振り返るとともに、会話を楽しんでください。

- ・歌、ゲームなど

※国介護予防マニュアル第4版では、

プログラムの一例として、コグニサイズのほか、一般的な運動プログラム、認知的活動が示されています。

2－3－5 地域で生活するために

- ・面談

逐次行います。

☆特に、後半3か月間は、プログラム終了を見据え、①目標を達成するために ②外出について ③おでかけ広場等の活用など地域で生活するためのアドバイスをお願いします。

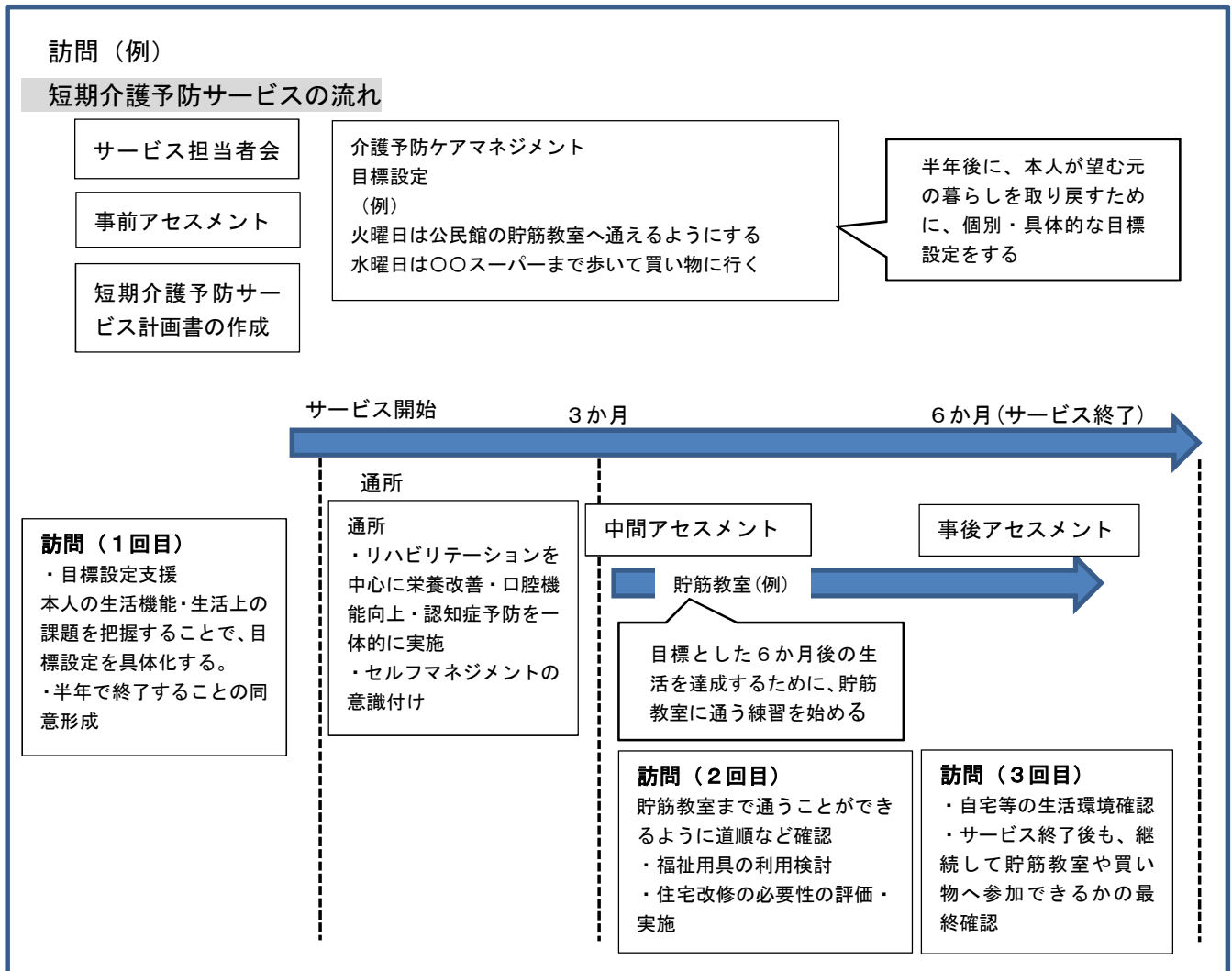
- ・グループワーク

週替わりプログラムやクールダウンの時間を利用し、少人数で様々なテーマを設け会話を行います。ゲームなどにより交流を深めます。

第3章 訪問プログラムの内容

短期介護予防サービスでは、通所とともに、訪問を2～3回（令和9年3月31日までは緩和措置あり）実施します。

訪問では、生活の場における日常生活の課題に対する助言や、指導及び環境調整、さらにはセルフケア意識の定着や、プログラム終了後に継続して介護予防に取り組むために社会参加の促進を図ることを目的としています。



訪問（1回目） ※サービス開始前から開始月

サービス開始と前後して訪問を行うことで、利用者の生活機能を把握し、生活上の課題をより具体化し、居宅生活を維持することができるように通所において解決すべき課題を把握します。

訪問（2回目） ※中間アセスメント期間

中間アセスメントで一般介護予防事業を活用して地域に繋げる支援を始める段階で訪問を行うことで、その場所までの動線の確認や、住宅改修等による自宅の環境調整の支援をします。

訪問（3回目） ※サービス終了前

短期介護予防サービスを卒業しても、継続して介護予防ができるように、自宅環境の最終チェックや、地域の通いの場等に通り続けることができるのか最終確認を行います。

第4章 報告書の記入方法と入力の注意事項

Excel ファイル「いちのみや元気塾報告用エクセル」のデータ（入力シート）に入力して下さい。
入力された内容が、計画書、結果票（通所）、結果票（訪問）、アセスメントシートの各シートに反映され、要綱様式4～6が完成します。

水色列 → 各様式に住所、利用者名、生年月日等が反映される。

紫色列 → 計画書（要綱様式4）に反映される。

オレンジ色列 → 結果票（通所）（要綱様式5－1）に反映される。

桃色列 → 結果票（訪問）（要綱様式5－2）に反映される。

赤色列 → アセスメントシート（要綱様式6）に反映される。

【注意】

・利用者1人につき、1行を作成します。

- ・緑色のセルはプルダウンが設定されています。
- ・黄色のセルは計算式が設定されています。
- ・セルの結合、シート名の変更は行わないようお願いします。
- ・「データ（入力シート）」以外のシートへの入力は控えてください。

データ

基本情報												
No.	事業所No.	事業所	通番(市)	通番(任意)	被保険者番号	利用者名	宛名番号	住所	方書	生年月日	性別	介護区分(開始時)
0			0		2802093	一宮 花子		本町2丁目5番6号	〇〇マンション	S20.1.5	女性	事業対象者
1												

緑のセルは選択項目があります。

計画書

(様式4)

個別サービス計画書

作成日： 令和5年9月20日

事業所名： _____

作成者： 愛知 太郎 (理学療法士)

氏名	一宮 花子	性別	女性	生年月日	昭和20年1月5日	78歳
住所	本町2丁目5番6号 〇〇マンション			区分	事業対象者	
サービス提供期間	令和5年10月2日			～	令和6年3月	

本人の望む暮らし

近所のスーパーへ週2回買い物へ行く。

0

表示したい利用者のNo.を入力

第5章 委託料の請求書作成について

Excel ファイル「請求書（要綱様式7）」の入力シートに入力してください。入力された内容が請求書に反映され、請求書が完成します。

※月ごとに請求してください。

※サービス提供月の翌月10日までに「いちのみや元気塾送付物内訳書」（巻末資料参照）とともに請求書を提出してください。

請求書の作成入力シート(以下の黄色セルに入力ください)

・請求する利用月
令和5年10月

・請求日(利用月の翌月10日まで)
令和5年11月5日

・請求者(法人格)

所在地	一宮市本町2丁目〇—△
請求者(法人名)	(福)〇〇会
代表者名	一宮 太郎

・事業所の1週間の定員数
(例、月曜日と木曜日の午前中に5人定員で実施する場合は10人とする)
10 人

・サービス提供内容

No.	利用者氏名	サービス内容		利用日							
		(回数)	(単価)	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	回数		
1	一宮 花子	通所	3回	送迎あり(往復)	3,000 円	10月1日	10月8日	10月15日			3
				送迎あり(片道)	2,500 円					0	
				送迎なし	2,000 円					0	
				当日キャンセル	500 円			10月22日		1	
		訪問	1回		6,850 円	10月10日				1	
2	愛知 次郎	通所	4回	送迎あり(往復)	3,000 円					0	
				送迎あり(片道)	2,500 円	10月1日	10月8日	10月15日	10月22日	4	
				送迎なし	2,000 円					0	
				当日キャンセル	500 円					0	
		訪問	0回		6,850 円					0	
				送迎あり(往復)	3,000 円	10月1日	10月8日	10月15日		10月29日	4

(様式)

請 求 書

令和5年11月5日

(あて先)一宮市様

所在地 一宮市本町2丁目〇-△

請求者(法人名) (株)〇〇会

代表者名 一宮 太郎

令和5年10月に一宮市短期介護予防サービス事業を下記のとおり実施しましたので

¥178,050 円

を請求します。

1 運営経費分

8,000 円	×	10 人 (1週間の定員数)	=	80,000 円
---------	---	----------------	---	----------

2 実 績 分

・通所分

送迎あり(往復)	3,000 円	×	17 回	=	51,000 円
送迎あり(片道)	2,500 円	×	7 回	=	17,500 円
送迎なし	2,000 円	×	4 回	=	8,000 円
当日キャンセル	500 円	×	2 回	=	1,000 円

・訪問分

6,850 円	×	3 回	=	20,550 円
---------	---	-----	---	----------

3.集込先口座

銀行名	一宮銀行
本・支店名	本店
種別(普通・当座)	普通
口座番号	〇〇-△△
口座名義人	一宮 太郎

入力後、PDF ファイルを作成し、
PDF ファイル名を
「(事業所名) (様式7)請求書〇月分」として、
毎月10日までに、高年福祉課
kounenfukushi@city.ichinomiya.lg.jp
にPDF ファイルをメールで提出してください。
押印は不要です。
また、紙ベースでの提出もありません。

要綱様式1 一宮市短期介護予防サービス利用申請書

(様式1)

一宮市短期介護予防サービス利用申請書

申請日：令和 年 月 日

(あて先) 一宮市長

〒
住所

氏名

電話番号

生年月日 大・昭 年 月 日 (年齢 歳)

次のとおり、短期介護予防サービスの利用を申請します。

通所 事業所名	
開始年月日	年 月 日から
送迎	要 ・ 不要
特記事項	

短期介護予防サービスを必要と認めます。 令和 年 月 日

地域包括支援センター名
居宅介護支援事業所名

電話番号 担当者名

* 添付書類（以下は必須になりますので□に✓にて確認し事業所に提出ください。）

- ☐ 利用者基本情報（写し）
- ☐ 基本チェックリスト（開始月より6か月以内に実施したもの）
- ☐ 介護予防サービス・支援計画書（写し）
- ☐ 「いちのみや元気塾」利用チェックシート
- ☐ にっこり笑える目標づくりシート(興味関心シート)※任意

(様式2)

「いちのみや元気塾」利用チェックシート

下記の項目の問に対して、いずれかに○を付け、必要事項をご記入ください。

A この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか？(いずれかに○を付けてください)

いいえ	
はい	「はい」の理由
	1. 高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血) ①
	2. 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞) ②
	3. 糖尿病 ③
	4. 呼吸器疾患 ④
	5. 骨粗しょう症又は骨折などの整形外科的疾患 ⑤
	6. その他() ア

B かかりつけの医師等から「運動を含む日常生活制限」をされていますか？

いいえ	
はい	「はい」の理由
	1. 高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血) ⑥
	2. 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞) ⑦
	3. 糖尿病 ⑧
	4. 呼吸器疾患 ⑨
	5. 骨粗しょう症又は骨折などの整形外科的疾患 ⑩
	6. その他() イ

C 以下の質問について、「はい」「いいえ」「わからない」のいずれかに○を付けてください。

- この6か月の間に心臓発作または脳卒中をおこしましたか？
はい ⑪ いいえ
- 心疾患(狭心症・心不全)、不整脈はありますか？
はい ⑫ いいえ
- 重い高血圧(収縮期高血圧180mmHg以上、又は拡張期血圧が110mmHg以上)がありますか？
はい ⑬ いいえ
- 慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎、肺気腫など)で息切れ、呼吸困難がありますか？
はい ⑭ いいえ
- 糖尿病で目がみえにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作がありますか？
はい ⑮ いいえ わからない ウ
- この1か月以内に急性な腰痛、関節痛などの痛みが発生し、今も続いていますか？
はい エ いいえ

*①～⑮の欄に該当する場合は必ず、ア～エの欄に該当する場合は必要に応じ、主治医に参加の適否を確認し、参加可能の場合は参加上の注意点の有無及び内容を以下に記入のうえ、申請書とともに提出してください。

医 師 連 絡	確認年月日	令和 年 月 日		
	医療機関名	医療機関名称 医師氏名		
	方 法 (該当番号に○)	1. 面接	2. 電話	3. その他()
	連 絡 者 名	1. 本人又は家族 氏名	2. 地域包括支援センター 名称 氏名	3. その他 機関名 氏名
	運動器の機能向上教室に参加するにあたっての注意点	1. なし 2. あ り (内 容)		

(様式3)

いちのみや元気塾(一宮市短期介護予防サービス)利用同意書

1 短期介護予防プログラムの説明

本プログラムは、「住み慣れた地域で、できるだけ自立した生活を送る」ために、運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能向上・認知症予防等の様々な視点から、生活機能維持と向上を目指します。

2 事故防止

本プログラムには、運動や栄養改善等の内容が含まれるため、健康状態と本プログラムへの参加についてかかりつけ医等に相談し、事業実施者に報告するなど、事故防止に努めます。また、睡眠不足、体調不良時等には無理をしない、自分のできる範囲で参加するなど健康管理に努めます。

3 個人情報の取り扱いについて

本プログラムの実施や支援を行うために、かかりつけ医、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、一宮市等の関係者が連絡、情報共有をします。氏名、住所、生年月日、電話番号、介護保険被保険者番号、身体状況、アセスメントや評価結果などの個人情報を利用します。また、事業の向上のために、個人が識別できる情報を削除・加工し、データを関係機関に提供する場合があります。

私は、本プログラムについての概要や事故防止及び個人情報の取り扱いについて説明を受け、理解しました。参加及び目的に沿って当該個人情報を利用することに同意します。

令和 年 月 日

本人署名

(様式4)

個別サービス計画書

作成日：_____

事業所名：_____

作成者：_____ ()

氏名		性別		生年月日		
住所				区分		
サービス提供期間	～					

本人の望む暮らし

当サービスの目標

提供するサービスの内容

	目標達成のための具体的計画
1ヶ月目	
3ヶ月目	
6ヶ月目	

サービス利用上の留意事項

上記計画について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

年 月 日

氏名 _____

（様式 5-1）

一宮市短期介護予防サービス結果票（通所）

作成日：_____

事業所名：_____

作成者：_____（ ）

氏名			性別		生年月日		
住所					区分		
結果		中断理由					
今後の活動	介護サービス等						
	通いの場						
	セルフケア						
	その他の活動						
通いの場に参加しない理由							
		詳細					

サービスの目標	達成状況
今後の生活目標（終了時）	目標達成のために今後取り組むこと

【通所】

1回目		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	

【訪問】

1回目		2回目		3回目	
-----	--	-----	--	-----	--

（様式 5-2）

一宮市短期介護予防サービス結果票（訪問）

氏名		性別		生年月日	
住所					
区分		事業所名			
(1) 病状の経過					
(2) 本人の望み					
(3) 参加の状況	家庭内の役割				
	余暇活動 （内容・頻度）				
	社会・地域活動 （内容・頻度）				
	今後の社会 参加の取組み				
(4) 家族の支援					
(5) 目標					

【訪問 1 回目】

訪問日時	～		
実施者	()		
参加者		通いの場等 への同行	
実施内容			
今後の課題			

【訪問 2 回目】

訪問日時	～		
実施者	()		
参加者		通いの場等 への同行	
実施内容			
今後の課題			

(様式5-2)

【訪問3回目】

訪問日時	～		
実施者	()		
参加者		通いの場等 への同行	
実施内容			
今後の 課題			

【住宅環境】

種類			その他 詳細		
集合住宅の 場合	居住階	階	エレベーター		
玄関までの 段差					
玄関までのア プローチ	段差数	段	上り框	cm	
手すり 箇所					
普段過ごす 場所					
寝室					
特記事項					

要綱様式6 アセスメントシート

(様式6)

アセスメントシート

氏名		性別		生年月日	
住所				区分	

評価実施日	事前		3か月目	事後	
身長					
体重					
BMI					
基本 チェックリスト	日常生活関連動作	／20		日常生活関連動作	／20
	運動機能	／5		運動機能	／5
	栄養状態	／2		栄養状態	／2
	口腔機能	／3		口腔機能	／3
	閉じこもり	／2		閉じこもり	／2
	物忘れ	／3		物忘れ	／3
	うつ	／5		うつ	／5
握力	右				
	左				
片足立ち (最大60秒)	右				
	左				
最大歩行速度 (m/秒)					
5回立ち上がり (秒)					
TUG (最速)					
反復だ液 嚥下テスト	30秒				
オーラルディ アドコネシ ス	パ				
	タ				
	カ				
外出 頻度	回/週				
	場所				
主観的 健康観					
目標に対する 達成状況					
備考 (測定できな かった理由等)					

(様式7)

請 求 書

令和 年 月 日

(あて先)一宮市長

所在地

請求者(法人名)

代表者名

令和 年 月 に一宮市短期介護予防サービス事業を下記のとおり実施しましたので

¥

円

を請求します。

1.運営経費分

8,000 円 × 人 (1週間の定員数) = 円

2.実 績 分

・通所分

送迎あり(往復) 3,000 円 × 回 = 円

送迎あり(片道) 2,500 円 × 回 = 円

送迎なし 2,000 円 × 回 = 円

当日キャンセル 500 円 × 回 = 円

・訪問分

6,850 円 × 回 = 円

3.振込先口座

銀行名	
本・支店名	
種別(普通・当座)	
口座番号	
口座名義人	

【参考資料】

体調チェック表

様							
体調チェック表(教室の前に実施してください)							
	月日	血圧	脈拍	体調	睡眠	内服	備考
第1回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第2回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第3回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第4回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第5回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第6回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第7回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第8回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第9回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第10回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第11回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第12回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	

	月日	血圧	脈拍	体調	睡眠	内服	備考
第13回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第14回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第15回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第16回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第17回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第18回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第19回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第20回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第21回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第22回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第23回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	
第24回	/	mmHg	回	よい 普通 よくない	よい 普通 よくない	あり なし	

基本チェックリスト

基本チェックリスト 令和 年 月 日 氏名()

No.	質問事項	回答	
		(いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや電車で一人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
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
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
12	身長 cm 体重 kg		
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

☆笑顔のお手伝いいたします☆

氏名

にっこり笑える目標づくりシート(興味・関心シート)

😊「今していること」😄「興味があること/続けたいこと」に

○を付けてみましょう

好きな活動	😊 今して いること	😄 興味があ ること/続 けたいこと	好きな活動	😊 今して いること	😄 興味があ ること/続 けたいこと
掃除・整理整頓			書道		
料理			絵を描く・絵手紙		
買い物			パソコン		
家や庭の手入れ・世話			写真		
洗濯・洗濯物たたみ			映画・観劇・演奏会		
自転車			お茶・お花		
孫や子供の世話			歌を歌う・カラオケ		
動物の世話			音楽を聴く・楽器演奏		
友人とのお喋り・遊び			将棋・囲碁・ゲーム		
家族・親戚との団らん			体操・運動・散歩・ ラジオ体操・太極拳		
歴史					
居酒屋に行く			ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ		
ボランティア					
お祭り			ダンス・踊り・盆踊り		
おでかけ広場に行く			野球・相撲観戦		
喫茶店へ行く			編み物・針仕事		
ウォーキングマップの制覇			畑仕事		
図書館へ出掛ける			仕事(シルバー人材サービス等)		
読書			旅行・温泉		
俳句・川柳			その他()		

☆この表を利用して、今後自分がやってみたいことなどをケアプランの目標にしてみましょう☆

にっこり笑える目標



一宮市

一宮市高年福祉課 宛

令和 年 月 日

いちのみや元気塾送付物内訳書

法人名 _____

(新たにサービスを開始された方)

- ① 一宮市短期介護予防サービス利用申請書 (要綱様式 1)
② 「いちのみや元気塾」利用チェックシート (要綱様式 2)
③ 個別サービス計画 (要綱様式 4)
- } 各 通

氏 名 () ()
() ()
() ()

(サービスを終了された方)

- ④ 一宮市短期介護予防サービス結果票 (通所) (要綱様式 5-1)
⑤ 一宮市短期介護予防サービス結果票 (訪問) (要綱様式 5-2)
⑥ アセスメントシート (要綱様式 6)

各 通

氏 名 () ()
() ()
() ()

- ⑦ 請求書 (要綱様式 7) 1 通

※提出期限は利用月の翌月 10 日です。

一宮市短期介護予防プログラムマニュアル
高年福祉課（地域支援グループ）

発行年月 令和 5 年 8 月

連絡先 住所：一宮市本町 2 丁目 5 番 6 号

TEL：0586 - 28 - 9151

FAX：0586 - 73 - 1019