

様式集

平成29年1月
越前市

基本チェックリスト 兼 事業対象者確認申請書

越前市長 様

介護予防・日常生活支援総合事業を利用したいので、基本チェックリストによる確認を申請します。

記入日： 年 月 日

氏名	性別	男	住所	越前市	生年 月日	大正	年	月	日
		女	電話	(—)		昭和	(歳)		

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
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 (BMI =)		
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
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

チェックリストの結果、事業対象者に該当する場合、市から地域包括支援センター、サブセンター、居宅介護支援事業所、サービス事業者、事業対象者の支援に必要な関係者等に提示することに同意します。

本人氏名 _____

市使用欄	生活機能	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防	事業対象者判定
	/20	/5	/2	/3	/2	/3	/5	該当・非該当

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか(例えば、必要な物品を購入しているか)を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
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	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るかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。

11・12 の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6 ヶ月で 2～3 kg 以上の体重減少がありましたか	6 ヶ月間で 2～3 kg 以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6 ヶ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は 1 カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15 の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17 の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に 1 回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去 1 カ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20 の質問項目は認知症について尋ねています。		
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	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されない場合は「いいえ」となります。
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	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25 の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ 2 週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ 2 週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
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	
23	(ここ 2 週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ 2 週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ 2 週間) わけもなく疲れたような感じがする	

事前確認シート

受付日： 年 月 日

【相談目的】 日頃、本人や家族の生活上の困りごと・気になることを記載

()

対象者	(ふりがな) 氏名 (男・女)	現在の要介護度等 ・介護 5 4 3 2 1 ・支援 2 1 ・事業対象者 ・該当なし 有効期間(認定ある場合) 年 月 日 ～ 年 月 日
	住所	
	生年月日 M・T・S 年 月 日 (歳)	
	現在利用中のサービス	
連絡先	氏名 本人との関係 ()	
	電話番号 (日中連絡が取れるところ)	

【現在の状態】 ※ () 内は具体的状況、介護の状況等を記載

	質 問	回 答 (該当する番号に○をつけてください。)	
1	歩行はできますか	1. 歩ける 2. 杖や歩行器を使用して、自分で歩ける	3. 自分では歩けない ()
2	階段は昇れますか	1. 昇れる 2. 手すりにつかまって昇れる	3. 昇れない ()
3	入浴は、自分でできますか	1. できる	2. できない、介助が必要 ()
4	排泄は、自分でできますか	1. できる 2. 時間はかかるができる	3. できない、介助が必要 ()
5	着替えは、自分でできますか	1. できる 2. 手助けがあればできる	3. できない ()
6	食事は、自分で食べることができますか	1. できる	2. できない ()
7	日常生活に支障がある物忘れがありますか	1. ない	2. ある () ※あてはまる症状に○ 暴言・暴行・大声・徘徊 感情不安定・被害妄想・同じ話 その他 ()
8	現在は、入院中ですか	1. いいえ	2. はい 医療機関名 () 病名 ()

9	現在は、通院中ですか	1. いいえ	2. はい ※複数の場合はすべて記入 ※主たるかかりつけ医療機関に○ (1)医療機関名 () 病名 () (2)医療機関名 () 病名 () (3)医療機関名 () 病名 ()
10	その他（自由記載） 家族状況、服薬管理、IADL、介護状況、その他の困りごと等		

【希望しているサービス等】

1	介護認定を受けている。受けたい。または、認定調査を受けるよう勧められた。	
2	通所介護（デイサービス）等どこかに通えるサービスを受けたい。	
3	訪問介護（ホームヘルプサービス）などで介護や家事的な援助を受けたい。	
4	個別にリハビリを受けたい。	
5	杖や、歩行器、ベッドレンタルや、ポータブルトイレ・シャワーチェアを購入したい。	
6	家の住宅改修をしたい（手すり取付、段差解消、床材変更、扉の取替、便器の取替）	
7	服薬や病気の管理のために訪問看護等の医療的なサービスを受けたい。	
8	元気であるための運動や学習がしたい。	
9	※ 家での介護が難しく施設入所先を探している。	
10	※ 介護全般について相談したい。	
11	その他（ ）	

※については地域包括支援センターにご相談ください。

網掛けの項目に○印が多い場合は、認定調査ではなく総合事業対象者となる可能性が高いです。

上記の聞き取り内容について介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、越前市・南越前町からかかりつけ医、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者等若しくは、総合事業におけるサービス事業者等実施者、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。

氏名 _____ (本人・家族・その他 _____)

<<相談結果>> <input type="checkbox"/> 介護保険申請 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト実施（事業対象者該当・事業対象者非該当）※どちらかに○ <input type="checkbox"/> 相談のみで終了 <input type="checkbox"/> その他 [_____] <input type="checkbox"/> 判断に至らず

<<相談対応者>>

事業所名：	TEL：	FAX：
関係者職種・氏名：	メールアドレス：	

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

		区 分	
		新規・変更	
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
個人番号()		生年月日	性 別
		明・大・昭 年 月 日	男・女
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター			
介護予防支援事業所名		事業所の所在地	〒915-0071
地域包括支援センター名			
越前市社会福祉協議会		越前市府中 1 丁目 11-2	
地域包括支援センター		電話番号 0778 (22) 6111	
事業所を変更する場合の事由等	※事業所を変更する場合のみ記入してください。		
変更年月日 (平成 年 月 日付)			
<p>越 前 市 長 様</p> <p>上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。</p> <p>計画作成するために必要があるときは、基本チェックリストの結果・診療情報提供書・自己負担割合等を地域包括支援センター・サブセンター・居宅介護支援事業者・サービス事業者・支援に必要な関係者等に提示することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>被保険者 住 所 越前市 電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">(※本人の自署の場合、押印は必要ありません)</p>			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 事業所番号		
	1 : 8 : 0 : 0 : 3 : 0 : 0 : 0 : 2 : 0		

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに越前市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず越前市に届出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所の市町村の窓口へ提出してください。

越前市 記入欄	受 付	確 認	入 力	<input type="checkbox"/> 要介護認定等申請中 <input type="checkbox"/> 被保険者証（再交付済・未提出） <input type="checkbox"/> 本人確認（免許証・保険証・その他） <input type="checkbox"/> 個人番号確認（カード等・住基台帳）
------------	--------	--------	--------	--

利用者基本情報

《基本情報》

作成担当者：_____

相談日	平成 年 月 日	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
本人現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳	
住所	越前市	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・II a・II b・III a・III b・IV・M		
認定・ 総合事業 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記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、□=男性、○=女性 ●■=死亡 ☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む) 家族関係等の状況	
住所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活状況 (どのような暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方			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、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシート等を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、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。

平成 年 月 日 氏名 印

介護予防支援計画表および評価表

様式6

利用者氏名 _____ 殿 作成日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 担当者 _____

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	課題に対する 目標	支援計画・具体策			評価
活動（運動・移動）について		本人が〇〇するよ うになる	本人のセルフケアや家族の支援・ インフォーマルサービス	総合事業のサービス	利用先	評価日（ 年 月 日）
日常生活（家庭生活）につい て						
社会参加・対人関係（コミュ ニケーションについて）						
健康管理について						

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

上記計画について、同意いたします。
平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 氏名 _____

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表 評価日 _____

利用者名 _____ 殿 計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成／未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針	地域包括支援センター意見	
	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了

參考資料集

基本チェックリストの該当項目に沿った判断

分類	対象者判定基準	想定されるサービス・活動の例
①複数項目に支障	No.1～20のうち10項目以上該当	<ul style="list-style-type: none"> ・②～⑦のうち該当する基準又は該当に近い基準に対応するサービスや活動につなげる。 ・必要に応じて、複数のプログラムの提供を検討。
②運動機能低下	No.6～10のうち3項目以上該当	<ul style="list-style-type: none"> ・通所型予防給付相当サービス ・通所型短期集中予防サービス（C型） ・訪問型短期集中予防サービス（C型） ・（通所型基準緩和サービスA型）
③低栄養状態	No.11～12のすべてに該当	<ul style="list-style-type: none"> ・通所型短期集中予防サービス（C型） ・訪問型短期集中予防サービス（C型） ・（通所型基準緩和サービスA型） ・（食の自立支援事業）
④口腔機能低下	No.13～15のうち2項目以上該当	<ul style="list-style-type: none"> ・通所型短期集中予防サービス（C型） ・訪問型短期集中予防サービス（C型） ・（通所型基準緩和サービスA型） ・（口腔機能向上事業）
⑤閉じこもり	No.16に該当	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の各種活動 ・通所型住民主体サービス（B型） ・通所型基準緩和サービス（A型） ・訪問型短期集中予防サービス（C型）
⑥認知機能低下	No.18～20のうち1項目以上該当	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の各種活動 ・通所型住民主体サービス（B型） ・訪問型短期集中予防サービス（C型） ・（通所型基準緩和サービスA型） ・受診勧奨の必要性を判断 ・専門相談（窓口）紹介
⑦うつ病の可能性	No.21～25のうち2項目以上該当	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の各種活動 ・通所型住民主体サービス（B型） ・訪問型短期集中予防サービス（C型） ・（通所型基準緩和サービスA型） ・受診勧奨の必要性を判断 ・専門相談（窓口）紹介

越前市版介護予防アセスメントシート

利用者氏名 _____ 殿 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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きる	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	
病院に行くときは			1)行ける(手段) 2)付き添いを頼む 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	ゴミ出し	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	家族状況	1)高齢者のみの世帯 2)同居者が障害・疾病・介護が必要な状態 3)単身生活	
コミュニケーションについて	12	1日誰と過ごすことが多いか	1)家族・友人等 2)ほとんど1人で過ごす	特記・課題等
	13	外出する頻度(通院以外)	1) 回/週 2)ほとんど外出しない	
	14	親戚・友人と会う・連絡をとる頻度	1) 回/週 2)ほとんどない	
	15	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	
	16	情緒が不安定になること	1)ない 2)情緒が不安定になることがある	
	17	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	18	年1回の健康診査の受診	1)受けている 2)受けていない	特記・課題等
	19	医師からの運動制限	1)ない 2)運動を制限されている	
		その他医師からの注意	1)ない 2)注意を受けている	
	20	現在の健康状態	1)よい 2)まあよい 3)普通 4)あまりよくない 5)よくない	
	21	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)	
	22	服薬管理の状態	1)できる 2)指示があれば飲める 3)できない	
	23	一人で入浴	1)できる 2)何とかできる 3)できない	
	24	一人で洗身	1)できる 2)何とかできる 3)できない	
	25	一人で浴槽を跨ぐ	1)できる 2)何とかできる 3)できない	
上記問25で3)できないを選択した場合:理由()				
物忘れ等について	26	会話がまとまらない	1)いいえ 2)はい	特記・課題等
	27	物忘れが気になる	1)いいえ 2)はい	
	28	電気機器類の操作	1)できる 2)迷う 3)難しい	
	29	火の始末	1)心配ない 2)心配している 3)消し忘れの経験あり	
	30	悪徳商法への注意	1)注意している 2)注意していない 3)被害経験あり	

アセスメントシート等の記載に基づく判断

分類	対象者判定基準	想定されるサービス・活動の例
①身体介護の必要性が高い	以下のいずれかに該当 ア) 項目 1.2.3.23.24 のいずれかで「3」があること イ) 項目 24 が「2」以上であること	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通所型予防給付相当サービス ・ 訪問型予防給付相当サービス ・ 通所型短期集中予防サービス (C型) ・ 通所型基準緩和サービス (A型)
②運動機能訓練の必要性が高い	項目 1.2.3.23. (全 5 項目) のうちの 2 項目以上が「2」以上である	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通所型予防給付相当サービス ・ 通所型短期集中予防サービス (C型) ・ (通所型基準緩和サービス A型) ・ 訪問型短期集中予防サービス (C型)
③家事援助の必要性が高い	以下のいずれにも該当 ア) 利用者が単身であること、又は同居の家族等に「障害・疾病その他やむを得ない理由」があつて家事の実施が困難であること (利用者基本情報より) イ) 項目 6～10 のうち 2 項目以上が「3」以上であること	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問型予防給付相当サービス ・ 訪問型基準緩和サービス (A 1 型) ・ 訪問型基準緩和サービス A 2 型 (日中独居の方は可) ・ 訪問型住民主体サービス B 型 (日中独居の方は可)
④閉じこもり予防の必要性が高い	項目 12.13.14 のうちの 1 項目以上が「2」以上である	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の各種活動 ・ 通所型住民主体サービス (B型) ・ 通所型基準緩和サービス (A型) ・ 訪問型短期集中予防サービス (C型)
⑤うつ予防の必要性が高い	項目 16.17 のうちの 1 項目以上が「2」以上である	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の各種活動 ・ 通所型住民主体サービス (B型) ・ (通所型基準緩和サービス A型) ・ 訪問型短期集中予防サービス C ・ 受診勧奨の必要性を判断 ・ 専門相談 (窓口) 紹介
⑥認知症予防の必要性が高い	以下の 6 項目のうち 2 項目以上に該当 項目 11 が「3」以上 項目 15.22.27～30 が「2」以上である	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の各種活動 ・ 通所型住民主体サービス (B型) ・ (通所型基準緩和サービス A型) ・ 訪問型短期集中予防サービス (C型) ・ 受診勧奨の必要性を判断 ・ 専門相談 (窓口) 紹介

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○をつけてください。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
自分でトイレに行く				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			
電車やバスでの外出				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				競場・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」