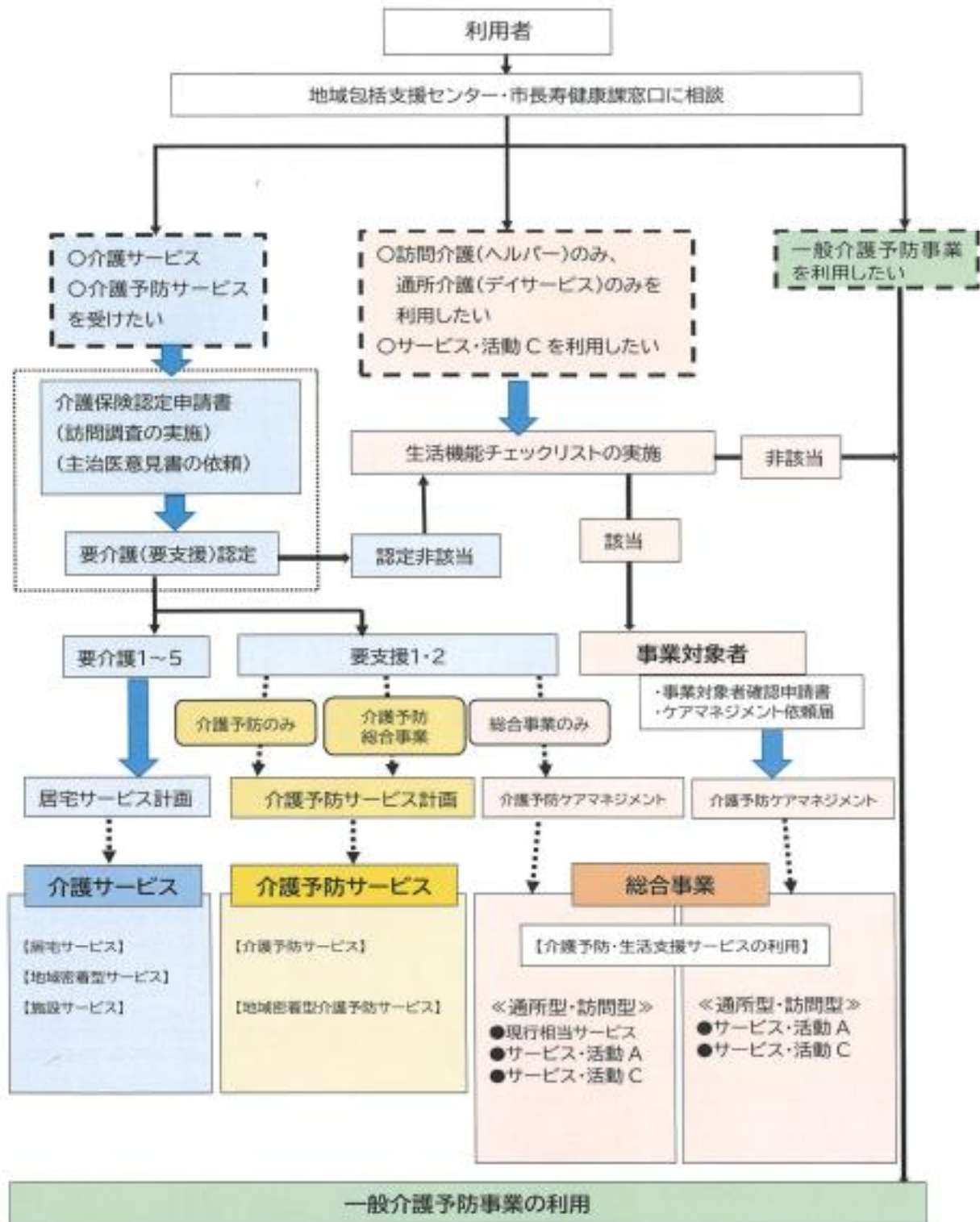


【総合事業（サービス・活動A、C）利用の流れ】

別紙1





## 生活機能チェックリスト事業対象者該当基準

①	質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当	虚弱
②	質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当	運動
③	質問項目No.11～12の2項目のすべてに該当	栄養
④	質問項目No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当	口腔
⑤	質問項目No.16に該当	閉じこもり
⑥	質問項目No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	認知機能
⑦	質問項目No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当	うつ

(注) この表における該当(No.12を除く)とは、回答が、「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。

この表における該当(No.12に限る)とは、 $BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$ が18.5未満の場合をいう。

## 生活機能チェックリストの考え方

R5.6敦賀市

厚生労働省事務連絡	<p>【共通的事項】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
敦賀市解釈等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・まず本人に書いてもらい、その後評価者が本人とともに確認することを基本とする。</li> <li>・本人に質問の意味等を尋ねられた場合は、解釈に基づいて説明を行う。</li> </ul>

**1 | バスや電車で1人で外出していますか（説明参照）**

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。

- ・外出の頻度は問わない。
- ・バス、電車、タクシー（乗り合わせ含む）、自家用車（自分で運転）、バイクでの外出は「はい」とする。
- ・徒歩、自転車、電動4輪、家族運転の自家用車は「いいえ」とする。
- ・外出の移動距離は問わない。

**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、必要な物品を間違いなく購入しているか）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。

- ・生協の注文、ネット、電話注文は「いいえ」とする。
- ・誰かの支援があつての買い物であっても（送迎など）、自ら店に出向き必要な買い物をしているのであれば「はい」とする。
- ・日用品の買い物とは、必要な買い物であり、品物に縛りはない。
- ・移動販売での買い物も「はい」とする。

**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。

- ・ATMでの預貯金出し入れも自分で行っていれば「はい」とする。
- ・自らが金銭管理していても、ATMや窓口手続きを他の人に依頼する場合は「いいえ」とする。
- ・銀行が自宅に来て、お金の出し入れをしている場合は、窓口手続きに準ずる手続きを本人が行っていれば「はい」とする。

**4 | 友人の家を訪ねていますか（説明参照）**

友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流は含みません。また、家族や親戚の家への訪問は含みません。

- ・ごく近隣の友人、知人、者の家であっても「はい」とする。
- ・回覧板等のついでに話をすることも「はい」とする。
- ・自らが訪問に行ったかどうかを主眼とし、訪問先は相手の家以外の畑などでも「はい」とする。
- ・訪問目的ではなく、行った先でたまたま合流するような場合は含まない。
- ・訪問する際の移動手段は問わない。

<b>5</b>	<b>家族や友人の相談にのっていますか</b>
<p>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。</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・頻度は問わない。</li> <li>・相談内容は、問わない。(簡単な相談(献立の相談、冠婚葬祭や行事の段取りなど)でも可)</li> <li>・一人暮らし等の理由でも、相談されることが無い場合は「いいえ」とする。</li> </ul>	
<b>6</b>	<b>階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか (説明参照)</b>
<p>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。</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・習慣やくせでも手すりを使っていれば「いいえ」とする。</li> <li>・家に階段がない等、分からないと言われる場合は「いいえ」とする。</li> <li>・手すりがあったらつかまる場合は「いいえ」とする。</li> </ul>	
<b>7</b>	<b>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 (説明参照)</b>
<p>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。</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・注釈の「時々」の頻度は半分未満とする。</li> <li>・膝など自分の体の一部をつかむ場合は「はい」</li> <li>・習慣的なものでも自分の体以外をつかむのなら「いいえ」</li> </ul>	
<b>8</b>	<b>15分位続けて歩いていますか (説明参照)</b>
<p>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。</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・杖、押し車、カートの利用は問わない。</li> <li>・休憩なしの15分以上の歩行とするが、休憩を意としない立ち止り(買い物中の品定め、信号待ちなど)は途中にあっても構わない。買い物で15分以上うろろろする場合は、「はい」とする。</li> <li>・「歩けると思う」と言われた場合、実際に歩いていなければ「いいえ」とする。</li> </ul>	
<b>9</b>	<b>この1年間に転んだことがありますか</b>
<p>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。</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒とは、足底以外が足底と同一平面上につくこととする。つまづいただけや、途中で壁や手すり等をついて止まった場合は転倒としない。</li> </ul>	
<b>10</b>	<b>転倒に対する不安は大きいですか</b>
<p>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下さい</p>	
<b>11</b>	<b>6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか (説明参照)</b>
<p>6か月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6か月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・分からない場合は「いいえ」とする。</li> </ul>	

<b>12</b>	<b>身長・体重をご記入ください</b>
<p>身長、体重は、整数で記載して下さい。体重は1か月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。</p>	
<p>・身長・体重は小数点第1位を四捨五入して整数にしてから算出後、BMIの小数点第2位を四捨五入して求める。  (例)160.5cm、60.2kgの場合；<math>60 \div 1.61 \div 1.61 = 23.14 \dots</math> BMI 23.1  ・分からない場合はだいたいで記載する。</p>	
<b>13</b>	<b>半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか（説明参照）</b>
<p>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。</p>	
<p>・一時的な状態悪化(虫歯等治療可能なもの)であっても、現時点の状況で判断する。  ・半年前には問題なかった歯ごたえの物が、現在も問題ないかどうかを問う。固い物の概念はそれぞれ異なっても構わない。</p>	
<b>14</b>	<b>お茶や汁物等でむせることがありますか</b>
<p>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。</p>	
<p>・むせの頻度は問わない。  ・もともとご病気やのどの構造上むせが生じやすい方の場合でも「はい」とする。</p>	
<b>15</b>	<b>口の渇きが気になりますか</b>
<p>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。</p>	
<p>・唾液が十分にれているかをポイントにして問う。のどの渇きとは異なる。</p>	
<b>16</b>	<b>週に1回以上は外出していますか</b>
<p>週によって外出頻度が異なる場合は、過去1か月の状態を平均してください。</p>	
<p>・通院やデイサービスも外出に含まれる。  ・自宅敷地外に出ることを外出とする。</p>	
<b>17</b>	<b>昨年と比べて外出の回数が減っていますか</b>
<p>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。</p>	
<p>・入院やけが等が理由であっても、減っていれば「はい」</p>	
<b>18</b>	<b>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（説明参照）</b>
<p>本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。</p>	
<p>・本人の主観で回答する。</p>	

<b>19</b>	<b>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</b>
<p>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。</p>	
<p>・他人に頼らずに、自分でかけたい相手に電話をかけられるかどうかを主眼とする。          ・「117」、ワンタッチ、携帯電話登録、電話帳、ネット検索、張り紙、自分でまとめたアドレス帳等に類するものの利用、または記憶で電話ができれば「はい」とする。</p>	
<b>20</b>	<b>今日が何月何日かわからない時がありますか（説明参照）</b>
<p>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。</p>	
<p>・新聞やカレンダーを見て確認しても、正解していれば「いいえ」とする。</p>	
<b>21</b>	<b>（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない</b>
<b>22</b>	<b>（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</b>
<b>23</b>	<b>（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</b>
<b>24</b>	<b>（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない</b>
<b>25</b>	<b>（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする</b>
<p>21～25までに質問項目はうつについて尋ねています。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。</p>	
<p>・「うつの状態を聞くための質問ですが」と前置きをして確認する。</p>	

## 【要支援者・事業対象者について特に把握が必要なアセスメント項目】

厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より

標準項目	項目の主な内容
健康状態	既往歴、主傷病名、症状、痛み、服薬状況、睡眠の状況、筋力・持久力などの身体機能に関する項目
ADL	立ち上がり、歩行、運搬、洗髪・洗身などの入浴、爪切り、下着の着脱等に関する項目
IADL	調理、整理整頓、掃除、洗濯、買い物、服薬管理などに関する項目
認知機能	日常生活を行う上での認知機能の程度に関する項目
コミュニケーション能力	視力、聴力などのコミュニケーションに関する項目
社会とのかかわり	社会的活動・趣味活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感、人的交流状況、家族や地域との関わり状況などに関する項目
排尿・排便	排尿・排便の頻度と失禁の有無
褥瘡、皮膚の状態	皮膚の清潔状況に関する項目
口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
食事摂取	食事・水分の摂取量、栄養の状態に関する項目
問題行動	暴言・暴行、徘徊、収集、火の不始末等に関する項目
介護力	介護者の有無、介護者の介護意思、介護者の身体的・心理的負担感の程度、主な介護者に関する情報等に関する項目
居住環境	手すりや段差解消などの住宅改修の必要性、歩行車などの福祉用具の必要性、危険個所等の現在の居住環境、本人が良く利用してきた地域の社会資源と地理的状況（アクセス手段、自宅からの距離等）に関する項目
特別な状況	虐待、ターミナルケア等に関する項目

## 【運動器の機能向上プログラムの対象者から除外すべき者】

厚生労働省 介護予防マニュアル「運動機能向上マニュアル」より

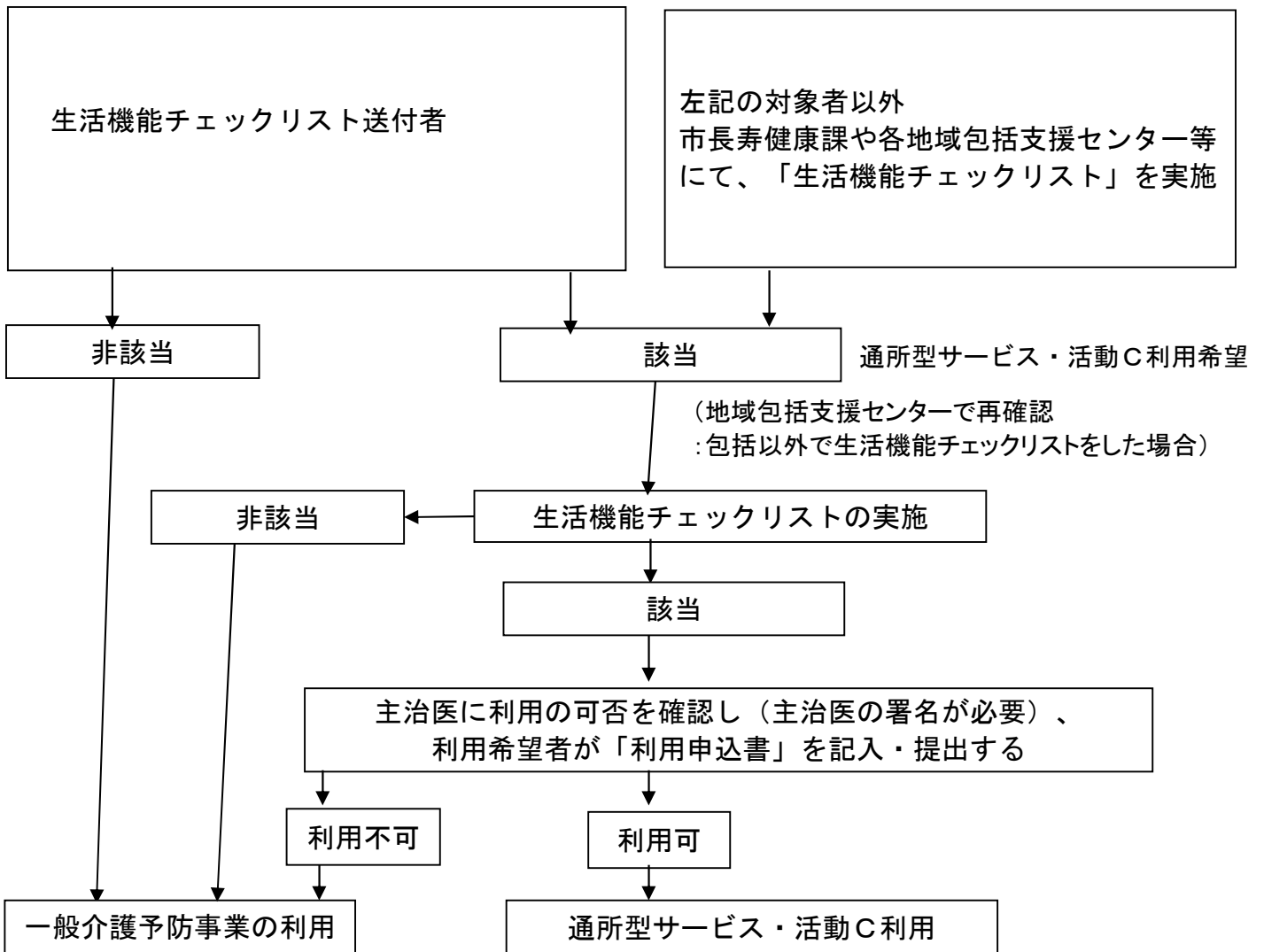
### ●絶対除外基準

- ・心筋梗塞、脳卒中を最近6か月以内に起こしたもの
- ・狭心症、心不全、重症不整脈のあるもの
- ・収縮期血圧180mmHg以上、または拡張期血圧は110mmHg以上の高血圧のもの
- ・慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎、肺気腫など）で息切れ、呼吸困難があるもの
- ・糖尿病で重篤な合併症（網膜症、腎症）のあるもの
- ・急性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状のあるもの
- ・急性期の肺炎、肝炎などの炎症のあるもの
- ・その他、本サービス等の実施によって、健康状態が急変あるいは悪化する危険性があるもの

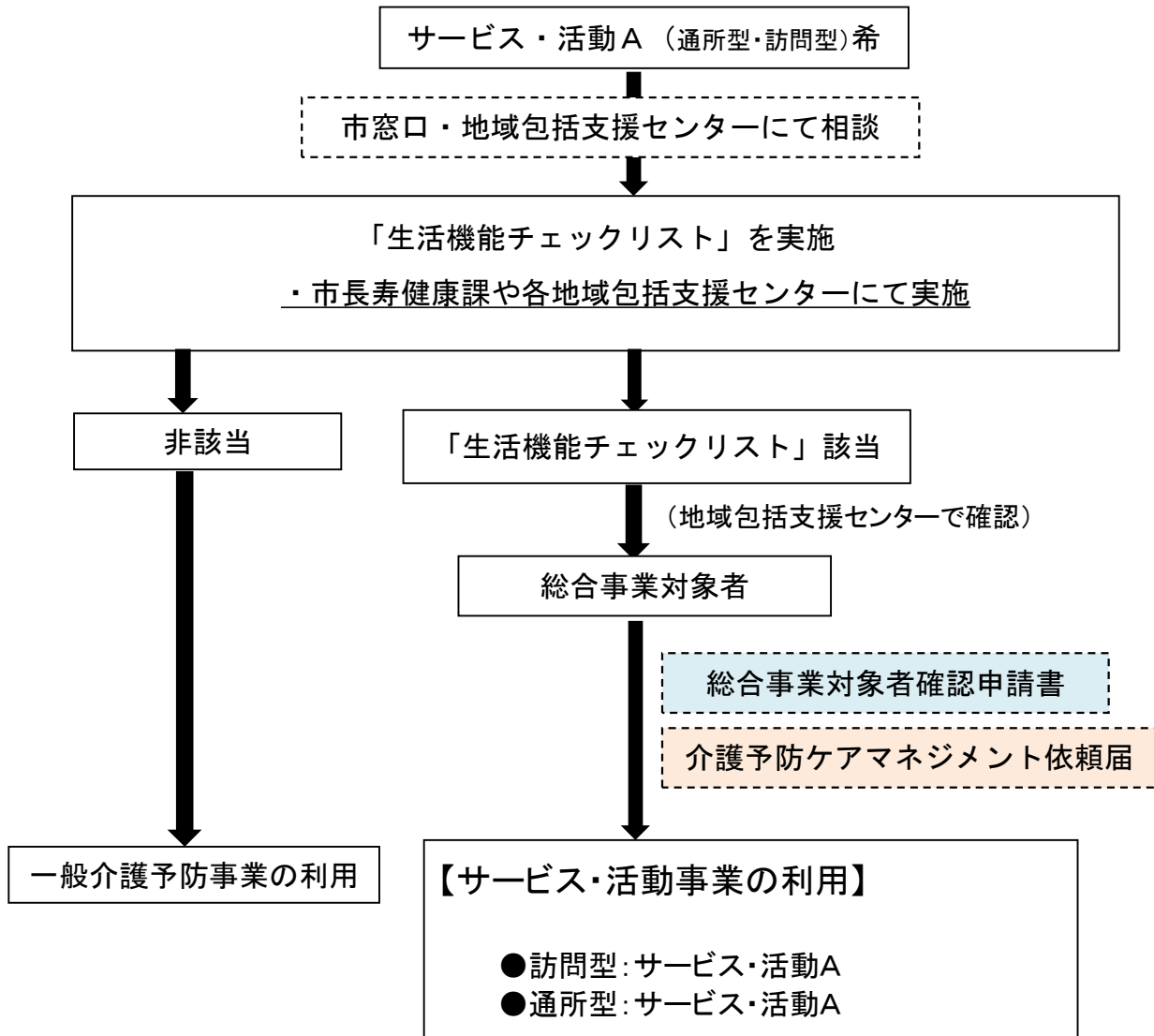
### ●主治医の判断で相対的に除外や運動制限を考えるべき基準

- ・コントロールされた心疾患、不整脈のあるもの
- ・収縮期血圧180mmHg未満の高血圧のもの
- ・慢性閉塞性肺疾患で症状の軽いもの
- ・慢性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状のあるもの
- ・骨粗鬆症で、脊椎圧迫骨折のあるもの
- ・認知機能低下により、参加が困難であるもの
- ・その他、医師が除外や運動の制限が必要と判断したもの

## 通所型サービス・活動C利用の流れ（要介護・要支援認定は不要）



## サービス・活動A利用の流れ（要介護・要支援認定は不要）



3～6か月間  
チャレンジ!!



もっと元気になりたいあなたへ

## 短期集中予防サービス

こんな日常のお悩みはありませんか??



最近、足腰が弱くなって  
散歩や買い物がおっくう…

階段を上がるのが  
大変になってきた…

食欲がない…体重も減ってきた…  
すぐ疲れるし、動きたくない…



リハビリ専門職が、「またできるようになりたい!」をサポートします!

リハビリ専門職等が、**運動(栄養・口腔機能)の向上**を支援します。  
サービス終了後は、ご自身で習得した内容を継続し、  
日常生活が不安なく自立して行えることをめざします。



### 対象者

- 要支援1・2の認定を受けた方
- 65歳以上で、「生活機能チェックリスト(※裏面)」にて機能低下がみられた方

### 利用期間/回数など

3～6か月間 / 週2回  
※送迎あり ※一部自己負担が必要です

### 利用の流れ

#### 相談

生活の困りごとを相談(包括支援センターへ)

#### ケアプラン(計画書)作成

ご自身の弱ってきた部分を確認し、今後の目標や具体的なサービス・活動について話し合います。

#### サービス(通所・訪問)利用

運動指導、栄養や口腔ケアのアドバイスを受けます。

#### サービス終了(評価)

これからの生活についてのアドバイスがもらえます。  
習得した運動や生活習慣を心がけましょう。

個別対応なので  
ささいなことでも  
すぐに相談  
でき安心!



まずは、チェックリストをしてみましょう! 裏面へ!

### 相談・問合せ先

市内全域	地域包括支援センター「長寿」	電話 22-8181(はいはい)
栗野地区以外	地域包括支援センター「あいあい」	電話 22-7272(なになに)
栗野地区	地域包括支援センター「なごみ」	電話 21-7530(なごみ)

## やってみよう！生活機能チェックリスト(現在の自分の状態)

下記の太枠の中を記入してください。

氏名	フリガナ	男・女	生年月日	昭和	年 日生	月	年齢	歳



記入

No.	質問の内容	どちらかの番号に○		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	点
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	点
12	身長・体重をご記入ください【BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)】	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	点
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	口の湿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	点
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	点
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	
ここ2週間の状態についてお答えください(うつのチェック項目のみ)				
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	点
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	

「生活機能の低下」がみられていないかを確認しましょう。ひとつでも該当した「状態」がありましたら、地域包括支援センター(表面)までご連絡ください。

状態	該当項目	計算して記入
虚弱	質問項目No.1～20(20項目)のうち10項目以上	項目
運動	質問項目No.6～10(5項目)のうち3項目以上	項目
栄養	質問項目No.11～12(2項目)のすべて ※No.12の該当とは、【BMI】が18.5%未満をいう	項目
口腔	質問項目No.13～15(3項目)のうち2項目以上	項目
閉じこもり	質問項目No.16	項目
認知機能	質問項目No.18～20(3項目)のうちいずれか1項目以上	項目
うつ	質問項目No.21～25(5項目)のうち2項目以上	項目

年 月 日

地域包括支援センター 様  
居宅介護支援事業所 様

申込者名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 敦賀市 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

「通所型サービス・活動C」利用申込書

「通所型サービス・活動C」の利用が可能であることを主治医に確認しましたので、  
本サービスの利用を申込みします。

【医師署名欄】

「通所型サービス・活動C」の利用が可能であると判断します。

主 治 医 : \_\_\_\_\_

※「医師署名欄」には主治医の自署をいただきますよう、お願いいたします。  
ただし、ゴム印を使用される場合は、認印も併せて押印ください。(シャチハタ不可)



# こころの “ 気づき ” シート

チェック

シートに  して、今の状態を確認してみましょう。

・介護をしているあなたへ・・・毎日の介護、ちょっと疲れていませんか？

## 【 介護をしている方（介護者）用】

- 介護やお世話を代わりにしてくれる人がいない
- 介護のことを相談できる人がいない
- 介護やお世話のために家事や仕事に影響が出ている
- だるくて意欲がわからない
- 食欲がなく、体重が減っている
- 眠れない日が続いている

・ご家族や身近に介護をしている方はいますか？その方の様子はいかがですか？

## 【 介護者の周りの方用】

※ あなたが知っている介護者の様子についてチェックしてください。

- ひとりで介護をしている
- 介護以外に負担の大きな役割がある（仕事、子育て等）
- 介護者本人に病気や障害がある
- 介護サービスを利用していない、または利用しようとしていない
- 介護についてどこにも相談していない
- 疲れた様子である、疲れたと言っている



チェック

がつく方は、知らない間に心身が疲れていることも…。  
ぜひ裏面の専門機関にご相談ください。

# ひとりで悩まず、ご相談ください



## 高齢者・介護の相談 (地域包括支援センター)

ご自宅に訪問してお話を伺うこともできます。

- 「あいあい」 【担当：栗野地区以外】 ☎0770-22-7272  
(敦賀市福祉総合センター「あいあいプラザ」内) 平日8:30~17:30
- 「なごみ」 【担当：栗野地区】 ☎0770-21-7530  
(つるが生協在宅総合センター「和」内) 平日8:20~17:20
- 「長寿」 【担当：市内全域】 ☎0770-22-8181  
(敦賀市役所長寿健康課 内) 平日8:30~17:15

(※いずれの機関も祝日及び年末年始は除きます。)



## こころの相談

- 敦賀市健康センター はびふる ☎0770-25-5311  
(敦賀市中央町2丁目16-52)  
★臨床心理士による相談【要予約】  
こころの相談(月2回)…9:30~17:15  
夜間のこころの相談(年2回)…18:00~21:30

- 二州健康福祉センター ☎0770-22-3747  
(敦賀市開町6-5)  
★精神科医等による定例相談(月2回)…14:00~16:00【要予約】  
★保健師による健康相談…平日8:30~17:15

- 福井県総合福祉相談所<ホッとサポートふくい>  
(福井市光陽2丁目3-36) ☎0776-26-4400  
★来所相談…平日9:00~17:00【要予約】  
★こころの電話相談…平日9:00~17:00

(※いずれの機関も祝日及び年末年始は除きます。)



## 心身の不調の相談

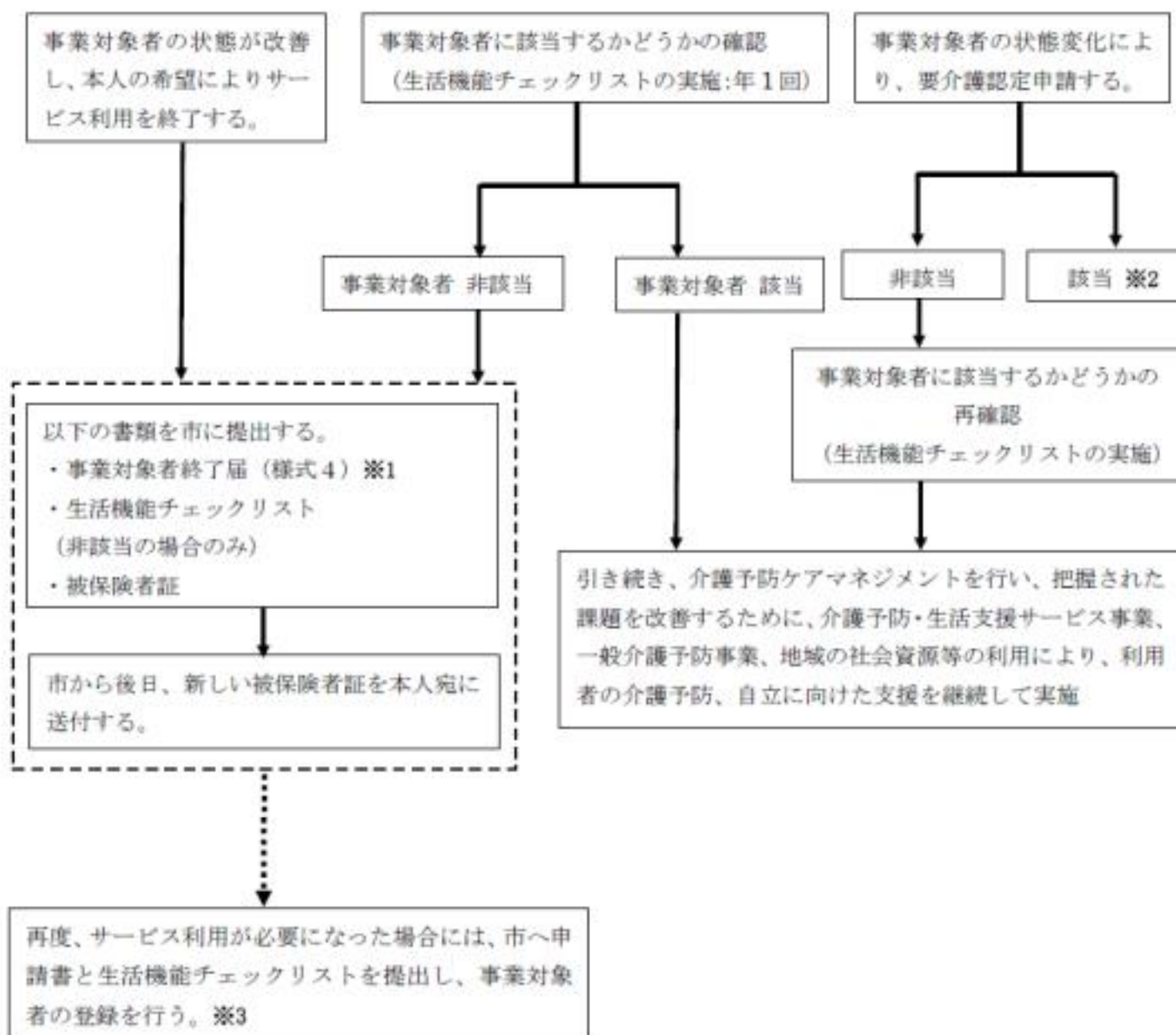
- かかりつけの病院へ  
内科などで、不眠症状やストレスからくる心身の不調に対する治療が受けられます。

- 専門医療機関(精神科・神経科・診療内科等)へ  
心身の不調に対して、より専門的な治療やカウンセリングが受けられます。

市内専門医療機関	所在地	電話番号
猪原病院	柳林32-5-2	☎0770-22-3558
敦賀温泉病院	吉河41-1-5	☎0770-23-8210
萩の実ストレスケアクリニック	清水町2丁目11-16	☎0770-62-1131 (隣接こころの病院)

【発行】 敦賀市長寿健康課 TEL.0770-22-8181 FAX.0770-22-8179

## 事業対象者の見直しにかかる取り扱いフロー



- ※1 事業対象者の終了日は、終了する月の末日(生活機能チェックリストの実施により事業対象者の基準に該当しなくなった場合は、生活機能チェックリストを実施した月の末日)とする。
- ※2 事業対象者が、要介護認定者となった場合は、要介護認定申請日に遡って事業対象者の資格は失効となる。  
(事業対象者終了の届出は不要)
- ※3 再度、事業対象者の登録が必要となった場合は、申請書と生活機能チェックリストを市へ提出する。  
介護予防ケアマネジメント届出書は、地域包括支援センターの変更がなければ提出不要

# 生活機能チェックリスト

被保険者番号				記入日	年 月 日		
氏名	ふりがな	男・女	年齢	歳	生年月日	昭和	年 月 日生
住所	敦賀市			電話番号			

No.	質問項目	どちらかの番号に○		チェック数
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	/5
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	/5 (3/5)
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	/2 (2/2)
12	身長・体重をご記入ください	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	/3 (2/3)
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	口の渴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	/2
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	計 /20 (10/20)
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	1. 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	2. 非該当
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	合計 /25

地域包括支援センターが行う介護予防マネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、生活機能チェックリスト記載内容を、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、介護予防・日常生活支援総合事業におけるサービス実施事業者、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。

年 月 日 氏名

総合事業対象者	該当・非該当	区分	虚弱・運動・栄養・口腔・閉じこもり・認知機能・うつ
---------	--------	----	---------------------------

担当地域包括支援センター	担当者名
--------------	------

敦賀市長 あて

敦賀市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書

介護予防・日常生活支援総合事業対象者についての確認を受けたいので、生活機能チェックリストを添付のうえ、次のとおり申請します。

申請者 (被保険者)	被保険者番号																		生年月日	明・大・昭	
	フリガナ																	年	月	日	
	氏名																	性別	男	・	女
																		電話番号	( )		
	住所	〒																			
	前回の認定等 (該当者のみ)	状態区分	要支援1・要支援2・総合事業対象者・その他( )																		
有効期間		年	月	日から	年	月	日まで														
緊急連絡先	フリガナ																	本人との関係			
	氏名																		電話番号	( )	
	住所	〒																			
<p>介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の利用に係る計画の作成等、総合事業の適切な運営の為に必要があるときは、総合事業対象者の確認に係る生活機能チェックリストの記載内容及びこの事業で得られた個人に関する情報を敦賀市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び居宅サービス事業者に提示することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">本人氏名 _____</p>																					

決定区分	<input type="checkbox"/> 該当	申請受付日
	<input type="checkbox"/> 非該当 (理由 )	
CL入力	決 裁	
結果通知		



## 事業対象者有効期間終了届

敦賀市長 あて

年 月 日

下記の事業対象者について、事業対象者の有効期間終了を届け出ます。

届出者	事業者名			
	担当者名		電話番号	

被保険者番号										
フリガナ										
被保険者氏名										

事業対象者認定日	年 月 日
事業対象者終了日 <sup>※</sup>	年 月 末日で事業対象者を終了します。
届出理由	ア) 生活機能チェックリストの結果、非該当になったため (チェックリスト実施日 年 月 日) イ) 介護予防・生活支援サービスの利用予定がないため ウ) その他 ( )
備考	

※事業対象者終了日は、終了する月の末日（生活機能チェックリストを実施した場合は、実施月の末日）となります。

上記の届出内容に同意します。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

- ・事業対象者が、要介護認定申請をした場合は、提出不要です。
- ・届け出の際は、被保険者証と生活機能チェックリスト(届出理由(ア)の場合のみ)を添付してください。
- ・新しい被保険者証は、敦賀市より本人宛に郵送します。
- ・負担割合証は回収不要です。有効期限までは、新しい被保険者証と併せて保管するよう本人に伝えてください。

<保険者記入欄>	
システム入力 (未・済)	
被保険者証の送付 (未・済)	担当者 _____

# 利用者基本情報 (I)

【介護予防ケアマネジメント(事業対象者・要支援1・要支援2)】

作成年月	
作成担当者	

相談日	年 月 日 ( )	相談方法	来所・電話	初回	
			その他( )	再来(前回 年 月 日)	
把握経路	1. 本人からの相談 2. 家族からの相談 3. 基本チェックリスト 4. 認定非該当 5. 関係機関( ) 6. その他( )				
相談者			続柄	住所	
				TEL	
相談内容					
本人の状況	在宅・入院中・入所中 (病院・施設名 )				
被保険者番号			性別	生 年 月 日	
フリガナ			男・女	M	T S
本人氏名				年	月
本人住所	( 914- ) 敦賀市				
日常生活自立度	障害高齢者	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2・不明			
	認知症高齢者	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M・不明			
認定情報	認定申請中・認定済(要支援1・要支援2・非該当)・総合事業対象者認定済				
	有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回介護度 )				
障害等認定	身障(種 級 障害)・療育( )・精神( 級)・その他( )				
住居環境	自宅(一戸建・集合)・借家(一戸建・集合)・自室(有・無)				
	浴室：有・無 便所：洋式・和式				
	住宅改修：必要なし・済・必要(場所 )				
経済状況	国民年金・厚生年金・共済年金・障害年金・遺族年金・生活保護・その他( )				
同居者	氏 名	続柄	年齢	職業	◎=本人 □=男性 ○=女性 ■●=死亡者
緊急連絡先	氏 名	続柄	住所・電話番号		日中独居：無・有 家族関係等の状況

# 利用者基本情報(II)

被保険者番号		氏名	
--------	--	----	--

今までの生活					
現在の生活状況 (どん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	家族	友達・地域との関係	

【現病歴・既往歴】(新しいものから記載・現在持っている疾患は、全て記載)

いつ頃から	病名	医療機関			経過	治療中の場合 服薬等の内容
		医療機関名	医師名	電話番号		
年 月					治療中 経観中 その他	
年 月					治療中 経観中 その他	
年 月					治療中 経観中 その他	
年 月					治療中 経観中 その他	
年 月					治療中 経観中 その他	

【かかりつけ歯科・薬局】(新しいものから記載・現在持っている疾患は、全て記載)

	機関名	担当医師等氏名	連絡先	備考(受診・利用頻度等)
歯科				
薬局				

【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介護予防マネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護(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、主治医意見書、生活機能チェックリスト記載内容、利用者基本情報、アセスメントシート、支援・対応経過記録等の個人に関する記録等の情報を、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、介護予防・日常生活支援総合事業におけるサービス実施事業者、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。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

# 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメントA）

※ ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

No.		初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	事業対象者
利用者名	様 (男・女) 歳	認定年月日	年 月 日 認定有効期間	年 月 日 ~	年 月 日
計画作成者名		委託の場合: 計画作成事業者・事業所名および所在地(連絡先)			
計画作成(変更)日	年 月 日 (初回作成日)	担当地域包括支援センター:			

目標とする生活

一日		一年	
----	--	----	--

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての移行 本人・家族	目標	支 援 計 画				
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )					
社会参加・対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )					

健康状態について  
主治医意見書、健診結果、監察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】  
 妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針: 生活不活発病の改善予防のポイント

生活機能チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数)を記入してください。  
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけてください。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付又は地域支援事業	/5	/2	/3	/2	/3	/5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

# 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメントB）

※ 網掛け部分の記載は省略可能

No.	利用者名	様 (男・女)	歳	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	事業対象者									
計画作成者名	計画作成(変更)日	年	月	日	認定年月日	年	月	日	認定有効期間	年	月	日	～	年	月	日
計画作成(変更)日 (初回作成日)				委託の場合:計画作成事業者・事業所名および所在地(連絡先)				担当地域包括支援センター:								

目標とする生活

一日		一年	
----	--	----	--

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての移行 本人・家族	目標	支援計画				
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )					
社会参加・対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )					

健康状態について

主治医意見書、健診結果、監察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】  
 妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針:生活不活発病の改善予防のポイント

生活機能チェックリストの(該当した項目数)／(質問項目数)を記入してください。  
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけてください。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付又は地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

年 月 日 氏名

# 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメントC：ケアマネジメント結果等記録表）

※ 網掛け部分の記載は省略可能

No.	利用者名	様 (男・女)	歳	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	事業対象者									
計画作成者名	計画作成(変更)日	年	月	日	認定年月日	年	月	日	認定有効期間	年	月	日	～	年	月	日
委託の場合: 計画作成事業者・事業所名および所在地(連絡先)				担当地域包括支援センター:												

目標とする生活

一日		一年	
----	--	----	--

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての移行 本人・家族	目標	支 援 計 画				
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )					
社会参加・対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )					

健康状態について  
主治医意見書、健診結果、監察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】  
 妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針: 生活不活発病の改善予防のポイント

生活機能チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数)を記入してください。  
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけてください。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付又は地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

年 月 日 氏名



様式8  
**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） サービス評価票**

評価日

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

目 標	評価期間	目標体制状況	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 (計画作成者の意見)	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"/> サービス・活動事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了

# 興味・関心チェックシート

氏名： \_\_\_\_\_

記入日： \_\_\_\_\_

現在しているものには「している」の列に○を、現在していないが今後してみたいものには「してみたい」の列に○を、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場合は「している」の列に×を付けてください。項目以外の生活行為に思い当たるものがあれば、空欄を利用し記載してください。

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・歴史学習			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句・短歌・川柳			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙・ちぎり絵			
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・演奏会鑑賞			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ・詩吟			
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・健康マージャン			
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・水泳等のスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等のスポーツ観戦			
家族・親戚と団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物・パッチワーク等の手芸			
居酒屋に行く				畑仕事			
ボランティア				旅行・温泉			
地域活動(町内会・老人クラブ)				賃金をもらう仕事			
お参り・宗教活動							

# アセスメントシート(要支援1・要支援2・事業対象者)

記載日	
氏名	

生活行為等の状況					特記・課題等		
運動・移動	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		
	②	歩行(5m)	1 できる	2 つかまれば可能	3 できない		
	③	外出	食品・日用品を買う	1 行ける(手段 )	2 誰かに頼む		3 行けない
	④	手段	病院・銀行等へ行く	1 行ける(手段 )	2 誰かに頼む		3 行けない

日常生活(家庭生活)	①	食事	回数(日)	1 3食	2 2食	3 3食	4 その他( )	
	②		準備(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	
	③	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		
	④	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		
	⑤	ゴミだし	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		
	⑥	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		
	⑦	金銭管理	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		

社会参加・対人関係	①	一日誰と過ごすことが多いか	1 家族	2 友人・知人	3 ほとんどひとり	
	②	1週間に外出する頻度(通院以外)	1 3回以上	2 1~2回程度	3 あまり外出しない	
	③	1週間に友人・親戚と会う・連絡する頻度	1 3回以上	2 1~2回程度	3 ほとんどない	
	④	家や地域での役割	1 ある( )	2 ない		
	⑤	趣味や楽しみ	1 ある	2 以前はあったが今はない	3 ない	
	⑥	身の周りの乱れや汚れ	1 気にしている	2 気にならなくなった		
	⑦	情緒が不安定になる	1 ない	2 たまにある	3 増えてきた	
	⑧	一人きりになることへの不安	1 ない	2 たまにある	3 増えてきた	
	⑨	他人と関わることのわずらわしさ	1 ない	2 たまにある	3 増えてきた	

健康状態・健康管理	①	定期的な受診	1 ない	2 定期検査のみ	3 定期受診・服薬中			
	②	健康診査の受診	1 受診している	2 受診していない				
	③	現在の健康状態	1 良い	2 まあ良い	3 普通		4 あまり良くない	5 良くない
	④	服薬管理の状況	1 自分で管理・服用できる	2 指示があれば飲める	3 できない			
	⑤	排泄の状況	排尿	1 問題なし	2 ときどき失禁あり		3 残尿感あり	
	⑥		排便	1 問題なし	2 便秘(日に1回)		3 下痢気味(日に 回)	
	⑦	睡眠の状況	1 よく眠れる	2 眠れないことがある(睡眠剤服用 有・無)				
	⑧	洗身・洗髪	1 できる	2 何とかできる	3 手助けが必要(部分 )		4 できない	
	⑨	口腔機能	1 硬い物が食べにくい	2 よくむせる	3 口が渇く		4 義歯が合わない	
	⑩	歯の手入れ(義歯含む)	頻度( 回 / 日・週・月)	方法( )				
	⑪	皮膚の状態	1 問題なし	2 問題あり( )	3 治療中( )			
	⑫	爪切り	1 できる	2 何とかできる	3 手助けが必要(部分 )		4 できない	
	⑬	運動への取り組み	1 している(頻度 回/週)(種別 )	2 したい	3 していない			
	⑭	食事で気を付けていること	1 ある(内容 )	2 気をつけたい	3 ない			

物忘れ等	①	会話がまとまらない	1 ない	2 たまにある	3 増えてきた	
	②	物忘れが気になる	1 いいえ	2 たまにある	3 増えてきた	
	③	電気機器類の操作	1 できる	2 操作に迷うことがある	4 難しい	
	④	火の始末	1 心配ない	2 心配している	4 消し忘れたことがある	
	⑤	悪徳商法への対応	1 注意している	2 注意していない	3 被害経験あり	

担当者	
-----	--