

# 宇都宮市 自立支援・重度化防止に向けた 介護予防ケアマネジメントのガイドライン

令和3年3月

宇都宮市保健福祉部高齢福祉課

## 《目次》

1	ガイドライン作成の目的	…	1
2	宇都宮市におけるケアマネジメントに関する基本方針		
	(1) ケアマネジメントの基本方針	…	1
	(2) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント（総合事業）の基本方針	…	2
3	介護予防ケアマネジメント		
	(1) 要支援者及び事業対象者に対するケアマネジメント	…	2
	(2) 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	…	2
	(3) 介護予防ケアマネジメントの実施主体	…	3
	(4) 介護予防ケアマネジメントの類型	…	3
	(5) 介護報酬	…	6
	(6) 介護予防ケアマネジメントの様式	…	6
○	介護予防ケアマネジメントの関連様式一覧	…	7

## 1 ガイドライン作成の目的

このガイドラインは、介護保険制度の基本理念等を踏まえ、高齢者の自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの実現に向け、作成するものである。

### ○ 参考：介護保険制度の基本理念（介護保険法抜粋）

(目的)

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第2条

(略)

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

(国民の努力及び義務)

第4条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービスおよび福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

## 2 宇都宮市におけるケアマネジメントに関する基本方針

「宇都宮市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例 第2条」及び「宇都宮市指定介護予防等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例 第2条」に基づき、「宇都宮市におけるケアマネジメントに関する基本方針」（別添1）を定めており、その内容は以下のとおりである。

### (1) ケアマネジメントの基本方針

- ・ ケアマネジメントは、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。
- ・ ケアマネジメントは利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健・医療・福祉にわたる指定居宅サービス等が、当該目標を踏まえ、多様な事業所から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。
- ・ ケアマネジャーには、公正中立に業務を行い、医療サービスとの連携を意識しながら、自立に向けた支援を行う義務があるため、ケアマネジメントの質の評価を常に実施しなければならない。
- ・ アセスメントの思考過程においては、本人の心身状態の把握のみならず、生活感、価値観、人生観等を含めた全体のアセスメント及び医師や看護師等の専門職による視点からの観察情報、利用者の生活歴や家族状況（介護力）など、その人を取り巻く環境全般について

て情報収集がなされて行われなければならない。

- ・ 関係機関との連携や多職種連携に力を入れ、社会資源の活用に努めなければならない。

## (2) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント（総合事業）の基本方針

要支援認定者（以下、「要支援者」という。）や基本チェックリストで生活機能の低下が見られた者（以下、「事業対象者」という。）に対するケアマネジメントについては、(1)の基本方針に加え、「本人ができることはできる限り本人が行うように支援する」ことを念頭に置きつつ、いかに行動変容へ誘導するかという支援が重要である。

そのためには、利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活を分かりやすくイメージできるようにしなければならない。

それを踏まえて具体的な日常生活における行為について目標を明確にした上で、セルフケア、インフォーマルサービス、地域の公的サービス、介護予防サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）サービスを適切に利用する計画を作成し、達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う一連の流れが必要である。

## 3 介護予防ケアマネジメント

### (1) 要支援者及び事業対象者に対するケアマネジメント

高齢者の介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境等に応じ、高齢者自身の選択に基づき、介護予防サービス、総合事業の訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス、一般介護予防事業等のサービスから、高齢者の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う。

なお、介護予防サービスを利用する場合には、介護予防支援のケアマネジメントを行うものとする。

#### 《介護予防支援と介護予防ケアマネジメント》

利用者区分	利用するサービス	ケアマネジメントの区分
要支援 1・2	予防給付のみ	介護予防支援（予防給付）
	予防給付と総合事業の併用	介護予防支援（予防給付）
	総合事業のみ	介護予防ケアマネジメント
事業対象者	総合事業のみ	介護予防ケアマネジメント
要介護 1～5※	総合事業のみ	介護予防ケアマネジメント

※ 要介護認定による介護サービスを利用する以前から訪問型サービス B 又は通所型サービス B を利用しており、要介護認定後も継続してそのサービスを利用する者（以下、「弾力化対象者という。」）

#### 参考 予防給付と総合事業のサービス

【予防給付】 … 介護予防住宅改修費支給、介護予防福祉用具購入費支給を除く予防給付サービス

【総合事業】 … 介護予防・生活支援サービス事業の訪問型サービス（相当・A・B・C）、通所型サービス（相当・A・B・C）、生活支援サービス（配食）

### (2) 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

#### ① 利用者の自立支援・重度化防止に向けて

- ・ 介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ」、「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」ために、高齢者自身が

地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、介護給付等におけるケアマネジメントのプロセスに基づくものである。

- ・ 利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスをあてはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチすることが重要である。
- ・ 適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用しながら、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成する。

## ② 多職種の視点

利用者の課題分析や目標設定、全般的な支援方法等について、判断が困難である場合には、本市の地域リハビリテーション活動支援事業等を活用し、リハビリテーション専門職等の視点から助言等を得ることにより、利用者の自立支援・重度化防止を意識しながらケアマネジメントを行うことが重要である。

## (3) 介護予防ケアマネジメントの実施主体

介護予防ケアマネジメントは、予防給付の介護予防支援と同様、利用者本人が居住する地域包括支援センターが実施するものであり、地域包括支援センターが指定居宅介護支援事業所に対して委託することも可能である。

なお、委託する場合には、サービス担当者会議や毎月の給付管理等の場面において、地域包括支援センターと委託先の居宅介護支援事業所が適切な情報連携を行う必要がある。

また、介護予防ケアマネジメントの提供にあたっては、運営規定の概要、重要事項を記した文書を交付して説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

## (4) 介護予防ケアマネジメントの類型

本市の介護予防ケアマネジメントについては、原則、介護予防支援のケアマネジメントと同様のプロセス（指定介護予防支援の運営基準第30条（指定介護予防支援の具体的取扱方針））でケアマネジメントを行うこととするが、利用者の状態が安定している場合等については、簡略化したケアマネジメントを選択することを可能とする。

### I 原則的なケアマネジメント（ケアマネジメントA）

#### ア 対象者

要支援者、事業対象者、弾力化対象者

#### イ 対象サービス

訪問型サービス（相当，A，B，C）

通所型サービス（相当，A，B，C）

配食サービス

#### ウ プロセス

##### ① アセスメント（課題分析）

利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談を通じて、利用者の有する生活機能や健康状態、日常生活をおくる上での課題、利用者の意向等を把握し、利用者が自立し

た日常生活を営むことができるよう、支援すべき総合的な課題を把握する。

## ② ケアプラン原案の作成

アセスメントの結果を踏まえ、心身機能、生活の質等の向上を目指すものとして目標を設定する。目標は、利用者自身が評価できる具体的なものであることが望ましい。

サービス内容については、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業等も積極的に位置づけ、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成する。

なお、介護予防ケアマネジメントにおけるケアプランの期間は、原則、最長1年間とする。

## ③ サービス担当者会議

ケアプランを作成したときは、利用者宅等に各サービス担当者が集まり、利用者の情報を共有した上で、利用者が抱えている課題、目標、支援の方針等について協議を行う。

## ④ 利用者への説明・同意

ケアプランの内容について、利用者またはその家族に対して説明し、文書によって利用者の同意を得る。

## ⑤ ケアプラン確定・交付

利用者及び各サービス提供者に交付する。

## ⑥ サービス利用開始

各サービス提供者によりサービスを実施。

## ⑦ モニタリング

サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化などを継続的に把握する。少なくとも3月に1回は利用者宅を訪問し、利用者またはその家族より直接聴取するほか、サービス提供者からも状況を聴取する。なお、利用者宅を訪問しない月においては、電話等の方法により状況を確認する。

## ⑧ 評価

ケアプランの実施期間終了時、ケアプランの目標が達成状況を評価し、今後の方針を決定する。

## II 簡略化した介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントB）

※ ケアマネジメントBの運用は、令和3年4月1日に開始する。

### ア 対象者

以下の要件を全て満たす者

- ・ 要支援者、又は事業対象者
- ・ ケアプランの期間が終了し、モニタリング・再アセスメント等をした上でケアプランを作成した結果、サービスの利用内容や頻度に変更がない。
- ・ 利用者本人の心身状況や家族の状況等に変化が少ない。

### イ 対象サービス

訪問型サービス（A，B）

通所型サービス（A，B）

配食サービス

## ウ プロセス

サービス担当者会議及びモニタリングについては、次のとおり、ケアマネジメントAのプロセスから簡略できるものとする。

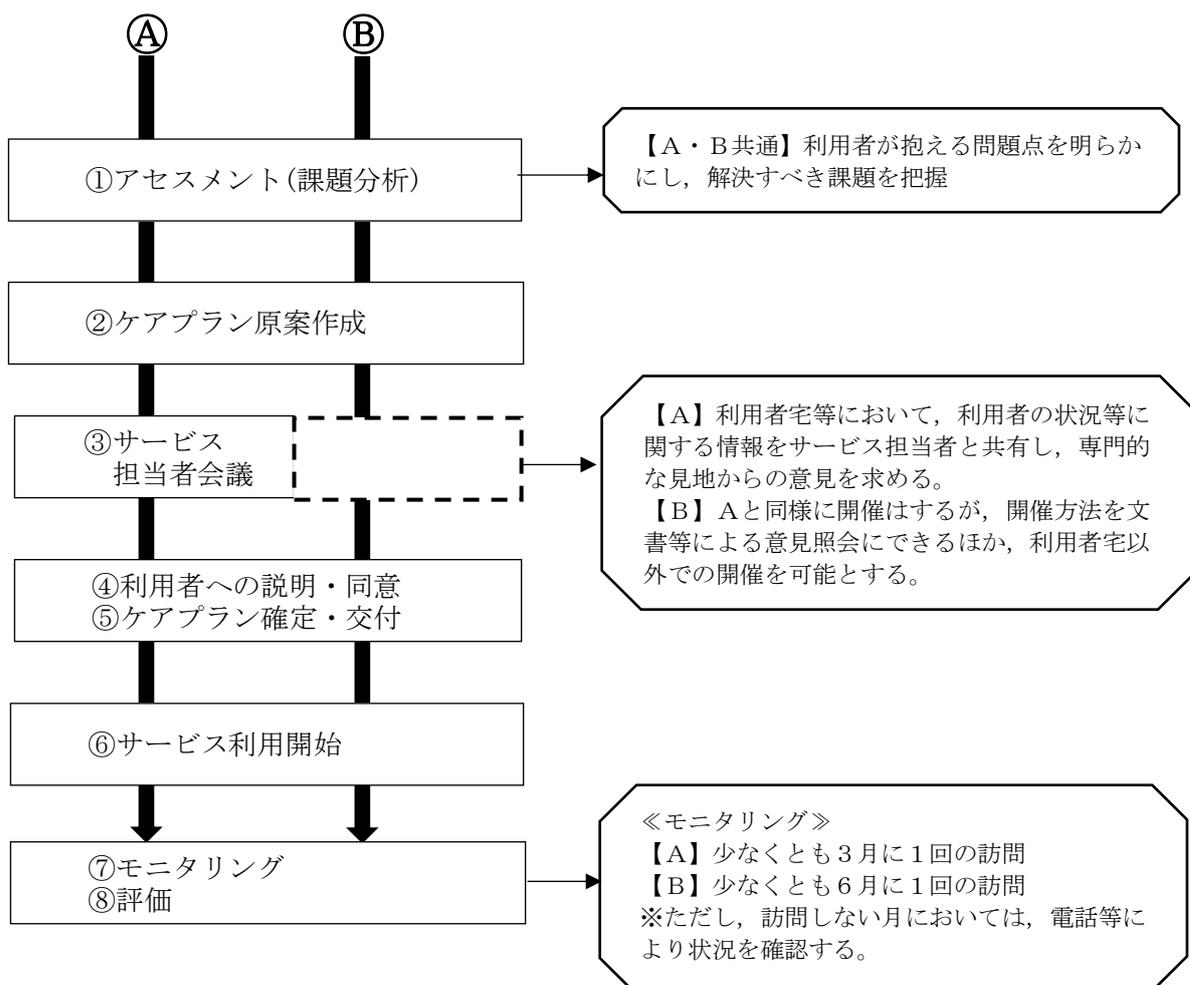
### ③ サービス担当者会議

- ・ 開催場所  
自宅以外（通所介護施設等）での開催を可能とする。
- ・ 開催方法  
電話や書面等を利用した方法での開催を可能とする。  
ただし、その場合においても、各参加者からの意見等を記録し、他の参加者にその意見等を共有しなければならない。

### ⑦ モニタリング

- 自宅を訪問するモニタリングの実施を少なくとも6月に1回とする。  
ただし、その場合においても、訪問しない月は、電話等による状況の確認を必須とする。

## 《ケアマネジメントのプロセスのイメージ》



(5) 介護報酬

宇都宮市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する要綱第11条（第1号事業に要する費用の額）に基づく。

(6) 介護予防ケアマネジメントの関連様式

国が地域支援事業実施要綱の別添2で示す様式を用いる。

## 介護予防ケアマネジメントの関連様式一覧

- 1 利用者基本情報
- 2 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）
- 3 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）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）
- 4 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
- 5 基本チェックリスト
- 6 受付・連絡シート
- 7 興味・関心チェックシート

## 利用者基本情報

作成担当者：

**（基本情報）**

相談日	年 月 日 ( )	来 所・電 話 その他 ( )	初 回 再来 (前 / )	
本人の現況	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	Tel ( )		Fax ( )	
	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・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・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、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (両方家族は○で書く)	
住 所 連 絡 先	続柄			
	氏名	続柄		住所・連絡先
緊急連絡先				
			家族関係等の状況	

《介護予防に関する事項》

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
				友人・地域との関係
	時間	本人	介護者・家族	

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連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 経親中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経親中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経親中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経親中 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。

令和 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

# 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. \_\_\_\_\_ 姓（姓・姓） \_\_\_\_\_ 氏 誕生日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 認知の認知期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 初回・紹介・継続 認知法・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 施設の場合：計画作成者氏名・事業所名及び所在地（連絡先） \_\_\_\_\_  
 計画作成（変更）日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（初回作成日） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 担当地域包括支援センター： \_\_\_\_\_  
 目標とする生活 \_\_\_\_\_

1日	1年
----	----

アセスメント領域と 現在の状況	本人・要介護 要介護・要介護	領域における課題 (深層・原因)	総合的課題	課題に対する 目標と身体策 の提案	具体策についての意向 本人・要介護	目標	支援計画			
							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）	介護予防サービス 又は地域包括支援センター（要支援者のサービス）	サービス 種別	事業所 （所属先）
運動・活動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )				
日常生活（機能生活）について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )				
社会参加、人間関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )				
健康増進について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )				

現状状態について  
主治医同意書、相談結果、課題結果等が記載された状態  
本件を行うべき支援が実施できない場合  
当該支援の必要性は高くないと判断

総合的課題  
 運動不足 5 / 5 食事 2 / 2 ケア 3 / 3 両方とも 2 / 3 物忘れ 3 / 3 うつ 2 / 5 手助けが必要な地域支援事業 5 / 5

地域包括支援センター  
 名称 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

計画に関する同意  
 上記計画について、同意いたします。  
 令和 \_\_\_\_\_ 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		計画作成者氏名				
殿						
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"/> 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		
				<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了		

## 基本チェックリスト 【新規・継続】

被保険者番号											記入日：令和 年 月 日 ( )
氏名	住所				宇都宮市	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日				
希望するサービス内容											
No.	質問項目									回答：いずれかに○をお付けください	
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          (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云われますか									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

### 事業対象者に該当する基準

該当項目

① No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	(複数の項目に支障)	<input type="checkbox"/>
② No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	(運動機能の低下)	<input type="checkbox"/>
③ No.11～12 の 2 項目の全てに該当	(低栄養状態)	<input type="checkbox"/>
④ No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	(口腔機能の低下)	<input type="checkbox"/>
⑤ No.16～17 の 2 項目のうち No.16 に該当	(閉じこもり)	<input type="checkbox"/>
⑥ No.18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当	(認知機能の低下)	<input type="checkbox"/>
⑦ No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当	(うつの可能性)	<input type="checkbox"/>

(注) この表における該当 (No. 12 を除く。) とは、「はい」「いいえ」の回答のうち、「色が付いている方」に該当することをいう。

基本チェックリスト	担当者名				
( )					
地域包括支援センター		市 処 理 欄	受 付	被 保 険 者 証 ・ 回 収	入 力
				回 収 済 ・ 再 交 付 申 請	備 考
					非 該 当

# 受付・連絡シート

事務処理欄 受付者	
市・包括（ ）	

記入日：令和 年 月 日

住 所	宇都宮市		
フリガナ			
対象者氏名	(相談者氏名 続柄 )		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
連絡先	電話番号(携帯電話・可) 氏名	連絡がつきやすい時間帯等	午前 午後

## 1 介護認定状況

- ( ) 受けていない  
 ( ) 受けている ⇒ ( ) サービスを受けている(サービスの種類 )  
 ( ) サービスを受けていない

## 2 相談に来られた理由

- ( ) 医療機関(医師)に勧められた 

【外来通院中】	【入院中】
---------	-------

  
 ( ) 家族が心配して  
 ( ) 友人等に勧められた  
 ( ) 足腰が弱くなってきた  
 ( ) 使いたいサービスがある  
 ( ) その他 ( )

## 3 生活状況

(1) 歩行(歩けるか)	できる つかまれば可	できない
(2) 更衣(着替えができるか)	できる・一部助けが必要	できない
(3) 清潔(一人で風呂に入れるか)	できる	できない
(4) 食事(一人で食事ができるか)	できる	できない
(5) 日常生活に支障がある物忘れがあるか	なし	ある

## 4 使いたいサービス

訪問介護(ホームヘルプ)	通所リハビリ
通所介護(デイサービス)	訪問看護
配食サービス	ショートステイ
	福祉用具
	住宅改修
	施設入所
	おむつ事業

地域包括支援センターが行う事業実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、この受付シートを、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。

令和 年 月 日 署名欄

### 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)				賞金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			