

基本チェックリスト(総合事業サービス利用者希望用 新規・更新)

被保険者番号	受付者: 介護. 包括.
--------	---

氏名: _____

生年月日: _____

チェックリスト実施日 令和 . .

◎質問票の当てはまる方に○をつけ、点数により事業対象の判断をします					事業対象者
NO	質問事項	質問項目の趣旨	はい	いいえ	
1	バスや電車で1人で外出していますか	巡回バスも含め、付き添いなしで 1人で利用し外出しているか 。自家用車を運転する場合、タクシーを利用する場合も含む	0. はい	1. いいえ	1~20まで 10点以上
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し必要な日用品の買い物を行っているか 。頻度は本人の判断に基づくが、 電話での注文のみ で済ませている場合は「いいえ」になる	0. はい	1. いいえ	
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。銀行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は「はい」、家族に 出し入れを依頼 している場合は「いいえ」	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかを聞く。 電話 による交流や 家族・親族の家 への訪問は 含まない	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	相談相手として頼りにされているかを把握。面談せずに 電話のみ で相談に応じている場合も「はい」	0. はい	1. いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわず昇っていますか	時々手すりを使用 する場合は「はい」、使わず昇る能力があっても、 習慣的に使っている 場合は「いいえ」	0. はい	1. いいえ	3点以上 運動機能低下
7	椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっていますか	時々つかまっている 程度であれば「はい」	0. はい	1. いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	歩いているかどうかで判断 。屋内、屋外等の場所は問わない	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	この1年間に「 転倒 」の 事実 があるかどうか【 転んだ場所 】	1. はい	0. いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在不安が大きいか本人の主観に基づき回答	1. はい	0. いいえ	
	足・膝・腰の痛みのため日常生活に支障がありますか	痛みのせいで、家事や外出などに、不便だと感じることはあるか	はい	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	6ヶ月以上 かかって減少している場合は「いいえ」	1. はい	0. いいえ	2点以上 低栄養
12	身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg (BMI = <input type="text"/>) (注) (注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)が 18.5未満 ですか 体重は 1ヶ月以内の値 を記載		1. はい	0. いいえ	

設問No13~は次のページにあります

No.1~20 まで	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり	物忘れ予防	うつ予防
10点以上	3点以上	2点以上	2点以上	No.16に該当	1点以上	2点以上
/20	/5	/2	/3	/2	/3	/5

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」となる	1. はい	0. いいえ	2点以上 口腔機能 低下
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	むせることがあるかどうかを本人の主観に基づき回答	1. はい	0. いいえ	
15	口の渴きが気になりますか	気になるかどうかを本人の主観に基づき回答	1. はい	0. いいえ	
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ヶ月の状態を平均する	0. はい	1. いいえ	16に該当 閉じこもり
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」 【減った理由は】	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と言われるか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」	1. はい	0. いいえ	1点以上 認知機能 低下
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	自ら調べて電話をかけているか。誰かに電話番号を尋ねてかける場合や、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合は「いいえ」	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	本人の主観に基づき回答。月と日の一方しかわからない場合は「はい」 例) 月日がわからず約束を忘れたことがあるか	1. はい	0. いいえ	
21	(ここ2週間で) 毎日の生活に充実感がない	人により何に充実感を感じるかはさまざまであるが、「ハリのある生活か」を問う	1. はい	0. いいえ	2点以上 うつ病
22	(ここ2週間で) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	例) お喋りや集まりへの参加、趣味活動等が急に楽しめなくなったか。人間関係のいざこざや心身の状況の変化等で嫌になったかを把握	1. はい	0. いいえ	
23	(ここ2週間で) 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	いつもやっている行為(洗面、着替え、入浴、食事、散歩等)が体力・気力のうえで、大儀に感じるかを問う	1. はい	0. いいえ	
24	(ここ2週間で) 自分が役に立つ人間だと思えない	例) 地域、家のことで、自分で出来ることが少なくなり、「自分はもう必要とされていない」「役に立つ人間だと思えない」等	1. はい	0. いいえ	
25	(ここ2週間で) わけもなく疲れたような感じがする	例) わけもなく食事や掃除、着替えや入浴等を行うのに疲れた感じがするか。原因はつきりしないが、心理的な疲れやストレス等心労があるか	1. はい	0. いいえ	
	(ここ2週間で) 人と話す気にならない時がある	人の会話に溶け込めない、話題についていけない、話が聞き取れない、言葉がすぐ出てこない等で会話をするのが辛くなっていないか	はい	いいえ	
	(ここ2週間で) 夜眠れず不眠である	入院・寝たきり等で将来への不安や心配ごと、ストレス等で不眠になっていないか。眠剤服用し眠れている場合は「いいえ」	はい	いいえ	
健康状態について		1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない			

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下さい。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下さい。

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下さい。

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下さい。

④各質問項目の表現は変えないで下さい。