

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者認定のための基本チェックリスト

評価者の方へ

基本チェックリストの考え方（共通的事項）

- ① 対象者には、深く考えずに、主観に基づき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事項については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③ 習慣を問う質問事項については、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 各質問事項の趣旨は以下のとおりです。各地域の実情に応じて適宜解釈していただいて結構ですが、各質問項目の表現は変えないでください。

伊予市市民福祉部長寿介護課

基本チェックリスト

記入日： 年 月 日

フリガナ		被保険者番号	
氏名			
住所	伊予市	生年月日	年 月 日
希望するサービス内容			

No.	質問事項	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

基本チェックリストの考え方（各質問項目の趣旨）

1～5までの質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。

No.	基本チェックリストの質問項目	質問項目の趣旨
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	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下さい。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 0. はい 1. いいえ	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下さい。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 0. はい 1. いいえ	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 0. はい 1. いいえ	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。
5	家族や友人の相談にのっていますか 0. はい 1. いいえ	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までの質問項目は、運動器の機能について尋ねています。

No.	基本チェックリストの質問項目	質問項目の趣旨
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	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 0. はい 1. いいえ	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 0. はい 1. いいえ	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 1. はい 0. いいえ	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 1. はい 0. いいえ	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。

11～12までの質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。

No.	基本チェックリストの質問項目	質問項目の趣旨
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	6ヶ月間で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 cm BMI： 体重 kg	BMIは体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)で計算されます。身長、体重は、整数で記載して下さい。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 までの質問項目は、口腔機能について尋ねています。

No.	基本チェックリストの質問項目	質問項目の趣旨
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	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 1. はい 0. いいえ	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下さい。
15	口の渇きが気になりますか 1. はい 0. いいえ	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下さい。

16～17 までの質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。

No.	基本チェックリストの質問項目	質問項目の趣旨
16	週に 1 回以上は外出していますか 0. はい 1. いいえ	週によって外出頻度が異なる場合は、過去 1 ヶ月の状態を平均して下さい。
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	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 までの質問項目は、認知症について尋ねています。

No.	基本チェックリストの質問項目	質問項目の趣旨
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	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。
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	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 1. はい 0. いいえ	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下さい。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 までの質問項目は、うつについて尋ねています。

No.	基本チェックリストの質問項目	質問項目の趣旨	評価
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	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。	<input type="checkbox"/> No.1～No.20 までの 20 項目で 10 項目以上該当 <input type="checkbox"/> No.6～No.10 までの 5 項目で 3 項目以上該当 <input type="checkbox"/> No.11、No.12 の 2 項目全てに該当 <input type="checkbox"/> No.13～No.15 までの 3 項目のうち 2 項目以上該当 <input type="checkbox"/> No.16 に該当 <input type="checkbox"/> No.18～No.20 までの 3 項目のうち 1 項目以上該当 <input type="checkbox"/> No.21～No.25 までの 5 項目のうち 2 項目以上該当 (注意) ※ 該当とは、回答部分が「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいいます。(No.12 を除く) ※ No.12 における該当とは、BMI が 18.5 未満の場合をいいます。
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		

※ 「基本チェックリストの考え方」は、平成 18 年 3 月 28 日付け厚生労働省老健局老人保健課発出の事務連絡に基づきます。

※ 評価においていずれかに該当する場合は介護予防ケアマネジメントの対象(総合事業対象者)となります。