

基本チェックリストは、高齢者自身が生活を振り返り、心身機能の衰えがないか確認する質問表です。(対象:65歳以上)  
判定の①～⑦に該当すると介護予防・日常生活支援総合事業の対象者となり、総合事業のサービスが利用できます。

## 基本チェックリスト

|        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |              |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|-------|--------------|--|
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 記入日 |       | 担当者          |  |
| 氏名     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 住所  |       |              |  |
| 生年月日   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性別  | 男 ・ 女 | 日中連絡の取れる電話番号 |  |

| NO | 質問項目                                                                                        | 回答    |        | 判定                |                     |                   |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|-------------------|---------------------|-------------------|
| 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 | ( ) / 20          | ( ) / 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 |                   | ①10/20<br>以上で<br>該当 | ( ) / 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年間に転んだことはありますか                                                                           | 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以上の体重の減少はありましたか                                                                   | 1. はい | 0. いいえ | ②3/5<br>以上で<br>該当 |                     | ( ) / 2           |
| 12 | 身長            cm    体重            kg ( BMI =            ) (注) 体重 kg ÷ 身長m ÷ 身長m = 18.5未満で該当 |       |        |                   |                     |                   |
| 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 |                   | ③2/2で<br>該当         | ( ) / 3           |
| 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 | ( ) / 5           |                     | ④2/3<br>以上で<br>該当 |
| 22 | (ここ2週間) これまで楽しんでやれ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 |                   |                     |                   |

※ ①～⑦のいずれかに該当する場合は、総合事業のサービスが利用できます。

介護保険事業の適切な運営に活用するため、「スクリーニングシート」「基本チェックリスト」を地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所等へ提供することに同意します。

令和            年            月            日

氏 名

代筆者