

基本チェックリスト

記入日：平成 年 月 日

|      |   |        |     |      |       |  |  |   |  |
|------|---|--------|-----|------|-------|--|--|---|--|
| フリガナ |   | 被保険者番号 |     |      |       |  |  |   |  |
| 氏名   |   | 性別     | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭 |  |  |   |  |
| 住所   | 〒 |        |     | 電話番号 | -     |  |  | - |  |

| NO                 | 質問項目  | 回答   |       | 得点    |
|--------------------|---|------|-------|-------|
| 日常生活動作             | 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 |       |
| 運動器機能              | 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 | 3点以上  |
|                    | 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 |       |
| 栄養                 | 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 | 2点以上  |
|                    | 12 身長 cm 体重 kg (BMI = )<br>(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 |      |       |       |
| 口腔機能               | 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 | 2点以上  |
|                    | 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 |       |
| 外出                 | 16 週に1回以上は外出していますか  | 0 はい | 1 いいえ | 16に該当 |
|                    | 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 |       |
| もの忘れ               | 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 | 1点以上  |
|                    | 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 |       |
| NO. 1～20の合計(10点以上) |   |      |       |       |
| こころ                | 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 | 2点以上  |
|                    | 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 |       |

チェックリストの記入について、相違ありません。

介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、当基本チェックリストの写しを葉山町、葉山町地域包括支援センター、居宅介護支援事業所に提供することに同意します。

年 月 日

本人氏名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

-----

事業対象者に該当する基準（町・包括 記入欄）

| 基準                              | 該当の有無 |
|---------------------------------|-------|
| 1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当    | 有・無   |
| 6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当      | 有・無   |
| 11～12 の 2 項目のすべてに該当             | 有・無   |
| 13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当     | 有・無   |
| 16 に該当                          | 有・無   |
| 18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当 | 有・無   |
| 21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当     | 有・無   |

地域包括支援センター及び葉山町役場福祉課窓口において、生活の困りごと等の相談をした被保険者に対して、まずは介護予防・日常生活支援総合事業 利用申請受付票による受付をした後、基本チェックリストを実施し、利用すべきサービスの区分（一般介護予防事業、サービス事業及び給付）の振り分けを行います。

基本チェックリストの質問項目及び基準については、改正前の二次予防事業対象者の把握として利用していたものと変わらないものとし、【事業対象者に該当する基準】に該当する者について、地域包括支援センター等において介護予防ケアマネジメントを実施します。

その際、対象者の基準については「閉じこもり」「認知機能の低下」「うつ病の可能性」を判断する項目についても活用するものです。

居宅介護支援事業所に本人、家族が直接基本チェックリストに対する相談があった際は、地域包括支援センター窓口又は葉山町役場福祉課窓口へご案内ください。

介護予防・日常生活支援総合事業 利用申請受付票

受付日

所属

受付者名

要介護者の更新申請及び2号被保険者は、この受付票は使用不要です。要支援・要介護認定申請をお手続きください。

| 項目 | 確認事項   | 印            |
|----|--|--------------|
| 1  | 生活援助（掃除や買い物等）のサービスを利用することで日常の困りごとを改善したい。<br>日常生活で困っていること（ ）  | 基本チェックリスト実施  |
| 2  | 他者との交流や運動・入浴をする機会があることで、日常の困りごとを改善したい。<br>日常生活で困っていること（ ）  |              |
| 3  | リハビリ・運動をして機能回復の機会を作りたい。<br>身体面で改善させたい部位と理由（ ）  |              |
| 4  | 一人でタクシーや公共機関を利用して外出できる。  |              |
| 5  | 身の回りのこと（排泄・着替え等）や内服管理・金銭管理が自分でできる。   |              |
| 6  | かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことができる。  |              |
| 7  | 利用希望するサービスは無いが認定を受けたい。<br>（念のための申請は、必要時に申請してもサービスは利用できます。）   |              |
| 8  | 下記の介護予防サービスを利用し、日常の困りごとを改善したい。<br>1、福祉用具レンタル・購入 2、ショートステイ 3、デイケア 4、訪問入浴<br>5、訪問看護 6、地域密着型サービス 7、居宅療養管理指導 8、住宅改修<br>日常生活で困っていること（ ） | 基本チェックリスト対象外 |
| 9  | 入居（GH・サ高住）、入所（特養・老健）したい。   |              |
| 10 | 歩行や立ち座りに介助を必要とし、1人で外出できない。   |              |
| 11 | 認知症の症状（物忘れ・同じ話を繰り返す等）がみられ、薬の内服（時間や種類など処方通り飲む）<br>電話の利用（電話をかける・用件を伝える）等に介助を受けている。   |              |
| 12 | 大きな病気やけがのため、入院中又は療養中である。   |              |
| 13 | 寝たきり又は、重い認知症である。癌の終末期又は進行性の疾患である。  |              |
| 結果 | 「1」～「3」のいずれか、かつ「4」～「7」のいずれかに該当。  | 基本チェックリスト実施  |
|    | 「8」～「13」のいずれかに該当。  | 要支援・介護認定申請   |

|     |       |        |          |     |
|-----|-------|--------|----------|-----|
| 申請者 | 氏名    | 住所     |          |     |
|     | 性別    | 生年月日   | 年齢       | 電話  |
|     | 介護度   | 新規の場合  | 本人来所：有・無 | 理由  |
|     | 代理人氏名 | 本人との関係 |          | 委任状 |

