

## 基本チェックリストの概要

総合事業の実施に伴い、要介護・要支援認定申請に加え、基本チェックリストを活用する流れが設けられました。

基本チェックリストは、従来のような二次予防事業対象者の把握のためという活用方法ではなく、相談窓口において、必ずしも認定を受けなくても、必要なサービスが利用できるよう、本人の状況を確認するツールとして用いるものです。

また、介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、この基本チェックリストの内容を、利用者本人や家族との面接によるアセスメントによって更に深め、利用者の状況や希望等も踏まえて、自立支援に向けたケアプランを作成してサービス利用につなげていくこととなります。

## 基本チェックリストの実施

### 1 基本チェックリストの活用

- (1) 基本チェックリストは、地区保健福祉センター等の窓口において、生活支援等の相談をした被保険者に対して実施するもので、介護予防・生活支援サービス事業利用の適否を判断する際に活用します。
- (2) 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化はありません。
- (3) 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。

### 2 相談者の確認

原則、本人が来所することとしていますが、どうしても来所できない場合には、

- (1) 電話や家族の来所による相談・聴き取りを可とします。
- (2) 居宅介護支援事業所等の代行相談・聴き取りを可とします。

### 3 基本チェックリストを実施する前に

- (1) 基本チェックリスト実施対象者確認票による判断を行うこと。
- (2) 相談者に基本チェックリストの実施について説明のうえ、同意を得ること。
- (3) 基本チェックリスト実施受付票を記載すること。

詳しくは、「総合事業窓口事務マニュアル」に基づいて実施してください。

# 基本チェックリスト

被保険者氏名

生年月日 M・T・S 年 月 日

記入日 平成 年 月 日 ( )

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	/5
2	日用品の買物をしていますか	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	/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カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1: はい	0: いいえ	/2
12	身長 = <input type="text"/> cm 体重 = <input type="text"/> (BMI = <input type="text"/> )			
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	/3
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	/2
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	/3
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
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	

(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。

## 4 基本チェックリストの考え方

実施に際しては、質問項目の趣旨を説明しながら本人等から聴き取りを行い、職員が記載する。

なお、本人等が記載することを妨げるものではありません。

### (1) 共通事項

- ① 対象者には、各質問項目の主旨を理解していただいたうえ回答してもらうこと。
- ② 基本チェックリストは、利用者本人の主観により回答してもらいますが、それが適当な回答であるかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行うこと。  
適当でない場合は、質問の趣旨、考え方の例などを示してください。
- ③ 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うこと。
- ④ 習慣を問う質問項目については、本人の判断に基づき回答してもらうこと。

### (2) 各質問項目の趣旨

1～5の項目は、日常生活関連動作についての質問です。

#### 1 バスや電車で1人で外出していますか

- (1) 家族等の付添い無しで、1人でバスや電車を利用して外出しているかの質問です。
- (2) 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る。  
(タクシーも含む)
- (3) 自分で自動車を運転して外出している場合も含まれます。

#### 2 日用品の買物をしていますか

- (1) 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の質問です。
- (2) 本人の判断に基づき回答してもらいます。
- (3) 電話等での注文のみの場合は、「いいえ」となります。  
(日常生活関連動作の確認が目的です)

#### 3 預貯金の出し入れをしていますか

- (1) 自ら預貯金の出し入れをしているかの質問です。
- (2) 銀行等の窓口での手続きも含め、  
本人の判断により金銭管理を行っている場合は「はい」
- (3) 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」

#### 4 友人の家を訪ねていますか

- (1) 友人の家を訪ねているかについての質問です。
- (2) 電話による交流や家族・親戚宅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

- (1) 家族や友人の相談にのっているかの質問です。
- (2) 面談せずに電話のみで相談にのっている場合も「はい」

6～10の項目は、運動器の機能についての質問です。

#### 6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか

- (1) 階段を手すりや壁につたわずに昇っているかの質問です。
- (2) 時々、手すり等を使用する程度の場合は「はい」
- (3) 手すり等を使わずに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は「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

- (1) 椅子に座った状態から何も掴まらずに立ち上がっているかの質問です。
- (2) 時々、掴まっている程度であれば「はい」
- (3) 掴まらずに立ち上がる能力があっても、習慣的に手すり等に掴まる場合は「いいえ」

#### 8 15分位続けて歩いていますか

- (1) 15分位続けて歩いているかの質問です。
- (2) 屋内、屋外の場所は問いません。
- (3) 杖の使用の有無は問いません。

#### 9 この1年間に転んだことがありますか

- (1) この1年間に転倒したことがあるかの質問です。
- (2) 頻度は問わず、転倒した事実の有無を確認します。”

#### 10 転倒に対する不安は大きいですか

- (1) 現在、転倒に対する不安が大きいかどうかの質問です。
- (2) 転倒の事実や不安の理由は問わず、本人の主観に基づいて回答してもらいます。
- (3) 不安が大きいと感じる場合「はい」。

11,12 の項目は、低栄養状態かどうかについての質問です。

**11 6 ヶ月間で 2～3kg 以上の体重減少がありましたか**

- (1) 6 ヶ月間で 2～3 kg以上の体重減少があったかの質問です。
- (2) 6 ヶ月以上かかって減少している場合は「いいえ」

**12 身長、体重、BMI**

- (1) 身長、体重は、整数で記載します。
- (2) 体重は 1 ヶ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。厳密に分からない時は、本人等の申告に任せます。全く分からない場合は、「未記入」にしてください。

13～15 の項目は、口腔機能についての質問です。

**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) 半年前と比べて固いものが食べにくくなったかの質問です。
- (2) 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」

**14 お茶や汁物等でむせることがありますか**

- (1) お茶や汁物等を飲むときに、むせることがあるかの質問です。
- (2) 本人の主観に基づき、むせることがあるかを確認します。

**15 口の渇きが気になりますか**

- (1) 口の中の渇きが気になるかの質問です。
- (2) 本人の主観に基づき、口の中の渇きが気になるかを確認します。

16,17 の項目は、閉じこもりについての質問です。

**16 週に 1 回以上は外出していますか**

- (1) 週に 1 回以上、何かしら目的をもって外出するかの質問です。  
(通院、買い物、交流など)
- (2) 週により外出頻度が異なる場合は、過去 1 ヶ月の外出回数を平均して週 1 回以上の場合は「はい」

**17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか**

- (1) 1年前と比較して、現在の外出回数が減少しているかの質問です。
- (2) 本人の主観に基づき、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」

18～20の項目は、認知症についての質問です。

**18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」など物忘れがあるとされますか**

- (1) 周りの人からもの忘れがあるとされるかの質問です。
- (2) 本人がもの忘れがあると思っても、周りの人からの指摘がなければ「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**

- (1) 何らかの方法で、自分で電話番号を調べて、電話をかけられるかの質問です。
- (2) 誰かに電話番号を調べてもらったり、聞いたりしている場合は「いいえ」
- (3) 誰かにダイヤルしてもらって会話するだけの場合は「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) 今日が何月何日かわからない時があるかの質問です。
- (2) 本人の主観に基づいて、確認してください。
- (3) 月と日の一方しかわからない場合があるときは「はい」

21～25の項目は、うつについての質問です。

ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき確認する質問です。

「一時的なもの」ではなく、「ここ2週間継続して感じている」かに留意すること。  
ニュアンスが伝わるよう追加質問や表現の言い換えをして構いません。

**21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない**

- (1) 生活への充実感が感じられなくなり、理由のない不安を感じている状態。
- (2) 「憂鬱だ」、「悲しい」、「何の希望もない」、「落ち込んでいる」という気持ちが続いている。

**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) これまで楽しんできた趣味や活動に興味を感じられなくなり、楽しめなくなった。
- (2) 「何をしても面白くない」、「友達と会って話すのが好きだったのに、会っても楽しくなく、かえってうっとおしい」、「テレビでスポーツやドラマを見ても面白くない」、「音楽が好きだったのに、好きな音楽を聴いても全く感動しない。」

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) 特に理由もなく、「何かをしよう」という気持ちが起きなくなっている状態。
- (2) 着替えや入浴、食事といった日常的なことにさえやる気が起きず、時間がかかるようになった。

24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない

- (1) 根拠なく自分を責めたり、過去の些細な出来事を思い出しては悩んだりする状態。
- (2) ひとつのことをくよくよ考え込んで、何回も他の人に確認してしまう。
- (3) 悪いことが起こると自分のせいだと感じる。

25 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする

- (1) ほとんど体を動かしてないのに酷く疲れたり、体が重く感じられたりする状態。
- (2) 疲れを感じる明確な理由がある場合(体調不良、加齢のためなど)は「いいえ」

## 5 事業対象者に該当する基準

下表の基準のひとつでも該当すれば、「事業対象者」に該当します。

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"/> 該当
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"/> 該当
③ No.11～12の2項目のすべてに該当	(低栄養状態)	<input type="checkbox"/> 該当
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"/> 該当
⑤ No.16～17の2項目のうちNo.16に該当	(閉じこもり)	<input type="checkbox"/> 該当
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"/> 該当
⑦ No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当	(うつ病の可能性)	<input type="checkbox"/> 該当