基本チェックリスト アセスメント用シート

氏名：　　基本チェックリスト実施日：平成　　年　　月　　日

住所：　　電話番号：　　被保険者番号：　　生年月日：明・大・昭　　年　　月　　日

1．日常生活関連動作について…＿＿＿点（1～20のうち該当 10 / 20 以上） □ 該当 □ 非該当					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	□ **はい** 《利用している交通機関》 □電車 □バス □タクシー □車運転 □自転車 □その他（　　） **※車の運転**　○する　○しない □ **いいえ** ○介助がないとできない ○その他（　　）	支援の状況（誰が・何を）	①考えられる要因 ②留意点 ③本人家族の意向 ④その他 ※1～5　生活全般の低下があるのに運動器の項目の該当が少ない人は出来る能力があるのに、家族等他の支援者がやってしまっている可能性があるので確認が必要	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	□ **はい** □ **いいえ** ○自分で考えて頼んでいる ○人に任せている ○電話で注文している ○その他（　　）	主な支援者		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	□ **はい** □ **いいえ** ○家族等に依頼して実施している ○お金の管理を人に任せている ○その他（　　）	主な支援者		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	□ **はい** □ **いいえ** ○電話をしている ○家族や親戚の家には訪問している ○交流する気がない ○その他（　　）			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	□ **はい**　○面談にて　○電話にて ○その他（　　） □ **いいえ** ○相談されない ○相談される相手がいない ○その他（　　）			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。

基本チェックリスト アセスメント用シート

氏名：　　基本チェックリスト実施日：平成　　年　　月　　日

２．運動器の機能について…＿＿＿点（該当 ３／５以上）				□ 該当 □ 非該当	質問項目の趣旨
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	□ はい ○ 全く利用しない　○ 時々利用している □ いいえ ○能力はあるが、習慣的に使っている ○支えがないと不可能 ○その他（　　）	要因 福祉用具の必要性 住宅改修の必要性	①～④について	階段を手すりや壁をつたわら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	□ はい ○ 常時利用しない　○ 時々利用している □ いいえ ○つかまらないと不可能 ○その他（　　）			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分くらい続けて歩いていますか	□ はい 屋外（補助具　○使う　○使わない　） 屋内（補助具　○使う　○使わない　） □ いいえ ○ 介助があれば可　○ 歩けない ○その他（　　）	介助の状況や歩ける距離等 杖や補助具の必要の有無		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	□ はい ○ 頻回 ○ １回のみ □ いいえ	怪我の程度 状況・場所・時間帯・回数 転倒の要因（危険因子）		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	□ はい ○転倒経験あり ○転倒経験なし □ いいえ	転倒不安の内容		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。

基本チェックリスト アセスメント用シート

氏名：　　基本チェックリスト実施日：平成　　年　　月　　日

3．低栄養状態について…＿＿＿点（該当２／２）				□ 該当 □ 非該当	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	□ はい □ いいえ ○ない　○ ６ヶ月以上かかって減少	体重減少の理由	①考えられる要因 ②留意点 ③本人家族の意向 ④その他	6ヵ月間で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ヵ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 体重　　kg （BMI　　）	□ はい　BMIが18．5未満 □ いいえ	要因		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。 BMI＝体重kg÷身長m÷身長m

4．口腔機能について…＿＿＿点（該当２／３以上）				□ 該当 □ 非該当	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	□ はい □ いいえ ○食べにくくない ○６ヶ月以上前から食べにくい	義歯の利用の有無 かかりつけ歯科医の有無 どんな食事	①～④について	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	□ はい □ 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	□ はい □ 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。

5．閉じこもりについて…No.16に該当				□ 該当 □ 非該当	質問項目の趣旨
16	週に1回以上は外出していますか	□ はい □ いいえ	外出の頻度 外出理由	①～④について	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均して下さい。
17	去年と比べて外出の回数が減っていますか	□ はい □ いいえ	理由		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。

基本チェックリスト アセスメント用シート

氏名：　　基本チェックリスト実施日：平成　　年　　月　　日

6．認知症について …＿＿＿点（該当１／３以上）				□ 該当 □ 非該当	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言われますか	□ はい □ いいえ ○本人はもの忘れの自覚はあるが、他人からは指摘なし ○本人はもの忘れの自覚なし	具体的なエピソード	①～④について	本人は物忘れがあると思っていても、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	□ はい □ いいえ ○誰かに電話番号を教えてもらう ○電話をかけてもらい会話だけをする ○電話をかけることはない	支援の状況（誰が・何を） 交流範囲		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、誰かにダイヤルを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	□ はい 月と日の一方しかわからないも含む □ 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。

7．うつについて …＿＿＿点（該当２／５以上）				□ 該当 □ 非該当	質問項目の趣旨
21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	□ はい □ いいえ	理由	①～④について	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。回答者の中には、「ここ数年」の様子について回答しているかたもいるので、注意しましょう。また、2週間のうちに一度でもこれらの症状があるかどうかではなく、2週間以上これらの症状が続いている場合にチェックします。
22	（ここ2週間）これまで楽しんでやれてきたことが楽しめなくなった	□ はい □ いいえ	理由		
23	（ここ2週間）以前は楽に出来ていたことが今はおっくうに感じられる	□ はい □ いいえ	理由		
24	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	□ はい □ いいえ	理由		
25	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	□ はい □ いいえ	理由		