

▶▶▶ 基本チェックリスト (参考)

25 個の質問項目で日常生活に必要な機能が低下していないかを調べるものです。介護予防・生活支援サービス事業（ホームヘルパー・デイサービス）のみを希望する場合には、基本チェックリストによる簡易な判定でサービスが利用できます。



番号	質問項目	回答 (いずれかに○)	
1	バスや電車で一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分程度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ヵ月間で2～3Kg以上の体重減少はありましたか。	1. はい	0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg BMI () ※ BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)	1 (BMI18.5 未満)	
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	お茶や汁物など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「いつも同じことを聞く」など物忘れがあるとされますか。	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ときがありますか。	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

区分	全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ	判定
番号	1～20	6～10	11～12	13～15	16～17	18～20	21～25	<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 要介護（支援）認定申請
判定基準	10点以上	3点以上	2点すべて	2点以上	16に該当	1点以上	2点以上	
該当項目 ※○をする								

▶▶▶ 相談や事業利用の流れ (65歳以上の方)

