

# 基本チェックリスト

介護予防が必要な人を早期に発見し、介護が必要な状態を未然に防ぐために、厚生労働省が作成した質問項目のことです。判定結果にもとづき介護予防が必要と判断された人には、介護予防・生活支援サービス事業への参加案内をいたします。

No.	質問項目	※最近の状況について、いずれかに○をつけて下さい		第1号事業対象基準	
0	現在の健康状態はいかがですか。 1. よい 2. まあよい 3. 普通 4. あまりよくない 5. よくない			チェック	種別
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	<input type="checkbox"/> NO.1～20の項目の1が10個以上	生活機能低下
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	<input type="checkbox"/> 1が3つ以上	運動機能低下
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か月で2～3kg以上の体重減少はありましたか	1. はい	0. いいえ	<input type="checkbox"/> 1が2つ該当	低栄養
12	あなたの身長・体重を書いてください BMIが18.5未満である 身長 cm 体重 kg (BMI= ) ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	1. はい	0. いいえ		
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	<input type="checkbox"/> 1が2つ以上	口腔機能低下
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	口のかわきが気になりますか	1. はい	0. いいえ		
16	週に1度以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	<input type="checkbox"/> 1が1つ以上	閉じこもり
17	去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されますか	1. はい	0. いいえ	<input type="checkbox"/> 1が1つ以上	認知機能低下
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	<input type="checkbox"/> 1が2つ以上	うつ傾向
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)自分は役にた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		

第1号事業対象(口のチェックが1つ以上)	64歳以下	介護認定
有	無	

※ 非該当の場合は一般介護予防事業へ