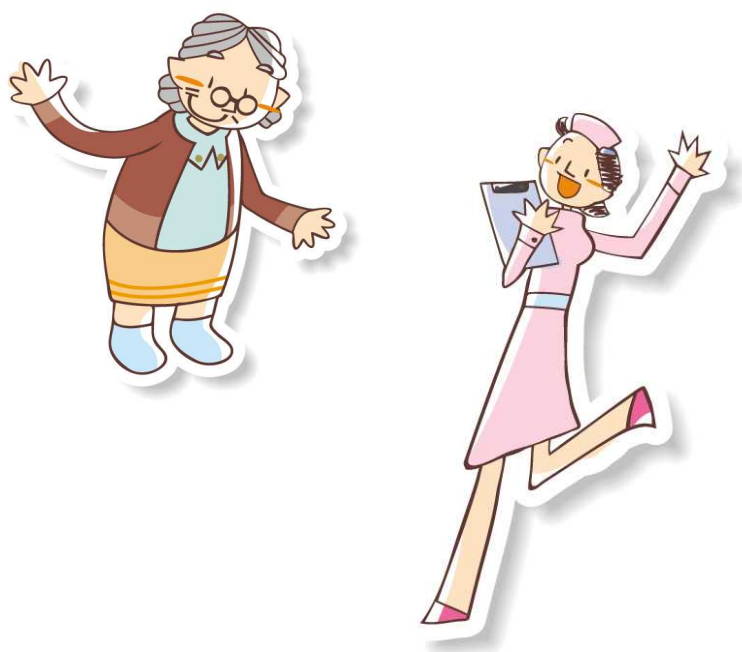


基本チェックリスト実施マニュアル



令和5年12月

島原地域広域市町村圏組合

介護保険課

目 次

I	基本チェックリスト実施について	1
1	基本チェックリストとは	2
2	実施主体等	3
3	対象者	3
4	総合事業対象者の決定	4
5	介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）について	5
6	手続きの流れ	7
7	身体計測（身長・体重・BMIについて）	9
8	基本チェックリストによる問診	10
9	事業対象者の判定	15
10	判定	20
II	資料	21
	総合事業利用申込書	22
	基本チェックリスト	23

I

基本チェックリスト実施について

1. 基本チェックリストとは

「基本チェックリスト」とは、65歳以上の高齢者（第1号被保険者）を対象とし、日常生活で必要となる機能（生活機能）の状態を確認する25項目と独自の5項目を追加した合わせて30項目からなる調査票で、生活機能の低下のおそれがある高齢者（介護予防・日常生活支援総合事業対象者）を早期把握し、介護保険法に基づき実施される介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）へつなげることにより、状態の悪化となることを防ぐためのツールです。

基本チェックリストは、相談窓口において、必ずしも認定を受けなくても、地域の実情に応じた多様なサービスである総合事業を利用できるよう本人の状況を確認するものとして用います。

介護予防ケアマネジメントでは、利用者本人や家族との面接にて基本チェックリストの内容を地域包括支援センターなどが実施す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、サービス利用につなげます。

（参考）[総合事業の目的・考え方]

（1）総合事業の趣旨

- 団塊の世代が75歳以上となる令和7（2025）年に向け、単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯、認知症高齢者の増加が予想されるなか、介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにするため、市町村が中心となって、介護だけではなく、医療や予防、生活支援、住まいを包括的に提供する地域包括ケアシステムの構築が重要な政策課題となっている。
- 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。介護保険制度上の市町村が行う地域支援事業の一つ。）は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものである。
- 要支援者等については、掃除や買い物などの生活行為（以下「IADL」という。）の一部が難しくなっているが、排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為（以下「ADL」という。）は自立している者が多い。このような要支援者の状態を踏まえると、支援する側とされる側という画一的な関係性ではなく、地域とのつながりを維持しながら、有する能力に応じた柔軟な支援を受けていくことで、自立意欲の向上につなげていくことが期待される。
- そのため、要支援者等の多様な生活支援ニーズについて、従来予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護（以下「介護予防訪問介護等」という。）を、市町村の実施する総合事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限活かしつつ、介護予防訪問介護等と住民等が参画するような多様なサービスを総合的に提供可能な仕組みに見直すこととした。
- また、総合事業の実施に当たっては、ボランティア活動との有機的な連携を図る等、地域の人材を活用していくことが重要である。60歳代、70歳代をはじめとした高齢者の多くは、要介護状態や要支援状態に至っておらず、地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防にもつながっていく。できる限り多くの高齢者が、地域で支援を必要とする高齢者の支え手となっていくことで、より良い地域づくりにつながる。

このため、総合事業の実施主体である市町村は、地域支援事業に新たに設けられた介護予防・生活支援サービス（以下「生活支援等サービス」という。）の体制整備を図るための事業（法第115条の45第2項第5号）（以下「生活支援体制整備事業」という。）を活用しながら、地域において、NPOやボランティア、地縁組織等の活動を支援し、これを総合事業と一体的かつ総合的に企画し、実施することが望ましい。

(2) 背景・基本的な考え方

○ 総合事業では、

- ① 住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービス・支援を充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、
- ② 住民主体のサービス利用の拡充による低廉な単価のサービス・支援の充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による要介護・要支援認定に至らない高齢者の増加、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られることを目指す。

2. 実施主体等

介護保険の保険者である「島原地域広域市町村圏組合（以下「組合」という。）」が実施主体となり、実施機関は次のとおりです。

実施機関
構成市
地域包括支援センター
居宅介護支援事業所

3. 対象者

島原市、雲仙市、南島原市（以下「構成市」という。）に住所を有する65歳以上の方

4. 介護予防・日常生活支援総合事業対象者の決定

要支援1・2の認定を受けた方【要支援者】と、国が示す基準である基本チェックリストに該当する方【事業対象者】が、介護予防・生活支援サービス事業を利用できる対象者となります。

※要介護（要支援）認定の必要性があるかについては、本人の状態や希望をもとに判断します。

※介護予防通所リハビリや介護予防訪問看護、福祉用具貸与など予防給付のサービスを受けるには要支援認定が必要です。

※第2号被保険者が、総合事業のサービスを受けるには、必ず要支援認定を受ける必要があります。

基本チェックリストの(1)～(7)までの該当基準により、事業対象者を決定します。

(1) 運動器の機能向上

基本チェックリスト設問6から設問10までの5項目のうち3項目以上に該当する者

(2) 栄養改善

基本チェックリスト設問11、設問12に該当する者

(3) 口腔機能の向上

基本チェックリスト設問13から設問15までの3項目のうち2項目以上に該当する者

(4) 総合（10コ以上）

基本チェックリスト設問1から設問20までのうち10項目以上に該当する者

(5) 閉じこもり予防

基本チェックリスト設問16に該当する者

(6) 認知機能の改善

基本チェックリスト設問18から設問20のいずれかに該当する者

(7) うつ予防

基本チェックリスト設問21から設問25までのうち2項目以上に該当する者

5. 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）について

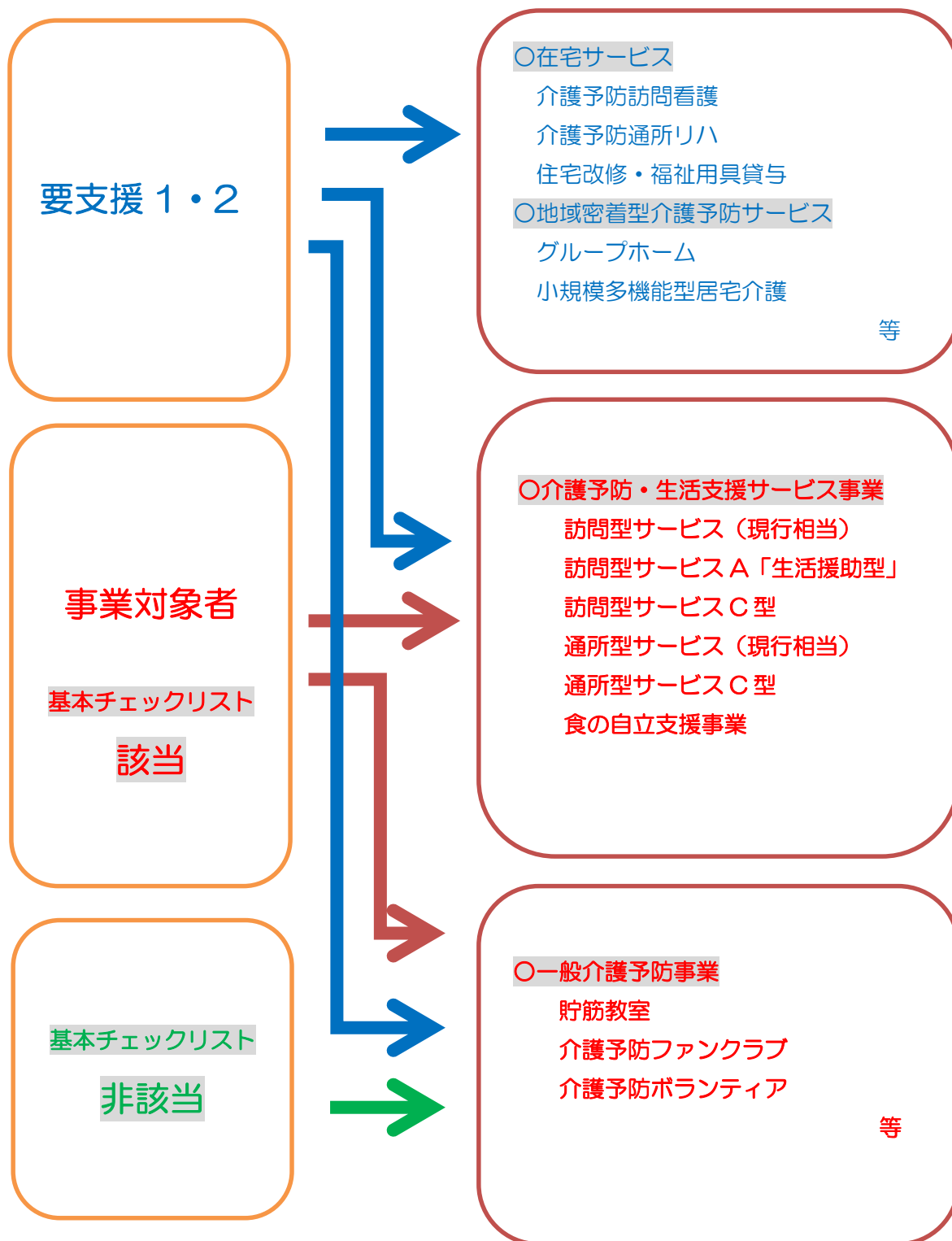
目的

○総合事業は、市町村が中心となって地域の実情に応じて、住民などの多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者などに対する効果的かつ効率的な支援などを可能とすることを目的としています。

予防給付及び総合事業の対象者とサービス利用について

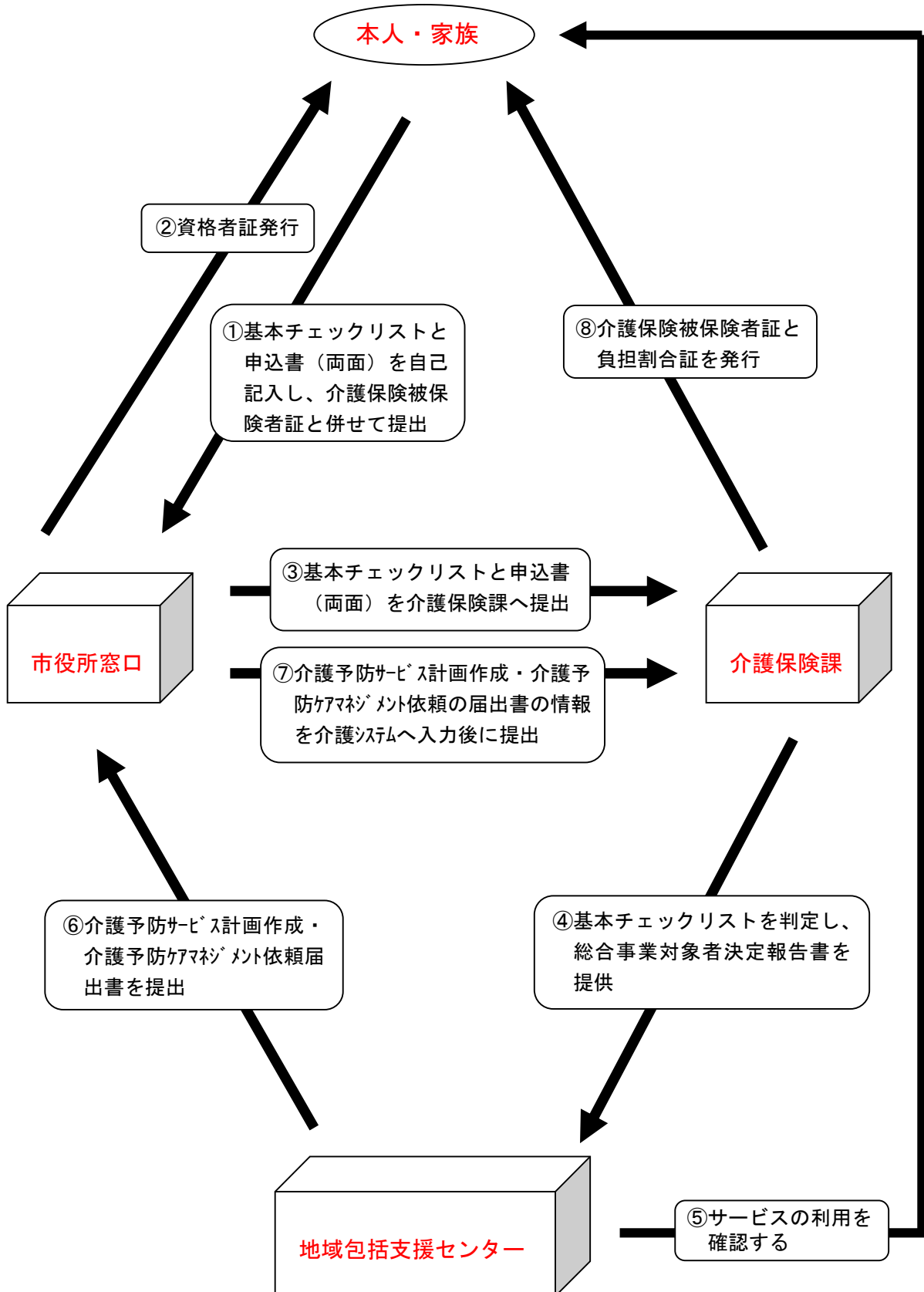
		要支援 1・2	事業対象者	一般高齢者
総合事業	介護予防・生活支援サービス事業	○	○	×
	一般介護予防事業	○	○	○
予防給付	介護予防サービス (通所リハビリ、福祉用具貸与など)	○	×	×

事業対象者（基本チェックリスト該当者）が利用できるサービス



6. 手続きの流れ

市役所窓口
に本人又は家族が来庁した場合の関係書類やデータの流れは以下のとおり



- ① 本人又は家族が、『総合事業利用申込書』と『基本チェックリスト』（両面になっているもの）を記入し、介護保険被保険者証と共に窓口へ提出します。このとき介護保険被保険者証を忘れた場合は、⑥までに準備しておいてください。また、紛失した場合は、再交付申請書の提出が必要です。
- ② **市役所窓口**から、資格者証を受け取ってください。資格者証は、一時的に介護保険被保険者証を手放すため、次の被保険者証を受け取るまでの代わりになるものです。
- ③ 提出された『総合事業利用申込書』と『基本チェックリスト』は**介護保険課**に送られます。
- ④ **介護保険課**で提出された基本チェックリストにより総合事業の該当者かどうか判定されます。判定された情報が**地域包括支援センター**へ送られます。
- ⑤ **地域包括支援センター**から、基本チェックリストの判定内容や、今後のサービスの利用について連絡があります。
- ⑥ サービスを利用する場合は、『介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書』を書き、**地域包括支援センター**の担当者に預け、市役所窓口へ提出してください。
このとき、介護被保険被保険者証を①で提出していない場合は併せて提出してください。
- ⑦ **地域包括支援センター**から提出された『介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書』の情報を介護システムへ入力した後、介護保険課へ提出してください。
このとき、介護被保険被保険者証がある場合は併せて提出してください。
- ⑧ **介護保険課**から新しい被保険者証が発行されます。（状態区分の欄に【事業対象者】、事業者の名称欄に【地域包括支援センター】と記載されます。）
また、新規で事業該当者になった方には負担割合証も発行されます。

7. 身体計測（身長・体重・BMIについて）

総合事業の開始に伴い、基本チェックリストの判定基準により事業対象者となられた場合、運動実施の有無や低栄養の程度の確認等について、主治医意見書等で確認することができないため、窓口での身体計測をお願いします。

BMI = Body Mass Index: 体格指数)

BMI : 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) = 算出値

※身長はmへ変換、背中の曲がりがある受診者（円背）は、BMIが不正確にならないようにメジャーを背中の曲がりに合わせてなど工夫して計測します。

小数点も含めた数値を計算式に当てはめ、算出されるBMI値が18.5未満かどうか確認します。算出値は小数第2位を四捨五入して判断します。

設問12は、18.5未満であれば「1. はい」となります。

例1: 身長180.0cm 体重が59.7kgの場合

$$\frac{59.7 \text{ (kg)}}{1.800 \text{ (m)} \times 1.800 \text{ (m)}} = 18.42$$

小数第2位を四捨五入すると18.4となるので、「2. はい」を選択

例2: 身長180.0cm 体重が59.8kgの場合

$$\frac{59.8 \text{ (kg)}}{1.800 \text{ (m)} \times 1.800 \text{ (m)}} = 18.45$$

小数第2位を四捨五入すると18.5となるので、「2. いいえ」を選択

8. 基本チェックリストによる問診

国が設定している基本チェックリストは全25項目の設問で構成されます。質問の主旨は下記カテゴリとなっており、全国统一設定のため、設問順番の変更や設問文字の変更は禁止です。これに組合では、追加項目として5項目を加え、全部で30項目としています。

設問1～5	手段的日常生活活動に関する質問
設問6～10	運動器の機能向上に関する質問
設問11～12	栄養改善に関する質問
設問13～15	口腔機能の向上に関する質問
設問16～17	閉じこもり予防・支援に関する質問
設問18～20	認知症予防・支援に関する質問
設問21～25	うつ予防・支援に関する質問

[基本チェックリストの考え方について]

- 基本チェックリストの設問は、原則、「している」か、「していない」かの「行動」を尋ねる形式となっており、本人は、普段の自身の行動について、ありのままを回答する。
- 国が示す基本チェックリストの記入は、基本的に本人が自己記入することを想定している。家族などによる記入の場合は「より本人の思いに近い方」に回答する。
- 基本チェックリストの目的は、総合事業の利用にかかる判断となる。そのため、把握される必要のある方が漏れてしまうことのないよう、本人が判断に迷っている場合は拾い上げるような柔軟な解釈をしてよい。
- 回答は、「はい」または、「いいえ」の二者択一とするが、うつ項目等で本人が判断に迷っている場合は、どちらか「より本人の思いに近い方」の回答を設問確認者が提案する。
- 基本チェックリストの番号が判定結果と連動しているため、番号の並び替えはしないこと。

総合事業対象者の選定においては、回答の「0」または「1」のうち、「1」と回答したものを「該当」とします。

[基本チェックリスト項目]

日常生活	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
	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
栄養改善	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
	12	身長・体重(BMI) 18.5未満なら該当(注)	1. はい	0. いいえ
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
	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
閉じこもり	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
認知機能	18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われますか	1. はい	0. いいえ
	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
うつ	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)以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに 感じられる	1. はい 1. はい	0. いいえ 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		
	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

[各設問の解釈について]

【共通的事項】

- ① 対象者には、深く考えずに主観に基づき聞き取る。それが適当な回答であるかどうかは、対象者の状態、発言から総合的に判断する。
- ② 期間を定めていない質問は、現在の状況について聞き取る。
- ③ 習慣を問う質問は、頻度も含め本人の判断に基づき聞き取る。やろうと思えばできるが、実際にやっていない場合は『いいえ』と判断する。

問 1	行きたい場所へ、様々な手段を使って一人で外出しているかどうかの確認。必ずしもバス、電車である必要はない。
問 2	頻度や店までの距離には関係なく、日用品の購入をしているかどうかの確認。 (主に男性で、日用品の購入自体をしない習慣である場合は「いいえ」とする。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」とする。)
問 3	A T M・窓口での出し入れ、金銭管理をしているかの確認。 (主に男性で、金銭管理自体をしない習慣である場合は「いいえ」とする。家族等に依頼している場合は「いいえ」とする。)
問 4	社会活動性の確認。友人や近所への訪問の有無。 (「近所や友人の家は遠いから」、「友人は死んだから」等の回答の場合でも、訪ねることがなければ「いいえ」とする。電話での交流や家族や親戚の家への訪問のみの場合は「いいえ」とする。)
問 5	社会活動性の確認。判断を伴う役割を果たしているかどうかを聞く質問。 (「独居だから」、「友達は死んだから」等の回答の場合でも相談にのる事がなければ「いいえ」、面談せずに電話のみで相談に応じている場合は「はい」とする。)
問 6	時々手すりを使用している程度であれば「はい」、習慣的に手すり等を使っている場合は「いいえ」とする。
問 7	時々使っている場合は「はい」とする。
問 8	やすみやすみ歩くのは「いいえ」とする。 屋内、屋外等の場所は問わない。
問 9	この1年間に転倒の事実があるかどうかを確認。 (自らの動作によって物につまずいたり、すべったりして、足の裏以外が地面に触れることがあるかを確認する。歩行時のほか、自転車での転倒も含むが、交通事故は除外する。)
問 1 0	本人の主観に基づき記入。 (日頃の行動で常に足元に不安があって、行動に用心しているかどうかを確認。)
問 1 1	6ヶ月以上かかって減少している場合は「いいえ」とする。
問 1 2	身体計測の説明で詳細を確認する。

問13	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確認。 (半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化がない場合は「いいえ」とする。)
問14	本人の主観に基づき記入してください。
問15	本人の主観に基づき記入してください。
問16	外出は、介助されての外出も含む。外出とは、仕事、買い物、散歩、通院などで、庭先のみやゴミだし程度は含まない。 (週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヶ月の状態を平均する。)
問17	昨年と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」とする。
問18	本人は物忘れがあると思っけていても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」とする。
問19	自分で電話番号を調べて(電話帳から調べるなどの手段を用いて)電話をかけているかを確認。 (誰かに電話番号を尋ねて電話したり、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合は「いいえ」とする。)
問20	月と日の一方しか分からない場合は「はい」とする。
問21～25	質問内容の補足や誘導は行わない。基本的には文面どおりで、迷う場合はどちらか近い方を記入する。 A) 受診者の「表情や話し方、受け答え方、声の調子等」を観察する。 B) 表情が暗い、視線が合いにくい、受け答えが鈍い、服装に乱れがある等、保健師(看護師等)の勤を大切にす。 C) 「最近のあなたの様子」というのは、「最近の2週間」を意味します。受診者の中には、「ここ数年」の様子について回答している方もいますので注意する。 D) 高齢者の場合、「設問25 わけもなく疲れた感じがしますか。」の設問に「はい」と答えがちです。その疲れは最近の様子であるのか、加齢のためかよく確認する。 E) 受診者が家族の介護をしている、最近家族が死亡した、更年期障害の症状を訴えている等あれば陽性になる確率が高いので、事前にわかっているときには丁寧な聞き取りが必要です。 F) 結果については、陽性者の場合、「〇〇さんは少し精神的に疲れていらっしゃるようです。(市の)心の健康相談を受けられてみてはいかががでしょうか」等声かけします。

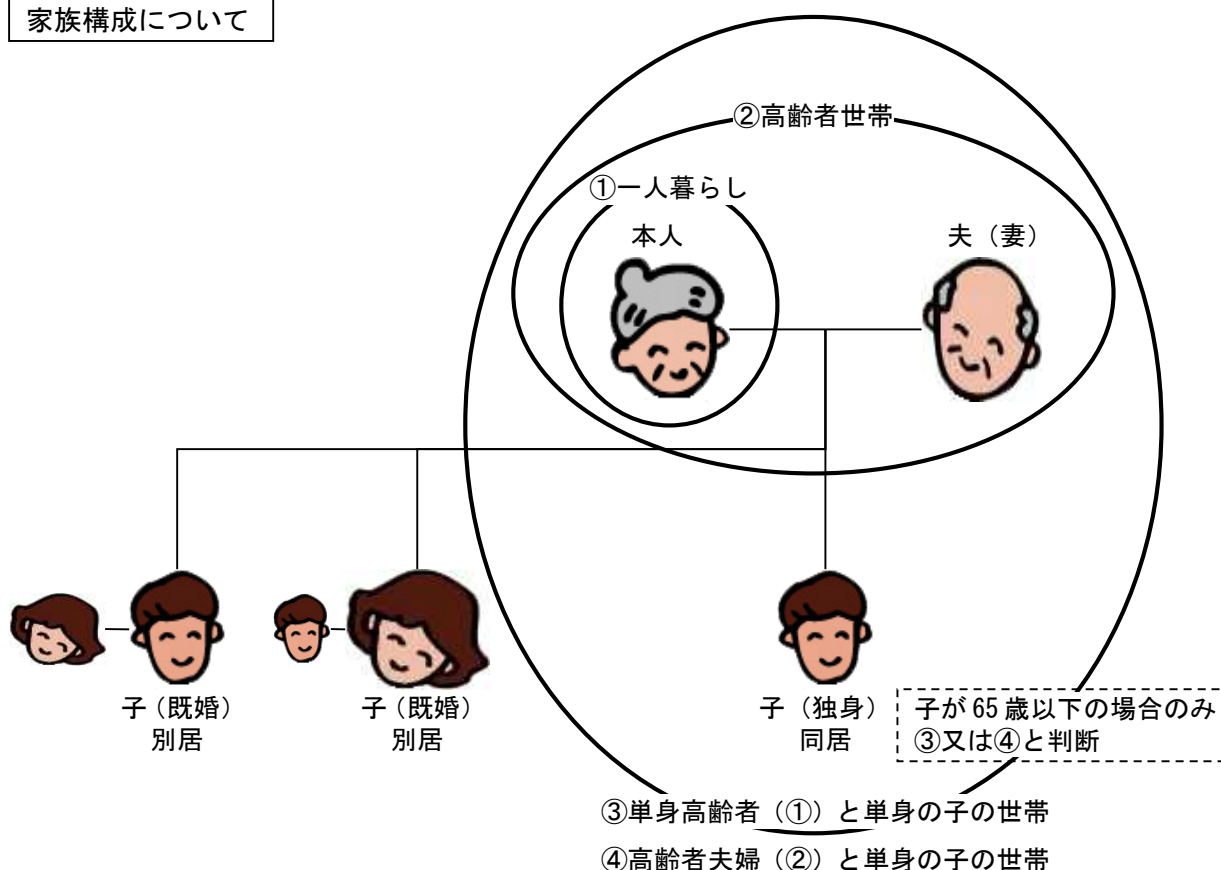
※ 厚生労働省老健局老人保健課発出(「基本チェックリストの考え方」平成18年3月28日)

※ 厚生労働省老健局老人保健課「うつ予防・支援マニュアル」分担研究班作成(「うつ予防・支援マニュアル」平成21年3月)

[追加5項目について]

番号	質問項目	趣旨（考え方）
問26	家族構成	一人暮らしか家族と同居かなど、対象者の家族構成を問う質問です。家族関係も複雑化しており、特に一人暮らしや家族との同居関係は、見守り等が必要となった場合の早期対応など、今後の施策や支援体制にも反映できる。 ただし、家庭事情に立ち入った質問であるため、無理な聞き取りにならないように注意する。
問27	かかりつけ医	介護予防教室等へ参加をする場合に参考として扱う。
問28	続けて、ここ2週間眠れないことがありますか。	基本項目21～25の例により実施する。
問29	介護予防教室への参加希望	介護予防教室等への勧奨する場合に考慮する。
問30	あなたの現在の健康状態はいかがですか	本人の主観に基づき記入する。

家族構成について



「②高齢者世帯」は夫婦のみとは限らず、本人の親が含まれる場合もある。
(65歳以上の複数人で1世帯を構成する場合)

9. 事業対象者の判定

基本チェックリストに各項目には「はい」と「いいえ」があります。それぞれ網掛け部分を「1コ」としてカウントします。

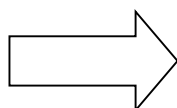
[運動]

5項目のうち3項目以上の該当で「事業対象者」となります。次の例では3項目が該当しているため、右下の「運動」を囲んで、「事業対象者」欄にも「」を記入します。

■ 運動6～10 (3/5コ)			
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
8	15分以上続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

3/5
3コ

10個以上 閉じこもり	
<input checked="" type="checkbox"/> 運動	認知
栄養	うつ
口腔	<input checked="" type="checkbox"/> 事業対象者



筋力低下により、転倒のおそれあり。

[栄養]

2項目とも該当で「事業対象者」となります。次の例では2項目とも該当しているため、右下の「栄養」を囲んで、「事業対象者」欄にも「✓」を記入します。

■ 栄養 11～12 (2/2コ)			
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2/2			
12	BMIが18.5未満である※	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2コ			

10個以上 閉じこもり	
運動	認知
栄養	うつ
口腔	<input checked="" type="checkbox"/> 事業対象者

偏食等により、低栄養をおこすおそれあり。その結果、筋力の低下や病気にかかりやすくなるおそれあり。

[口腔]

3の項目のうち2項目以上の該当で「事業対象者」となります。次の例では2項目が該当しているため、右下の「口腔」を囲んで、「事業対象者」欄にも「✓」を記入します。

■ 口腔 13～15 (2/3コ)			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2/3			
15	口の渇きがきになりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
2コ			

10個以上 閉じこもり	
運動	認知
栄養	うつ
口腔	<input checked="" type="checkbox"/> 事業対象者

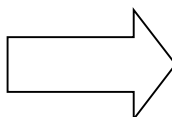
口腔機能が低下のおそれあり。食べたり飲み込んだりしにくくなり、低栄養や肺炎など全身の健康状態が悪化するおそれあり。

[総合]

1から20の項目のうち10項目以上の該当で「事業対象者」となります。次の例では、11項目が該当しているため、右下の「10以上」を囲んで、「事業対象者」欄にも「✓」を記入します。

■ 総合1～20 (10/20コ)		閉じこもり 16～17	
1	バスや電車で1人で外出できますか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
■ 運動6～10 (3/5コ)		認知 18～20	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	15分以上続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
■ 栄養 11～12 (2/2コ)		16 週に1回以上は外出していますか	
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
12	BMIが18.5未満である※	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
■ 口腔 13～15 (2/3コ)		17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
15	口の渇きがきになりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
		10/20	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		11コ	

10個以上	閉じこもり
運動	認知
栄養	うつ
口腔	<input checked="" type="checkbox"/> 事業対象者



日常生活でのこまごました事ができなくなるおそれあり。

[閉じこもり]

2項目のうち16の項目が該当で「事業対象者」となります。17のみ該当していても「事業対象者」とはなりません。

次の例では、16と17項目が該当している為、右下の「閉じこもり」を囲んで「事業対象者」欄にも「✓」を記入します。

閉じこもり 16～17			
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

10個以上	閉じこもり
運動	認知
栄養	うつ
口腔	<input checked="" type="checkbox"/> 事業対象者

[認知]

3項目のいずれかに該当で「事業対象者」となります。次の例では2項目が該当しているため、右下の「認知」を囲んで、「事業対象者」欄にも「✓」を記入します。

認知 18～20			
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	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

10/20
コ

10個以上 閉じこもり

運動 認知

栄養 うつ

口腔 事業対象者

[うつ]

5項目のうち2項目以上の該当で「事業対象者」となります。次の例では3項目が該当しているため、右下の「うつ」を囲んで、「事業対象者」欄にも「」を記入します。

うつ 21～25

21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	<input checked="" type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	はい	<input checked="" type="checkbox"/>	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なった	<input checked="" type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/>	はい	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れた感じがする	<input checked="" type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

10個以上 閉じこもり

運動 認知

栄養 うつ

口腔 事業対象者

10. 判定

判定は島原地域広域市町村圏組合で行います。

■事業対象者と判定した対象者

判定結果は地域包括支援センターへ情報提供され、本人との面談を実施します。総合事業のサービスを利用される場合は、地域包括支援センターが本人の状態に応じたマネジメントを実施します。

しかし、早急にサービスを利用したいという方については、国が示す判定基準に従って窓口で判定を実施し、事業対象者かどうかを本人に伝え、その旨を地域包括支援センターに情報提供し、迅速なサービス利用へと導きます。

■非該当と判定した対象者（一般高齢者）

総合事業の中の一般介護予防教室の利用ができます。興味がある方については、地域包括支援センターに情報提供します。

II 資料

様式第1号（第11条関係）（表面）

総合事業利用申込書

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

島原地域広域市町村圏組合地域支援事業における総合事業を利用したいので次のとおり申し込みます。

申請年月日 年 月 日

◆総合事業を利用する方について記入してください。

利用者	被保険者番号											
	フリガナ											
	氏名	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日									
		年齢	歳									
	住所	〒										
		電話番号：										
		携帯電話：										
現在（前回） の認定結果等	要介護状態区分：1・2・3・4・5					要支援状態区分：1・2					事業対象者	なし
申請の理由	有効期間： 年 月 日 から 年 月 日											

◆記入者が利用者と異なる場合

フリガナ			利用者との関係	
氏名				
連絡先	電話番号：			
	携帯電話：			
代理記入の理由				

◆代行して提出される場合

提出 代 行 者 等	該当を○で囲む[地域包括支援センター・居宅介護支援事業所]		
	代理の場合、本人との関係：		
	〒	電話番号：	

◆利用したいサービスについて（利用希望のサービスに☑をつけてください）

サービスの種類	
<input type="checkbox"/>	訪問型サービス（現行相当）
<input type="checkbox"/>	訪問型サービス「10分訪問」
<input type="checkbox"/>	訪問型サービス「生活援助型」
<input type="checkbox"/>	訪問型サービスC
<input type="checkbox"/>	通所型サービス（現行相当）
<input type="checkbox"/>	通所型サービスC

基本チェックリスト

記入者名：本人・家族・居宅・包括・その他（ ）

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">記入日</td> <td style="width:45%;">年 月 日</td> <td rowspan="4" style="width:40%; vertical-align: top; padding: 5px;">備考</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>明治 大正 昭和</td> <td>年 月 日 性別 男女</td> </tr> </table>	記入日	年 月 日	備考	住所			氏名	電話番号		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 性別 男女	
記入日	年 月 日	備考											
住所													
氏名	電話番号												
生年月日	明治 大正 昭和		年 月 日 性別 男女										
<p>総合1～20 (10/20コ)</p> <p>1 バスや電車で1人で外出できますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>2 日用品の買い物をしていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>3 預貯金の出し入れをしていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>4 友人の家を訪ねていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>5 家族や友人の相談にのっていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>	<p>同じこもり16～17(16該当)</p> <p>16 週に1回以上は外出していますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 1/2 コ</p>												
<p>運動6～10 (3/5コ)</p> <p>6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>8 15分以上続けて歩いていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>9 この1年間に転んだことがありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>10 転倒に対する不安は大きいですか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 3/5 コ</p>	<p>認知18～20 (いずれか)</p> <p>18 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>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 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>20 今日が何月何日かわからないときがありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p style="text-align: center;">総合10/20 コ 認知1/3 コ</p>												
<p>栄養11～12 (2/2コ)</p> <p>11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>12 BMIが18.5未満である <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 2/2 コ</p>	<p>うつ21～25 (2/5コ)</p> <p>21 (ここ2週間) 毎日の生活の中に充実感がない <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>22 (ここ2週間) これまで楽しんでやっていたことが楽しめなくなった <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>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なった <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>25 (ここ2週間) わけもなく疲れた感じがする <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 2/5 コ</p>												
<p>口腔13～15 (2/3コ)</p> <p>13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>14 お茶や汁物等でむせることがありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>15 口の渇きがきになりますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 2/3 コ</p>	<p style="text-align: right;">該当項目に○を付けてください</p> <p>身長 _____ cm 10個以上 同じこもり</p> <p>体重 _____ kg 運動 認知</p> <p><input type="checkbox"/>立位姿勢保持不可 栄養 うつ</p> <p>口腔 <input type="checkbox"/>事業対象者</p>												

BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)

<p>26 家族構成</p> <p>1 一人暮らし 5 その他 <input type="checkbox"/></p> <p>2 高齢者世帯</p> <p>3 単身高齢者と単身の子の世帯</p> <p>4 高齢者夫婦と単身の子の世帯</p>	<p>27 かかりつけ医</p> <p>1 いる <input type="checkbox"/></p> <p>2 いない</p>	<p>28 続けて、ここ2週間眠れない事がありますか</p> <p>1 ある <input type="checkbox"/></p> <p>2 ない</p>	<p>29 介護予防教室への参加希望</p> <p>1 ある <input type="checkbox"/></p> <p>2 ない</p>	<p>30 あなたの現在の健康状態はいかがですか</p> <p>1 よい 4 あんまりよく</p> <p>2 まあよい ない</p> <p>3 ふつう 5 よくない <input type="checkbox"/></p>
--	--	---	---	--

総合事業の実施に当たり、この基本チェックリストに関する情報を、本事業の実施に必要な範囲で関係する者に情報提供をすることに同意します。

被保険者氏名 _____

発行 島原地域広域市町村圏組合 介護保険課 地域支援係

令和5年12月1日改訂

〒859-1492

島原市有明町大三東戊 1327 番地 島原市役所有明庁舎 3階

TEL : 0957-61-9102 FAX : 0957-61-9104

E-mail : chiikishien@shimabara-area.net