

基本チェックリストの記載に基づく判断基準

NO	質問項目	回答(いずれかに○を付けてください)		事業対象者に該当する基準 (下記①～⑦のいずれかに該当)	想定されるサービス・活動の例	アセスメントシート重点項目
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	①複数の項目に支障 10項目以上に該当	○②～⑦のうち該当する基準又は 該当に近い基準に対応するサービ スや活動に繋げる。必要に応じて、 複数の機能低下への対応について 検討する。	I 運動・移動について II 日常生活(家庭生活) について
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	②運動機能の低下 3項目以上に該当	○通所型サービス(A～C) ○訪問型サービス(A、B) ○アッピー元気体操	I 運動・移動について II 日常生活(家庭生活) について
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	③低栄養状態 2項目に該当	○通所型サービスC ○現行相当訪問型サービス ○配食サービス	アセスメントシートにて他 のサービスの必要性を考 慮する
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 cm 体重 Kg (BMI =) (注)					
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	④口腔機能の低下 2項目以上に該当	○通所型サービスC	アセスメントシートにて他 のサービスの必要性を考 慮する
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	⑤閉じこもり No16に該当	○訪問型サービスC ○通所型サービス(現行相当、A～ C) ○地域のサロン	III 社会参加、対人関係・ コミュニケーションについ て IV 健康管理について
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されますか	1. はい	0. いいえ	⑥認知機能の低下 1項目以上に該当	○現行相当通所型サービス ○現行相当訪問型サービス ○訪問型サービスC ○認知症カフェ ○みのり倶楽部 ○地域のサロン	III 社会参加、対人関係・ コミュニケーションについ て IV 健康管理について V 物忘れ等について
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	⑦うつ病の可能性 2項目以上に該当	○受診勧奨の必要性を判断 ○医療相談窓口等専門機関紹介 ○現行相当訪問型・通所型サービス ○地域の通いの場 ○趣味活動等の団体を紹介	III 社会参加、対人関係・ コミュニケーションについ て IV 健康管理について
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
※回答欄が「1」の場合に、当該項目が該当になる。