

基本チェックリストアセスメント用情報収集シート

【基本チェックリスト実施日： 年 月 日】 受付者：

(ふりがな) 氏名	(代理申請者名)	生年月日	M・T・S	【総合判定】	<input type="checkbox"/> 介護保険申請対象 <input type="checkbox"/> 総合事業対象 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業対象
住所	〒	電話番号		①基本チェックリスト	<input type="checkbox"/> 該当(②へすすむ) <input type="checkbox"/> 非該当(一般介護予防事業紹介)
介護保険申請状況	初回・過去に介護保険申請有(前回介護度:)	世帯状況	独居・高齢者のみ世帯・要介護者との同居世帯	②利用サービスの希望	<input type="checkbox"/> デイサービス・ヘルパー(③へすすむ) <input type="checkbox"/> 予防給付サービス(一介護保険認定申請)
主訴(来所目的)		既往歴		③本人・家族の希望	<input type="checkbox"/> チェックリスト実施による事業利用希望 <input type="checkbox"/> 介護保険認定申請希望
希望サービス				その他特記すべき事項:	※既往歴や本人の状態像等により認定申請が適している場合は理由を記載

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

No.	質問項目の趣意	質問項目の趣意	質問項目の趣意	質問項目の趣意	介護保険認定申請勧奨の視点	
1	バスや電車で1人で外出していますか <input type="checkbox"/> はい <small>《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()</small> <input type="checkbox"/> いいえ <small>※車の運転 する・しない</small> <small>介助がないとできない・その他()</small>	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つけ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。	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で、必ずしもバス、電車である必要はありません。頻度や行く場所などを含め、4.16などと一緒に聞き取りをするなどの工夫も出来ます。車の運転の質問については日常の買い物や外出頻度など生活に関わるアセスメントが出来ます。	
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 <small>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()</small>	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。	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です。一人で行くのか、行く方法についての聞き取りをします。いいえ⇒荷物が持てないのか、おっくうなのか。食品、惣菜等の買い物はどうしているかなど理由やどう対処しているかを確認します。やろうと思えば出来るが、家族等がいて、実際はやっていない場合は、いいえとします。	・買う品物を忘れてしまい、必要なものを買うことが出来ない等認知症の症状が疑われる場合 ・買い物支援のサービス利用等を希望者については、家族構成等を確認し、ヘルパーの利用可能か要確認(ヘルパーだけの利用希望のみの場合要注意)
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 <small>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()</small>	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。	ATM・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いいえ とします。必要に応じて自分で行わない場合は誰が管理しているのか等も聞き取りをします。金銭管理が出来ない理由が分かれば聴き取ります。	・認知症の悪化により、金銭管理が出来ない場合
4	友人の家を訪ねていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>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()</small>			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。	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」「友達は死んだから」等の回答の場合でも、訪ねることが無ければ、いいえ とします。友人との関係や頻度については1.16などと一緒に聞き取りをするなどの工夫も出来ます。	
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 <small>面談にて・電話にて・その他()</small> <small>相談されない・相談される相手がいない・その他</small>			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。面談せず電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。	周囲との人間関係なども聞き取りをします。雑談やおしゃべりをする事はあっても「相談」といわれると深刻に受け止めてしまい答えにくい場合、質問のニュアンスが伝わるように追加で質問したり、表現を言い換えても構いません。	

2. 運動器の機能について _____点 (該当 3 / 5 以上) 該当 非該当

No.	質問項目の趣意	質問項目の趣意	質問項目の趣意	質問項目の趣意	介護保険認定申請勧奨の視点	
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 <small>全く利用しない・時々利用している</small> <input type="checkbox"/> いいえ <small>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()</small>	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。	杖などの使用状況についても確認します。 やすみやすい歩くのは「いいえ」とします。運動器の低下については、廃用性の進行と痛み等の理由が潜んでいる可能性があります。運動器の該当数が多い場合、閉じこもり、うつとの関連を確認し、廃用性の進行が予測される場合は早急に介入が必要なケースであると予測できます。	・自分一人で杖をつき歩行することや歩行器を利用しても一人で歩くことが出来ない場合(移動は車椅子、もしくは寝たきりである) ・自宅内での移動や外出、浴槽が深いなどの理由から住宅改修や手すり等の設置が必要な場合や福祉用具のレンタルや購入の希望が明確な場合
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 type="checkbox"/> いいえ <small>常時利用しない・時々利用している</small> <small>能力はあるが、習慣的に使っている・つかまらなると不可能・その他()</small>			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。	・身体状況からアセスメントし、介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションが必要と思われる(本人も希望される)場合	
8	15分くらい続けて歩いていますか <input type="checkbox"/> はい <small>屋外(補助具 +) 屋内(補助具 +)</small> <input type="checkbox"/> いいえ <small>介助があれば可能・歩けない・その他()</small>	介助の状況や歩ける距離等杖や補助具の必要性の有無		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 <input type="checkbox"/> はい <small>頻回・1回のみ</small> <input type="checkbox"/> 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。	・住宅改修や福祉用具が必要(本人も希望する)な場合	
10	転倒に対する不安は大きいですか <input type="checkbox"/> はい <small>転倒経験あり・転倒経験なし</small> <input type="checkbox"/> 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。		

3. 低栄養状態について _____点(該当 2 / 2) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				質問項目の趣意	包括等からの追加視点	介護保険認定申請勧奨の視点	
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 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か月間で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か月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。 身長、体重は、整数で記載して下さい。体重は1か月以内の値を、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	食事の摂取状況も含め、13などと一緒に聞き取りなどの工夫も出来ます。 過度な体重減少があるときには、食事の頻度や医療受診について、追加で聞き取りをします。 低栄養で該当している人は、胃がんのオペ後であったり、高齢の細身の体質の人が多く、全体数としては少ないので、なぜかを把握することは大切です。	・摂食・嚥下機能や食形態に配慮した栄養ケア計画が必要で、介護予防居宅療養管理指導等が必要(本人も希望する)な場合
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)	<input checked="" type="checkbox"/> はい 18.5未満 <input type="checkbox"/> いいえ	要因				
4. 口腔機能について _____点(該当 2 / 3 以上) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				質問項目の趣意	包括等からの追加視点	介護保険認定申請勧奨の視点	
13	半年前に比べて硬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 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。 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。 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。	咀嚼力低下低下のスクリーニング目的の項目。 口の清潔、義歯の不具合や受診状況も合わせて確認します。 嚥下機能低下に関するスクリーニング目的項目。その趣旨を考えると1日のうち、1回以上誤嚥・むせる程度(ほぼ毎日むせる)から該当する飲み込みと併せて服薬の確認を行うなど工夫も出来ます。 唾液分泌低下のスクリーニング目的項目。「常時、口の渇き」がある場合を該当とする。日中も口渇きが気になること。高齢者では、睡眠中口をあけて寝る場合(口呼吸、いびき)があるため、早朝口渇感を訴えるものもいるので注意	・口の清潔、義歯の不具合、むせ、渇き等について確認し、介護予防居宅療養管理指導が必要(本人も希望する)な場合 ・服薬管理や病気の管理のために訪問看護や居宅療養管理指導が必要な場合
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					
15	口の渇きが気になりますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
5. 閉じこもりについて No16に該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				質問項目の趣意	包括等からの追加視点	介護保険認定申請勧奨の視点	
16	週に1回以上は外出していますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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か月の状態を平均して下さい。 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」となります。	外出は介助されての外出も含みます。外出とは、仕事、買い物、散歩、通院などで、庭先のみやゴミ出し程度は含みません。1、4と一緒に場所や頻度の確認するなどの工夫も出来ます。 対象者の外出を阻害する要因について確認し、住宅改修、福祉用具等の必要性があるか確認します。 閉じこもりに全て該当し、うつの項目の該当が多い場合、うつの疑いがあります。受診状況や服薬の状況の確認が必要です。	・住宅改修や福祉用具が必要(本人も希望する)な場合
17	去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	理由				
6. 認知症について _____点(該当 1 / 3 以上) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				質問項目の趣意	包括等からの追加視点	介護保険認定申請勧奨の視点	
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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 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、誰かにダイヤルしてもらい会話だけをする場合には「いいえ」となります。 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。月と日の方しかわからない場合には「はい」となります。	他人と付き合いの無い人は指摘されないから注意が必要のため、4、5と対比させながら聞き取りをします。 生活での困りごとがないか、併せて聞き取りを行います。 どんな相手と話をするなど人間関係についても確認します。 高得点のかたについては、認知症について診断を受けているか等を確認し、日常生活に困りごとがないかなど、加えて質問します。	・認知症の悪化により日常生活に支障をきたしている高齢者
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 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無い	支援の状況(誰が・何を)交流範囲				
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 月と日の方しかわからないも含む					
7. うつについて _____点(該当 2 / 5 以上) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				質問項目の趣意	包括等からの追加視点	介護保険認定申請勧奨の視点	
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	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下さい。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。 対面の際以下の点に留意してください。 本当に意味で「ここ2週間間の状態が継続しているか」きちんと把握してください。回答者の表情や話し方、受け答え方、声の調子等の観察、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回答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があれば陽性の確立が高く、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。 該当項目が多い場合には、飲んでる薬の確認や睡眠の状態を確認し、状況が不安定な場合には認定申請等を勧めてください。	・心身の状況により訪問看護が必要と考えられる場合 ・うつの項目等の該当が多く、状態が不安定な方	
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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	理由				
				設問24に不快感を示される可能性があるため、この設問項目がうつのスクリーニングを目的としたものであることや、うつになるとこのように思い込んでしまいやすいので質問しているということなど丁寧に説明して下さい。家の手伝いをしているか等役割があるかないか等追加で質問するなど工夫も出来ます。 わけもなく疲れたような感じがする設問に「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してください。			