

# 基本チェックリストの導入について

富津市では、要介護認定を経ずに生活支援サービス等が利用できるよう、基本チェックリストを導入しています。

基本チェックリストを受けたいときは、介護福祉課または最寄りの地域包括支援センターへお問い合わせください。



## 基本チェックリストとは

下記のサービスを利用することができる方かどうかを確認するための手段として用いるものです。対象の方に自身の生活や心身機能について聞き取り、いくつかの項目に該当した場合、サービスを利用することができます。様式は別紙のとおりです。

## 基本チェックリストの実施

富津市介護福祉課高齢者支援係と各地区地域包括支援センターが説明のうえ、対象者等が記入します。

### 対象者（下記用件のすべてに該当する方）

- 65歳以上の方
- 基本チェックリストの利用を希望する方
- 要支援1・2の認定を受けている認定更新対象者または要介護認定を受けていない方
- 介護予防サービスの利用を必要としない方（介護予防訪問看護や福祉用具貸与等を利用したい方は要介護認定の申請が必要です）

### 基本チェックリストに該当した方が利用できるサービス

- 市の指定を受けた事業所が実施する訪問型サービス（ホームヘルプ）
- 地域のボランティア団体等が実施する訪問型サービス  
(ちょっととした困りごとのお手伝い、外出時の付き添い等)
- 市の指定を受けた事業所が実施する通所型サービス（デイサービス）
- 地域のボランティア団体等が実施する通所型サービス（サロンなど）
- その他のサービス（福祉有償運送など）

## お問い合わせ

富津市役所 介護福祉課 高齢者支援係

T E L : 0 4 3 9 - 8 0 - 1 3 0 0 F A X : 0 4 3 9 - 8 0 - 1 3 2 3

M A I L : mb016@city.futtsu.chiba.jp

# 基本チェックリスト

記入日	年 月 日	被保険者番号			
氏名		男 女	生年月日 年 月 日		
住所				電話	
No	質問項目				回答 (いずれかに○をお付け下さい)
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
6	階段を手すりや壁をつたわら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なに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ヵ月間で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になりましたか				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
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「いつも同じ事を聞く」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
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っ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。

市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する  
必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを、市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、  
介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

チェックリスト受付機関

富津市処理欄

処理後継る	1部包括へ	依頼書給付	入力日	依頼書確認
			/	

富津市受付印