

1. 一般介護予防事業について
2. 基本チェックリストの取り扱い

令和3年9月
地域ケア推進課



名古屋市の一般介護予防事業

事業名	内容	窓口
いきいき教室	認知症予防や運動機能、栄養、口腔等に関する介護予防教室や講演会等を開催	各区の 保健セン ター
地域サロン活動等支援事業	保健センターの専門職や地域のリハビリテーション専門職が、高齢者サロン等の住民が主体的に活動する場を訪問し、自立支援に役立つアドバイスを行うことで、高齢者サロン等における介護予防の充実を図る	
高齢者はつらつ長寿推進事業	コミュニティセンターなどの身近な場所で、レクリエーション等を通し自主的なグループ活動につながるよう仲間づくりの支援を実施	各区の 社会福祉協 議会
高齢者サロン	高齢者の方が、身近な場所で気軽に集まり、楽しくふれあいを深めて交流できる場所です。地域の住民の方などが高齢者サロンを開催する	
認知症予防教室	認知症予防のための運動を行うほか、認知症予防に役立つ知識や活動について学ぶ教室を開催	各区の 福祉会館
認知症予防リーダー養成講座	認知症予防に関する知識や技術を習得のうえ、認知症予防の普及啓発のために地域で活躍するリーダーを養成	
なごや健康カレッジ	健康づくりのきっかけとなるよう、大学と連携して科学的根拠を重視した、楽しく続けられる健康づくり講座の開催	健康福祉局 健康増進課



基本チェックリスト(表)

基本チェックリスト (名古屋市 介護予防・日常生活支援総合事業)

※このチェックリストではあくまで目安として記入してください。

個人情報
 〒
 氏名 年齢 性別

住所
 〒
 市区町村 丁目 番 号

所在地
 〒
 市区町村 丁目 番 号

連絡先
 電話番号

職業

収入

身体状況

生活状況

利用を希望するサービスの番号に○をつけてください。(複数回答可)

<介護予防・生活支援サービス事業>
 1. 通所サービス 2. 訪問サービス 3. 配食サービス

<一般介護予防事業>
 1. いきいき教室 2. 高齢者サロン 3. 高齢者はつらつ長寿生活事業
 4. その他

心身の状態について、特に伝えたいことがあればご記入ください。

介護予防・日常生活支援総合事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリストの実施結果を名古屋市、いきいき支援センター、事業者その他の関係機関で関係する者に開示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 (自署)

※質問は裏面に記します。

(裏)

区分	項目	質問	回答
日常生活の状態	1	バスや電車などで一人で外出していますか	はい / いいえ
	2	日用品の買い物をしていますか	はい / いいえ
	3	物置きのおし入れをしていますか	はい / いいえ
	4	友人の家を訪ねていますか	はい / いいえ
	5	家族や友人の電話にのっていますか	はい / いいえ
足腰の状態	6	階段を歩いたり登りつたお尻に痛みを感じていますか	はい / いいえ
	7	椅子に座った状態から立ち上がる時に立ちよびがしていますか	はい / いいえ
	8	15分連続して歩いていますか	はい / いいえ
	9	この1年間に転んだことがありますか	はい / いいえ
	10	転倒に対する不安感を感じていますか	はい / いいえ
栄養状態	11	6ヵ月間で2kg以上の体重減少が認められますか	はい / いいえ
	12	肥満度(BMI)が25以上ありますか	はい / いいえ
状況	13	半年前と比べて顔のものが重く感じませんか	はい / いいえ
	14	舌高や付着物でむせることがありますか	はい / いいえ
	15	口の奥が臭くなりますか	はい / いいえ
その他	16	週に1回以上排便していますか	はい / いいえ
	17	昨年と比べて外出の回数が増えていますか	はい / いいえ
その他	18	認知症の人から「いつも同じ事を聞くなどの状態がある」と言われますか	はい / 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	はい / 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	はい / いいえ
心身の健康状態	21	(この2週間)毎日の生活に充実感がありませんか	はい / いいえ
	22	(この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りましたか	はい / いいえ
	23	(この2週間)以前は夢にでていたことが今ではおぼろげに感じられますか	はい / いいえ
	24	(この2週間)自分が昔にまつ人懐かしさを感じませんか	はい / いいえ
介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況	25	(この2週間)おけいなく使われたような感じがしますか	はい / いいえ
	26	一人で外出できますか	はい / いいえ
	27	バスや電車を使って移動できますか	はい / いいえ
	28	日用品の買物ができますか	はい / いいえ
	29	読書や新聞の読み込み(窓口、ATMなど)ができますか	はい / いいえ
	30	お金の管理ができますか	はい / いいえ
	31	電話番号を調べることができますか	はい / いいえ
	32	足のツメを自分で切れますか	はい / いいえ
	33	階段が上がり降りできますか	はい / いいえ
	34	車の管理ができますか	はい / いいえ
35	家の鍵の管理ができますか	はい / いいえ	
36	食事を作れますか	はい / いいえ	
37	電子レンジを使えますか	はい / いいえ	
38	パソコンのメールソフトを利用できますか	はい / いいえ	

※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)



基本チェックリスト (名古屋市 介護予防・日常生活支援総合事業)

黒のボールペンで太わくの中をご記入ください。

(被保険者)

ふりがな	なごや はなこ	年齢	75 歳
氏名	名古屋花子		
住所 (住民登録地)	名古屋市中区三の丸1番1号		
	自宅() 携帯電話()	972-2540	
現在地 (上記と異なる場合)	*住所と同じ場合は、記入不要です。		
	自宅() 携帯電話()		

(確認者)

所属機関	名称 市役所運動型サービス 電話(972-2549)
ふりがな	けんこう たろう
氏名	健康太郎
備考	運動型 3か月
取込区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者判定 <input type="checkbox"/> 効果測定(利用前) <input checked="" type="checkbox"/> 効果測定(利用後) <input type="checkbox"/> 効果測定(年1回定期)

事業所名

基本チェックリストを実施したご担当者名

実施したサービスの時期を補記してください
例) 運動型 開始前
ミニデイ 6か月

生年月日			実施日	被保険者番号(介護保険)													事業者番号								種別					
明治 昭和	年	月	日	年	月	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	23	A	0	6	0	0	0	0	2	3	
明治 昭和	20 19	9 6	6 日	令和 3	9	1	1	0	0	7	6	5	4	3	2	1	2	3	A	0	6	0	0	0	0	2	3			

取込区分
サービス初回時
②効果測定(利用前)
3か月毎評価時
③効果測定(利用後)

基本チェックリスト (名古屋市 介護予防・日常生活支援総合事業)

黒のボールペンで太わくの中をご記入ください。

〈被保険者〉		〈確認者〉	
ふりがな	なごや はなこ	年齢	75 歳
氏名	名古屋花子	所属機関	名称 市役所運動型サービス 電話(972-2549)
住所 (住民登録地)	名古屋市中央区三の丸1番1号 自宅(972-2540) 携帯電話()	ふりがな	けんこう たろう
現在地 (上記と異なる場合)	*住所と同じ場合は、記入不要です。 自宅() 携帯電話()	氏名	健康太郎
		備考	運動型 3ヵ月
		取込区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者判定 <input type="checkbox"/> 効果測定(利用前) <input checked="" type="checkbox"/> 効果測定(利用後) <input type="checkbox"/> 効果測定(年1回定期)

生年月日	実施日	被保険者番号(介護保険)	事業者番号	種別
明治 大正 昭和 年 月 日	年 月 日	11007654321	23 A 060000023	
20 9 6	3 9 1			
年 月 日	年 月 日			

種別
ミニデイ型... 2 2
運動型... 2 3

生年月日・被保険者番号
のご確認をお願いします

事業者番号
2 3 × × × × × ...



区分	No.	質問項目	回答	
日常生活の状況	1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ
	2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ
	3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
	4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
	5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ
足腰の状況	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	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	はい	いいえ
	8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ
	9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
	10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ
栄養状況	11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ
	12	肥満度 (BMI ※) は18.5未満ですか 身長 cm 体重 kg	はい	いいえ
お口の状況	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
	15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ
こもり	16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ
もの忘れ	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	はい	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	はい	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	はい	いいえ
ここ2週間の気持ち	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	はい	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	はい	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	はい	いいえ
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	はい	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	はい	いいえ
実施可能な日常生活活動の状況	26	1人で外出できますか	はい	いいえ
	27	バスや電車を使って移動できますか	はい	いいえ
	28	日用品の買物ができますか	はい	いいえ
	29	請求書の振込み(窓口、ATMなど)ができますか	はい	いいえ
	30	お金の管理ができますか	はい	いいえ
	31	電話番号を調べることができますか	はい	いいえ
	32	足のツメを自分で切れますか	はい	いいえ
	33	掃除機がけができますか	はい	いいえ
	34	薬の管理ができますか	はい	いいえ
	35	家の鍵の管理ができますか	はい	いいえ
	36	食事を作れますか	はい	いいえ
	37	電子レンジを使えますか	はい	いいえ
	38	ガスコンロ(ガスレンジ)を利用できますか	はい	いいえ

※ BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)

【考え方】

● 期間を定めていない質問項目については現在の状況をご回答ください。

● 日常生活で普段行っている活動。行動をたずねています。普段行っていないが、しようと思えばできる場合は「はい」、質問の一部のみ、または家族がいればできるが自分一人ではできない場合は「いいえ」と回答ください。

● 明らかに実施できていないことが分かっている場合は「いいえ」と回答してください。

● 現在の体重をもとに肥満度 (BMI) を算出しご回答ください。



【お願い】

実施した基本チェックリストは原本を地域ケア推進課まで送付してください。

(基本チェックリスト用紙が不足の場合は下記までご連絡ください)

(送付先)

名古屋市健康福祉局地域ケア推進課

〒460-8508

名古屋市中区三の丸三丁目1番1号

電話：972-2540

