

介護予防のための基本チェックリスト

本回答の結果は、介護予防を目的に川島町地域包括支援センターに情報提供されます。なお、お預かりする個人情報、前述の目的以外には使用いたしません。

か な		電話	①	※記載日 年 月 日
氏 名			②	

No	質問項目	回答		得点	
暮らしぶりその1	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		
No. 1~5の合計					
運動器関係	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ますか	0. はい	1. いいえ		
	8 15分間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		
No. 6~10の合計				3点以上	
栄養・口腔機能等の関係	11 6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少はありましたか	1. はい	0. いいえ		
	12 身長(cm) 体重(kg) (*BMI 18.5未満なら該当) *BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	1. はい	0. いいえ		
	No. 11~12の合計				2点以上
	13 半年前に比べて堅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			
No. 13~15の合計				2点以上	
暮らしぶりその2	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されますか	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		
No. 18~20の合計					
No. 1~20までの合計				10点以上	
暮らしぶりその3	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		
No. 21~25の合計					

☆チェック方法

回答欄のはい、いいえの前にある数字(0または1)を得点欄に記入してください。

☆基本チェックリストの結果の見方

基本チェックリストの結果が、下記に該当する場合、市町村が提供する介護予防事業を利用できる可能性があります。お住まいの市町村や地域包括支援センターにご相談ください。

- 項目6~10の合計が3点以上
- 項目11~12の合計が2点
- 項目13~15の合計が2点以上
- 項目1~20の合計が10点以上