

小金井市 基本チェックリスト

記入日 :平成 年 月 日

電話番号:

氏名 :

「★」の付いている質問は補足説明がありますのでご覧ください。

NO	質問項目	(いずれかに○印)		
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	
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いますか	0. はい	1. いいえ	★
8	15分くらい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か月間で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=) (BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合は1点)	1. はい	0. いいえ	
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	★
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	
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ますか	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	質 問 項 目	(いずれかに○印)	
26	現在の家族構成は次のうちどれですか ①1人暮らし ②65歳以上の方のみの世帯 ③65歳未満の方との同居		
27	緊急時に連絡できる親族や親しい友人はいますか	はい	いいえ
28	問27で「はい」の場合、差し支えなければ、緊急連絡先の方の名前と関係(続柄)、電話番号を記入ください 【名前: 続柄・関係: 電話番号】		
29	身近に相談できる人はいますか	はい	いいえ
30	治療中の病気や、薬を飲んでいる持病などがありますか	はい	いいえ
31	問30で「はい」の場合、その病名や症状を記入ください 【病名: 】		
32	かかりつけ医はいますか	はい	いいえ
33	問32で「はい」の場合、医療機関名及び医師名を記入ください 【医療機関名: 医師名: 】		
34	問32で「はい」の場合、かかりつけ医から日常生活上注意するよう言われていることはありますか	はい	いいえ
35	問34で「はい」の場合、その注意事項を記入ください 【かかりつけ医からの注意事項: 】		
36	かかりつけ医から運動についての制限は言われていますか	はい	いいえ
37	現在、市の介護予防教室または老人クラブその他のサークル、地域の活動に参加していますか	はい	いいえ
38	介護予防のためのプログラムとして、次のうちどの内容に関心がありますか(複数回答可) 【①運動中心 ②口腔機能改善 ③栄養改善 ④認知症予防】		

【チェックリストに関する補足説明】

内容が分かりにくい質問（「★」印付き）を抜粋し、その質問に対する補足説明を記載しております。下記の内容を参考にした上で、お答えください。

2	日用品の買い物をしていますか
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。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。	
3	預貯金の出し入れをしていますか
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、ご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。	
4	友人の家を訪ねていますか
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。	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか
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。	
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
時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。	
8	15分くらい続けて歩いていますか
屋内、屋外等の場所は問わず、15分くらい続けて歩いていれば「はい」となります。	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか
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。	
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ていますか
本人は物忘れがあると思っても、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。	
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
誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。携帯電話の「電話帳機能」のように名前を調べて電話する場合は、「はい」となります。	

基本チェックリスト・介護予防に関するお問い合わせ先

お住まいの地区	相談場所・連絡先
梶野町、関野町、緑町、本町2・3丁目、桜町1・3丁目	小金井きた地域包括支援センター（桜町1-9-5） 電話 042-388-2440
本町6丁目、前原町、貫井南町	小金井みなみ地域包括支援センター（前原町5-3-24）電話 042-388-8400
東町、中町、本町1丁目	小金井ひがし地域包括支援センター（中町2-15-25）電話 042-386-6514
本町4・5丁目、桜町2丁目、貫井北町	小金井にし地域包括支援センター（貫井北町2-5-5）電話 042-386-7373

基本チェックリストの自己チェックの仕方

チェックリスト 質問番号	質問からの介護予防の見方	介護予防の支援が必要とされる場合 (回答の「はい」・「いいえ」の「1」 の項目に該当する数)
No.1～No.20	生活機能全般の機能低下がないか	No.1～No.20 のうち 10 個以上 該当
No.6～No.10	運動器機能の低下がないか	No.6～No.10 のうち 3 個以上該 当
No.11～No.12	栄養が不足していないか	No.11～No.12 のうち 両方 に該 当
No.13～No.15	口腔機能の低下がないか	No.13～No.15 のうち 2 個以上 該当
No.16～No.17	閉じこもりの状態でないか	No.16～No.17 のうち No.16 に該当
No.18～No.20	認知能力の低下がないか	No.18～No.20 のうち 2 個以上 該当
No.21～No.25	「うつ」の可能性がないか	No.21～No.25 のうち 3 個以上 該当