

基本チェックリスト

No	質問項目	回答		得点
1	バスや電車で一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	友人の家を訪ねたり外で会う機会がありますか	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分間位続けてあるいていますか	0. はい	1. いいえ	
9	この1年間にころ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	以下の計算をしてください。この計算の答えが18.5未満になりましたか 体重()kg ÷ 身長()m ÷ 身長()m = () ※この計算は身長に対する体重の割合を調べるためのBMIという指標です	1. はい	0. いいえ	
13	半年前と比べて堅いものがた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る	1. はい	0. いいえ	
24	(ここ2週間)自分が焼く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	

基本チェックリストの結果が別紙に定める基準に該当する場合は事業対象者となりま
該当しない場合は一般介護予防事業をご利用いただけます。

住所 西多摩郡檜原村

氏名 _____ 生年月日 明・大・昭 年 月 日

チェックリスト実施者氏名 _____ (本人が行えなかった場合)

事業対象者に該当する基準

① №1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当（複数の項目に支障）

② №6～10 までの5項目のうち3項目以上に該当（運動機能の低下）

③ №11～12 の2項目のすべてに該当（低栄養状態）

④ №13～15 までの3項目のうち2項目以上に該当（口腔機能の低下）

⑤ №16～17 の2項目のうち№16 に該当（閉じこもり）

⑥ №18～20 までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当（認知機能の低下）

⑦ №21～25 までの5項目のうち2項目以上に該当（うつ病の可能性）