

65歳以上の皆さんへ

「基本チェックリスト」で 今の生活機能の状態を確認しましょう!

問い合わせ先 高齢者支援課 包括支援センター班(西合志庁舎) ☎242-1124

3月初めに「基本チェックリスト」を郵送しています。記入して同封の返信用封筒で返送してください。

基本チェックリストでこのようなことが分かりました

平成20年度の基本チェックリストの実施結果をお知らせします。昨年度は、要介護認定者を除く4,642人に実施しました。基本チェックリストの回答者は4,097人で、生活機能検査実施者は1,055人でした。

☆「生活機能検査」では…

- ・身体計測 ・心電図 ・関節の診察
- ・聴打診(診察) ・お口の健康状態観察
- ・血液検査(血清アルブミン・貧血検査)
- ・唾液の飲み込み検査
- などを行ないます。

<基本チェックリストの回答者内訳>

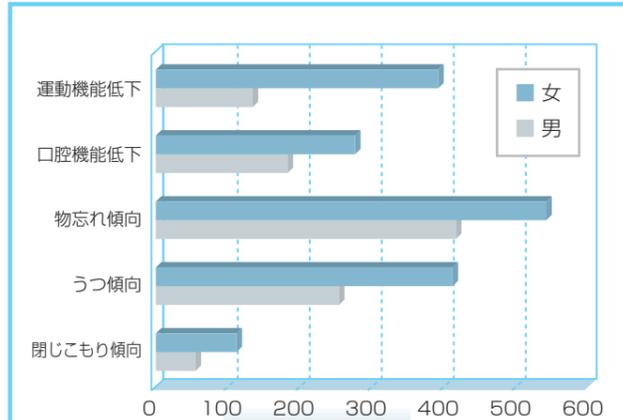


基本チェックリストの75歳以上の人の回答が少ない要因として、後期高齢者健診を希望した人だけに基本チェックリストを実施したことと、75歳ごろより介護認定の方の割合が増える傾向にあるためではないかと考えられます。

<生活機能検査の結果>



年齢があがるにつれて「生活機能低下あり」との診断が増えており、女性で多くみられます。なかでも、70歳以上の女性に低下がみられました。



表から分かったこと

- 「運動機能低下」
男性に比べ女性の方が多くみられました。
(具体例) ・「階段の昇り降りをする時に壁や手すりをつたって行っている」
・「転倒に対する不安が多い」
・「過去一年に転んだことがある」
日ごろから、転倒への不安や危険性を感じている人が多いようです。足腰が弱り、時には転倒などから寝たきりを招くおそれもあります。
- 「物忘れ傾向」
男女ともに最も多く、なかでも男性の73歳以上の人で多くみられました。
- 「閉じこもり傾向」と「うつ傾向」
関連性が強く、70歳以上の女性で多くみられました。

■対象者

65歳以上(平成22年4月1日現在)で、介護保険の認定を受けていない人

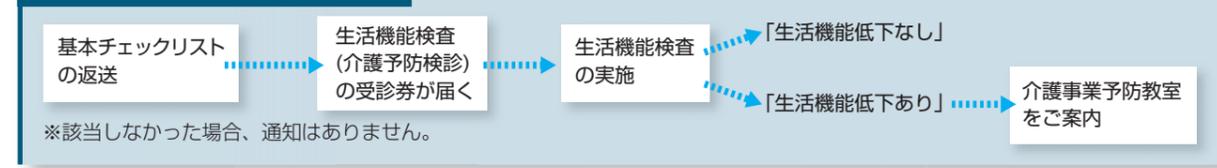
■基本チェックリストとは?

高齢になると、日常生活に必要な生活機能の低下が心配されます。基本チェックリストとは、生活機能の低下を早期に把握するための質問票です。

今回は、基本チェックリストに加えて認知症予防についての質問票を送付しています。一緒に回答をお願いします。

基本チェックリストを提出すると…

「生活機能の低下が心配される人」には生活機能検査の受診券が届きます。検診機関の日程は後日ご案内します。



「基本チェックリスト」は介護予防のための大切な質問票です。3月31日までに返信をお願いします。
※西合志庁舎高齢者支援課、合志庁舎市民課、泉ヶ丘支所、須屋支所でも提出できます。

該当するどちらか一方の□の部分に濃い鉛筆か黒のボールペンで■に塗りつぶしてください。

予防のひと工夫

- ・一行日記をつけることや、時には書いた日記を声に出して読み返してみるなど、頭の体操を行なってみてはどうでしょうか。
- ・買い物、近所の散歩などで外出の機会を作ったり、会話を楽しく気分転換をはかるのはいかがでしょうか。
- ・テレビを見ながら足腰を鍛えられる方法もあります。



・「何かのついでに…」体を動かす機会を作ってみてはどうでしょうか。→片付け、掃除など

結果を
見てみると

- ①から⑤まで
日常生活関連の動作についてお尋ねします
- ⑥から⑩まで
運動機能の状態についてお尋ねします。
- ⑪から⑫まで
栄養状態についてお尋ねします。
- ⑬から⑮まで
口腔機能の状態についてお尋ねします。
- ⑯から⑰まで
閉じこもりについてお尋ねします。
- ⑱から⑳まで
物忘れについてお尋ねします。
- ㉑から㉒まで
うつ傾向や気分の落ち込みについてお尋ねします。

No.	質問項目	回答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重の減少がありましたか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
12	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	身長、体重は、小数点第一位までご記入ください	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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いわれますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ

※身長・体重の記入例 (身長150.5cm 体重40.5kgの場合)

身長	1	5	0	5	cm	体重	4	0	5	kg
----	---	---	---	---	----	----	---	---	---	----

手書き数字の記入文字は、以下の字体を記入してください。

