

令和6年度

65歳以上で市内在住の方限定

足腰の衰え  
を感じる…

スーパーに行く  
のが大変…

「またできるようにになりたい！」を  
サポートします

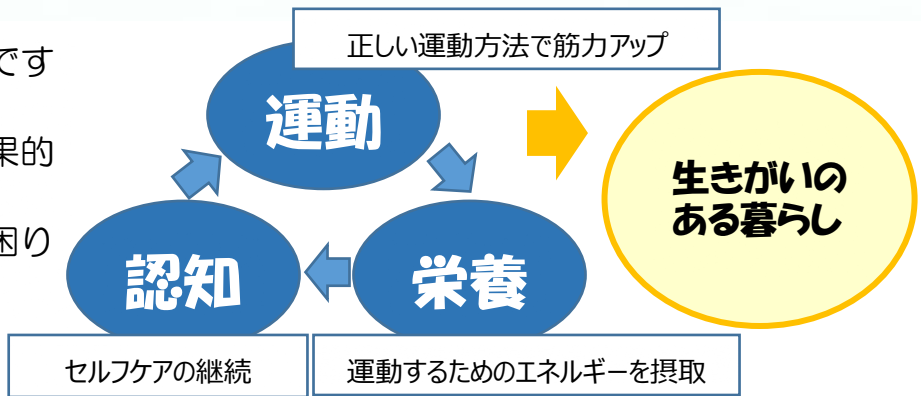


## 短期集中予防サービスを 利用してみませんか？

3か月の短期間、運動等を行う教室です  
(無料・送迎付)。

専門職があなたの状態に合わせた効果的  
なプログラムを提供します。

筋力等の向上により、生活のなかの困り  
ごとを解決することを目指します。



### 利用対象者

①基本チェックリスト(裏面参照)で、②～④、⑥に該当した方

例えば、次のリストのうち、**3つ以上**の項目にあてはまり、日常生活に困りごとの  
ある方はご相談ください。

- ・階段をのぼるのに手すりが必要
- ・椅子から立ち上がる時、手すりや杖が必要
- ・15分くらい続けて歩くことができない
- ・この1年間に転んだことがある
- ・転倒に対する不安が大きい

あてはまる数は

個

②要支援1で、介護保険の運動系のサービスを利用していない方

利用希望の方は、裏面基本チェックリストをご記入の上、お住いの地域包括支援センターに  
ご連絡ください。

「お問い合わせはこちらまで…」 市外局番：0480

久喜中央地域包括支援センター(久喜市役所内) ☎22-1111 (内 3273・3274)

久喜東地域包括支援センター(ふれあいセンター久喜・社会福祉協議会内) ☎23-8845

菖蒲地域包括支援センター(菖蒲行政センター・社会福祉協議会内) ☎85-8131

栗橋地域包括支援センター(栗橋行政センター・社会福祉協議会内) ☎52-7835

鷲宮地域包括支援センター(鷲宮行政センター・社会福祉協議会内) ☎58-9131

# 久喜市基本チェックリスト

記入日： 年 月 日( )

氏名：

生年月日： 年 月 日

携帯電話：

住所： 久喜市

①-⑦に該当した方は、生活機能低下の心配があります。お住いの地域包括支援センターにご相談ください。

回答欄の当てはまる方に「○」をして、合計の点数で判断します。

No.	質問項目	回答		計	
		はい	いいえ		
1	バスや電車で一人で外出していますか	0	1	点	①日常生活に必要な機能全般 No.1～20が10点以上で生活機能低下の心配
2	日用品の買い物をしていますか	0	1		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0	1		
4	友人の家を訪ねていますか	0	1		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0	1		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0	1	点	⇒ ②運動の機能 3点以上で足腰の筋力低下の心配
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	1		
8	15分間続けて歩いていますか	0	1		
9	この1年間に転んだことがありますか	1	0		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1	0	点	⇒ ③栄養状態 2点以上で栄養不足の心配
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1	0		
12	BMIが18.5未満ですか (BMI=体重□kg÷身長□m÷身長□m) (注)	1	0	点	⇒ ④口腔の機能 2点以上で口腔機能低下の心配
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	0		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1	0		
15	口の渇きが気になりますか	1	0	点	⇒ ⑤閉じこもり No.16に該当で閉じこもりの心配
16	週に1回以上は外出していますか	0	1		
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1	0	点	⇒ ⑥認知機能 1点以上で認知機能の低下の心配
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	0		
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	1		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1	0	点	⑦うつ 2点以上でうつの心配
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1	0		
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	0		
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1	0		
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1	0		
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1	0	点	

(注) 例えば、体重60kg、身長165cm (1.65m) の人の場合  $60 \div 1.65 \div 1.65 = 22$

久喜市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメント等の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、基本チェックリスト、アセスメントシートを、久喜市、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名