

“基本チェックリスト”で元気なうちから介護予防をしましょう！

下の「基本チェックリスト」で、定期的に自己チェックを行い、心身の状況に応じた介護予防に積極的に取り組みましょう。



★太わくの中をすべて記入してください。

No.	質問項目		いずれかに「○」をお付けください		「1.」の数を記入
1	日常生活の状況	バスや電車で1人で外出していますか	はい	1.いいえ	(ア) 個
2		日用品の買物をしていますか	はい	1.いいえ	
3		預貯金の出し入れをしていますか	はい	1.いいえ	
4		友人の家を訪ねていますか	はい	1.いいえ	
5		家族や友人の相談にのっていますか	はい	1.いいえ	
6	筋肉や関節の状態	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	1.いいえ	(イ) 個
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	はい	1.いいえ	
8		15分位続けて歩いていますか	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	いいえ	
10		転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	いいえ	
11	栄養状態	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	いいえ	(ウ) 個
12		肥満度(BMI)が18.5未満ですか (※)肥満度=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 例)身長150cmで体重50kgの場合 50(kg)÷1.5(m)÷1.5(m)=22.2	1.はい	いいえ	
13	お口の状況	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	いいえ	(エ) 個
14		お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	いいえ	
15		口の渇きが気になりますか	1.はい	いいえ	
16	閉じこもり・物忘れ	週に1回以上は外出していますか	はい	1.いいえ	(オ) 個
17		昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	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	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	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	いいえ	
21	心の状態	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい	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	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	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	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	いいえ	

【判定】

下記のいずれかに当てはまる場合は、体の機能が低下している心配がありますので、介護予防への取り組みをおすすめします。



- ・ (ア) ~ (オ) の合計が10個以上
- ・ (イ) が3個以上
- ・ (ウ) が2個
- ・ (エ) が2個以上

<お問い合わせ>

お住まいの地域包括支援センター

または

介護福祉課

☎ 32-6347