

介護予防のための基本チェックリスト

自己チェック用

No.	質問事項	回答		得点
暮らしづくり①	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	
No.1～5の合計				

- ①「はい」「いいえ」のどちらかに○をつけます。
②○をつけた方の数字を得点欄に書きます。

運動機能	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分位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	
No.6～10の合計				

生活機能の低下が認められますので、介護予防事業への参加をお勧めします。
地域包括支援センターへご相談ください。

3点以上

運動器の機能向上

栄養状態	11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	
	BMIが18.5未満ですか			
12 身長()体重()BMI()	1. はい	0. いいえ		
※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)				
No.11～12の合計				

2点以上

栄養改善

お口の状態	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はありますか	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	
No.13～15の合計				

2点以上

口腔機能向上

暮らしづくり②	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	
No.18～20の合計				

1点以上

閉じこもり予防

1点以上

認知症予防

10点以上

運動・栄養・口腔・脳トレ教室のいずれかの事業

No.1～20の合計				
------------	--	--	--	--

心の健康状態	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.21～25の合計				

2点以上

うつ病予防

上記に該当しなかった方
生活機能の低下はありません。どなたでも参加できる介護予防事業に参加しましょう。

(注) お体の状態により、ご希望の教室にご参加いただけない場合や、医師への相談が必要な場合があります。