

1. 毎日の健康

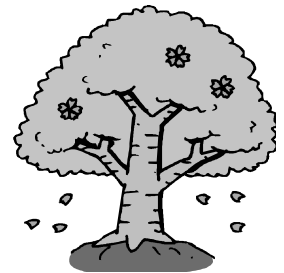
1-14

私の元気度 チェックしたい

介護予防チェックリストで、からだところの元気度をチェックしてみましょう。

番号	質問項目	回答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	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
6	階段を手すりや壁をつたわら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
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	(BMI =) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)	1. 18.5未満	0. 18.5以上
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

介護予防チェックリストとは、いきいきとした生活が送れるように、心身の衰えがないか、日常生活を振り返るものです。



- 1～20の項目のうち「1.」が10個以上 ⇒ 生活機能の低下の心配があります
 6～10の項目のうち「1.」が3個以上 ⇒ 運動機能の低下の心配があります
 11と12の項目の2つともが「1.」 ⇒ 栄養状態の低下の心配があります
 13～15の項目のうち「1.」が2個以上 ⇒ 噛む力やお口の働きの低下の心配があります

上記にあてはまる方は、介護予防事業の対象者かもしれません。
いきいき支援センターや保健所にご相談ください。

お問合せ先

西保健所 保健予防課 TEL.(052)523-4619
 西区北部いきいき支援センター TEL.(052)505-8343
 西区南部いきいき支援センター TEL.(052)532-9079
 西区南部いきいき支援センター分室 TEL.(052)562-5775