

～ 介護予防のための基本チェックリスト ～



No.	質問項目	回答		判定 ピンク色の欄に 当てはまった数
社会参加	1 バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ	No.1～20のうち 10項目以上
	2 日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ	
	3 預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ	
	4 友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ	
	5 家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ	
運動器	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	いいえ	No.6～10のうち 3項目以上
	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	いいえ	
	8 15分間位続けて歩いていますか	はい	いいえ	
	9 この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ	
	10 転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ	
栄養	11 6か月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか	はい	いいえ	No.11・12 の2項目
	12 身長()cm 体重()kg BMI() (*BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 18.5未満なら「はい」)	はい	いいえ	
口腔	13 半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	No.13～15のうち 2項目以上
	14 お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ	
	15 口の渇きが気になりますか	はい	いいえ	
閉じこもり	16 週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	No.16に該当
	17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ	
物忘れ	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	はい	いいえ	No.18～20のうち 1項目以上
	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	いいえ	
	20 今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ	
こころ	21 (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ	No.21～25のうち 2項目以上
	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	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	はい	いいえ	
	24 (ここ2週間)自分が役に立つ人間だとは思えない	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	はい	いいえ	