

# 介護予防のために、 「基本チェックリスト」を活用して、今の自分の状態を知りましょう

岡長寿福祉課 ☎443-2061

| 質問項目 |                                                                                  | 「はい」か「いいえ」に<br>○をつけてください |      |
|------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------|
| ①    | バスや電車で1人で外出していますか                                                                | はい                       | ★いいえ |
| 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 |
| ⑥    | 階段を手すりや壁をつたわずに上っていますか                                                            | はい                       | ★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                                                     | はい                       | ★いいえ |
| ⑧    | 15分くらい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  |
| ⑪    | 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか                                                         | ★はい                      | いいえ  |
| ⑫    | BMI[体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)]が18.5未満ですか<br>(例) 体重60kg、身長150cmの場合: BMI=60÷1.5÷1.5=約26.7 | ★はい                      | いいえ  |
| ⑬    | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか                                                          | ★はい                      | いいえ  |
| ⑭    | お茶や汁物など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  |
| ⑯    | 週に1回以上は外出していますか                                                                  | はい                       | ★いいえ |
| 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  |
| 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言われますか                                                | ★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                       | ★いいえ |
| ⑳    | 今日が何月何日かわからないときがありますか                                                            | ★はい                      | いいえ  |
| ㉑    | (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない                                                             | ★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                                                 | ★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  |

## 上記の項目に該当した方が利用できるサービス

主に口腔機能の状態について、○が2個以上ついた方へ

### 歯科医院で口腔ケアサービスを受けませんか

口腔機能が低下している方を対象に、かむ力・飲み込む力を向上するためのトレーニングや唾液の分泌を促すマッサージ・口腔ケア指導などを行います(要介護者を除く)。

**対象** 市内在住で65歳以上の、口腔機能低下に該当する方または要支援1・2の方など

**場所** 指定する歯科医院 **費用** 1,430円(全5回)

※申込方法など詳細は、地域包括支援センターまたは長寿福祉課に問い合わせてください。



14ページの質問項目で当てはまるものにチェックをし、15ページで確認しましょう。  
下記の項目に該当することがあれば、地域包括支援センターに相談してください。

地域包括支援センター連絡先▶



|                     |                                                                                             |                                    |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 生活機能全般<br>について      | ①～②⑩で「★」に○がついた<br>生活が不活発になっており、心身がより早く衰える恐れがあります。                                           | 特に注意が必要な<br>○の数の目安<br><b>10個以上</b> |
| 運動器の機能の<br>状態について   | ⑥～⑩で「★」に○がついた<br>筋力が衰えていることから、活動が不活発になったり、転倒などから寝たきりを招くことがあります。<br>必要な介護予防 → 運動器の機能向上       | 特に注意が必要な<br>○の数の目安<br><b>3 個以上</b> |
| 栄養状態について            | ⑪・⑫で「★」に○がついた<br>低栄養になると、筋力が衰えたり、病気にかかりやすくなったりと、衰弱しやすくなります。<br>必要な介護予防 → 栄養改善               | 特に注意が必要な<br>○の数の目安<br><b>2 個</b>   |
| 口腔機能の<br>状態について     | ⑬～⑮で「★」に○がついた<br>口腔機能が低下すると、食べたり飲み込んだりしにくくなるため、低栄養や肺炎など、全身の健康状態が悪化します。<br>必要な介護予防 → 口腔機能の向上 | 特に注意が必要な<br>○の数の目安<br><b>2 個以上</b> |
| 閉じこもり気味か<br>どうかについて | ⑯で「★」に○がついた<br>家に閉じこもりがちだと心身の活動が少ないため、全身の衰弱や認知症、うつなどを招きやすくなります。<br>必要な介護予防 → 閉じこもり予防・支援     |                                    |
| 認知症の可能性の<br>有無について  | ⑱～⑳で「★」に○がついた<br>初期の認知症の可能性あります。<br>認知症は予防と早期発見・早期対応が重要です。<br>必要な介護予防 → 認知予防・支援             | 特に注意が必要な<br>○の数の目安<br><b>1 個以上</b> |
| うつの可能性の<br>有無について   | ㉑～㉓で「★」に○がついた<br>うつになると活動量が減って心身が衰えるだけでなく、自殺などの危険もあります。<br>必要な介護予防 → うつ予防・支援                | 特に注意が必要な<br>○の数の目安<br><b>2 個以上</b> |

主に運動器の機能の状態について、○が3個以上ついた方へ

## パワーリハビリテーション教室を受けませんか

マシンを使ったトレーニングを3カ月間行います(要介護者を除く)。

**対象** 市内在住で65歳以上の、運動機能低下に該当する方または要支援1・2の方など

**場所** 市内の通所事業所(約20カ所)

**費用** 5,472円(全24回) ※別途保険料が必要です。

※申込方法など詳細は、地域包括支援センターまたは長寿福祉課に問い合わせてください。



イメージ