

# 筋力マップで楽しく動きましょう!

高齢期は加齢とともに筋肉量や筋力が減少します。転倒や運動不足をきっかけに活動量が減少することで、更に生活機能の低下を招きやすくなります。そのような悪循環を防ぐために、積極的な運動をこころがけましょう!



## フレイルリスク度セルフチェック

以下の設問に答えて、「はい」または「いいえ」を選択してください。

### 体力

- |   |                              |     |                          |     |                          |
|---|------------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1 | この一年間に転んだことがありますか            | いいえ | <input type="checkbox"/> | はい  | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 1kmぐらいの距離を不自由なく続けて歩くことができますか | はい  | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 目は普通に見えますか(注:眼鏡を使った状態でもよい)   | はい  | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 家の中でよくつまづいたり、滑ったりしますか        | いいえ | <input type="checkbox"/> | はい  | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 転ぶことが怖くて外出を控えることがありますか       | いいえ | <input type="checkbox"/> | はい  | <input type="checkbox"/> |
| 6 | この一年間に入院したことがありますか           | いいえ | <input type="checkbox"/> | はい  | <input type="checkbox"/> |

### 栄養

- |    |                                     |     |                          |     |                          |
|----|-------------------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 7  | 最近、食欲はありますか                         | はい  | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> |
| 8  | 現在、たいていの物は嚙んで食べられますか(注:入れ歯を使ってもよい)  | はい  | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> |
| 9  | この6か月間に3kg以上の体重減少がありましたか            | いいえ | <input type="checkbox"/> | はい  | <input type="checkbox"/> |
| 10 | この6か月間に、以前に比べてからだの筋肉や脂肪が落ちてきたと思いますか | いいえ | <input type="checkbox"/> | はい  | <input type="checkbox"/> |

### 社会

- |    |   |     |                          |     |                          |
|----|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 11 | 一日中家の外には出ず、家の中で過ごすことが多いですか                  | いいえ | <input type="checkbox"/> | はい  | <input type="checkbox"/> |
| 12 | ふだん、2~3日に1回程度は外出しますか(注:庭先のみやゴミ出し程度の外出は含まない) | はい  | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> |
| 13 | 家の中あるいは家の外で、趣味・楽しみ・好きでやっていることがありますか         | はい  | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> |
| 14 | 親しくお話ができる近所の方はいますか                          | はい  | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> |
| 15 | 近所の人以外で、親しく行き来するような友達、別居家族または親戚はいますか        | はい  | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> |

### チェック結果

点

黒枠内の合計が4点以上の場合には要注意です。フレイル予防を始めましょう。(○1つにつき1点)

(出典:東京都健康長寿医療センター研究所)

### 問合せ

小樽市医療保険部介護保険課 〒047-8660 小樽市花園2丁目12番1号  
TEL 0134-32-4111 (内線313) FAX 0134-27-6711 MAIL kaigo@city.otaru.lg.jp