



# 心身の健康チェック「基本チェックリスト」をしましょう！

各質問の「はい」「いいえ」の当てはまるほうに○をつけてください。

| 質問項目 |           | 回答(どちらかに○)                                                                                                                                          |                                                                          |
|------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 1    | 生活状況      | 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    | 運動器機能     | 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                                                                  |
| 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                                                                  |
| 11   | 低栄養       | 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が18.5未満ですか(以下のとおり計算します)<br>(計算) BMI =<br>体重 <input type="text"/> kg ÷ 身長 <input type="text"/> m ÷ 身長 <input type="text"/> m<br>(体重と身長のみ記入でも良いです) | ★はい<br>いいえ<br>※BMIとは体重指数のことで、<br>22が標準、25以上が肥満、<br>18.5未満が低体重とされていま<br>す |
| 13   | 口腔機能      | 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                                                                  |
| 16   | 閉じこもり     | 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   | もの忘れ      | 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                                                                  |
| 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                                                                  |
| 21   | 気分<br>の状態 | (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                                                                  |

○を付けた回答の★の数を集計(機能低下の判定)してみましょう。

| 判定項目  |                | ★の数   | 判定基準                                                                      |
|-------|----------------|-------|---------------------------------------------------------------------------|
| 生活全般  | 質問1から20までの★の数  |       | 4つの判定項目のうち、ひとつでも判定基準に該当する場合は、生活機能の低下が心配される方です。<br>全<br>て該当しない場合は、お元気な方です。 |
| 運動器機能 | 質問6から10までの★の数  | 10個以上 |                                                                           |
| 低栄養   | 質問11と12の★の数    | 3個以上  |                                                                           |
| 口腔機能  | 質問13から15までの★の数 | 2個    |                                                                           |
|       |                |       | 2個以上                                                                      |

※ 基本チェックリストおよび生活機能検査の内容を介護予防のため、地域包括支援センター及び在宅介護支援センター等の関係機関への情報提供することに了承のうえ、提出してください。