

基本チェックリスト(厚生労働省作成)

| No | 質問項目 | 回答 | 得点 | |
|-------------|--------------|--|--------------|------|
| 暮らしぶりその1 | 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 | 日用品の買い物をしていますか | 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 | |
| | | No.1~5の合計 | | |
| 運動器関係 | 6 | 階段を手すりや壁をつたわ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ますか | 0. はい 1. いいえ | |
| | 8 | 15分間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 | |
| | | No.6~10の合計 | 3点以上 | |
| 栄養・口腔機能等の関係 | 11 | 6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少はありましたか | 1. はい 0. いいえ | |
| | 12 | 身長(cm) 体重(kg) (*BMI 18.5未満なら該当) *BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)) | 1. はい 0. いいえ | |
| | | | No.11~12の合計 | 2点以上 |
| | 13 | 半年前に比べて堅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 | | |
| | | No.13~15の合計 | 2点以上 | |
| 暮らしぶりその2 | 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 | |
| | | No.18~20の合計 | | |
| | | No.1~20までの合計 | 10点以上 | |
| こころ | 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こと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 | |
| | | No.21~25の合計 | | |

チェック方法

回答欄のはい、いいえの前にある数字(0または1)を得点欄に記入してください。

基本チェックリストの結果の見方

基本チェックリストの結果が、下記に該当する場合、市町村が提供する介護予防事業を利用できる可能性があります。お住まいの市町村や地域包括支援センターにご相談ください。

- 項目6~10の合計が3点以上
- 項目11~12の合計が2点
- 項目13~15の合計が2点以上
- 項目1~20の合計が10点以上