

～基本チェックリストで生活機能の確認をしてみませんか～

1 自分の生活を振り返ってみましょう！



基本チェックリストとは・・・

【目的】

生活機能の低下にいち早く気づき、改善に向けた取組につなぐためのものです。

【対象者】

65歳以上のかた

【チェック方法】

基本チェックリストの回答欄の「はい」「いいえ」のいずれかに「○印」をつけて下さい。

(質問事項12については、計算結果をメモしておいて下さい。)

質 問 事 項	回 答			
	※ いずれかに○をつけて下さい。			
1 バスや電車で1人で外出していますか。	はい	いいえ	① 生活機能全般	
2 日用品の買物をしていますか。	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昇っていますか。	はい	いいえ		② 運動
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		③ 栄養
10 転倒に対する不安は大きいですか。	はい	いいえ		
11 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	はい	いいえ		④ 口腔
12 身長 cm 体重 kg (BMI=) ※ BMI=体重 ÷身長(m) ÷身長(m) 18.5未満該当				
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 お茶や汁物等でむせることがありますか。	はい	いいえ	⑤ 外出	
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	⑥ もの忘れ	
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いわれますか。	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	⑦ こころの健康	
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 (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		



2 生活機能が低下していないか確認してみましょう！



基本チェックリストの結果

回答欄の **色付き** の○印の数が、以下に当てはまる方は次のような可能性があります。

① 問1から問20で色付きに
10個以上○印がついたかた

【生活機能全般】が低下している可能性があります。

② 問6から問10で色付きに
3個以上○印がついたかた

普段の生活に必要な【運動機能】が低下している可能性があります。

③ 問11の色付きに○印がつき、
問12が18.5未満のかた

体重減少が見られる方やBMI(肥満度を示す体格指数《標準値は22.0》)が18.5未満の方は【低栄養】の可能性がります。

④ 問13から問15で色付きに
2個以上○印がついたかた

食べたり飲み込んだりする【口の機能】が低下している可能性があります。

⑤ 問16の色付きに○印がついているかた

外出の頻度が少なく【閉じこもりがち】になっている可能性があります。

⑥ 問18から問20で色付きに
1個以上○印がついているかた

【もの忘れ】が進行する可能性があります。

⑦ 問21から問25で色付きに
2個以上○印がついているかた

気力が低下するなど【こころの健康】に不調をきたしている可能性があります。

★上記の①から⑦のうち一つでも該当された方は、市または地域包括支援センター職員が、介護予防のためのアドバイスをしますので、お気軽にお問い合わせください。

★該当しない方も、定期的に基本チェックリストで生活機能を確認してみましょう。

