

## 基本チェックリスト(厚生労働省作成)

登録時    6カ月後    1年後    2年後

氏名 \_\_\_\_\_

記入日 20\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

登録番号 \_\_\_\_\_

\* 患者・家族の方をお願いします。下記質問には、はい、いいえどちらかに○をつけてください。

| No. | 質問項目                                  | 回答               |        | 得点 |
|-----|---------------------------------------|------------------|--------|----|
| 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 |    |
|     |                                       |                  |        |    |
| 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あがっていますか          | 0. はい            | 1. いいえ |    |
| 8   | 15分くらい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)  |        |    |
| 11  | 6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか              | 1. はい            | 0. いいえ |    |
| 12  | 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMIは18.5未満ですか | 1. はい            | 0. いいえ |    |
|     |                                       | No.11~12の合計(≥2点) |        |    |
| 13  | 半年前に比べて固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) |        |    |
| 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「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれますか    | 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.1~20の合計(≥10点) |        |    |
| 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      |        |    |

## 基本チェックリストの質問項目の意図

基本チェックリストの質問事項には、次のような意図が含まれています。

- 1～5 の項目...日常生活関連動作について
- 6～10 の項目...運動器の機能について
- 11.12 の項目...低栄養状態かどうか
- 13～15 の項目...口腔機能について
- 16.17 の項目...閉じこもりについて
- 18～20 の項目...認知症について
- 21～25 の項目...うつについて

※21～25の項目に関しては「一時的なもの」ではなく、「ここ2週間継続して感じている」かどうか

## 基本チェックリストによる判定方法

基本チェックリストによる判定は、主に以下のような基準で行われます。

- 1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当(複数の項目に支障あり)
- 6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当(運動機能の低下)
- 11.12 の 2 項目のすべてに該当(低栄養状態)
- 13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当(口腔機能の低下)
- 16.17 の 2 項目のうち No.16 に該当(閉じこもり)
- 18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当(認知機能の低下)
- 21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当(うつ病の可能性)

それぞれの質問は、ご本人の心身の状況についての概要を把握する上で必要です。しかし、1回の判定だけで、その人のすべての心身の状況が分かるわけではありません。どの程度の頻度でチェックを行えば良いかという基準はありません。

しかし、ご本人の心身の状況の変化に応じて、回答の内容にも変化が出てきます。体や心の変化に気づいたら、再度基本チェックリストのチェックを受けてみることも良いでしょう。

公益財団法人長寿科学振興財団 健康長寿ネット

<https://www.tyojyu.or.jp/net/kaigo-seido/chiiki-shien/kihonchekkurisuto.html>