

介護予防のアセスメント [1] 基本チェックリスト

氏名	(ふりがな)	調査日	事前
			事後

項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		課題領域	
				事前	事後	主領域	副領域
生活機能	1	バスや電車で1人で外出していますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
	2	日用品の買い物をしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	他
	4	友人の家を訪ねていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
運動機能	6	階段や手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	生
	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	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	生
	8	15分位続けて歩いていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	社
	9	この一年間に転んだことがありますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			運	健
栄養改善	10	転倒に対する不安は大きいですか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			運	社
	11	6ヵ月で2~3kg以上の体重減少がありましたか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	生
	12	事前 身長 cm 体重 kg =BMI 事後 身長 cm 体重 kg =BMI				健	生
	13	半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	生
口腔機能	14	お茶や汁等でむせることがありますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	生
	15	口の渇きが気になりますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	生
閉じこもり	16	週一回以上外出していますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	生
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			社	生
認知機能	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 言われますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
	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:少し時々 2:いいえ			健	他
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
うつ	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
	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	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
	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 感じる	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
	24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
	25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
合計(点数)							

※ 課題領域 : (運) 運動・移動, 日常 (生) 活, (社) 会参加・対人交流, (健) 康管理・療養, (他) の課題 (ものわすれ・うつ・経済・支援利用)
 ※ 副領域は “ 予防サービス・支援計画書 ” 作成の際の参考とする

介護予防のアセスメント [2] 追加項目

項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		課題領域	
				事前	事後	主領域	副領域
運動	1	自宅内を物を持って歩けますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	生
	2	自宅の外を物を持って歩けますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	社
	3	ズボン、スカートを立ったまま、支えなしではけますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	生
栄養 食生活	4	食事の用意をしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
	5	定期的に3食とっていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
	6	主食・主菜（肉・魚、卵・乳製品、大豆製品）・副菜をとっていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
寝具管理	7	布団の出し入れ、シーツ交換・布団干しをしていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
更衣	8	季節・場所に応じた服装ができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
	9	寝間着や肌着の着替えができますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
入浴・整容	10	一人で体を洗うことができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
	11	顔や髪、爪をきちんと整えることができますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
排泄	12	排泄に関する心配がありませんか（尿もれ、便秘、下痢）	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	社
口腔	13	歯や義歯を磨いたり、口腔の手入れをしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	生
	14	自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	生
洗濯・掃除	15	洗濯をしたり、干し物を取り込み、元の位置にしまっていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	運
	16	家の中や家のまわりの片付けや掃除などをしていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	運
	17	ごみの分別やごみ出しをしていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	運
認知	18	火の始末や戸締りはできますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	他
	19	前の晩に食べたものを思い出せますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
閉じこもり	20	趣味や楽しみ、好きでしていることがありますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	生
	21	日中寝ないで起きて過ごしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	生
	22	家庭の事で決まった仕事や役割がありますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	生
	23	親族、友人、隣近所と付き合いや談笑ができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	他
健康管理	24	催し物や地域の活動などに参加しますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	他
	25	定期的な診察、あるいは1年に1度健診を受けていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
	26	薬はきちんと飲んでいますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
	27	食事内容の注意を守っていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	生
うつ	28	散歩や体操を（週1回以上）していますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	運
	29	十分な睡眠はとれていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
	30	あなたは普段健康だと思いますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他

* すべての行為ができていれば「はい」ひとつでも欠けていれば「少し・時々」すべてできていなければ「いいえ」

合計(点数)

総合計(点数)

		事前	事後
主領域合計	運動		
	生活		
	社会		
	健康		
総合計			