

介護予防アセスメント[1]基本チェックリスト

フリガナ 氏名		調査日		事前			
				事後			
項目	番号	確認内容	事前評価尺度	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	◎. 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	◎. 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	◎. 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	◎. 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	◎. はい 1. 少し時々 2. いいえ			生	社
運動機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	◎. 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	◎. 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	◎. はい 1. 少し時々 2. いいえ			運	社
	9	この1年間に転んだことがありますか	◎. いいえ 1. 少し時々 2. はい			運	健
	10	転倒に対する不安は大きいですか	◎. いいえ 1. 少し時々 2. はい			運	社
栄養改善	11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	◎. いいえ 1. 少し時々 2. はい			健	生
	12	身長 cm 体重 kg BMI #DIV/0! 身長 cm 体重 kg BMI	BMI 標準体重(kg)=身長(m)の2乗×22 ※高齢者ではフレイル予防、生活習慣予防の両方を配慮し、BMIは21.5～24.9以下が目標となっています。			健	生
口腔機能	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	◎. いいえ 1. 少し時々 2. はい			健	生
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	◎. いいえ 1. 少し時々 2. はい			健	生
	15	口の渴きが気になりますか	◎. いいえ 1. 少し時々 2. はい			健	生
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	◎. 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	◎. いいえ 1. 少し時々 2. はい			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いわれますか (難聴 ある・なし)	◎. いいえ 1. 少し時々 2. はい			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	◎. 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	◎. いいえ 1. 少し時々 2. はい			健	他
うつ	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	◎. いいえ 1. 少し時々 2. はい			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	◎. いいえ 1. 少し時々 2. はい			健	他
	23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	◎. いいえ 1. 少し時々 2. はい			健	他
	24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	◎. いいえ 1. 少し時々 2. はい			健	他
	25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	◎. いいえ 1. 少し時々 2. はい			健	他
合計(点数)				0	0		

※課題領域

主領域 運＝運道・移動 生＝日常生活 社＝社会参加・対人交流 健＝健康管理・療養
他＝物忘れ・うつ・経済・支援利用

副領域 予防サービス・支援計画書作成の際の参考とする

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	◎. 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	◎. 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	◎. 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	◎. 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	◎. 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*	◎. 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*	◎. 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	◎. 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*	◎. 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	◎. 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*	◎. 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	◎. 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	◎. 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噛みしめられますか	◎. はい	1. 少し時々	2. いいえ			健	生
洗濯・清掃	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*	◎. 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 *	◎. 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 *	◎. はい	1. 少し時々	2. いいえ			生	運
認知	18	火の始末や閉じまりはできますか *	◎. 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	◎. 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はありますか	◎. 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	◎. 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はありますか	◎. 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	◎. 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	◎. はい	1. 少し時々	2. いいえ			社	他
	25	受けているものに丸をつける (定期的な診察 ・ 1年に1度の検診)	◎. はい	1. 少し時々	2. いいえ			健	他
	26	薬はきちんと飲んでいきますか	◎. 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	◎. 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	◎. 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	◎. 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	◎. はい	1. 少し時々	2. いいえ			健	他

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

合計(点数)	0	0
総合計(点数)	0	0

		事前	事後
主領域合計	運動	0	0
	生活	0	0
	社会	0	0
	健康	0	0
総合計		0	0

【生活機能評価(アセスメント)】

氏名	(フリガナ) 0	調査日	1900年1月0日
	0		

		事前	現状	見通し	事後予測	
運動・移動	屋内歩行					
	屋外歩行					
	外出頻度					
ADL	排泄					
	食事					
	入浴					
	着脱衣					
日常生活(家庭生活)	掃除					
	洗濯					
	買物					
	調理					
	ごみ出し					
	金銭管理					
	コミュニケーション	電話				
		社会参加				
健康管理	通院					
	服薬					
IADL	電話					
	社会参加					

【判定基準】

自立度 困難度と 改善可能性	自立		一部介助		全介助	
	楽に できる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

興味・関心チェックシート

(フリガナ) _____ 0
 氏名: _____ 0 _____ 年齢: _____ 歳 性別: _____ 記入日: _____ 1900/1/0

～記入の仕方～

- ・現在しているものには「している」の列に○を記入。
- ・現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に○を記入。
- ・する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を記入。
- ・どれにも該当しないものは「している」の列に×を記入。
- ・リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グランドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
				ブー			

生活行為向上マネジメント

(出典)「平成25年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」一般社団法人 日本作業療法士協会(2014.3)

口腔の状況

記入日
1900/1/0

(フリガナ) 〇
(氏名) 〇

1日の歯磨きの回数は？ 1日 () 回

舌は磨きますか？ はい いいえ

口の中の痛みはありますか？
 はい () いいえ

噛めない食事はありますか？
 ある (何が噛めないか→) ない

※入歯を使用している方のみ記入してください

入れ歯を洗う回数は？ 1日 () 回

義歯のぐらつきはありますか？
 はい () いいえ

歯磨き粉は使いますか？ はい いいえ

ポリデント（入歯洗浄剤）は使いますか？
 はい (1. 毎日 2. 週に2~3回 3. たまに)
 いいえ

いつ使用しますか？
 1日中つけて夜間外す 食事のときだけ使用
 外出時だけ使用 寝る時も使用
 その他 ()

• 歯がないところはXにしてください
• 入れ歯のところは丸で囲んでください

〇入れ歯はあるが使用していない

1日食事内容を記入

1日の水分摂取量 ()

アレルギー 有 () ・ 無

該当するものに〇を付けてください。

① 主食 ご飯 (朝 昼 夕) パン (朝 昼 夕)
 麺類 (朝 昼 夕) 芋類 (朝 昼 夕)

② たんぱく質食品 朝 (卵 肉 魚 豆腐 納豆 なし)
 昼 (卵 肉 魚 豆腐 納豆 なし)
 夕 (卵 肉 魚 豆腐 納豆 なし)

③ 乳製品 有 (牛乳 ヨーグルト チーズ) 無

④ 野菜 食べる (朝 昼 夕) 食べない

⑤ 味噌汁・スープ類 飲む (朝 昼 夕) 飲まない

⑥ 主食の盛り (大盛 普通 小盛)
 副菜の皿 (大 中 小)

⑦ 間食 有 () 無

◆ 薬 情

現在、利用者様が飲んでいるお薬の情報を添付してください。

◆ 血液検査データ

利用者様の血液検査のデータを
添付してください。