

基本チェックリストとアセスメントシートの関連項目

基本チェックリスト		アセスメントシート	
IADL			
1	バスや電車で1人で外出していますか	4	布団の出し入れ、ベッドの整え、シーツ交換、布団干しをしていますか
2	日用品の買い物をしていますか	5	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
3	預貯金の出し入れをしていますか	6	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
4	友人の家を訪ねていますか	7	ごみの分別やごみ出しをしていますか
5	家族や友人の相談にのっていますか	13	食事の用意をしていますか
ADL			
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	1	自宅内を食器や洗濯物などの物を持って歩けますか
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	2	外出時、かばんや荷物などの物を持って歩けますか
8	15分位続けて歩いていますか	3	ズボン・スカートを立ったまま、支えなしで着脱できますか
9	この1年間に転んだことがありますか	9	寝間着や肌着の着替えができますか
10	転倒に対する不安は大きいですか	10	一人で体を洗うことができますか
		11	洗顔、ひげそり(男性)等を行い、髪を整えていますか
		12	爪の手入れができますか
		18	尿もれ、便秘、下痢など、排泄に関する心配がありますか
		19	歯や入れ歯を磨いたり、口腔の手入れをしていますか
社会参加			
16	週に1回以上は外出していますか	26	趣味や楽しみ、好きでしていることはありますか
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	27	日中寝ないで起きて過ごしていますか
		28	家庭で決まった仕事や役割はありますか
		29	親族、友人、隣近所との付き合いや談笑する機会がありますか
		30	催し物や地域の活動などに参加していますか
栄養			
11	6か月間で2～3kg 以上の体重減少がありましたか	14	毎日、定期的に食事をしていますか

12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注)	15	主食・主菜(肉、魚、卵、乳製品、大豆製品)・副菜(野菜、海藻など)をバランスよく食べていますか
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか		
15	口の渴きが気になりますか		
健康管理			
26	この3か月間で1週間にわたる入院をしましたか	21	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
27	かかりつけ医等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか	22	薬はきちんと飲んでいますか
28	この6か月以内に心臓発作または脳卒中をおこしましたか	23	食事内容に指導を受け、その注意を守っていますか
29	重い高血圧(収縮期血圧 180mmHg以上、拡張期血圧 110mmHg以上)がありますか	24	散歩や体操を週1回以上していますか
30	糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能低下、あるいは低血糖などがあると指摘されていますか		
31	この1年間で心電図に運動を制限するような異常があるといわれましたか		
うつ			
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感が無い	25	十分な睡眠は取れていますか
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		
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		
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない		
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする		
認知			
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るですか	8	季節・場所に応じた服装ができますか
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	16	火の始末や戸締りはできますか
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	17	前の晩に食べたものを思い出せますか

