

Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

7 疾患既往歴

1) 要支援者又は特定高齢者となった原因は何ですか。

(当てはまるもの全てに○) (初回のみ回答必要)

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 1. 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等） | 2. 心臓病            |
| 3. がん（悪性新生物）       | 4. 呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等） |
| 5. 関節疾患（リウマチ等）     | 6. 認知症            |
| 7. パーキンソン病         | 8. 糖尿病            |
| 9. 視覚・聴覚障害         | 10. 骨折・転倒         |
| 11. 高齢による衰弱        | 12. その他           |
| 13. 不明             |                   |

2) 要支援者又は特定高齢者となった原因に廃用症候群（生活不活発病）がありますか。

(当てはまるもの1つに○) (初回のみ回答必要)

1. あり                      2. なし                      3. 不明

Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

8 過去3カ月間の入院

1) 過去3カ月間に入院しましたか。(当てはまるもの1つに○)

1. はい

2. いいえ

→ 1-1) 「1. はい」の場合は、それぞれの入院ごとに、「入院年月日」、「入院期間」、「入院の原因となった疾患」を記入してください。なお、入院の原因となった疾患については、以下の枠内から選んで記入してください。

	入院年月日	入院期間	入院の原因となった疾患 (下の枠内から1つだけ 選んでください。)
(例)	平成18年4月6日	10日間	1
1回目	平成____年____月____日	____日間	
2回目	平成____年____月____日	____日間	
3回目	平成____年____月____日	____日間	
4回目	平成____年____月____日	____日間	

【 入院の原因となった疾患の種類 】

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 1. 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等） | 2. 心臓病            |
| 3. がん（悪性新生物）       | 4. 呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等） |
| 5. 関節疾患（リウマチ等）     | 6. 認知症            |
| 7. パーキンソン病         | 8. 糖尿病            |
| 9. 視覚・聴覚障害         | 10. 骨折・転倒         |
| 11. 高齢による衰弱        | 12. その他           |
| 13. 不明             |                   |

## Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

### 9 基本チェックリスト

以下の項目につき、「はい」か「いいえ」のいずれかに○を付けてください。

質問項目	回答	
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上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8) 15分位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
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 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg	1. はい	0. いいえ
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
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「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	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
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

(注) 12)については、BMI（＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)）が18.5未満の場合に「1. はい」とする。

## Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

### 10 生活の質（QOL）

このアンケートは、あなたがご自分の健康をどのように考えているかをお伺いするものです。あなたが毎日どのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知る上で参考になります。

以下の項目について、それぞれ一番よく当てはまるもの1つに○を付けてください。

1) 全体的にみて、過去1カ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

(一番よく当てはまるもの1つに○)

- |          |             |
|----------|-------------|
| 1. 最高に良い | 2. とても良い    |
| 3. 良い    | 4. あまり良くない  |
| 5. 良くない  | 6. ぜんぜん良くない |

2) 過去1カ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。( 一番よく当てはまるもの1つに○ )

- |                    |              |
|--------------------|--------------|
| 1. ぜんぜん妨げられなかった    | 2. わずかに妨げられた |
| 3. 少し妨げられた         | 4. かなり妨げられた  |
| 5. 体を使う日常活動ができなかった |              |

3) 過去1カ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。( 一番よく当てはまるもの1つに○ )

- |                  |              |
|------------------|--------------|
| 1. ぜんぜん妨げられなかった  | 2. わずかに妨げられた |
| 3. 少し妨げられた       | 4. かなり妨げられた  |
| 5. いつもの仕事ができなかった |              |

4) 過去1カ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。

(一番よく当てはまるもの1つに○)

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. ぜんぜんなかった | 2. かすかな痛み   |
| 3. 軽い痛み     | 4. 中くらいの痛み  |
| 5. 強い痛み     | 6. 非常に激しい痛み |

Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

5) 過去1カ月間、どのくらい元気でしたか。(一番よく当てはまるもの1つに○)

- |                |              |
|----------------|--------------|
| 1. 非常に元気だった    | 2. かなり元気だった  |
| 3. 少し元気だった     | 4. わずかに元気だった |
| 5. ぜんぜん元気でなかった |              |

6) 過去1カ月間に、家族や友人とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。(一番よく当てはまるもの1つに○)

- |                 |              |
|-----------------|--------------|
| 1. ぜんぜん妨げられなかった | 2. わずかに妨げられた |
| 3. 少し妨げられた      | 4. かなり妨げられた  |
| 5. つきあいができなかった  |              |

7) 過去1カ月間に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）に、どのくらい悩まされましたか。(一番よく当てはまるもの1つに○)

- |                 |              |
|-----------------|--------------|
| 1. ぜんぜん悩まされなかった | 2. わずかに悩まされた |
| 3. 少し悩まされた      | 4. かなり悩まされた  |
| 5. 非常に悩まされた     |              |

8) 過去1カ月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などのふだんの行動）が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。(一番よく当てはまるもの1つに○)

- |                  |              |
|------------------|--------------|
| 1. ぜんぜん妨げられなかった  | 2. わずかに妨げられた |
| 3. 少し妨げられた       | 4. かなり妨げられた  |
| 5. 日常行う活動ができなかった |              |

## Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

### 11 社会的支援

実際に困ったことや、体の具合が悪くなったことが最近ない場合は、もしそのような事態が発生した場合、どうなるだろうかとすることを仮定して記入してください。

1) 困ったときの相談相手がありますか。(当てはまるもの1つに○)

1. はい    0. いいえ

2) 体の具合が悪いときの相談相手がありますか。(当てはまるもの1つに○)

1. はい    0. いいえ

3) 日常生活を援助してくれる人がいますか。(当てはまるもの1つに○)

1. はい    0. いいえ

4) 具合が悪いとき病院に連れて行ってくれる人がいますか。(当てはまるもの1つに○)

1. はい    0. いいえ

5) 寝込んだとき身のまわりの世話をしてくれる人はいますか。(当てはまるもの1つに○)

1. はい    0. いいえ

## Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

### 12 睡眠等の状態

1) 過去1カ月間の就床時刻（消灯時刻）は、規則的ですか不規則ですか。

（当てはまるもの1つに○）

1. 規則的

2. 不規則（2時間以上変動）

→ 1-1) 「1. 規則的」と回答した方は、それは何時何分ごろですか。

（ 1. 午後    2. 午前 ）（    ）時（    ）分頃

2) 就床時刻（消灯時刻）から寝付くまでの時間はどのくらいでしたか。

（当てはまるもの1つに○）

1. 15分未満

2. 15分以上30分未満

3. 30分以上60分未満

4. 60分以上

3) 過去1カ月間の起床時刻（日中に向けての行動開始時刻、寝たきりの場合はしっかりとした朝の覚醒時刻）は、規則的ですか不規則ですか。

（当てはまるもの1つに○）

1. 規則的

2. 不規則（2時間以上変動）

→ 3-1) 「1. 規則的」と回答した方は、それは何時ごろですか。

（ 1. 午後    2. 午前 ）（    ）時頃

Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

4) 過去1カ月間に、就床時刻から起床時刻までの夜中に、目が覚めることがありましたか。(当てはまるもの1つに○)

1. あり                                  2. なし

→ 4-1) 「1. あり」と回答した方は、どのくらいの頻度でしたか。  
(当てはまるもの1つに○)

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1. 週に1回未満 | 2. 週に1~2回 |
| 3. 週に3回以上 | 4. ほぼ毎日   |

→ 4-2) 「1. あり」と回答した方は、目が覚めている時間はどのくらいでしたか。  
(当てはまるもの1つに○)

- |               |                |
|---------------|----------------|
| 1. 30分未満      | 2. 30分以上60分未満  |
| 3. 60分以上90分未満 | 4. 90分以上120分未満 |
| 5. 120分以上     |                |

5) 過去1カ月間に、昼寝（日中の睡眠）がありましたか。(当てはまるもの1つに○)

1. あり                                  2. なし

→ 5-1) 「1. あり」と回答した方は、どのくらいの頻度でしたか。  
(当てはまるもの1つに○)

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1. 週に1回未満 | 2. 週に1~2回 |
| 3. 週に3回以上 | 4. ほぼ毎日   |

→ 5-2) 「1. あり」と回答した方は、その時間はどのくらいでしたか。

約（        ）時間（        ）分／1日当たり

6) 過去1カ月間の目覚めはいかがですか。(当てはまるもの1つに○)

- |            |           |
|------------|-----------|
| 1. よい      | 2. まあまあよい |
| 3. あまりよくない | 4. 悪い     |



## Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

### 13 認知的活動

以下の項目について、それぞれ当てはまるもの1つに○を付けてください。

#### 1) テレビを見る。(当てはまるもの1つに○)

- |           |           |         |
|-----------|-----------|---------|
| 1. ほとんど毎日 | 2. 週に数回   | 3. 月に数回 |
| 4. 年に数回   | 5. 年に1回以下 |         |

#### 2) ラジオを聞く。(当てはまるもの1つに○)

- |           |           |         |
|-----------|-----------|---------|
| 1. ほとんど毎日 | 2. 週に数回   | 3. 月に数回 |
| 4. 年に数回   | 5. 年に1回以下 |         |

#### 3) 新聞を読む。(当てはまるもの1つに○)

- |           |           |         |
|-----------|-----------|---------|
| 1. ほとんど毎日 | 2. 週に数回   | 3. 月に数回 |
| 4. 年に数回   | 5. 年に1回以下 |         |

#### 4) 雑誌を読む。(当てはまるもの1つに○)

- |           |           |         |
|-----------|-----------|---------|
| 1. ほとんど毎日 | 2. 週に数回   | 3. 月に数回 |
| 4. 年に数回   | 5. 年に1回以下 |         |

#### 5) 本を読む。(当てはまるもの1つに○)

- |           |           |         |
|-----------|-----------|---------|
| 1. ほとんど毎日 | 2. 週に数回   | 3. 月に数回 |
| 4. 年に数回   | 5. 年に1回以下 |         |

#### 6) トランプ、麻雀などのゲームをする。(当てはまるもの1つに○)

- |           |           |         |
|-----------|-----------|---------|
| 1. ほとんど毎日 | 2. 週に数回   | 3. 月に数回 |
| 4. 年に数回   | 5. 年に1回以下 |         |

## Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

### 14 落ち込みやすさ

年をとってくると、うつ状態になることも多くなってきますが、適切な支援により改善することも分かってきましたので、適切な評価が必要となっています。これは、世界中で最も広く行われている「うつ検査」です。

なお、最近の様子（1カ月間程度）について聞く評価項目であり、若いころからの性格や人生観について聞くものではありません。

以下の項目につき、「はい」か「いいえ」のいずれかに○を付けてください。

質問項目	回答	
1) 基本的に自分の人生に満足している。	1. はい	2. いいえ
2) 活動や興味がかなり減った。	1. はい	2. いいえ
3) 人生は空虚だと感じる。	1. はい	2. いいえ
4) 飽きてしまうことが多い。	1. はい	2. いいえ
5) たいていいつも元気がある。	1. はい	2. いいえ
6) 何か悪いことが自分の身に降りかかるのではないかと恐れている。	1. はい	2. いいえ
7) たいていいつも幸せである。	1. はい	2. いいえ
8) 無力感を覚えることが多い。	1. はい	2. いいえ
9) 外出したり何か新しいことをするより、家にいる方がいい。	1. はい	2. いいえ
10) 普通の人より、記憶に障害が多いと感じる。	1. はい	2. いいえ
11) 今生きていることは素晴らしいと思う。	1. はい	2. いいえ
12) 今の自分の生き方には価値がないと感じる。	1. はい	2. いいえ
13) エネルギーに溢れている。	1. はい	2. いいえ
14) 自分の状況には望みがない。	1. はい	2. いいえ
15) 他の多くの人は、自分よりいい状態（いい人生を送っている）と思う。	1. はい	2. いいえ

Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

15 ふだんの過ごし方

以下の項目について、それぞれ当てはまるもの1つに○を付けてください。

1) 日中、おもに過ごす場所はどこですか。(当てはまるもの1つに○)

- |                  |          |
|------------------|----------|
| 1. 自宅外           | 2. 自宅敷地内 |
| 3. 自宅屋内（自分の部屋以外） | 4. 自分の部屋 |

2) 日中、おもな過ごし方はどれですか。(当てはまるもの1つに○)

- |               |             |
|---------------|-------------|
| 1. 自宅外の仕事（役割） | 2. 家の仕事（役割） |
| 3. 趣味         | 4. 主にテレビ    |
| 5. その他        | 6. 特になし     |

Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

**16** 口腔機能の状態

以下の項目について、当てはまるもの1つに○を付けてください。

1) 自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛しめられますか。

(当てはまるもの1つに○)

1. 両方できる

2. 片方だけできる

3. どちらもできない

Ⅱ 利用者本人（又は家族）が記入するか、地域包括支援センターにおいて聞き取って記入してください。

17 活動（移動・歩行）

1) 屋外を歩いていますか。（当てはまるもの1つに○）

1. 遠くへも一人で歩いている
2. 近くなら一人で歩いている
3. 誰かと一緒なら歩いている
4. ほとんど外は歩いていない
5. 外は歩いていない

2) 杖類、装具、車いすを使っていますか。（当てはまるもの全てに○）

1. 使っていない
2. 杖類を使っている
3. 装具を使っている
4. 車いすを使っている

3) 日中どのくらい体を動かしていますか。（当てはまるもの1つに○）

1. 外でもよく動いている
2. 家の中ではよく動いている
3. 座っていることが多い
4. 時々横になっている
5. ほとんど横になっている