|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施事業所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）  送付先：自宅・包括・居宅・その他（住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名前：　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 氏　名 | |  | 男　　女 | 生年月日  年　　　　　月　　　　日 | | | |
| 住　　所 | |  | | | 電話 | | |
| № | 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伝わらずにのぼっていますか | | | | | 0.はい | 1.いいえ |
| ７ | いす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分間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 |
| 11 | 6ヶ月間で２～３kg以上の体重減少はありましたか | | | | | 1.はい | 0.いいえ |
| 12 | 身長（　　　　　）cm　　体重（　　　　　　）kg　※BMI（　　　　　　　　　） | | | | | 1.はい | 0.いいえ |
| 13 | 半年前に比べて堅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「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか | | | | | 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 | 今日が何月何日か分からないときがありますか | | | | | 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 |
| ※ＢＭＩ＝体重（㎏）÷身長（ｍ）÷身長（ｍ）が１８．５未満の場合に該当とする。 | | | | | | | |

**基本チェックリスト**

⇒2項目以上該当

⇒1項目以上該当

⇒No.16に該当

⇒2項目以上該当

⇒2項目

該当

⇒3項目以上該当

⇒10項目以上該当

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 複数項目該当 | 運動機能低下 | 低栄養状態 | 口腔機能低下 | 閉じこもり | 認知機能低下 | うつ病の可能性 |
| No.1～20  /20 | No.6～10  /5 | No.11～12  /2 | No.13～15  /3 | No.16～17  /2 | No.18～20  /3 | No.21～25  /5 |

☆いずれかに該当

☆介護予防・生活支援サービス事業対象者　　□該当　　　□非該当

⇒一般介護予防事業

⇒裏面へ

生活援助のサービス提供に関するチェック項目

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 項　目 | | | 特記事項 |
| １ | 家族状況 | □独居　　□高齢者世帯  □同居者が障がい・病気・要介護状態 | |  |
| ２ | 食事回数 | １日３食 | ０　点 |  |
|  |  | 1日２食 | ０　点 |
|  |  | １日１食 | １　点 |
|  |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | １　点 |
| ３ | 調理 | できる | ０　点 |  |
|  |  | 行っていないが能力がある | ０　点 |
|  |  | 一部できる | １　点 |
|  |  | できない | １　点 |
| ４ | 掃除 | できる | ０　点 |  |
|  |  | 行っていないが能力がある | ０　点 |
|  |  | 一部できる | １　点 |
|  |  | できない | １　点 |
| ５ | 洗濯 | できる | ０　点 |  |
|  |  | 行っていないが能力がある | ０　点 |
|  |  | 一部できる | １　点 |
|  |  | できない | １　点 |
| ６ | ゴミ出し | できる | ０　点 |  |
|  |  | 行っていないが能力がある | ０　点 |
|  |  | 一部できる | １　点 |
|  |  | できない | １　点 |
| ７ | 買い物 | できる | ０　点 |  |
|  |  | 行っていないが能力がある | ０　点 |
|  |  | 一部できる | １　点 |
|  |  | できない | １　点 |
| 合計　　　　　　　点 | | | | |

No.１に該当　　かつ　　No.2～7で　　2点以上　　⇒　**生活援助の必要性が高い**

酒田市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメント等の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを、酒田市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係するものに提示することに同意します。

　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　氏名