

[別紙2] 抑うつ高齢者地域ケア事業二次アセスメント聞き取り票

当てはまる項目にチェックしながら、聞き取りを行ってください。  
項目に該当した場合、右上の□にチェックを入れてください。

<b>A1 抑うつ気分</b> <input type="checkbox"/>			
A1	悲しかったり、落ち込んだり、憂うつだったりすること がありますか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→A2
A1 a	その状態は2週間以上続いていますか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→A2
A1 b	その状態はほとんど毎日、ほとんど一日中続いていますか	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→A2
<b>A2 興味・喜びの喪失</b> <input type="checkbox"/>			
A2	仕事や趣味、普段楽しみにしている事など、たいていの ことに興味が持てないですか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→ A3
A2 a	その状態は2週間以上続いていますか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→ A3
A2 b	その状態はほとんど毎日、ほとんど一日中続いていますか	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→ A3
<b>A3 食欲の減退または増加（減退）</b> <input type="checkbox"/>			
A3-1	いつもより食欲がないですか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→ A3-2
A3-1 a	その状態は2週間以上続いていますか	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→ A3-2
A3-2	減量していないのに体重が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→ A3-3
A3-2 a	いつもの体重と比べて、今はどのくらい減りましたか	( ) kg 減少	
A3-2 a	3kg/月以上の減少がある	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→ A3-3
<b>A3 食欲の減退または増加（増加）</b> <input type="checkbox"/>			
A3-3	いつもより食欲がずっと増えていますか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→ A3-4
A3-3 a	その状態は2週間以上続いていますか	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→ A3-4
A3-4	食欲が非常に増し、体重が増えていますか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→A4
A3-4 a	いつもの体重と比べて、今はどのくらい増えましたか	( ) kg 増加	
A3-4 a	3kg/月以上の増加がある	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→A4
<b>A4 睡眠障害</b> <input type="checkbox"/>			
A4-1	ほとんど毎日眠れないですか、寝つきが悪かったり、夜 中に起きたり朝非常に早く目覚めたりする事はありませんか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→ A4-2
A4-1 a	その状態は2週間以上続いていますか	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→ A4-2
A4-2	毎日眠り過ぎますか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→A5
A4-2 a	その状態は2週間以上続いていますか	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→A5
<b>A5 精神運動の障害（制止）</b> <input type="checkbox"/>			
A5-1	話し方や動作が普段より遅くなっていますか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→ A5-2
A5-1 a	その状態は2週間以上続いていますか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→ A5-2
A5-1 b	話し方や動作が遅くなったと誰かに言われますか	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→ A5-2

<b>A5 精神運動の障害（焦燥）</b>			<input type="checkbox"/>
A5-2	いつも動き回っていなくてはならない。つまり、じっと座ってられず、うろろろしていたり、座っている間も手をじっとさせてられなかつたりしますか。	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→A6
A5-2a	その状態は2週間以上続いていますか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→A6
A5-2b	いつも動き回っていると誰かに言われますか	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→A6
<b>A6 疲れやすさ・気力の減退</b>			<input type="checkbox"/>
A6	いつもより疲れたり、気力が低下していると感じていますか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→A7
A6-a	その状態は2週間以上続いていますか	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→A7
<b>A7 強い罪悪感</b>			<input type="checkbox"/>
A7	自分は価値の無い人間であると感じたり、罪悪感を感じたりしていますか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→A8
A7-a	その状態は2週間以上続いていますか	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→A8
<b>A8 決断困難/思考力減退/集中力減退</b>			<input type="checkbox"/>
A8-1	物事に集中するのが普段より難しいですか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→ A8-2
A8-1a	その状態は2週間以上続いていますか	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→ A8-2
A8-2	普段より考える速度がずっと遅くなったり、考えがまとまらなくなったりしていますか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→ A8-3
A8-2a	その状態は2週間以上続いていますか	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ A8-3
A8-3	普段なら問題なく決められることが、なかなか決められなくなっていますか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→A9
A8-3a	その状態は2週間以上続いていますか	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→A9
<b>A9 自殺への思い</b>			<input type="checkbox"/>
A9-1	死について何度も考えたりしますか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→ A9-2
A9-1a	その状態は2週間以上続いていますか	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→ A9-2
A9-2	気分がひどく落ち込んで自殺について考える事がありますか	<input type="checkbox"/> はい↓	<input type="checkbox"/> いいえ→ A項目評価
A9-2a	その状態は2週間以上続いていますか	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→ A項目評価
A9-3	どうやって自殺するか具体的な計画を立てましたか	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→ A項目評価
	どのようなやり方で自殺しようと考えましたか (具体的内容 実際に自殺しようとしていましたか	<input type="checkbox"/> はい↓ *項目該当	<input type="checkbox"/> いいえ→ A項目評価

氏 名 ( )  
 実施日 ( 平成 年 月 日 )  
 調査者 ( )