

フレイルティ評価票

FR-IC Index (Frailty-Intrinsic capacity Index)

この評価票の利用の
てびき・問い合わせ先
は右のQRコードから
ご覧いただけます。



☆のついた項目は、心身の複合的能力を表す内在的能力 (Intrinsic capacity、WHO提唱) の算出に使用できます。詳しくは右上 QR コードからご確認ください。

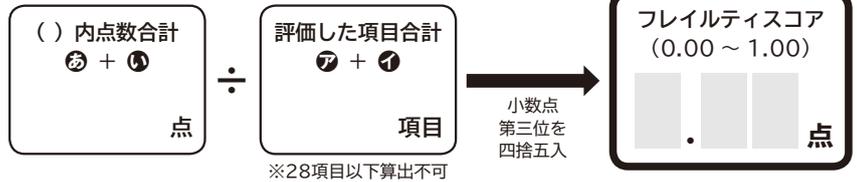
検査日 年 月 日

氏名

※本人以外が記入する場合、以下に記入者の氏名も記載

記入者
氏名

年齢 歳 性別 男・女



基本的日常生活活動 (「見守り」は「一部介助」を選択)

				評価 不能	()内 点数
1	全ての入浴動作が自分でできますか。 ※シャワー浴、自分で浴槽内で入浴。	<input type="checkbox"/> 自立 (0)	<input type="checkbox"/> 一部介助 (0.5)	<input type="checkbox"/> 全介助 (1)	<input type="checkbox"/>
2	全ての衣類や靴、装具やコルセットの着脱ができますか。	<input type="checkbox"/> 自立 (0)	<input type="checkbox"/> 一部介助 (0.5)	<input type="checkbox"/> 全介助 (1)	<input type="checkbox"/>
3	全てのトイレ動作が自分でできますか。 ※ポータブルトイレや尿器を使用して洗浄などもできる。 手すりや福祉用具を使用しているが自分で全てできる。	<input type="checkbox"/> 自立 (0)	<input type="checkbox"/> 一部介助 (0.5)	<input type="checkbox"/> 全介助 (1)	<input type="checkbox"/>
4	車椅子やベッドの移乗が全て自分でできますか。	<input type="checkbox"/> 自立 (0)	<input type="checkbox"/> 一部介助 (0.5)	<input type="checkbox"/> 全介助 (1)	<input type="checkbox"/>
5	失禁がなく排便や排尿コントロールが可能ですか。 ※坐薬や浣腸を使ってもよい。脊椎損傷者などは収尿器の着脱や清掃管理ができていないこと。	<input type="checkbox"/> 自立 (0)	<input type="checkbox"/> 一部介助 (0.5)	<input type="checkbox"/> 全介助 (1)	<input type="checkbox"/>
6	自分で食事をとり適切な時間内に食べることができますか。 ※自助具を自分で装着して食事を食べることができる。	<input type="checkbox"/> 自立 (0)	<input type="checkbox"/> 一部介助 (0.5)	<input type="checkbox"/> 全介助 (1)	<input type="checkbox"/>

手段的日常生活活動 (いずれも、ふだんしない方は、それをすると仮定した場合として)

				評価 不能	()内 点数
7	一般的な家事を一人で大方こなすことができますか。 ※家事には、食事の準備や洗濯等以外に、日曜大工や庭仕事を含めてもよい。	<input type="checkbox"/> はい (0)	<input type="checkbox"/> いいえ (1)	<input type="checkbox"/>	
8	携帯電話を使うことができますか。 ※スマートフォンを含む。	<input type="checkbox"/> はい (0)	<input type="checkbox"/> いいえ (1)	<input type="checkbox"/>	

移動能力★ (いずれも、杖、歩行器等の補助具の使用可※車椅子の自走も含む)

				評価 不能	()内 点数
9	家 (屋内) の中での移動は一人でできますか。	<input type="checkbox"/> 自立 (0)	<input type="checkbox"/> 一部介助 (0.5)	<input type="checkbox"/> 全介助 (1)	☆
10	15分位続けて歩いていますか。 ※ふだん歩く機会のない方は、15分歩けるか。	<input type="checkbox"/> はい (0)	<input type="checkbox"/> いいえ (1)	<input type="checkbox"/>	☆

外出

				評価 不能	()内 点数
11	週に1回以上、外出していますか。 ※デイサービス利用などを含む。	<input type="checkbox"/> はい (0)	<input type="checkbox"/> いいえ (1)	<input type="checkbox"/>	

転倒

				評価 不能	()内 点数
12	転倒に対する不安がありますか。	<input type="checkbox"/> ない (0)	<input type="checkbox"/> 少し不安 (0.5)	<input type="checkbox"/> とても不安 (1)	

視力★

				評価 不能	()内 点数
13	目がよく見えますか。 ※眼鏡・コンタクトなどの使用時を含む。	<input type="checkbox"/> 見える (0)	<input type="checkbox"/> あまり見えない (0.5)	<input type="checkbox"/> まったく見えない (1)	☆

聴力★

				評価 不能	()内 点数
14	耳がよく聞こえますか。 ※補聴器などの使用時を含む。	<input type="checkbox"/> 聞こえる (0)	<input type="checkbox"/> あまり聞こえない (0.5)	<input type="checkbox"/> まったく聞こえない (1)	☆

引き続き 15 ~ 35 にもお答えください。

表面 (1 ~ 14)
小計

()内点数合計 =

5

評価した項目数 =

7 / 14

疾 病 (次の病気を診断されたことがありますか)				評価 不能	()内 点数	
15	脳血管疾患 (脳梗塞、脳出血 等)	<input type="checkbox"/> はい (1)	<input type="checkbox"/> いいえ (0)	<input type="checkbox"/>		
16	心血管疾患 (狭心症、心筋梗塞 等)	<input type="checkbox"/> はい (1)	<input type="checkbox"/> いいえ (0)	<input type="checkbox"/>		
17	悪性腫瘍 (がん)	<input type="checkbox"/> はい (1)	<input type="checkbox"/> いいえ (0)	<input type="checkbox"/>		
18	糖尿病	<input type="checkbox"/> はい (1)	<input type="checkbox"/> いいえ (0)	<input type="checkbox"/>		
19	パーキンソン病	<input type="checkbox"/> はい (1)	<input type="checkbox"/> いいえ (0)	<input type="checkbox"/>		
20	関節リウマチ または 変形性関節症	<input type="checkbox"/> はい (1)	<input type="checkbox"/> いいえ (0)	<input type="checkbox"/>		
服 薬				評価 不能	()内 点数	
21	毎日、お薬を 5 種類以上飲んでますか。	<input type="checkbox"/> はい (1)	<input type="checkbox"/> いいえ (0)	<input type="checkbox"/>		
睡 眠				評価 不能	()内 点数	
22	よく眠れていますか。*睡眠薬服用時は「いいえ」とする。	<input type="checkbox"/> はい (0)	<input type="checkbox"/> まずまず (0)	<input type="checkbox"/> いいえ (1)	<input type="checkbox"/>	
栄 養				評価 不能	()内 点数	
23	BMI(体格指数:体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	70 歳未満の方 ▶	<input type="checkbox"/> 18.5 未満 (1)	<input type="checkbox"/> 18.5 以上 (0)	<input type="checkbox"/>	
		70 歳以上の方 ▶	<input type="checkbox"/> 20 未満 (1)	<input type="checkbox"/> 20 以上 (0)		
24	6 か月間で、2 kg 以上の (意図しない) 体重減少はありましたか。	<input type="checkbox"/> はい (1)	<input type="checkbox"/> いいえ (0)	<input type="checkbox"/>		
口 腔 ・ 嚥 下				評価 不能	()内 点数	
25	硬いものが食べにくいですか。*義歯などの使用時を含む。	<input type="checkbox"/> はい (1)	<input type="checkbox"/> いいえ (0)	<input type="checkbox"/>		
26	お茶や汁物などでむせることがありますか。	<input type="checkbox"/> はい (1)	<input type="checkbox"/> いいえ (0)	<input type="checkbox"/>		
活 力*				評価 不能	()内 点数	
27	食欲はありますか。	<input type="checkbox"/> はい (0)	<input type="checkbox"/> いいえ (1)	<input type="checkbox"/>	☆	
28	自分から挨拶したり、話しかけたりしますか。	<input type="checkbox"/> 自分から挨拶する、話しかける (0)			<input type="checkbox"/>	☆
		<input type="checkbox"/> 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔で応じる (0.5)				
		<input type="checkbox"/> 反応しない (1)				
認 知 機 能*				評価 不能	()内 点数	
29	新聞、本や雑誌などの書物を読んだり、テレビやラジオの教養番組を視聴したりしていますか。	<input type="checkbox"/> はい (0)	<input type="checkbox"/> いいえ (1)	<input type="checkbox"/>	☆	
30	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。	<input type="checkbox"/> はい (1)	<input type="checkbox"/> いいえ (0)	<input type="checkbox"/>	☆	
社 会 関 係				評価 不能	()内 点数	
31	仕事・ボランティア・趣味の会などに参加していますか。 社会参加が難しい場合には、施設や家庭などでの役割 (家事、人の世話、相談相手など) がありますか。	<input type="checkbox"/> はい (0)	<input type="checkbox"/> いいえ (1)	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> はい (0)	<input type="checkbox"/> いいえ (1)	<input type="checkbox"/>		
32	一日一回以上、誰かと話をしていますか。*医療従事者等も含む。	<input type="checkbox"/> はい (0)	<input type="checkbox"/> いいえ (1)	<input type="checkbox"/>		
33	あなたに気を配ったり思いやりしてくれる 人はいますか。*医療従事者等も含む。	<input type="checkbox"/> 何人もいる(0)	<input type="checkbox"/> 少しはいる (0)	<input type="checkbox"/> まったく いない (1)	<input type="checkbox"/>	
こ ころ*				評価 不能	()内 点数	
34	生活のなかに何か楽しみがありますか。	<input type="checkbox"/> ある (0)	<input type="checkbox"/> 少しはある (0)	<input type="checkbox"/> まったく ない (1)	<input type="checkbox"/>	☆
35	振り返ってみると、「自分はよくやってきた」と 思いますか。	<input type="checkbox"/> そうだ (0)	<input type="checkbox"/> まあそうだ (0)	<input type="checkbox"/> そうでない (1)	<input type="checkbox"/>	☆

※「フレイルティ評価票 (FR-IC Index)」は AMED の長寿科学研究
開発事業 (JP24dk0110050) の助成を受けて開発しました。
© 国立長寿医療研究センター 老化疫学研究部 FR-IC Index 事務局

裏面 (15~35)
小 計

()内点数合計 =

評価した項目数 =

/ 21