





## 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) 他の多くの人とは、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

### Ⅲ 各サービスを実施する事業所において記入してください。

#### 18 運動器の機能向上を図るための介護予防プログラムの内容等

介護予防ケアプランに含まれる「運動器の機能向上」を図るための介護予防プログラムの内容等について、お答えください。

「1月当たりの実施回数」については、調査開始時は予定される回数を記入し、その後（開始後3カ月毎）は調査月の前月の実績回数を記入してください。

ID 番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏名等

\_\_\_\_\_ (1. 男 2. 女)

記入日

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (項目 18 について)

1) 実施事業者名 ( \_\_\_\_\_ )

2) 運動器の機能向上の開始年月

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

3) 1月当たりの実施回数

月 \_\_\_\_\_ 回

4) 1回当たりの実施時間 (当てはまるもの1つに○)

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. 30分未満      | 2. 30分以上1時間未満 |
| 3. 1時間以上2時間未満 | 4. 2時間以上      |

5) 運動器の機能向上を必要とする理由 (当てはまるもの全てに○)

1. 疾患 (脳梗塞、消化器、呼吸器、腎臓疾患、関節疾患など)
2. 手術・退院直後の運動器の機能低下
3. 口腔及び摂食・嚥下機能の問題
4. 生活における大きな出来事 (死別、転居など) による精神的ストレス
5. 廃用症候群 (生活不活発病)
6. 閉じこもり
7. うつ傾向
8. 認知症
9. その他



### Ⅲ 各サービスを実施する事業所において記入してください。

#### 6) 実施方法 (当てはまるもの全てに○)

1. グループ体操
2. マシンによる筋力増強訓練
3. マシンによらない筋力増強訓練
4. 持久性訓練 (自転車こぎ、水中ウォーキングなど)
5. 日常生活動作に関わる訓練
6. レクリエーション・ゲーム
7. その他

#### 7) 運動器の機能の状態

- ・ 小数点一桁まで記入。
- ・ 「5m歩行時間 (通常速度)」を除き、2回測定し、良い方の値を記入。
- ・ 「握力」及び「開眼片足立ち時間」は、左右のいずれを測定したかに○をつける。

握力	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kg	( 1. 右 2. 左 )
開眼片足立ち時間	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	秒	( 1. 右 2. 左 )
TUG (Timed Up & Go)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	秒	
5m歩行時間 (通常速度)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	秒	
5m歩行時間 (最大速度)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	秒	

#### 8) サービス提供の職種 (当てはまるもの全てに○)

1. 医師
2. 理学療法士
3. 作業療法士
4. 言語聴覚士
5. 保健師
6. 看護師及び准看護師
7. 柔道整復師
8. あん摩マッサージ指圧師
9. その他

#### 9) 過去3カ月間の事故発生 (当てはまるもの1つに○) (初回は回答不要)

1. あり (具体的な内容: \_\_\_\_\_)
2. なし

#### 10) 運動器の機能向上に関する目標の設定 (当てはまるもの1つに○)

1. できている
2. できていない

→ 10-1) 「1. できている」と回答した方 (当てはまるもの1つに○)。

1. 目標に向けて努力している
2. 目標に向けて努力していない

#### 11) 家族による支援の有無 (当てはまるもの1つに○)

1. 積極的な支援あり
2. 消極的な支援あり
3. 支援なし

### Ⅲ 各サービスを実施する事業所において記入してください。

#### 19 栄養改善を図るための介護予防プログラムの内容等

介護予防ケアプランに含まれる「栄養改善」を図るための介護予防プログラムの内容等について、お答えください。

「1月当たりの実施回数」については、調査開始時は予定される回数を記入し、その後（開始後3カ月毎）は調査月の前月の実績回数を記入してください。

ID 番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏名等

\_\_\_\_\_ (1. 男 2. 女)

記入日

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (項目 19 について)

1) 実施事業者名 ( \_\_\_\_\_ )

2) 栄養改善の開始年月

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

3) 1月当たりの実施回数

月 \_\_\_\_\_ 回

4) 実施時間

(1) 初回の栄養相談 (1回当たり) (当てはまるもの1つに○)

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. 30分未満      | 2. 30分以上1時間未満 |
| 3. 1時間以上2時間未満 | 4. 2時間以上      |

(2) 2回目以降の栄養相談 (1回当たり) (当てはまるもの1つに○)

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. 30分未満      | 2. 30分以上1時間未満 |
| 3. 1時間以上2時間未満 | 4. 2時間以上      |

### Ⅲ 各サービスを実施する事業所において記入してください。

#### 5) 低栄養状態のおそれが生ずることとなった理由 (当てはまるもの全てに○)

1. 疾患 (脳梗塞、消化器、呼吸器、腎臓疾患、発熱、風邪など)
2. 手術・退院直後の栄養状態
3. 口腔及び摂食・嚥下機能の問題
4. 生活における大きな出来事 (死別、転居など) による精神的ストレス
5. 廃用症候群 (生活不活発病)
6. 閉じこもり
7. うつ傾向
8. 認知症
9. その他

#### 6) 栄養相談の実施方法 (当てはまるもの全てに○)

1. 通所による個別型 (栄養相談など)
2. 通所による小グループ型 (栄養教育、料理教室など)
3. 訪問による栄養相談等
4. その他

#### 7) 栄養相談において実施したこと (当てはまるもの全てに○)

1. 低栄養状態や栄養改善等に関する情報の提供
2. 食事・食生活への助言
3. 食形態に関する助言
4. 食材料の調達に関する助言
5. 食事づくりに関する技術指導や実演
6. 一般高齢者施策による栄養教室、料理教室などの紹介や調整
7. ボランティアによる支援の紹介や調整
8. 家族による支援に関する助言や調整
9. 配食の支援の紹介や調整
10. 健康補助食品等の紹介や調整
11. その他

### Ⅲ 各サービスを実施する事業所において記入してください。

#### 8) 栄養の状態

##### (1) 体重の変化

現在の体重  kg ・ 不明

1カ月前の体重  kg ・ 不明

3カ月前の体重  kg ・ 不明

6カ月前の体重  kg ・ 不明

##### (2) BMI (体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m))

##### (3) 血清アルブミン値 (当てはまるもの1つに○)

1. 把握している

2. 把握していない

----->  g/dl (測定日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日)

##### (4) 食事摂取量 (当てはまるもの1つに○)

1. 良好 (76%~100%)

2. 不良 (75%以下)

#### 9) サービス提供の職種 (当てはまるもの全てに○)

1. 管理栄養士

2. 栄養士 (栄養管理業務に関し5年以上の実務経験を有する栄養士)

3. その他

#### 10) 過去3カ月間の事故発生 (当てはまるもの1つに○) (初回は回答不要)

1. あり (具体的な内容：\_\_\_\_\_)

2. なし

#### 11) 栄養改善に関する目標の設定 (当てはまるもの1つに○)

1. できている

2. できていない

---> 11-1) 「1. できている」と回答した方 (当てはまるもの1つに○)

1. 目標に向けて努力している

2. 目標に向けて努力していない

#### 12) 家族による支援の有無 (当てはまるもの1つに○)

1. 積極的な支援あり

2. 消極的な支援あり

3. 支援なし

### Ⅲ 各サービスを実施する事業所において記入してください。

#### 20 口腔機能の向上を図るための介護予防プログラムの内容等

介護予防ケアプランに含まれる「口腔機能の向上」を図るための介護予防プログラムの内容等について、お答えください。

「1月当たりの実施回数」については、調査開始時は予定される回数を記入し、その後(開始後3カ月毎)は調査月の前月の実績回数を記入してください。

ID 番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏名等

\_\_\_\_\_ (1. 男 2. 女)

記入日

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (項目 20 について)

1) 実施事業者名 ( \_\_\_\_\_ )

2) 口腔機能の向上の開始年月

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

3) 1月当たりの実施回数

月 \_\_\_\_\_ 回

(1) 言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員等による専門的サービス

月 \_\_\_\_\_ 回

(2) 介護職員等による基本的サービス

月 \_\_\_\_\_ 回

4) 実施時間 (言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員等による専門的サービス)

(1) グループ (1回当たり) (当てはまるもの1つに○)

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. 10分未満      | 2. 10分以上20分未満 |
| 3. 20分以上30分未満 | 4. 30分以上      |

(2) 個別 (1回当たり) (当てはまるもの1つに○)

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. 10分未満      | 2. 10分以上20分未満 |
| 3. 20分以上30分未満 | 4. 30分以上      |

### Ⅲ 各サービスを実施する事業所において記入してください。

#### 5) 口腔機能の向上を必要とする理由 (当てはまるもの全てに○)

1. 疾患 (脳梗塞、消化器、呼吸器、腎臓疾患、発熱、風邪など)
2. 手術・退院直後の口腔機能の低下
3. 口腔ケアの習慣がない (歯みがき、入れ歯の手入れなど)
4. 生活における大きな出来事 (死別、転居など) による精神的ストレス
5. 廃用症候群 (生活不活発病)
6. 閉じこもり
7. うつ傾向
8. 認知症
9. その他

#### 6) 実施方法

##### (1) 言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員等による専門的サービス

(当てはまるもの全てに○。個別・集団の別、部位の別についても当てはまるもの全てに○。)

1. 口腔機能の向上の説明
2. 健口体操
3. 口腔清掃の指導  
-----▶ ( 1. 個別 2. 集団 ) ( 1. 歯 2. 入れ歯 3. 舌 )
4. 口腔清掃の実施  
-----▶ ( 1. 個別 2. 集団 ) ( 1. 歯 2. 入れ歯 3. 舌 )
5. 咀嚼機能訓練  
-----▶ ( 1. 個別 2. 集団 )
6. 嚥下機能訓練  
-----▶ ( 1. 個別 2. 集団 )
7. 構音・発声訓練  
-----▶ ( 1. 個別 2. 集団 )
8. 呼吸法に関する訓練  
-----▶ ( 1. 個別 2. 集団 )
9. 食事姿勢や環境についての指導  
-----▶ ( 1. 個別 2. 集団 )
10. その他

### Ⅲ 各サービスを実施する事業所において記入してください。

#### (2) 介護職員等による基本的サービス

(当てはまるもの全てに○。個別・集団の別、部位の別についても当てはまるもの全てに○。)

1. 健口体操

2. 口腔清掃の実施

-----> ( 1. 個別 2. 集団 ) ( 1. 歯 2. 入れ歯 3. 舌 )

3. 口腔清掃の支援 (声掛け、誘導、機材準備、入れ歯の着脱、確認など)

4. 口腔清掃の介助

-----> ( 1. 歯 2. 入れ歯 3. 舌 )

#### 7) 口腔機能の状態

(1) 口の渇きにより食事や会話に支障がありますか (当てはまるもの1つに○)

1. ない

2. 時々ある

3. いつもある

(2) 反復唾液嚥下テスト (RSST) の回数 (当てはまるもの1つに○)

1. 3回以上

2. 3回未満

(3) 食事をおいしく食べていますか (当てはまるもの1つに○)

1. とてもおいしい

2. おいしい

3. ふつう

4. あまりおいしくない

5. おいしくない

(4) しっかりと食事が摂れていますか (当てはまるもの1つに○)

1. よく摂れている

2. 摂れている

3. ふつう

4. あまり摂れていない

5. 摂れていない

(5) お口の健康状態はどうか (当てはまるもの1つに○)

1. よい

2. まあよい

3. ふつう

4. あまりよくない

5. よくない

(6) 食事への意欲はありますか (当てはまるもの1つに○)

1. ある

2. あまりない

3. ない

(7) 食事時の食べこぼし (当てはまるもの1つに○)

1. こぼさない

2. 多少はこぼす

3. 多量にこぼす

### Ⅲ 各サービスを実施する事業所において記入してください。

(8) 食事中や食後のタン（痰）のからみ（当てはまるもの1つに○）

1. ない                                      2. 時々ある                                      3. いつもある

(9) 食事を残す量（残食量）（当てはまるもの1つに○）

1. ない                      2. 少量ある（1／2未満）                      3. 多量にある（1／2以上）

(10) 口臭（当てはまるもの1つに○）

1. ない                                      2. 弱い                                      3. 強い

(11) 舌・歯・入れ歯などの汚れ（当てはまるもの1つに○）

1. ある                                      2. 多少ある                                      3. ない

(12) 食事後の口腔内に食物残渣（当てはまるもの1つに○）

1. なし・少量ある                      2. 中程度ある                      3. 多量にある

(13) 舌苔（当てはまるもの1つに○）

1. なし・少量ある                      2. 中程度ある                      3. 多量にある

(14) 義歯あるいは歯の汚れ（当てはまるもの1つに○）

1. なし・少量ある                      2. 中程度ある                      3. 多量にある

(15) 口腔衛生習慣のための声かけの必要性（当てはまるもの1つに○）

1. 必要なし（口腔衛生習慣が維持されている。声かけをしなくても自発的に歯みがきや入れ歯の手入れをしている。）
2. 必要あり（口腔衛生習慣が低下している。声かけをしなければ歯みがきや入れ歯の手入れをしない。）
3. 不可（認知症等により声かけに応じられない。）

(16) 反復唾液嚥下テスト（RSST）の積算時間（小数点以下は四捨五入）

- 1回目 

--	--

 秒
- 2回目 

--	--

 秒
- 3回目 

--	--

 秒



### Ⅲ 各サービスを実施する事業所において記入してください。

#### (17) オーラルディアドコキネシス (口の動き)

(それぞれ 10 秒間に言える回数を測定し 10 で除し、1 秒間あたりに換算した数を記載)

パ   回/秒

タ   回/秒

カ   回/秒

#### (18) 頬の膨らまし (空ぶくぶくうがい) (当てはまるもの1つに○)

1. 左右十分可能                      2. やや十分                      3. 不十分

#### 8) 専門的サービス提供の職種 (当てはまるもの全てに○)

1. 医師                                      2. 歯科医師                              3. 歯科衛生士  
4. 保健師                                      5. 看護師又は准看護師                      6. 言語聴覚士  
7. その他

#### 9) 過去3カ月間の事故発生 (当てはまるもの1つに○) (初回は回答不要)

1. あり (具体的な内容: \_\_\_\_\_ )  
2. なし

#### 10) 口腔機能の向上に関する目標の設定 (当てはまるもの1つに○)

1. できている                                      2. できていない

---> 10-1) 「1. できている」と回答した方 (当てはまるもの1つに○)

1. 目標に向けて努力している  
2. 目標に向けて努力していない

#### 11) 家族による支援の有無 (当てはまるもの1つに○)

1. 積極的な支援あり                      2. 消極的な支援あり                      3. 支援なし

### Ⅲ 各サービスを実施する事業所において記入してください。

#### 21 アクティビティの内容等

介護予防通所介護において実施している場合のアクティビティの内容等について、お答えください。

「1月当たりの実施回数」については、調査開始時は予定される回数を記入し、その後（開始後3カ月毎）は調査月の前月の実績回数を記入してください。

ID 番号	<input type="text"/>
氏名等	_____（1. 男 2. 女）
記入日	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日（項目 21 について）

1) 実施事業者名（ \_\_\_\_\_ ）

2) アクティビティの開始年月

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月

3) 1月当たりの実施回数

月 \_\_\_\_ 回

4) 実施時間（1回当たり）（当てはまるもの1つに○）

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. 30分未満      | 2. 30分以上1時間未満 |
| 3. 1時間以上2時間未満 | 4. 2時間以上      |

5) 過去3カ月間の事故発生（当てはまるもの1つに○）（初回は回答不要）

- |                      |
|----------------------|
| 1. あり（具体的な内容： _____） |
| 2. なし                |

6) アクティビティに関して、目標が設定できていますか。（当てはまるもの1つに○）

- |                 |           |
|-----------------|-----------|
| 1. <u>できている</u> | 2. できていない |
|-----------------|-----------|

→ 6-1) 「1. できている」と回答した方（当てはまるもの1つに○）。

- |                  |
|------------------|
| 1. 目標に向けて努力している  |
| 2. 目標に向けて努力していない |

## 平成18年度 継続的評価分析支援事業実施市町村

2月27日現在

	都道府県名	市町村名
1	北海道	北広島市
2	青森	鶴田町
3	岩手	矢巾町
4	宮城	仙台市
		涌谷町
5	秋田	横手市
6	山形	酒田市
7	福島	西会津町
		浪江町
		北塩原村
8	茨城	水戸市
		土浦市
9	栃木	大田原市
10	群馬	草津町
11	埼玉	和光市
		小鹿野町
12	千葉	本埜村
13	東京	八王子市
14	神奈川	秦野市
		茅ヶ崎市
15	新潟	胎内市
16	富山	富山市
		砺波市
17	石川	珠洲市
18	福井	
19	山梨	北杜市
20	長野	東御市
		上田市
21	岐阜	大垣市
22	静岡	御殿場市
		静岡市
23	愛知	豊橋市
		高浜市
24	三重	玉城町
25	滋賀	安土町

	都道府県名	市町村名
26	京都	京都市
		亀岡市
27	大阪	田尻町
28	兵庫	神戸市
		篠山市
29	奈良	王寺町
30	和歌山	那智勝浦町
		橋本市
31	鳥取	米子市
32	島根	隠岐の島町
		東出雲町
		邑南町
		知夫村
33	岡山	真庭市
34	広島	尾道市
35	山口	岩国市
		周南市
		田布施町
36	徳島	小松島市
37	香川	宇多津町
38	愛媛	松山市
		久万高原町
39	高知	中芸広域連合
40	福岡	北九州市
41	佐賀	多久市
42	長崎	長崎市
43	熊本	山鹿市
		美里町
		長洲町
44	大分	大分市
		竹田市
45	宮崎	高原町
46	鹿児島	曾於市
		南種子町
		中種子町
47	沖縄	
	計	69