

継続的評価分析支援事業（介護予防関連事業の効果
を検証するための情報収集関係）の調査票（案）

継続的評価分析支援事業（介護予防関連事業の効果 を検証するための情報収集関係）の調査票（案）

I 地域包括支援センターにおいて、利用者本人からの聞き取り等に基づき
記入してください。

1	調査票表紙	p. 2
2	要介護認定等の状況	p. 3
3	介護予防サービス等の内容	p. 6
4	ものわすれ検査	p. 10
5	食事・栄養の状態	p. 11

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。

6	家族構成	p. 12	11	社会的支援	p. 18
7	疾患既往歴	p. 13	12	睡眠等の状態	p. 19
8	過去3カ月間の入院	p. 14	13	認知的活動	p. 21
9	生活機能に関する状況 (基本チェックリスト)	p. 15	14	落ち込みやすさ	p. 22
10	主観的QOL	p. 16	15	ふだんの過ごし方	p. 23
			16	口腔機能の状態	p. 24

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	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	p. 25
18	栄養改善を図るための介護予防プログラムの内容等	p. 27
19	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	p. 30
20	アクティビティの内容等	p. 35

I 地域包括支援センターにおいて、利用者本人からの聞き取り等に基づき記入してください。

1 調査票表紙

ID 番号

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

記入日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (項目1~16について)

都道府県 _____ 都・道・府・県

市区町村 _____ 市・町・村 _____ 区

地域包括支援センター名 _____

氏名 (フリガナ)

(1. 男 2. 女)

生年月日 (1. 明 2. 大 3. 昭) ____ 年 ____ 月 ____ 日

保険料段階 _____

- 1. 第1段階 (生活保護受給者等)
- 2. 第2段階 (市町村民税世帯非課税等であって課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下)
- 3. 第3段階 (市町村民税世帯非課税等であって利用者負担第2段階以外)
- 4. 第4段階 (市町村民税本人非課税)
- 5. 第5段階以上 (市町村民税課税層)
- 6. 不明

サービス開始年月日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

調査開始後に調査協力いただけなくなったために終了する場合

-----> (チェック欄)

I 地域包括支援センターにおいて、利用者本人からの聞き取り等に基づき記入してください。

2 要介護認定等の状況

1) 要介護認定等の状況について、お答えください。

(1) 現在の要介護認定等の状況 (当てはまるもの1つに○)

1. 特定高齢者 2. 要支援1 3. 要支援2
(認定日：平成_____年_____月_____日)

(2) 前問(1)の現在の要介護認定等になる前の要介護認定等の状況

(当てはまるもの1つに○) (初回のみ回答必要)

1. 一般高齢者 2. 特定高齢者 3. 要支援1
4. 要支援2 5. 要支援 6. 経過的要介護
7. 要介護1 8. 要介護2 9. 要介護3
10. 要介護4 11. 要介護5

2) 日常生活自立度について、お答えください。

(1) 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) (当てはまるもの1つに○)

1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1
5. A2 6. B1 7. B2 8. C1
9. C2

<障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) 判定基準>

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

I 地域包括支援センターにおいて、利用者本人からの聞き取り等に基づき記入してください。

(2) 認知症高齢者の日常生活自立度 (当てはまるもの1つに○)

- | | | | |
|---------|---------|--------|--------|
| 1. 自立 | 2. I | 3. IIa | 4. IIb |
| 5. IIIa | 6. IIIb | 7. IV | 8. M |

<認知症高齢者の日常生活自立度判定基準>

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
IIa	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
IIb	家庭内でも上記IIの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaと同じ	
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIと同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等	ランクI～IVと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

I 地域包括支援センターにおいて、利用者本人からの聞き取り等に基づき記入してください。

3) 特定高齢者の把握経路

(特定高齢者のみ回答) (当てはまるもの全てに○) (初回のみ回答必要)

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1. 基本健康診査 (生活機能評価) | 2. 要介護認定非該当者 |
| 3. 要支援・要介護者からの移行 | 4. 訪問活動による実態把握 |
| 5. 医療機関からの情報提供 | 6. 民生委員からの情報提供 |
| 7. 本人、家族からの相談 | 8. 高齢者実態把握調査 |
| 9. その他 | |

I 地域包括支援センターにおいて、利用者本人からの聞き取り等に基づき記入してください。

3 介護予防サービス等の内容

介護予防ケアプランに含まれるサービス及びプログラムについて、お答えください。
「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。

1) 地域支援事業による介護予防（特定高齢者のみ回答）（当てはまるもの全てに○）

(1) 通所型介護予防事業 実施回数：月____回

1. 運動器の機能向上 2. 栄養改善 3. 口腔機能の向上

(2) 訪問型介護予防事業 実施回数：月____回

1. 運動器の機能向上 2. 栄養改善
3. 口腔機能の向上 4. 閉じこもり予防・支援
5. 認知症予防・支援 6. うつ予防・支援

2) 予防給付（要支援の者のみ回答）（当てはまるもの全てに○）

(1) 介護予防通所介護 実施回数：月____回

1. 運動器の機能向上 2. 栄養改善
3. 口腔機能の向上 4. アクティビティ

(2) 介護予防通所リハビリテーション 実施回数：月____回

1. 運動器の機能向上 2. 栄養改善 3. 口腔機能の向上

(3) 介護予防訪問介護 実施回数：月____回

(4) その他のサービス

1. 介護予防訪問入浴介護 2. 介護予防訪問看護
3. 介護予防訪問リハビリテーション 4. 介護予防福祉用具貸与
5. 介護予防短期入所生活介護 6. 介護予防短期入所療養介護
7. 介護予防居宅療養管理指導 8. 介護予防認知症対応型通所介護

I 地域包括支援センターにおいて、利用者本人からの聞き取り等に基づき記入してください。

3) 介護予防ケアプランの継続 (当てはまるもの1つに○)

1. 継続 2. 終了 3. 中断

→ 3-1) 「2. 終了」又は「3. 中断」の場合、その理由は何ですか。
(当てはまるもの全てに○)

1. 一般高齢者になったため
2. 介護給付の対象者(要介護認定者)になったため
3. 死亡
4. 転居
5. 入院
6. 本人の希望
7. 家族の事情(家族の入院・介護など)
8. その他
9. 不明

→ 3-2) 「6. 本人の希望」の場合、その理由は何ですか。
(当てはまるもの全てに○)

1. 身体的な改善
2. 身体的な悪化
3. 提供されるサービス、プログラム内容が不満なため
4. サービスを提供する職員との関係
5. 通うことが困難となったため
6. 他の利用者との関係
7. その他
8. 不明

→ 3-3) 「2. 身体的な悪化」の場合、その原因は何だと思えますか。
(当てはまるもの全てに○)

1. 既往症の悪化
2. 新たな疾患の発生
3. 転倒などの事故
4. 廃用症候群(生活不活発病)
5. その他
6. 不明

3-5, 3-6, 3-7
へ続く

3-4
へ続く

I 地域包括支援センターにおいて、利用者本人からの聞き取り等に基づき記入してください。

---> 3-4) 「2. 身体的な悪化」の場合、その原因は介護予防サービスに起因するものでしたか。(当てはまるもの1つに○)

1. はい
2. いいえ
3. 不明

---> 3-5) 「2. 介護給付の対象者（要介護認定者）になったため」の場合、その原因は何だと思えますか。(当てはまるもの全てに○)

1. 既往症の悪化
2. 新たな疾患の発生
3. 転倒などの事故
4. 廃用症候群（生活不活発病）
5. その他
6. 不明

---> 3-6) 「2. 介護給付の対象者（要介護認定者）になったため」の場合、その原因は介護予防サービスに起因するものでしたか。(当てはまるもの1つに○)

1. はい
2. いいえ
3. 不明

---> 3-7) 「2. 介護給付の対象者（要介護認定者）になったため」の場合、その要介護状態区分(当てはまるもの1つに○)

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. 要介護1 | 2. 要介護2 | 3. 要介護3 |
| 4. 要介護4 | 5. 要介護5 | |

I 地域包括支援センターにおいて、利用者本人からの聞き取り等に基づき記入してください。

現在の要介護状態等（特定高齢者、要支援1・2）になる前（1カ月間）のサービスの内容と実施回数について、初回の調査時にのみお答えください。

4) 現在の要介護状態等になる前のサービス

（当てはまるもの全てに○）（初回のみ回答必要）

【 制度改正前の予防給付、介護給付 】

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. 通所介護 | 実施回数：月____回・不明 |
| 2. 通所リハビリテーション | 実施回数：月____回・不明 |
| 3. 訪問介護 | 実施回数：月____回・不明 |
| 4. その他 | |
| 5. 利用なし | |
| 6. 不明 | |

【 新予防給付 】

- | | |
|--------------------|----------------|
| 7. 介護予防通所介護 | 実施回数：月____回・不明 |
| 8. 介護予防通所リハビリテーション | 実施回数：月____回・不明 |
| 9. 介護予防訪問介護 | 実施回数：月____回・不明 |
| 10. その他 | |
| 11. 利用なし | |
| 12. 不明 | |

I 地域包括支援センターにおいて、利用者本人からの聞き取り等に基づき記入してください。

4 ものわすれ検査

年を取ってくると、ものわすれ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、日本でも最も広く行われている「ものわすれ検査」です。

以下の項目について、面接者がそれぞれ聞き取りの上、点数を付けてください。

質問内容	点数
1) お年はいくつですか。 (※2年までの誤差は正解とする。)	____/ 1
2) 今日は何年の何月何日ですか。何曜日ですか。 (※年、月、日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつとする。)	____/ 4
3) 私たちがいまいる所はどこですか。 (※自発的にできれば2点、5秒おいて家ですか？病院ですか？施設ですか？のなかから正しい選択をすれば1点とする。)	____/ 2
4) これから言う3つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。 (※以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく。) 1 : a)桜 b)猫 c)電車 2 : a)梅 b)犬 c)自動車	____/ 3
5) 100から7を順番に引いてください。 (※100-7は？それからまた7をひくと？と質問する。 最初の答えが不正解の場合、打ち切る。それぞれ1点とする。)	____/ 2
6) 私がこれから言う数字を逆から言ってください。 (※6-8-2、3-5-2-9を逆に言ってもらおう。 3桁の逆唱に失敗したら、打ち切る。それぞれ1点とする。)	____/ 2
7) 先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。 (※自発的に回答があれば各2点、もし回答が無い場合以下のヒントを与え、正解であれば1点とする。) a) 植物 b) 動物 c) 乗り物	____/ 6
8) これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか言ってください。 (※時計、鍵、タバコ、硬貨など必ず相互に無関係なものにする。)	____/ 5
9) 知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。 (※答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まったり、約10秒間待っても答えなかったりする場合はそこで打ち切る。) 0~5=0点、6=1点、7=2点、8=3点、9=4点、10=5点	____/ 5
合計点	____/ 30

I 地域包括支援センターにおいて、利用者本人からの聞き取り等に基づき記入してください。

5 食事・栄養の状態

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) 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)
3. 不明

2) 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)

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。

6 家族構成

1) 一緒に住んでいる人は誰ですか。（当てはまるもの全てに○）

また、それぞれの人数も書いてください。

- | | | |
|------------|---------|---------|
| 1. 配偶者 | 2. 子供 | _____ 人 |
| 3. 子供の配偶者 | 4. 孫 | _____ 人 |
| 5. 実父 | 6. 実母 | |
| 7. 義父 | 8. 義母 | |
| 9. 兄弟姉妹 | 10. その他 | _____ 人 |
| 11. ひとり住まい | | |

2) 一緒に住んでいる人のうち、主な介護者は誰ですか。前問1)のうち、当てはまる番号を1つ記入してください。

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。

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 | |

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	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 日間		1		1
	1					
1回目	平成____年____月____日	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 日間				
2回目	平成____年____月____日	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 日間				
3回目	平成____年____月____日	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 日間				
4回目	平成____年____月____日	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 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 生活機能に関する状況（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か月間で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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 主観的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。

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

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 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 17 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) や生活機能低下 (買い物、食事づくりなど)
 6. 閉じこもり
 7. うつ
 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。
- ・ 「4. 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。
- ・ 「1. 握力」及び「2. 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。

- | | | |
|-----------------------|---|------------------|
| 1. 握力 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg | (1. 右 2. 左) |
| 2. 開眼片足立ち時間 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 秒 | (1. 右 2. 左) |
| 3. TUG(Timed Up & Go) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 秒 | |
| 4. 5m歩行時間(通常速度) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 秒 | |
| 5. 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。

18 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 18 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) や生活機能低下 (買い物、食事づくりなど)
6. 閉じこもり
7. うつ
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

(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。

19 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 19 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) や生活機能低下 (買い物、食事づくりなど)
6. 閉じこもり
7. うつ
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

(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

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。

(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

(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

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

→ 9-1) 「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。

20 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

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

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) 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. できている
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