

継続的評価分析支援事業の調査項目（案）

1 調査票表紙

ID番号 \_\_\_\_\_

記入日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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） \_\_\_\_\_ （男・女）

生年月日 明・大・昭 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

介護保険料（月額） \_\_\_\_\_ 円

把握ルートについて

- |               |           |        |              |
|---------------|-----------|--------|--------------|
| 1. 健診         | 2. 病院     | 3. 診療所 | 4. 保健師等の訪問活動 |
| 5. 本人・家族からの相談 | 6. 住民活動の場 |        |              |
| 7. その他        | 8. 要支援と判定 |        |              |

## 2 社会経済的状況

1) 現在の配偶者の有無についてあてはまるもの1つに○をつけて下さい。

1. 配偶者あり      2. 未婚      3. 死別      4. 離別

2) 一緒に住んでいる人すべてに○をつけ、各々の人数も書いて下さい。

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

3) 一緒に住んでいる人のうち、主な介護者は誰ですか。1つ番号を選んで下さい。

4) 最終学歴は次のどれですか。あてはまるもの1つに○をつけて下さい。

1. 中学（高等小学校を含む）      2. 高校（旧制中学、女学校を含む）  
3. 短大（高専、専門学校を含む）      4. 大学（大学院を含む）

5) 住宅環境についてあてはまるもの1つに○をつけて下さい。

1. 坂道・段差などが多く、外出するのに不便がある。  
2. 外出するのに特に不便はない。

### 3 疾患既往歴

1) 現在、次の病気にかかっていますか。あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- |              |              |               |
|--------------|--------------|---------------|
| 1. 高血圧症      | 2. 糖尿病       | 3. 高脂血症       |
| 4. 狭心症・心筋梗塞  | 5. その他の心疾患   | 6. 脳卒中        |
| 7. 呼吸器疾患     | 8. 肝臓病       | 9. 腎臓病        |
| 10. 関節リウマチ   | 11. 骨折       | 12. その他の骨関節疾患 |
| 13. 白内障      | 14. その他の眼科疾患 | 15. 難聴        |
| 16. 躁うつ病     | 17. その他の精神疾患 | 18. パーキンソン病   |
| 19. その他の神経疾患 | 20. その他 ( )  |               |

2) 要支援または特定高齢者となった原因は何ですか。あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- |          |             |             |
|----------|-------------|-------------|
| 1. 脳卒中   | 2. 心臓病      | 3. がん       |
| 4. 呼吸器疾患 | 5. 関節疾患     | 6. 認知症      |
| 7. 糖尿病   | 8. 視覚・聴覚障害  | 9. 骨折・転倒    |
| 10. 脊髄損傷 | 11. 高齢による衰弱 | 12. その他 ( ) |
| 13. 不明   |             |             |

3) 2) のうち、主な原因はどれですか。あてはまる番号1つを記入して下さい。

4) 現在の受診頻度はどれですか。あてはまる番号1つに○をつけて下さい。

- |                 |                |
|-----------------|----------------|
| 1. 週1回以上受診している  | 2. 月1回以上受診している |
| 3. 定期的には受診していない |                |

5) ここ3ヵ月間に、何らかの理由で1週間以上寝込んだことがありますか。

- |            |
|------------|
| 1. 寝込んだ    |
| 2. 寝込んでいない |

#### 4 過去半年間の入院

1) 過去半年間の入院

1. あり                      2. なし

2) 1) で「あり」と回答した場合は以下についてもお答え下さい。  
入院年月日および入院期間と入院原疾患について記入して下さい。

入院年月日	入院期間	入院原疾患 (下の選択肢から1つだけ選ぶ)
例) 平成18年4月6日	10日間	1

#### 入院原疾患

1. 呼吸器感染症 (肺炎、気管支炎、かぜ、インフルエンザ等)
2. 尿路感染症                      3. 転倒・骨折                      4. 脳卒中 (一過性脳虚血も含む)
5. 心筋梗塞・狭心症              6. 心不全                              7. がん・ポリープ
8. 精神疾患                              9. 脱水・低栄養                      10. 白内障
11. その他

#### 5 要介護認定・障害等認定に関する質問

1) 要介護認定

(1) 現在の要介護状態区分 認定日：平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

- |                |                |         |
|----------------|----------------|---------|
| 1. 非該当 (一般高齢者) | 2. 非該当 (特定高齢者) | 3. 要支援1 |
| 4. 要支援2        | 5. 要介護1        | 6. 要介護2 |
| 7. 要介護3        | 8. 要介護4        | 9. 要介護5 |

(2) 要介護認定一次審査の結果

(i) 要介護度一次判定

- |               |               |          |
|---------------|---------------|----------|
| 1. 非該当（一般高齢者） | 2. 非該当（特定高齢者） | 3. 要支援 1 |
| 4. 要支援 2      | 5. 要介護 1      | 6. 要介護 2 |
| 7. 要介護 3      | 8. 要介護 4      | 9. 要介護 5 |

(ii) 一次審査の点数

第1群 (麻痺拘縮)	第2群 (移動)	第3群 (複雑動作)	第4群 (特別介護)	第5群 (身の回り)	第6群 (意思疎通)	第7群 (問題行動)

(3) 前回の要介護状態区分 認定日：平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

- |               |               |          |
|---------------|---------------|----------|
| 1. 非該当（一般高齢者） | 2. 非該当（特定高齢者） | 3. 要支援 1 |
| 4. 要支援 2      | 5. 要介護 1      | 6. 要介護 2 |
| 7. 要介護 3      | 8. 要介護 4      | 9. 要介護 5 |

2) 日常生活自立度

(1) 障害高齢者の日常生活自立度

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

(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

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

3) 障害等認定（該当するものすべてを○で囲む）

- |                |                |       |
|----------------|----------------|-------|
| 1. 身障（等級_____） | 2. 精神（等級_____） | 3. 難病 |
|----------------|----------------|-------|

## 6 介護予防ケアプランの内容

介護予防ケアプランに盛り込まれているサービス等について、該当するもの全てに○をつけて下さい。

### I. 地域支援事業による介護予防

#### 1) 通所型介護予防事業

- |             |         |            |
|-------------|---------|------------|
| 1. 運動器の機能向上 | 2. 栄養改善 | 3. 口腔機能の向上 |
| 4. その他（記入   |         | ）          |

#### 2) 訪問型介護予防事業

- |               |             |            |
|---------------|-------------|------------|
| 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    | 7. その他（記入   | ）          |

### II. 予防給付

#### 1) 介護予防通所介護（選択的サービス）

- |             |         |            |
|-------------|---------|------------|
| 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（選択的サービス）

- |             |         |            |
|-------------|---------|------------|
| 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

- 4) その他（記入

## 7 基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
		0.はい	1.いいえ
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                    c m      体重                    k g      (BMI                    )(注)		
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) BMI (=体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m)) が 18.5 未満の場合に該当とする。

(すべて答えたかどうか、もう一度ご確認下さい)

総得点

点



## 8 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うえで参考になります。お手数をおかけしますが、何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに○をつけて下さい。

- 1) 全体的に見て、過去1ヵ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。
  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ヵ月間に、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。
  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ヵ月間に、いつもの仕事（家事を含みます）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。
  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ヵ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。
  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
  
- 5) 過去1ヵ月間、どのくらい元気でしたか。
  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ヵ月間に、家族や友人とふだんの付き合いが、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。
  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. 付き合いができなかった

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。

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。

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

## 9 主観的健康観

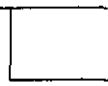
あなたの現在の健康状態はいかがですか。あてはまる番号1つに○をつけて下さい。

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

## 10 痛み

普段、体のどこかに痛いところがありますか。あてはまる番号1つに○をつけて下さい (頭痛、歯痛、胸痛、腹痛は除きます)。

1. ある
2. ない



痛いところはどこですか。痛みが重いものを優先に最大5個まで○をつけて下さい。

1. 頸
2. 肩関節
3. 肘関節
4. 手首・指
5. 上肢全体
6. 背部
7. 腰
8. 臀部
9. 股関節
10. 膝関節
11. 足首・足指
12. 下肢全体
13. その他

## 11 社会的サポート

- 1) あなたには、困ったときの相談相手がありますか。  
1. はい      2. いいえ
  
- 2) あなたには、体の具合が悪いときの相談相手がありますか。  
1. はい      2. いいえ
  
- 3) あなたには、日常生活を援助してくれる人がいますか。  
1. はい      2. いいえ
  
- 4) あなたには、具合が悪いとき病院に連れて行ってくれる人がいますか。  
1. はい      2. いいえ
  
- 5) あなたには、寝込んだとき身のまわりの世話をしてくれる人はいますか。  
1. はい      2. いいえ

## 12 運動機能

- 1) 握力                                      左      \_\_\_\_\_ kg                                      右      \_\_\_\_\_ kg
  
- 2) 片足立ち（開眼）                      左      \_\_\_\_\_ 秒                                      右      \_\_\_\_\_ 秒
  
- 3) TUG（Timed Up & Go）              1回目 \_\_\_\_\_ 秒                                      2回目 \_\_\_\_\_ 秒
  
- 4) 5m歩行時間（通常速度）              \_\_\_\_\_ 秒
  
- 5) 5m歩行時間（最大速度）              \_\_\_\_\_ 秒

## 13 身体活動

最近の身体活動についておうかがいします。各設問に数字を記入して下さい。

### 1) 睡眠

あなたはふだん1日どのくらい寝ていますか。昼寝も含めて床に就いてから起きあがるまでの時間をお答え下さい。

\_\_\_\_\_時間 \_\_\_\_\_分/日

### 2) 家事

(1) あなたは食事の準備や後片付けなどの炊事を1日どのくらい行いますか。

1日あたりの時間をお答え下さい。

\_\_\_\_\_時間 \_\_\_\_\_分/日

(2) あなたは洗濯を週何回行いますか。また、1回あたりの洗濯物を運んだり干したり、取り込んだりといった、実際に身体を動かしている時間はどのくらいですか。

週\_\_\_\_\_回 1回あたり\_\_\_\_\_分

(3) あなたは掃除を週何回行いますか。また、1回あたりの実際に身体を動かしている時間はどのくらいですか。

週\_\_\_\_\_回 1回あたり\_\_\_\_\_分

(4) あなたは育児や介護について例で示すような強さの活動を1日にどれくらい行っていますか。実際に身体を動かしている時間をお答え下さい。

例) 子供をおんぶする。高齢者や障害者の移動、更衣、入浴、排泄を助ける。

\_\_\_\_\_時間 \_\_\_\_\_分

## 14 栄養状態

1) 体重減少率に関して、あてはまるもの1つに○をつけて下さい。

(1) 過去1ヵ月との比較

1. 変化なし (減少3%未満)      2. 3~5%未満      3. 5%以上

(2) 過去3ヵ月との比較

1. 変化なし (減少3%未満)      2. 3~7.5%未満      3. 7.5%以上

(3) 過去6ヵ月との比較

1. 変化なし (減少3%未満)      2. 3~10%未満      3. 10%以上

2) 血清アルブミン値 \_\_\_\_\_ g/dl (測定日 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日)

3) 食事摂取量に関して、あてはまるもの1つに○をつけて下さい。

1. 良好 (76~100%)      2. 不良 (75%以下)

4) 経腸・静脈栄養法に関して、あてはまるもの1つに○をつけて下さい。

1. なし      2. 経腸栄養法      3. 静脈栄養法

5) 褥瘡の有無に関して、あてはまるもの1つに○をつけて下さい。

1. あり      2. なし

6) 栄養面や食生活上の問題から低栄養状態のおそれに関して、あてはまるもの1つに○をつけて下さい。

1. あり      2. なし

7) 6) が「あり」の場合には、その理由にあてはまるもの1つに○をつけて下さい。

(複数回答可)

1. 疾患 (脳梗塞・消化器・呼吸器・腎臓疾患など)      3. 身体状況 (発熱・風邪など)  
2. 手術・退院直後の栄養状態      5. ライフイベントによる精神的ストレス  
4. 口腔及び摂食・嚥下機能の問題      7. 閉じこもり  
6. 生活機能低下 (買い物、食事づくりなど)      9. 認知症  
8. うつ  
10. その他 (具体的に \_\_\_\_\_ )

15 口腔機能について

1) 理学的検査（あてはまるもの1つに○をつけて下さい。）

- (1) 視診による口腔内の衛生状態            1. 良好            2. 不良  
(2) 反復唾液嚥下テスト (RSST)            1. 3回以上        2. 3回未満

2) QOL（あてはまるもの1つに○をつけて下さい。）

(1) 食事が楽しみですか。

1. とても楽しみ            2. 楽しみ            3. ふつう  
4. 楽しくない            5. 全く楽しくない

(2) 食事をおいしく食べていますか。

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

(3) しっかりと食事が摂れていますか。

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

(4) お口の健康状態はどうですか。

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

3) 食事・衛生等（あてはまるもの1つに○をつけて下さい。）

(1) 食事への意欲はありますか。

1. あり            2. あまりない        3. ない

(2) 食事中や食後のむせ

1. ある            2. あまりない        3. ない

(3) 食事中の食べこぼし

1. こぼさない        2. 多少はこぼす        3. 多量にこぼす

(4) 食事中や食後のタン（痰）のからみ

1. ない                                      2. 時々ある                                      3. いつもからむ

(5) 食事の量（残食量）

1. なし                                      2. 少量（1/2未満）                                      3. 多量（1/2以上）

(6) 口臭

1. ない                                      2. 弱い                                      3. 強い

(7) 舌、歯、入れ歯などの汚れ

1. ある                                      2. 多少ある                                      3. ない

4) 衛生（あてはまるもの1つに○をつけて下さい。）

(1) 食物残渣

1. なし・少量                                      2. 中程度                                      3. 多量

(2) 舌苔

1. なし・少量                                      2. 中程度                                      3. 多量

(3) 義歯あるいは歯の汚れ

1. なし・少量                                      2. 中程度                                      3. 多量

(4) 口腔衛生習慣（声かけの必要性）

1. 必要がない                                      2. 必要あり                                      3. 不可

5) 機能（あてはまるもの1つに○をつけて下さい。）

(1) 反復唾液嚥下テスト（RSST）の積算時間

1回目 \_\_\_\_\_ 秒                                      2回目 \_\_\_\_\_ 秒                                      3回目 \_\_\_\_\_ 秒

(2) オーラルディアドコキネシス

\*（それぞれ10秒間に言える回数を測定し、1秒あたりに換算）

パ \_\_\_\_\_ 回/秒                                      タ \_\_\_\_\_ 回/秒                                      カ \_\_\_\_\_ 回/秒

(3) 頬の膨らまし (空ぶくぶくうがい)

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

**16** ふだんの過ごし方

1) あなたの外出頻度はどの程度ですか。あてはまる番号1つに○をつけて下さい。  
また、4とお答えの場合にはその頻度をお答え下さい。

1. 週に1回未満                      2. 月に1~2回                      3. ほとんど無し  
4. 週に\_\_\_\_\_回程度

2) 日中、おもに過ごす場所はどこですか。あてはまる番号1つに○をつけて下さい。

1. 自宅外                      2. 敷地内                      3. 自宅内                      4. 自分の部屋

3) 日中、おもな過ごし方はどれですか。あてはまる番号1つに○をつけて下さい。

1. 趣味                      2. 仕事 (役割)                      3. 主にテレビ等                      4. 特になし

**17** 睡眠・覚醒パターン

過去1ヵ月間の睡眠と行動パターンについてお答え下さい。(ご回答は同居の方をお願い致します。)

1) 就床時刻

1. 午後6時以前                      2. 6~8時                      3. 8~10時                      4. 10~12時                      5. 12時以降

2) 寝床に誘導してから入眠するまでの時間

1. 15分以内                      2. 15~30分                      3. 30~60分                      4. 60分以上                      5. 不規則

3) 覚醒時刻 (離床時刻)

1. 午前3時以前                      2. 3~5時                      3. 5~7時                      4. 7時以降                      5. 不規則



4) 大きなイビキをかいていた

- |             |             |             |
|-------------|-------------|-------------|
| 1. なし       | 2. 1週間に1回未満 | 3. 1週間に1~2回 |
| 4. 1週間に3回以上 | 5. ほぼ毎日     |             |

5) 眠っている間にしばらく呼吸が止まることがあった

- |             |             |             |
|-------------|-------------|-------------|
| 1. なし       | 2. 1週間に1回未満 | 3. 1週間に1~2回 |
| 4. 1週間に3回以上 | 5. ほぼ毎日     |             |

6) 眠っている間に足のビクンとする動きがあった

- |             |             |             |
|-------------|-------------|-------------|
| 1. なし       | 2. 1週間に1回未満 | 3. 1週間に1~2回 |
| 4. 1週間に3回以上 | 5. ほぼ毎日     |             |

7) 夜間に目を醒ましていることがあった

- |             |             |             |
|-------------|-------------|-------------|
| 1. なし       | 2. 1週間に1回未満 | 3. 1週間に1~2回 |
| 4. 1週間に3回以上 | 5. ほぼ毎日     |             |

8) その場合の一夜あたりのおおよその覚醒時間 計 ( ) 時間

9) 昼間に眠っていることがあった

- |             |             |             |
|-------------|-------------|-------------|
| 1. なし       | 2. 1週間に1回未満 | 3. 1週間に1~2回 |
| 4. 1週間に3回以上 | 5. ほぼ毎日     |             |

10) その場合の一日あたりのおおよその昼寝時間 計 ( ) 時間

11) 日中もしくは夜間に異常行動が見られた

- |             |             |             |
|-------------|-------------|-------------|
| 1. なし       | 2. 1週間に1回未満 | 3. 1週間に1~2回 |
| 4. 1週間に3回以上 | 5. ほぼ毎日     |             |

12) その場合の行動の種類 (複数回答可)

- |                |               |                 |
|----------------|---------------|-----------------|
| 1. 殴る・叩く・蹴る    | 2. 引っ掻く・噛む    | 3. 罵(ののし)る      |
| 4. つかみかかる      | 5. 物品の破壊・引き裂き | 6. 動き回り・徘徊      |
| 7. 場違いな脱衣・着衣   | 8. 同じ行動の繰り返し  | 9. 無理な場所への移動の試み |
| 10. 物品のもて遊び    | 11. 異食・過食・拒食  | 12. 性的行動・発言     |
| 13. 物品を隠す・溜め込む | 14. 不潔行為      | 15. 絶えず周囲の注意を喚起 |
| 16. 叫び・嬌声・騒音   | 17. 種々の頻回の訴え  | 18. 拒絶・抵抗       |
| 19. 落ち着かなさ     |               |                 |

13) 異常行動が最も目立つ時間帯

- |       |       |           |          |       |
|-------|-------|-----------|----------|-------|
| 1. 午前 | 2. 午後 | 3. 夕方～就床前 | 4. 夜間覚醒時 | 5. 不定 |
|-------|-------|-----------|----------|-------|

14) 主治医意見書で以下の症状について記載されている場合、あてはまる項目すべてに○をつけて下さい。

- |          |            |            |
|----------|------------|------------|
| 1. 幻視・幻聴 | 2. 妄想      | 3. 昼夜逆転    |
| 4. 暴言    | 5. 暴行      | 6. 介護への抵抗  |
| 7. 徘徊    | 8. 火の不始末   | 9. 不潔行為    |
| 10. 異食行動 | 11. 性的問題行動 | 12. その他( ) |

# 18 物忘れ検査

MMSE① 1/2

得点：30点満点

質問と注意点		回答	得点
1 (5点) 時間の 見当識	「今日は何日ですか」 「今年は何年ですか」 「今の季節は何ですか」 「今日は何曜日ですか」 「今月は何月ですか」	※最初の質問で、被験者の回答に 複数の項目が含まれていても よい。その場合、後の該当する 項目の質問は省く。	日 0 1
			年 0 1
			曜日 0 1
			月 0 1
			県 0 1
2 (5点) 場所の 見当識	「ここは都道府県でいうと何ですか」 「ここは何市（*町・村・区など）ですか」 「ここはどこですか」（*回答が地名の場合、この種物はどこです か、この種物の名前は何ですか、と質問をかえる。正答は種物名のみ） 「ここは何階ですか」 「ここは何地方ですか」	市 0 1	
		階 0 1	
		地方 0 1	
		0 1	
3 (3点) 即時想起	「今からいう言葉を覚えてくり返し言ってください。 さくら、ねこ、電車」 *テスターは3つの言葉を1秒に1つずつ言う。その後、被験者にく り返させ、この時点でいくつ言えたかで得点を与える。 正答1つにつき1点。合計3点満点。 「今の言葉は、後で聞くので覚えておいてください」 *この3つの言葉は、質問5で再び復唱させるので3つ全部答えられ なかった被験者については、全部答えられるようになるまでくり返 す（ただし6回まで）。	0 1	
		2 3	
4 (5点) 計算	「100から順番に7をくり返しひいてください」 *5回までひかせ、間違った時点で終了。正答1つにつき1点。合計 5点満点。	93 86 79 72 65	0 1 2 3 4 5
5 (3点) 遅延再生	「さっき私が言った3つの言葉は何でしたか」 *質問3で提示した言葉を再度復唱させる。		0 1 2 3
6 (2点) 物品呼称	時計を見せながら「これは何ですか？」 鉛筆を見せながら「これは何ですか？」 *正答1つにつき1点。合計2点満点。		0 1 2
7 (1点) 文の復唱	「みんなで力を合わせて綱を引きます」 *口頭でゆっくり言い、くり返させる。1回で正確に答えられた場合 1点を与える。		0 1
8 (3点) 口頭指示	*紙を机に置いた状態で指示を始める。 「右手にこの紙を持ってください。それを半分に折りたたんで ください。そして机の上に置いてください」 *各段階毎に正しく作業した場合に1点ずつ与える。合計3点満点。		0 1 2 3
9 (1点) 裏字指示	「これを読んで、この通りにしてください」 *被験者は音読でも黙読でもかまわない。実際に目を閉じれば1点を 与える。	裏面に質問有	0 1
10 (1点) 自発書字	「この部分に何か文章を書いてください。どんな文章でもかま いません」 *テスターが原文を与えてはならない。意味のある文章ならば正答と する。（*四字熟語、単語のみは誤答）	裏面に質問有	0 1
11 (1点) 図形模写	「この図形を正確にそのまま書き写してください」 *模写は角が10個あり、2つの五角形が交差していることが正答の 条件。手指のふるえなどはかまわない。	裏面に質問有	0 1

## Mini-Mental State Examination (MMSE)

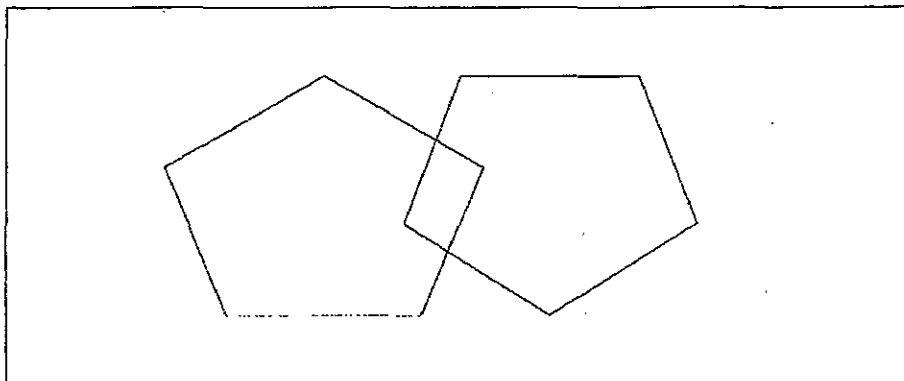
9. 「これを読んで、この通りにしてください」

め と  
「目を閉じてください」

10. 「この部分に何か文章を書いてください。どんな文章でもかまいません」

[ ]

11. 「この図形を正確にそのまま書き写してください」



[ ]

## 19 認知的活動

次の1)～7)のことを行う回数のうち、あてはまる番号に1つに○をつけて下さい。

### 1) テレビを見る

- |           |           |         |
|-----------|-----------|---------|
| 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

- |           |           |         |
|-----------|-----------|---------|
| 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

- |           |           |         |
|-----------|-----------|---------|
| 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

- |           |           |         |
|-----------|-----------|---------|
| 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

- |           |           |         |
|-----------|-----------|---------|
| 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

- |           |           |         |
|-----------|-----------|---------|
| 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 |         |

### 7) 美術館、博物館へ行く

- |           |           |         |
|-----------|-----------|---------|
| 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 |         |

## 20 落ち込みやすさ

- |                                       |       |        |
|---------------------------------------|-------|--------|
| 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 |

## 21 排尿に関する質問

1) 排尿について、あてはまる番号に○をつけて下さい。(複数回答可)

1. 上手に出来る
2. 時々トイレに間に合わずもらすことがある
3. 気づかないうちにもれていることがある

2) 夜間の尿の回数について教えて下さい。 \_\_\_\_\_回

**22** 介護予防サービスの利用状況（その1）：運動器の機能向上

1) 実施事業者名 ( )

2) サービス開始年月日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

3) サービス終了年月日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

4) 実施頻度（1週間あたり）

1. 1回未満                      2. 1回                      3. 2回                      4. 3回以上

5) 実施時間（1回あたり）

1. 30分未満                      2. 30分-1時間                      3. 1-2時間                      4. 2時間以上

6) 実施方法（該当項目全てに○を付けて下さい）

- |                   |                  |
|-------------------|------------------|
| 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（自転車こぎ等） |
| 5. バランス訓練         | 6. 日常生活動作に関わる訓練  |
| 7. レクリエーション・ゲーム   | 8. その他（具体的方法 )   |

7) サービス提供の職種（該当項目全てに○を付けて下さい）

1. 看護師                      2. 保健師                      3. 介護福祉士                      4. 社会福祉士  
5. その他 ( )

8) 中断の有無

1. なし  
2. あり → 理由

1. 既往症の悪化（介護予防サービスに起因する）
2. 既往症の悪化（介護予防サービスに起因しない）
3. 新たな疾患の発生
4. 転倒などの事故（介護予防サービスに起因する）
5. 転倒などの事故（介護予防サービスに起因しない）
6. 転居
7. 本人の希望（参加拒否など）
8. 家族の事情（家族の入院・介護など）
9. その他 ( )

9) サービス期間中の事故発生 1. あり ( ) 2. なし

10) 将来の目標が設定できていますか。

1. はい 2. いいえ

→ 「はい」の場合、その目標に向けて努力していますか。

1. はい 2. いいえ

11) 今後のサービス継続の予定 1. あり 2. なし

**23** 介護予防サービスの利用状況 (その2) : 栄養改善

1) 実施事業者名 ( )

2) サービス開始年月日 : 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

3) サービス終了年月日 : 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

4) 実施頻度 (月あたり)

1. 1回未満 2. 1回 3. 2回 4. 3回以上

5) 実施時間 (1回あたり)

(1) 事前アセスメント

1. 30分未満 2. 30分-1時間 3. 1-2時間 4. 2時間以上

(2) 計画の作成

1. 30分未満 2. 30分-1時間 3. 1-2時間 4. 2時間以上

(3) 初回の栄養相談

1. 30分未満 2. 30分-1時間 3. 1-2時間 4. 2時間以上

(4) 2回目以降の栄養相談

1. 30分未満 2. 30分-1時間 3. 1-2時間 4. 2時間以上

(5) 事後アセスメント

1. 30分未満 2. 30分-1時間 3. 1-2時間 4. 2時間以上



6) 実施方法 (該当項目全てに○を付けて下さい)

1. 通所による個別型
2. 通所による小グループ型
3. 訪問 (理由 )
4. その他 (具体的に )

7) 計画に用いたサービス (該当項目全てに○をつけて下さい)

(1) 一般高齢者施策などのサービス

1. 講演会
2. 集団による栄養教室
3. 料理教室
4. その他 (具体的に )

(2) 介護保険サービス

1. 訪問介護
2. 訪問看護
3. 訪問リハビリテーション
4. アクティビティー (通所サービス) (具体的に )
5. その他 (具体的に )

(3) ボランティアによる支援 (具体的に )

(4) 配食サービス

(5) 近隣者による支援 (具体的に )

(6) 家族による支援 (具体的に )

8) 栄養相談において実施したこと (該当項目全てに○をつけて下さい)

1. 計画の説明
2. 低栄養状態や栄養改善等に関する知識の提供
3. 食事・食生活への助言
4. 食事づくりに関する技術指導や実演
5. 食形態に関する助言
6. 食材料の調達に関する助言
7. 一般高齢者施策における普及啓発及びボランティア活動等の紹介
8. 配食サービスの紹介
9. 健康補助補助食品
10. その他 (具体的に )

9) 栄養改善サービスにおいて困難を感じたこと(該当項目全てに○をつけて下さい)

- |                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| 1. 食べる意欲の欠如         | 2. 認知症あるいはその傾向がある |
| 3. 閉じこもりあるいはその傾向がある | 4. うつあるいはその傾向がある  |
| 5. 家族の理解や支援が得られない   |                   |
| 6. その他(具体的に         | )                 |

10) 栄養改善上必要となった、あるいは必要を感じた連携について  
(該当項目全てに○をつけて下さい)

- |              |                |             |
|--------------|----------------|-------------|
| 1. 医師の指示・指導  | 2. 歯科受診        | 4. 口腔機能の向上  |
| 5. 運動機能の向上   | 6. リハビリテーション   | 7. うつの予防・改善 |
| 8. 認知症の予防・改善 | 9. 閉じこもりの予防・改善 | 10. 訪問介護    |
| 11. その他(具体的に |                | )           |

11) 中断の有無

1. なし  
2. あり → 理由

1. 既往症の悪化(介護予防サービスに起因する)
2. 既往症の悪化(介護予防サービスに起因しない)
3. 新たな疾患の発生
4. 転倒などの事故(介護予防サービスに起因する)
5. 転倒などの事故(介護予防サービスに起因しない)
6. 転居
7. 本人の希望(参加拒否など)
8. 家族の事情(家族の入院・介護など)
9. その他( )

12) サービス期間中の事故発生 1. なし 2. あり( )

13) 将来の目標が設定できていますか。

1. はい 2. いいえ

→ 「はい」の場合、その目標に向けて努力していますか。

1. はい 2. いいえ

14) 今後のサービス継続の予定 1. なし 2. あり

## 24 介護予防サービスの利用状況（その他）：口腔機能の向上

1) 実施事業者名（ ）

2) サービス開始年月日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

3) サービス終了年月日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

4) 実施頻度

(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（1月あたり）

1. 1回未満          2. 1回                  3. 2回                  4. 3回以上

(2) 介護職員等による基本的サービス（1週間あたり）

1. 1回未満          2. 1回                  3. 2回                  4. 3回以上

5) 実施時間（1回あたり）

(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

グループ	1. 10分未満	2. 10-19分	3. 20-29分	4. 30分以上
個別	1. 10分未満	2. 10-19分	3. 20-29分	4. 30分以上
合計	1. 20分未満	2. 20-39分	3. 40-59分	4. 1時間以上

(2) 介護職員等による基本的サービス

グループ	1. 10分未満	2. 10-19分	3. 20-29分	4. 30分以上
個別	1. 10分未満	2. 10-19分	3. 20-29分	4. 30分以上
合計	1. 20分未満	2. 20-39分	3. 40-59分	4. 1時間以上

6) 実施方法（該当項目全てに○を付けて下さい）

(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

1. 口腔機能の向上の教育
2. 全身のストレッチ
3. 手指の体操
4. 健口体操
5. 口腔清掃指導（個別・集団：歯・入れ歯・舌）
6. 口腔清掃の実施（個別・集団：歯・入れ歯・舌）
7. 咀嚼機能訓練（個別・集団）
8. 嚥下機能訓練（個別・集団）
9. 構音・発声訓練（個別・集団）
10. 呼吸法に関する訓練（個別・集団）
11. 食事姿勢や環境についての指導（個別・集団）
12. その他（個別・集団）



10) サービス期間中の事故発生 1. なし 2. あり ( )

11) 将来の目標が設定できていますか。

1. はい 2. いいえ

└──┬──  
└──┴──┬──→ 「はい」の場合、その目標に向けて努力していますか。

1. はい 2. いいえ

12) 今後のサービス継続の予定

1. なし

2. あり → 理由 (該当項目全てに○を付けて下さい)

1. 本人の希望 ..

2. 口腔清掃の自立が不十分 (環境・心身の障害等)

3. 摂食・嚥下機能が不十分

4. その他 ( )

