

## 継続的評価分析支援事業の実施予定市町村について

### 介護予防の費用対効果に関する検討

- 今般の介護保険法の改正により創設された新予防給付及び介護予防事業については、施行後3年を目途として費用に対する効果の程度等の観点から検討を行い、所要の措置を講ずる旨の規定が設けられた（附則第2条第2項）。
- このため、市町村における介護予防の費用に対する効果について検証を行うため、本事業を全国の100か所程度の市町村において実施することとしたところ。

(参考)

改正介護保険法附則

第2条 (略)

2 政府は、この法律の施行後3年を目途として、第3条の規定による改正後の介護保険法（以下「新介護保険法」という。）による予防給付及び地域支援事業について、その実施状況等を勘案し、費用に対するその効果の程度等の観点から検討を行い、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

#### 1 実施上の留意事項

都道府県を通じて推薦していただいた市町村において、実施要綱に基づき事業を実施。  
なお、事業については、3年間継続して実施することを原則とする。

#### 2 実施予定市町村数

##### (1) 実施市町村

現時点における実施市町村は、70市町村（別紙1参照）

##### (2) 選定までの経緯

平成18年7月26日付け老人保健課長通知により、都道府県あて実施市町村の候

補の選定を依頼。

都道府県が選定した70市町村について、実施を予定。

※ 実施市町村を選定していない7県（青森県、山形県、栃木県、千葉県、石川県、福井県、沖縄県）におかれては、本年度中に追加して実施できるよう、候補となる自治体の選定をお願いしたい。

### 3 調査項目

本事業における調査項目は（別紙2）の内容で行う。

### 4 今後のスケジュール

平成18年10月	実施する市町村の決定
11月上旬	実施市町村に対する説明会の開催
平成19年 3月中旬	入力ソフトの配布
	事業開始

（平成18年度内 未実施都道府県において実施市町村の選定完了）

平成19年 4月	2年目の事業開始
平成19年 6月	18年度分の入力データの送信完了
平成20年 4月	3年目の事業開始

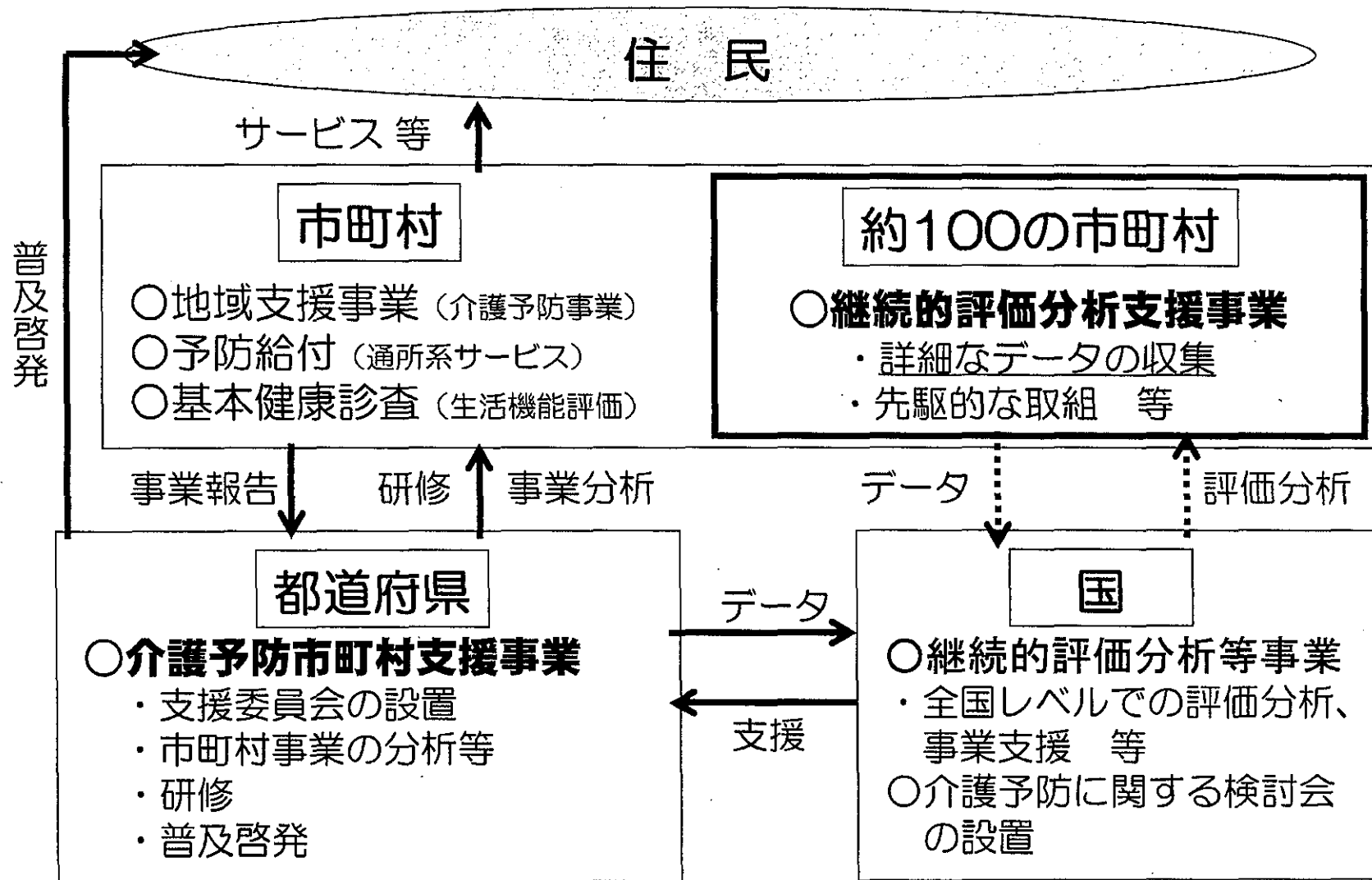
（平成20年度内 結果のとりまとめ）

## 平成18年度 継続的評価分析支援事業の推薦実施市町村

	都道府県名	市町村名
1	北海道	北広島市
2	青森	
3	岩手	矢巾町
4	宮城	仙台市 桶谷町
5	秋田	横手市
6	山形	
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	
10	群馬	草津町
11	埼玉	草加市 和光市
12	千葉	
13	東京	八王子市 小平市
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	
18	福井	
19	山梨	北杜市
20	長野	東御市 上田市 飯田市 坂城町
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	名張市 玉城町

	都道府県名	市町村名
25	滋賀	安土町
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 津和野町 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	行橋市 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	70

# 介護予防市町村支援事業、継続的評価分析支援事業等 (平成18年度新規事業)



## 継続的評価分析支援事業における調査項目

### 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	介護予防ケアプランの内容	p. 6
4	ものわすれ検査	p. 8
5	食事・栄養の状態	p. 10

### 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. 11	11	社会的支援	p. 17
7	疾患既往歴	p. 12	12	睡眠等の状態	p. 18
8	過去半年間の入院	p. 13	13	認知的活動	p. 20
9	生活機能に関する状況 (基本チェックリスト)	p. 14	14	落ち込みやすさ	p. 21
10	主観的QOL	p. 15	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. 31
20	アクティビティの内容等	p. 36

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	
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	
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）	
サービス開始年月日	：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

**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) 現在の要介護状態等 (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)の要支援認定の際の一次判定結果 (当てはまるもの1つに○)

1. 要介護認定を申請していない      2. 非該当  
 3. 要支援1                                  4. 要介護1相当  
 5. 要介護2                                  6. 要介護3  
 7. 要介護4                                  8. 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                      10. 未実施

**<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   |
| 9. 未実施  |         |        |        |

＜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に同じ	
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に同じ	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○）

- |                   |                  |
|-------------------|------------------|
| 1. 本人・家族からの相談     | 6. 要介護認定非該当者     |
| 2. 基本健康診査（生活機能評価） | 7. 訪問活動による実態把握   |
| 3. 医療機関からの情報提供    | 8. 高齢者実態把握調査     |
| 4. 民生委員からの情報提供    | 9. 要支援・要介護者からの移行 |
| 5. 地域住民からの情報提供    | 10. 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 介護予防ケアプランの内容**

介護予防ケアプランに含まれるサービス等について、お答えください。

1) 地域支援事業による介護予防（特定高齢者のみ回答）

(1) 通所型介護予防事業（当てはまるもの全てに○）

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（当てはまるもの全てに○）

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）

(1) 介護予防通所介護（当てはまるもの全てに○）

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（当てはまるもの全てに○）

1. 運動器の機能向上      2. 栄養改善  
3. 口腔機能の向上



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。<br>(※2年までの誤差は正解とする。)  | ___ / 1 |
| 2) 今日は何年の何日ですか。何曜日ですか。<br>(※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。<br>(※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。<br>(※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。)<br>1 : a)桜 b)猫 c)電車<br>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。<br>(※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 |

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。

6) 私がこれから言う数字を逆から言ってください。 \_\_\_\_\_ / 2

(※6-8-2、3-5-2-9を逆に言ってもらう。3桁逆唱に失敗したら、打ち切る。それぞれ1点とする。)

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。 \_\_\_\_\_ / 6

(※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

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。 \_\_\_\_\_ / 5

(※時計、鍵、タバコ、硬貨など必ず相互に無関係なものにする。)

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。 \_\_\_\_\_ / 5

(※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つ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

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)

2) 血清アルブミン値 (把握できる場合は記入)

\_\_\_\_\_ 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 _____ 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        |                 |

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○）。

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

2) 前問1)のうち、要支援者又は特定高齢者となった主な原因はどれです  
か。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。

8 過去半年間の入院

1) 過去半年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」と回答した方は、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つだけ選んで記入してください。)
(例)	平成18年4月6日	10日間	1
1回目			
2回目			
3回目			
4回目			

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。  
（総得点\_\_\_\_\_点）

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ヵ月間で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          cm      体重          kg      (BMI      )(注)	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言われるか	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。

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。

5) 過去1カ月間に、昼寝（日中の睡眠）がありましたか（当てはまるもの1つに○）。

1. あり

2. なし

→ 5-1) 「1. あり」と回答した方は、どのくらいの頻度でしたか（当てはまるもの1つに○）。

1. 週に1回未満

2. 週に1~2回

3. 週に3回以上

4. ほぼ毎日

→ 5-2) 「1. あり」と回答した方は、その時間はどのくらいでしたか。

約（ ）時間（ ）分／1日当たり

6) 過去1カ月間の目覚めはいかがですか（当てはまるもの1つに○）。

1. よい

2. まあまあよい

3. あまりよくない

4. 悪い

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。

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。

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) 基本的に自分の人生に満足している（当てはまるもの1つに○）。

1. はい                      2. いいえ

2) 活動や興味がかなり減った（当てはまるもの1つに○）。

1. はい                      2. いいえ

3) 人生は空虚だと感じる（当てはまるもの1つに○）。

1. はい                      2. いいえ

4) 飽きてしまうことが多い（当てはまるもの1つに○）。

1. はい                      2. いいえ

5) たいていいつも元気がある（当てはまるもの1つに○）。

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（当てはまるもの1つに○）。

1. はい                      2. いいえ

7) たいていいつも幸せである（当てはまるもの1つに○）。

1. はい                      2. いいえ

8) 無力感を覚えることが多い（当てはまるもの1つに○）。

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。

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（当てはまるもの1つに○）。

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（当てはまるもの1つに○）。

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（当てはまるもの1つに○）。

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（当てはまるもの1つに○）。

1. はい                      2. いいえ

13) エネルギーに溢れている（当てはまるもの1つに○）。

1. はい                      2. いいえ

14) 自分の状況には望みがない（当てはまるもの1つに○）。

1. はい                      2. いいえ

15) 他の多くの人、自分よりいい状態（いい人生を送っている）と思う（当てはまるもの1つに○）。

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            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. 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かみしめられますか（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

以下の項目について、それぞれ記入してください。

1) 実施事業者名 ( )

2) 実施期間

約 \_\_\_\_\_ カ月

3) 1週間当たりの実施頻度 (当てはまるもの1つに○)

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

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-1時間      3. 1-2時間      4. 2時間以上

5) 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、水中ウォーキング等)
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 (具体的方法 \_\_\_\_\_ )

6) 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○。)

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

7) 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. 保健師   | 5. 看護師   | 6. 機能訓練指導員 |
| 7. その他 ( | )        |            |

8) サービス期間中の事故発生 (当てはまるもの1つに○)

1. あり (具体的な内容: )
2. なし

9) 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. <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

**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**

以下の項目について、それぞれ記入してください。

1) 実施事業者名 ( )

2) 実施期間

約 月

3) 実施頻度 (1月当たり) (当てはまるもの1つに○)

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

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-1時間      3. 1-2時間      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-1時間      3. 1-2時間      4. 2時間以上

5) 栄養の状態

(1) 体重減少率の過去1カ月との比較 (当てはまるもの1つに○)

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

(2) 体重減少率の過去3カ月との比較 (当てはまるもの1つに○)

1. 変化なし (体重減少率3%未満)  
2. 体重減少率3~7.5%未満  
3. 体重減少率7.5%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。

(3) 体重減少率の過去6カ月との比較 (当てはまるもの1つに○)

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

6) 栄養改善を必要とする理由 (当てはまるもの全てに○)

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

10. その他 (具体的に )

7) 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 等)
2. 通所による小グループ型 (栄養教育、料理教室 等)
3. 訪問による栄養相談等
4. その他 (具体的に )



### 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
7. 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
8. ボランティアによる支援の紹介や調整
9. 家族による支援に関する助言や調整
10. 配食の支援の紹介や調整
11. 健康補助食品等の紹介や調整
12. その他

#### 9) 栄養改善サービスにおいて困難を感じたこと（当てはまるもの全てに○）

1. 食べる意欲が不足している。
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

#### 10) 栄養改善上必要となった、あるいは必要を感じた連携

（当てはまるもの全てに○）

- |              |                |
|--------------|----------------|
| 1. 医師の指示・指導  | 2. 歯科受診        |
| 3. 口腔機能の向上   | 4. 運動機能の向上     |
| 5. リハビリテーション | 6. うつの予防・改善    |
| 7. 認知症の予防・改善 | 8. 閉じこもりの予防・改善 |
| 9. 訪問介護      | 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。

11) サービス期間中の事故発生 (当てはまるもの1つに○)

1. あり (具体的な内容: \_\_\_\_\_ )
2. なし

12) 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

↳ 12-1) 「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

### 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

以下の項目について、それぞれ記入してください。

1) 実施事業者名 ( )

2) 実施期間

約 \_\_\_\_\_ カ月

3) 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月当たり) (当てはまるもの1つに○)

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週間当たり) (当てはまるもの1つに○)

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

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. 10-19分      3. 20-29分      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. 10-19分      3. 20-29分      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) 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○）

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

(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○）

1. 健口体操
2. 口腔清掃の実施（個別・集団：歯・入れ歯・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）
4. 口腔清掃の介助（歯・入れ歯・舌）

#### 6) 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

### 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。

(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

(9) 食事の量（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) 食事後に口腔内に食物残渣（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

### 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。

(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

7) 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  
4. 保健師                      5. 看護師                      6. 言語聴覚士  
7. 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) サービス期間中の事故発生 (当てはまるもの1つに○)

1. あり (具体的な内容: \_\_\_\_\_ )
2. なし

9) 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

→ 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

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に記入）

以下の項目について、それぞれ記入してください。

1) 実施事業者名（ ）

2) 実施期間

約 〃 月

3) 実施頻度（1週間当たり）（当てはまるもの1つに○）

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

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-1時間      3. 1-2時間      4. 2時間以上

5) サービス期間中の事故発生（当てはまるもの1つに○）

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