

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。**

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噛みしめられますか（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. 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。

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 _____ カ月

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) 食事中の食べこぼし（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

