

第1回 介護予防継続的評価分析等検討会 議事次第

日時：平成18年12月18日（月）

13:00～15:00

場所：東海大学校友会館「阿蘇の間」

1. 開 会

2. 議 題

(1) 継続的評価分析支援事業等について

(2) 調査票及び記入要領等について

(3) データ分析のイメージについて

(4) その他

3. 閉会

資 料 一 覧

資料1 介護予防継続的評価分析等検討会開催要綱

資料2 継続的評価分析支援事業等について

資料3 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）

資料4 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）の調査票に係る記入要領（案）

資料5 データ分析のイメージについて（案）

介護予防継続的評価分析等検討会開催要綱

1. 趣 旨

平成18年4月から介護保険制度に導入された介護予防事業及び新予防給付（以下「介護予防サービス等」という。）について、その効果の分析・評価、効果的な普及啓発の方法、実施内容の在り方等について検討するため、介護予防継続的評価分析等検討会（以下「検討会」という。）を開催する。

2. 検討会構成員等

- (1) 構成員については別紙のとおりとし、うち1名を座長とする。
- (2) 座長は、構成員の中から互選により決定する。

3. 主な検討事項

- (1) 介護予防サービス等の効果（費用に対する効果を含む。）の分析、評価に関すること。
- (2) 今後の介護予防サービス等の実施内容の在り方に関すること。
- (3) 介護予防サービス等の効果的な普及啓発の方法に関すること。
- (4) その他介護予防サービス等に関すること。

4. 検討会の運営等

- (1) 検討会は、厚生労働省老健局長が参集する。
- (2) 参考人の招致

座長は、必要に応じ、適当と認められる有識者等を、参考人として招致することができるものとする。

- (3) 検討会の公開

- ・ 検討会は、原則公開とする。ただし、座長は、公開することにより公平かつ中立な検討に著しい支障を及ぼすおそれがあると認めるときその他正当な理由があると認めるときは、会議を非公開とすることができる。
- ・ 座長は、会議における秩序の維持のため、傍聴人の退場を命ずるなど必要な措置をとることができる。

- (4) 検討会の庶務は、厚生労働省老健局老人保健課において行う。

- (5) その他

この要綱に定めるもののほか、本検討会の開催に必要な事項は、座長が厚生労働省老健局長と協議の上、定める。

資料2

継続的評価分析支援事業等について

継続的評価分析支援事業等について

1. 実施目的

市町村が実施する介護予防関連事業（介護保険法に基づく予防給付及び地域支援事業（介護予防事業）並びに老人保健法に基づく基本健康診査において実施する生活機能評価をいう。以下同じ。）に係る詳細な情報を収集し、厚生労働省においてその効果等を検証するための基礎資料を得るとともに、市町村における介護予防プログラムの評価を支援し、もって、今後、全国におけるより効果的・効率的な事業実施に資することを目的として、継続的評価分析支援事業を実施する。

2. 実施主体

市町村（特別区、広域連合、一部事務組合を含む。以下同じ。）

（実施市町村は、事業の目的の達成のために必要があるときは、本事業の一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託することができる。）

3. 実施内容

（1）介護予防関連事業の効果を検証するための情報収集（別紙1及び別紙2参照）

① 趣旨

介護予防関連事業の効果を定量的に分析・評価するため、介護予防関連事業に関する詳細なデータを、実施市町村を通じて収集する。このため、実施市町村は、介護予防関連事業の対象者ごとに、サービスの利用状況、心身機能等に関する詳細な情報を経時的に記録するものとする。

② 実施方法

- 1) 実施市町村は、原則として管内の地域包括支援センターを1か所選定する。
- 2) 地域包括支援センターは、本事業の実施期間中に当該センターが介護予防ケアマネジメントを実施した全対象者（特定高齢者及び要支援者）

について、サービス開始後3か月毎にサービスの利用状況、心身の状況等に関する情報を収集し、厚生労働省が別途配布する専用システムを用いて経時的に記録する（別紙3参照）。

3) 地域包括支援センターは、当該センターに蓄積された情報のうち、氏名等のプライバシーに関わる情報を除いたものについて、専用システムを用いて定期的に厚生労働省に送信する。

4) なお、厚生労働省においては、事業実施市町村のデータを基に継続的評価分析等事業において、①高齢者の心身の状態や活動状態の変化の分析、②費用に対する効果の分析を行うこととしている。

5) また、送信されたデータについては、厚生労働省において一定の分析を行い、各市町村に還元する予定。

(2) 介護予防関連事業に係る先駆的事業の評価

① 趣旨

介護予防関連事業のプログラム等について、より効果的・効率的な手法を確立し、普及定着を図ることを目的として、市町村の先駆的な取組に係る評価・検証を行う。

② 実施方法

1) 実施市町村は、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上、閉じこもり予防・支援、認知症予防・支援、うつ予防・支援の6つの介護予防プログラムに関して、地域の実情に応じて介護予防上の効果が見込まれる先駆的な取組を企画し、地域支援事業（介護予防事業）として実施する。

2) 国は、市町村が企画した取組が介護予防上の効果が見込まれる先駆的な取組であるかどうかを審査し、適当と認めたものについて本事業の対象とする。

3) 実施市町村は、当該取組について、サービスの利用状況、心身の状況等に関する情報を経時的に記録し、その有効性等を評価・検討する。

4) なお、(2)の事業を実施する市町村は、(1)の事業も併せて実施するものとする。

4. 国庫補助

- ・ 予算科目 (目)介護保険事業費補助金
- ・ 平成18年度予算額 13,392百万円(うち400百万円)
- ・ 国庫補助基準額 厚生労働大臣が認めた額

5. 今後のスケジュール

- ・ 平成19年1月 調査開始
- ・ 平成19年3月末 ソフト配布、オンラインシステム稼働
- ・ 平成20年秋頃 データ集計・分析
中間報告のとりまとめ(厚生労働省)
- ・ 平成21年1月末 調査終了
- ・ 平成21年3月末 データ送信終了(オンラインシステム終了)
とりまとめ

介護予防の効果の分析について

- 介護予防(新予防給付・特定高齢者施策)の効果の分析については、継続的評価分析支援事業の実施市町村における詳細なデータを基に、厚生労働省が継続的評価分析等事業において行うこととしている。
- 本事業においては、①介護予防サービスを受けた高齢者の心身の状態や活動状況の変化の分析及び②介護予防の費用に対する効果の分析を行うこととしている。

市町村		継続的評価分析支援事業
	報告対象	〈予防給付〉〈特定高齢者施策〉
	報告内容	高齢者の心身の状態や活動状況等のデータ



厚生労働省		継続的評価分析等事業
	分析対象	〈予防給付〉〈特定高齢者施策〉
	分析内容	○心身の状態や活動状況の変化の分析 ○費用に対する効果の分析
	分析データ	継続的評価分析支援事業の実施市町村からの 高齢者の心身の状態や活動状況等のデータ
	分析	介護予防継続的評価分析等検討会において実施
	活用データ	既存の各種データ(介護給付費実態調査等)

(参考)

介護保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項(検討)

政府は、法律の施行後3年を目途として、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。

(別紙1)

継続的評価分析支援事業に参加するメリット

継続的評価分析支援事業にご参加いただいた市町村には、様々なメリットがあります。

1. 利用者の心身の状態や活動状況の変化が一目で分かります！

状態の変化を
ビジュアルに把握

(参考) 予防効果記録票イメージ(一部)

○参加市町村には、専用ソフトが配布され、利用者の調査項目を入力すると右のような記録票が自動的に作成されます。

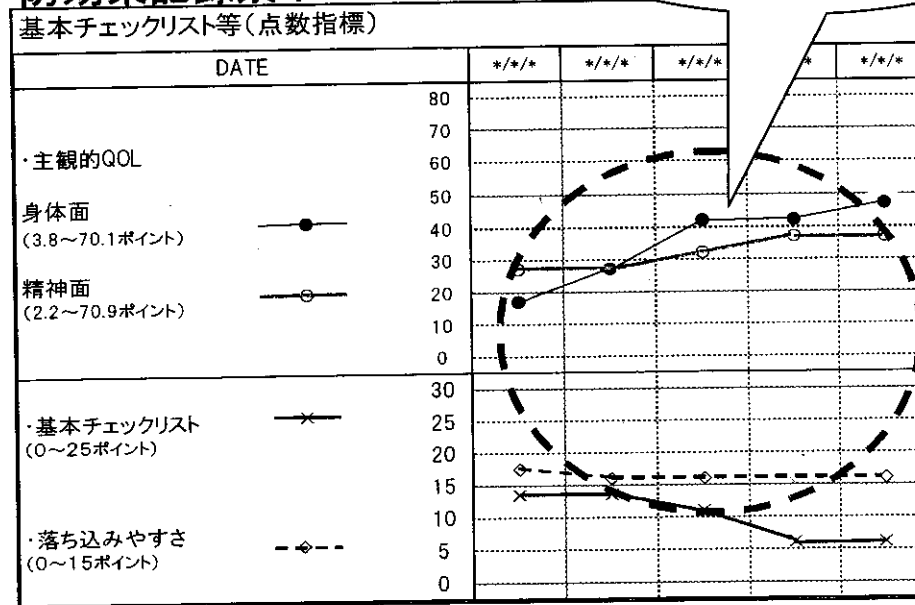
○これにより、

①要支援状態の区分、

②基本チェックリスト、

③運動器の機能向上等の推移

をビジュアルかつ容易に把握することができます。



2. ケアマネジメントの際、予防効果記録票を有効に活用できます！

○ケアマネジメント時に予防効果記録票を活用すると、ご利用者やご家族に改善状況を分かりやすく説明でき、予防効果の理解も深まります。

(例)9月30日から12月31日まで マシンによらない筋力増強訓練を3か月続け、片足立ちが約10秒伸びていることが分かります。

(参考)予防効果記録票イメージ(一部)

DATE		3/31	6/30	9/30	12/31	
プログラム 内容	実施時間/回	1回 30m-1H	1回 30m-1H	1回 1H-2H	2回 30m-1H	
	実施方法	グループ体操				
		マシンによる筋力増強訓練			---	---
		マシンによらない筋力増強訓練			---	---
		持久性訓練				
		日常生活動作に関わる訓練				
		レクリエーション・ゲーム	*	*		
その他						
片足立ち	40 30 20 10 00秒	○右				

3. 地域包括支援センターにおける介護予防の取組効果が、簡単に把握できます！

○利用者毎に作成される予防効果記録票のデータから、自動的に地域包括支援センターにおける介護予防の取組効果が予防効果集計票として作成され、予防効果を把握できます。

○地域包括支援センターの予防効果集計票と、国においてとりまとめる全参加市町村の介護予防の取組をとりまとめたものとの比較ができます。

4. 費用対効果等のデータについて、国が市町村毎に分析し、お知らせします！

○国では、全参加市町村のデータを基に、介護予防の費用に対する効果の分析等を行いますが、参加市町村毎においても分析を行い、結果をお知らせします。

5. データを活用し、様々な介護予防の効果や費用対効果の分析が可能となります！

○各市町村が、データを活用して、例えば、利用者の年齢別、状態別、プログラム別等に、介護予防の効果を分析することで、より効果的なプログラムを実施することが可能になります。

(例)70歳台で主観的QOLが高い方々について、マシンによらない筋力増強訓練による改善効果が顕著であれば、同じ状態の方々に対して、マシンによらない筋力増強訓練を中心としたプログラムを提供する。

データの入力に関する人件費等については、地域包括支援センターの本来業務に支障を来すことのないよう、国が費用負担(10/10補助)します！

利用者台帳イメージ(案)



ID番号	氏名	性別	生年月日	開始日	基本項目の調査日 (Ⅰ・Ⅱ)	要支援状態 等区分	介護予防ケアプラン					選択的メニューの調査日(Ⅲ)						事業所名					
							地域支援事業		予防給付			運動器		口腔		栄養			アクティビティ				
					通所		訪問	通所 介護	通リハ	訪問	最終	次回 予定	最終	次回 予定	最終	次回 予定	最終		次回 予定				
					最終																		

※当該利用者台帳の項目等については、現時点でのイメージであり、変更になる場合があります。

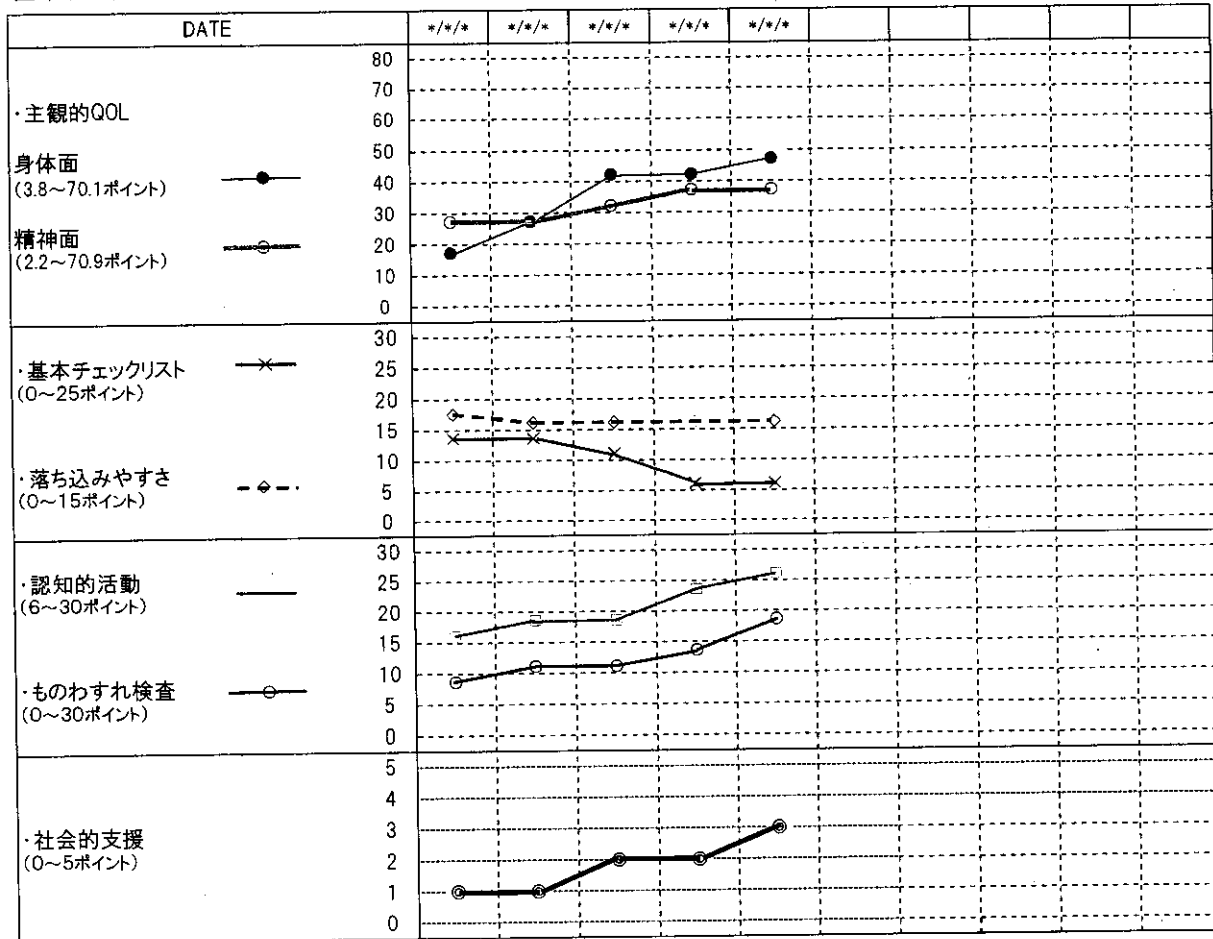
予防効果記録票 <利用者票> (案)

センター名	*****センター	センタ-番号	*****	出力日	****/**/**	
フリガナ	*** **	性別	生年月日	****/**/**	ID番号	*****
氏名	** ** *					

要介護認定等に関する事項

DATE		*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*	
要支援状態等区分	要支援2	*	*				
	要支援1			*	*		
	特定高齢者					*	
日常生活自立度	障害高齢者	J1	J1	J1	J1	自立	
	認知症高齢者	未	未	未	未	未	
以前の要介護状態等区分(初回のみ)		要介護					
介護予防ケアプラン	地域支援事業	通所型				4	
		訪問型					
	実施回数/月	介護予防通所介護	8	4	4	4	
		介護予防通所リハビリ					
		介護予防訪問介護					
介護予防ケアプランの継続		継続	継続	継続	継続	終了	
終了・中断の理由		-	-	-	-	改善	

基本チェックリスト等(点数指標)



その他の項目

DATE		*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*
睡眠等の状態		不	不	不	規	規
ふだんの過ごし方	場所	1	3	3	3	1
	過ごし方	2	3	4	5	5
食事・栄養の状態	楽しみ度	3	3	3	3	3
	摂取量	1	1	1	1	1
	血清アルブミン値	-	-	-	-	-
	測定日	*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*
体重		***	***	***	***	***
BMI		***	***	***	***	***
口腔機能の状態		3	2	1	1	1

※当該予防効果記録票の項目等については、現時点でのイメージであり、変更になる場合があります。

フリガナ	*** **
氏名	** ***

要介護認定等に関する事項

DATE		*/**	*/**	*/**	*/**	*/**				
要支援 状態等区分	要支援2	*	*							
	要支援1			*	*					
	特定高齢者						*			
以前の要介護状態等区分(初回のみ)		要介護								

I 運動器の機能向上

DATE		*/**	*/**	*/**	*/**					
プログラム内容	実施回数/月	1回	1回	1回	2回					
	実施時間/回	30m-1H	30m-1H	1H-2H	30m-1H					
実施方法	グループ体操	*	*	*						
	マシンによる筋力増強訓練				*					
	マシンによらない筋力増強訓練	*	*	*	*					
	持久性訓練									
	日常生活動作に関わる訓練									
	レクリエーション・ゲーム	*	*							
	その他									
運動器の機能の状態	握力	40 ○右	30	20	10	00 Kg				
	片足立ち	60 ○右	50	40	30	20	10	00 秒		
	TUG	40	30	20	10	00 秒				
	5m 歩行時間	40 □最大 ●通常	30	20	10	00 秒				
将来の目標設定の有無		--	x	x	x					

II 栄養改善

DATE		*/**	*/**	*/**						
プログラム内容	実施回数/月	2回	1回	1回						
	実施時間/回	初回 30m-1H	30m-1H	30m-1H						
実施方法	2回目以降	30m-1H								
	通所による個別型	-								
	通所による小グループ型	-	*	*						
	訪問による栄養相談等	-								
	配食の支援	-	*	*						
	ボランティアによる支援	-								
	近隣者による支援	-								
家族による支援	-									
その他	-	*	*							
栄養状態	体重減少率 <過去比較>	過去1か月	-	変化なし	変化なし					
		過去3か月	-	-	3~7.5%					
		過去6か月	-	-	-					
将来の目標設定の有無		-	x	x						

予防効果記録票 <利用者票> (案)

フリガナ	*** **
氏名	** ***

要介護認定等に関する事項

DATE		*/*/	*/*/	*/*/	*/*/	*/*/				
要支援 状態等区分	要支援2	*	*							
	要支援1			*	*					
	特定高齢者					*				
以前の要介護状態等区分(初回のみ)		要介護								

Ⅲ 口腔機能の向上

DATE		*/*/	*/*/	*/*/	*/*/					
プログラム内容	実施回数/月	専門的サービス	2回	2回	1回	1回				
		基本的サービス	2回	2回	1回	1回				
	実施時間/回	グループ	10m	10m	10m	10m				
		個別	10m	10m	10m	10m				
実施方法	専門的サービス	口腔機能の向上の説明								
		健口体操								
		口腔清掃指導	*	*	*	*				
		口腔清掃の実施	*	*	*	*				
		咀嚼機能訓練								
		嚥下機能訓練								
		構音・発声訓練								
		呼吸法に関する訓練								
		食事姿勢、環境の指導	*	*						
		その他								
	基本的サービス	健口体操								
		口腔清掃の実施	*	*	*	*				
		口腔清掃の支援								
		口腔清掃の介助								
口腔機能の状態	基本チェックリスト13 ※年前に比べて困りものが重なりにくくなりましたか	1	0	0	1					
	基本チェックリスト14 お茶や汁物でむせることがありますか	1	1	1	0					
	基本チェックリスト15 口の渇きが気になりますか	1	0	0	0					
	QOL 調査項目(1)、(3)、(4)、(5)	3	2	2	1					
	食事等 調査項目(2)、(6)~(9)、(18)	6	4	4	3					
	口腔衛生 調査項目(10)~(15)	3	2	2	1					
	(16) 反復唾液 嚥下テスト(秒)	1回目	5	4	4	4				
		2回目	5	5	4	4				
		3回目	7	5	5	4				
	(17) 口の動き (回/10秒)	バ	2	2	3	3				
タ		2	2	3	3					
カ		2	2	3	3					
将来の目標設定の有無		x	x	x	x					

Ⅳ アクティビティの内容

DATE									
実施回数/月									
実施時間/回									
目標設定の有無									

予防効果集計票 <地域包括支援センター票> (案)

1/3

センター名 *****センター

センタ-番号 *****

出力日 2007/05/10

要介護認定等に関する事項

(単位:人)

DATE		**/**	**/**	**/**	**/**	**/**	**/**	**/**	**/**	**/**		
対象者の総数												
要介護 状態等区分	要支援2											
	要支援1											
	特定高齢者											
介護予防の 終了・中断 の理由	改善											
	悪化											
	その他											
把握 経路	本人・家族からの相談											
	基本健康診査											
	医療機関からの情報提供											
	民生委員からの情報提供											
	地域住民からの情報提供											
	要介護認定非該当者											
	訪問活動による実態把握											
	高齢者実態把握調査											
	要支援・要介護者からの移行											
	その他											

日常生活自立度

			前回調査との比較		
			改善者	維持者	悪化者
自立度 日常生活	障害高齢者	人			
		%			
	認知症 高齢者	人			
		%			

介護予防ケアプランの内容

DATE		**/**	**/**	**/**	**/**	**/**	**/**	**/**	**/**	**/**		
地域 支援 事業 (人)	通 所 型	実施総回数/月										
		運動器の機能向上										
		栄養改善										
	訪 問 型	口腔機能の向上										
		実施総回数/月										
		運動器の機能向上										
		栄養改善										
	予 防 給 付 (人)	通 所 介 護	口腔機能の向上									
			閉じこもり予防・支援									
			認知症予防・支援									
通 所 リ ハ ビ リ		うつ予防・支援										
		実施総回数/月										
		運動器の機能向上										
		栄養改善										
訪 問 介 護	口腔機能の向上											
	未実施											
	実施総回数/月											

予防効果集計票 <地域包括支援センター票> (案)

2/3

センター名 *****センター

センター番号 *****

出力日 2007/05/10

基本チェックリスト等の前回調査との比較

		前回調査との比較		
		改善者	維持者	悪化者
基本チェックリスト	人			
	%			
主観的QOL	人			
	%			
認知的活動	人			
	%			
落ち込みやすさ	人			
	%			
ものわすれ検査	人			
	%			
社会的サポート	人			
	%			

I 運動器の機能向上

(単位:人)

DATE		**/**	**/**	**/**	**/**	**/**	**/**	**/**	**/**		
実施回数 /月	1~2回										
	3~4回										
	5~6回										
	7~8回										
	9回以上										
実施時間 /回	30分未満										
	30分~1時間										
	1~2時間										
	2時間以上										
実施方法	グループ体操										
	マシンによる筋力増強訓練										
	マシンによらない筋力増強訓練										
	持久性訓練										
	日常生活動作に関わる訓練										
	レクリエーション・ゲーム										
	その他										

予防効果集計票 <地域包括支援センター票> (案)

3/3

センター名 **** * * * * センター

センター番号 *****

出力日 2007/05/10

II 栄養改善

(単位:人)

DATE		*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*		
実施回数/月	1~2回										
	3~4回										
	5~6回										
	7~8回										
	9回以上										
実施時間/回	初回	30分未満									
		30分~1時間									
		1~2時間									
	2回目以降	2時間以上									
		30分未満									
		30分~1時間									
実施方法	1~2時間										
	2時間以上										
	通所による個別型										
	通所による小グループ型										
	訪問										
	その他										

III 口腔機能の向上

(単位:人)

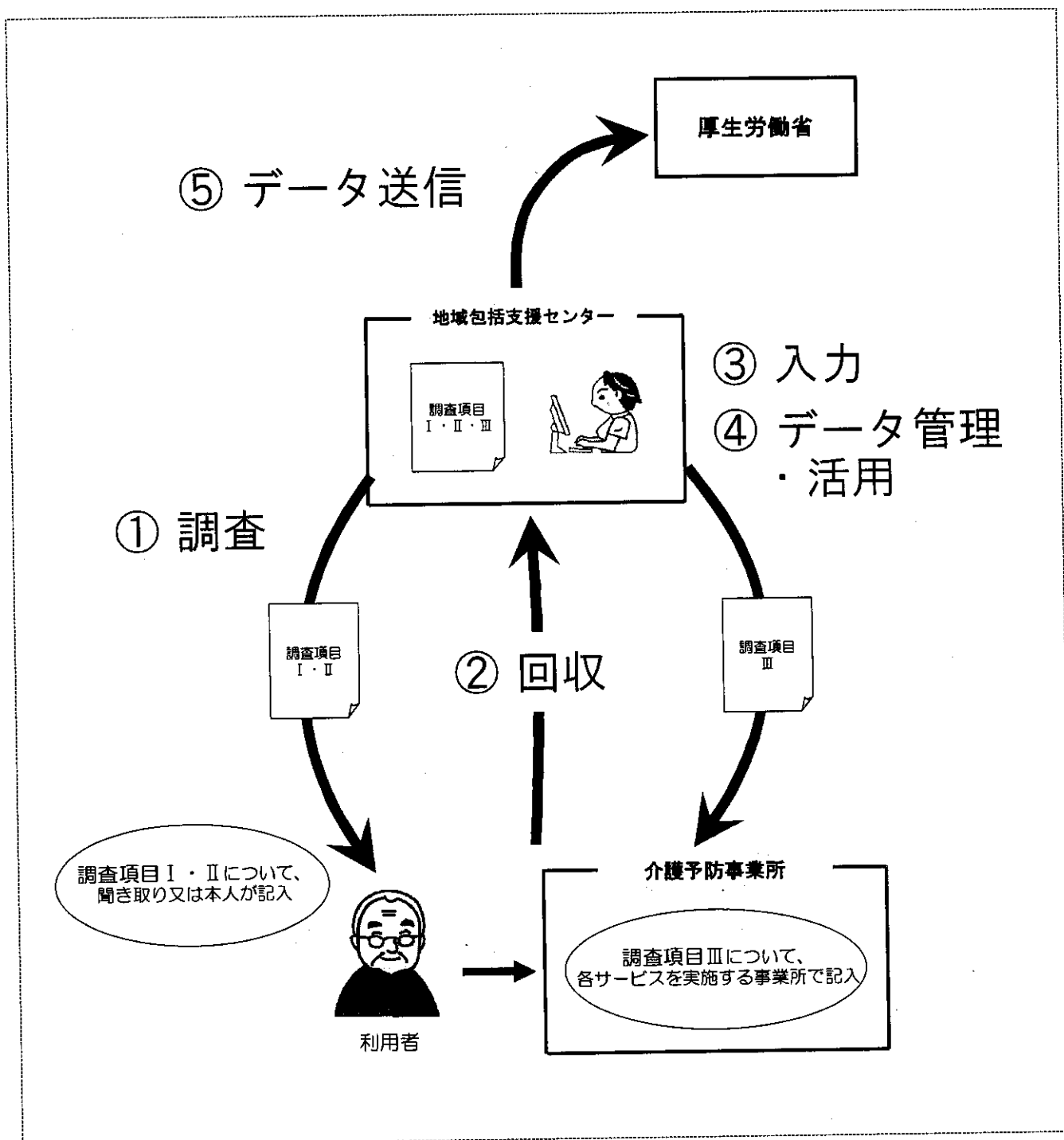
DATE		*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*		
実施回数	実施回数/月	1~2回									
		3~4回									
		5~6回									
		7~8回									
		9回以上									
	専門的サービス/月	1回未満									
		1回									
		2回									
		3回以上									
基本的サービス/週	1回未満										
	1回										
	2回										
	3回以上										
実施時間/回	専門的サービス/月	10分未満									
		10~19分									
		20~29分									
		30分以上									
	基本的サービス/週	10分未満									
		10~19分									
	20~29分										
	30分以上										
実施方法	専門的サービス	口腔機能の向上の説明									
		健口体操									
		口腔清掃指導									
		口腔清掃の実施									
		咀嚼機能訓練									
		嚥下機能訓練									
		構音・発声訓練									
		呼吸法に関する訓練									
		食事姿勢・環境の指導									
		その他									
	基本的サービス	健口体操									
		口腔清掃の実施									
		口腔清掃の支援									
		口腔清掃の介助									

IV アクティビティの内容

(単位:人)

DATE		*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*	*/*/*				
実施頻度/月	1~2回									
	3~4回									
	5~6回									
	7~8回									
	9回以上									
実施時間/回	30分未満									
	30分~1時間									
	1~2時間									
	2時間以上									

調査実施の流れ



- ① 調査項目について、「本人への聞き取り」もしくは「本人が記入」、又は「事業所において記入」となる。
- ② 記入が終わった調査票の回収を行う。
- ③ 回収した調査票のデータを入力する。
(入力の開始は、専用ソフトの配布後(平成19年3月末頃予定)に可能となります。)
- ④ 対象利用者を台帳データで管理し、予防効果記録票を利用して介護予防ケアプランの作成・本人、家族への説明等に活用。
- ⑤ 一般電話回線(ダイヤルアップ)を利用して、システムからのデータ送信(随時送信)

**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○) (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
～続く

3-4
～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	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> 日間	1
1回目	平成____年____月____日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日間	
2回目	平成____年____月____日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日間	
3回目	平成____年____月____日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日間	
4回目	平成____年____月____日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 <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。

11 社会的支援

実際に困ったことや、体の具合が悪くなったことが最近ない場合は、もしそのような事態が発生した場合、どうなるだろうかとすることを仮定して記入してください。

1) 困ったときの相談相手がありますか。(当てはまるもの1つに○)

1. はい 0. いいえ

2) 体の具合が悪いときの相談相手がありますか。(当てはまるもの1つに○)

1. はい 0. いいえ

3) 日常生活を援助してくれる人がいますか。(当てはまるもの1つに○)

1. はい 0. いいえ

4) 具合が悪いとき病院に連れて行ってってくれる人がいますか。(当てはまるもの1つに○)

1. はい 0. いいえ

5) 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。(当てはまるもの1つに○)

1. はい 0. 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。

12 睡眠等の状態

1) 過去1カ月間の就床時刻（消灯時刻）は、規則的ですか不規則ですか。

(当てはまるもの1つに○)

1. 規則的 2. 不規則（2時間以上変動）

--> 1-1) 「1. 規則的」と回答した方は、それは何時何分ごろですか。

(1. 午後 2. 午前) () 時 () 分頃

2) 就床時刻（消灯時刻）から寝付くまでの時間はどのくらいでしたか。

(当てはまるもの1つに○)

1. 15分未満 2. 15分以上30分未満
3. 30分以上60分未満 4. 60分以上

3) 過去1カ月間の起床時刻（日中に向けての行動開始時刻、寝たきりの場合はしっかりとした朝の覚醒時刻）は、規則的ですか不規則ですか。(当てはまるもの1つに○)

1. 規則的 2. 不規則（2時間以上変動）

--> 3-1) 「1. 規則的」と回答した方は、それは何時ごろですか。

(1. 午後 2. 午前) () 時頃

4) 過去1カ月間に、就床時刻から起床時刻までの夜中に、目が覚めることがありましたか。(当てはまるもの1つに○)

1. あり 2. なし

--> 4-1) 「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

--> 4-2) 「1. あり」と回答した方は、目が覚めている時間はどのくらいでしたか。

(当てはまるもの1つに○)

1. 30分未満 2. 30分以上60分未満
3. 60分以上90分未満 4. 90分以上120分未満
5. 120分以上

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。

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"/> <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"/> <input type="text"/> 秒 | |
| 4. 5m歩行時間(通常速度) | <input type="text"/> <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"/> <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) 口の渴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) 食事での食べこぼし (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. 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

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

資料4

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）の調査票に係る記入要領（案）

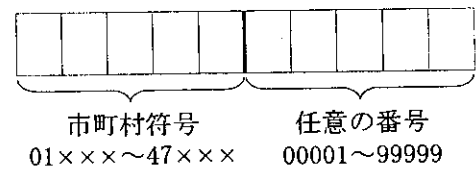
継続的評価分析支援事業（介護予防関連事業の効果を検証するための情報収集関係）の調査票に係る記入要領（案）

1 調査票表紙

1. 項目の定義

○ ID 番号

- ・利用者1人ひとりを同定するための10桁の番号である。
- ・当該センターで利用者ごとに番号を付けることとし、同一利用者に調査を繰り返す際には同じ番号が付けられるものとする。
- ・5桁の市町村番号（当該事業開始時の番号）+5桁の利用者ごとの番号を記入する。



○ 記入日

- ・「調査票項目 I・II」を記入した年月日である。

○ 都道府県・市区町村

- ・該当する地域包括支援センターの所在地である。

○ 地域包括支援センター名

- ・該当する地域包括支援センターの名称を記入する。

○ 氏名・性別・生年月日

- ・利用者の氏名・性別・生年月日を記入する。

○ 保険料段階

- ・利用者の介護保険料の段階である。

○ サービス開始年月日

- ・利用者が介護予防サービスを利用し始めた年月日である。

2. 調査上の留意点

記入日について、同一利用者に対して複数日にわたって調査・記入した場合は、最後に記入した日をもって「記入日」とする。

保険料段階について、本人から介護保険証を見せてもらうことにより、現状を正確に把握することが望ましい。

サービス開始年月日について、利用者が当該センターでの介護予防プランに基づいて介護予防サービスを利用し始めた年月日を記入する。ただし、介護予防ケアプランを複数回作成している場合は、最初のケアプランに基づく介護予防サービス開始年月日を記入する。

調査開始後に調査協力が得られなくなったために終了する場合は、チェック欄に「レ」を記入すること。

2 要介護認定等の状況

1. 項目の定義

要介護認定等の状況と日常生活自立度について調査する。

特定高齢者については、利用者本人が地域包括支援センターに来所することとなった契機（把握経路）について調査する。

2. 調査上の留意点

要介護認定等の状況については、介護認定審査会での判定結果を記入する。

また、前回の要介護認定等の状況については、調査開始時において記入すること。それ以降は記入する必要はないが、あらためて調査対象者になった場合は、再度記入すること。

日常生活自立度では、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）、認知症高齢者の日常生活自立度のそれぞれについて、調査票に示す判定基準に従って記入者が判断し、記入すること。

特定高齢者の把握経路については、利用者本人などから聞き取りを行った結果を記入すること。また、特定高齢者での調査開始時において記入すること。それ以降は記入する必要はないが、あらためて特定高齢者になった場合は、再度記入すること。

3. 選択肢の判断基準

日常生活自立度では、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）、認知症高齢者の日常生活自立度のそれぞれについて、調査票に示す判定基準に従うこと。

特定高齢者の把握経路では、当てはまるもの全てに○を付けること。

3 介護予防サービス等の内容

1. 項目の定義

今回の介護予防ケアマネジメントを通じて作成された介護予防ケアプランの内容（実施することとなったサービスの種類）及び実施回数。

今回、介護予防ケアプランを終了または中断することになった場合には、その理由・原因を記入する。

また、初回のみ、特定高齢者又は新予防給付になる前の予防給付・介護給付のサービス内容及び実施回数について記入する。

2. 調査上の留意点

1) 「地域支援事業による介護予防」は、特定高齢者のみ回答する（要支援者は回答

しない)。

今回初めて介護予防ケアプランを作成した場合、3)「介護予防ケアプランの継続」は回答しない。

2)「予防給付」は、要支援者のみ回答する(特定高齢者は回答しない)。

今回初めて介護予防ケアプランを作成した場合、3)「介護予防ケアプランの継続」は回答しない。

実施回数は、調査開始時においては、予定される実施回数を記入する。

4)「現在の要介護状態等になる前のサービス」は、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を記入する。(地域包括支援センターで把握していない場合は、本人からの聞き取りで記入し、不明な場合は不明とする。)

3. 選択肢の判断基準

3)「介護予防ケアプランの継続」における3-1)の「1. 一般高齢者になったため」とは、要介護認定等の改善により介護予防サービス(特定高齢者施策、予防給付)の対象から外れた場合をいう。同様に「2. 介護給付の対象者(要介護認定者)になったため」とは、要介護認定等の悪化により介護予防ではなく介護給付の対象となった場合をいう。

3-2)の「1. 身体的な改善」とは、体調がよくなったため、介護予防サービスを利用する必要がないと本人が感じて終了した場合をいう。「2. 身体的な悪化」とは、要介護認定には至っていないが、体調不良により介護予防サービスの利用継続が難しいと本人が感じて終了した場合をいう。

また、「死亡」、「転居」、「入院」又は「本人の希望」等の理由で「終了」又は「中断」した場合、「調査票項目Ⅰの①～③」については、地域包括支援センターで記入し、「調査票項目Ⅰの④、⑤」及び「調査項目Ⅱ・Ⅲ」については記入不要とする。

④ ものわすれ検査

1. 検査の概要

ここで使われるもの忘れ検査である改訂版長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)は、もともとは認知症をスクリーニングするためにわが国で開発された簡便な質問式の検査法である。つまり、対象者の日常生活の様子が十分に把握できない時、単身者である時、高齢者世帯で情報提供者となるべき配偶者が虚弱であったりする時、認知症の疑いがあるかどうかの目安をつけることが本来の使い方である。

健常者の記憶機能を含めた認知機能の推移をみることは目的としていないが、認知症が軽度である場合には、特定高齢者を対象とした介護予防プログラムに参加してもらう

ことが適切である場合があるために本検査が含まれている。

HDS-R は年齢、時間の見当識、場所の見当識、単語の再生と遅延再生、計算、数字の逆唱、物品の視覚記銘、言語の流暢性の9つの設問から構成されている。対象者の生年月日のみ事前にわかれば周囲の人や家族からの情報がなくとも施行可能である。

すべての質問式のスケールに共通するが、HDS-R は観察式の検査法とは異なり、対象者の協力が不可欠であり、また高度の視聴覚障害がある時には施行できない。被検者の意欲や集中力が十分でない時やうつ状態では実際よりも得点が低くなる傾向がある。また、HDS-R を認知症の人に行った場合には教育歴による影響はないが、健常者では教育歴によって若干影響を受ける。

本検査の最高得点は30点で、スクリーニング検査として用いる場合には20点以下を認知症、21点以上を非認知症とした場合に最も高い弁別性が得られる。

いまのところ、得点による認知症の重症度分類は行われていないが、参考までに認知症の重症度ごとの平均得点は、非認知症：24.3±3.9、軽度：19.1±5.0、中等度：15.4±3.7、やや高度：10.7±5.4、非常に高度：4.4±2.6となる。

2. 調査上の留意点及び選択肢の判断基準

施行時間は5分程度である。実施する前には「これから記憶力の検査をしてみますが、よろしいですか。簡単な質問ですが、5分位かかります。」というような説明をして断った上で施行するようにする。このもの忘れ検査を実施するときには可能な限り周囲からの騒音などが無い静かな場所で行う。居宅でテレビなどがつけられている時には少なくとも音声がないようにする。また、薄暗い場所では実施することは避ける。各質問については、次の点に留意する。

1) 年齢

満年齢が正確に言えれば1点を与え、2年までの誤差は正答とみなす。被検者が正答できない時に、家族が脇から答えを言ったりしないように注意しておく。

2) 日時の見当識

「今日は何年の何月何日ですか？」と問う。続けて聞くのではなく、「今日は何月何日ですか？」と聞き、「何曜日でしょう？」「今年は何年ですか？」とゆっくり別々に聞いてもよい。年・月・日・曜日それぞれの正答に対して各1点を与える。年については西暦でも正解である。年齢の質問と同様に被検者が正答できない時に、家族が脇から答えを言ったりしないように注意しておく。

3) 場所の見当識

「私たちがいまいるところはどこですか？」と問う。被検者が自発的に答えられれば2点を与える。病院名や施設名、住所などが言えなくてもよく、現在いる場所がど

ういう場所なのか本質的に捉えられていればよい。もし、正答がなかった場合には約5秒おいてから「ここは病院ですか？家ですか？施設ですか？」と問い、正しく選択できれば1点を与える。

4) 3つの言葉の記録

「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」と教示する。3つの言葉はゆっくり区切って発音し、3つ言い終わった時に繰り返して言ってもらう。使用する言葉は2系統あるため、いずれか1つの系列を選択して用いる。1つの言葉に対して各1点を与える。もし正解がでない場合、正答の答えを採点した後に正しい答えを教え、覚えてもらう。もし3回以上言っても覚えられない場合にはそこで打ち切り、質問7の「言葉の遅延再生」の項目から覚えられなかった言葉を除外する。質問4の3つの言葉の直後再生ができない場合には質問7の遅延再生は出来ないことが多い。

5) 計算

「100引く7はいくつですか？」「それからまた7を引くといくつになるでしょう？」と問う。「93から7を引くと？」というように検査者が最初の引き算の答えを繰り返して言うてはならない。各正答に対して1点を与えるが、最初の引き算の答えが誤りである場合にはそこで打ち切り、2つめの引き算は行わない。質問5は健常者では比較的教育的影響による影響を受けやすい。

6) 数字の逆唱

「私がこれから言う数字を逆から言ってください」と教示する。数字は続けて言うのではなく、ゆっくりと約1秒の間隔をおいて提示し、言い終わったところで逆から言ってもらう。正解に対して各1点を与えるが、3桁の逆唱ができなかった時はそこで打ち切る。質問5と質問6は質問4をしたあと質問7をするため注意を他に向けるための課題（干渉課題）であるため、特に質問4～7までは必ずこの順番で行う。

7) 3つの言葉の遅延再生

「さきほど覚えてもらった言葉をもういちど言ってみてください」と教示する。3つの言葉のなかで自発的に答えられた言葉に対して各2点を与える。もし答えられない言葉があった場合には、少し間隔をおいてからヒントを与え、正答すれば1点を与える。例えば系列1で「桜」と「電車」が想起できなかった場合は「1つは植物でしたね」というヒントを与え、正答できれば1点を与える。その後「もう1つは乗り物がありましたね」とヒントを与える。ヒントは被検者の反応をみながら1つずつ提示するようにし、「植物と乗り物がありましたね」というように続けてヒントをだしてはならない。

8) 5つの物品記銘

あらかじめ用意した5つの物品を1つずつ名前を言いながら並べて見せ、よく覚えるように教示する。次にそれらを隠して「思い出す順番はばらばらでもいいですが、いまここになにがありましたか？」と尋ねる。物品に特に指定はないが、「時計」「鍵」「ペン」「硬貨」「スプーン」など相互に無関係な物品を用いる。「ボールペン」「鉛筆」「はさみ」など関連する物品は用いない。各正答に対してそれぞれ1点を与える。

9) 野菜の名前：言語の流暢性

「知っている野菜の名前をできるだけたくさん言ってください」と教示する。具体的な野菜の名前を検査用紙の記入欄に記入し、重複したものは採点しない。この質問は言語の流暢さをみるためのものであるため、途中で言葉に詰まり約10秒待っても次の野菜の名前が出てこない場合にはそこで打ち切る。採点は5個までは0点であり、以後、6個=1点、7個=2点、8個=3点、9個=4点、10個=5点とする。

5 食事・栄養の状態

1. 項目の定義

1) 食事摂取量 (当てはまるもの1つに○)

利用者が体重減少や食欲低下等がみられない状態の時に習慣的に食べている1日の食事量に比べて、現在の食事量が著しく少なくなっていないかを把握する項目である。

2) 血清アルブミン値 (当てはまるもの1つに○)

基本健康診査や医療機関において1カ月以内の検査値が把握できる場合には記入する。

2. 調査上の留意点

1) 食事摂取量 (当てはまるもの1つに○)

利用者には「現在の食事量は、調子のよいときに比べて減ってきているということはありませんか？ 減ってきている場合には、どの位減りましたか。」等の質問を行い、現在の食事量が著しく少なくなっていないかを大まかに把握する。詳細な食事の聞き取りの必要はない。

2) 血清アルブミン値 (把握できる場合は記入)

血清アルブミン値は、少数第1位まで記入し、その測定日を記載する。

3. 選択枝の判断基準

1) 食事摂取量 (当てはまるもの1つに○)

「1. 良好(76~100%)」 : 現在の食事量に著しい減少はみられない場合。食事量の減少が25% (1/4) 未満の場合。(小数点以下の端数は切り上げて判定する。)

「2. 不良 (75%以下)」 : 現在の食事量に著しい減少がみられる場合。食事量の減少が25% (1/4) 以上の場合。1日2食以下の場合。

6 家族構成

1. 項目の定義

調査時点で、利用者と同居している者および続柄である。「10. その他」とは、9つの選択枝に示した関係以外の同居者に関する情報である。

2. 調査上の留意点

通常の状態において同居している者であって、ときどき(不定期に)同居することのある者は含まない。「10. その他」について、その関係を尋ねる必要はない。

2) 「主な介護者」については、利用者本人の答えを記入すること。「介護者がいない」と本人が答えた場合は、この欄は空白のままとする。また、一緒に住んでいない者が主な介護者である場合も、この欄は空白のままとする。

3. 選択枝の判断基準

利用者本人の回答を、そのまま記入すること。

7 疾患既往歴

1. 項目の定義

要支援者または特定高齢者となったことに関する医学的な原因。

2. 調査上の留意点

利用者本人の判断・回答に基づいて記入すること。

要支援者または特定高齢者での調査開始時において記入すること。それ以降は記入する必要はないが、あらためて要支援者または特定高齢者になった場合は、再度記入すること。

3. 選択肢の判断基準

利用者本人の判断・回答に基づいて記入すること。

8 過去3カ月間の入院

1. 項目の定義

本調査票記入から遡って3カ月間の入院に関する情報（入院年月日、入院期間、原因疾患）。検査入院や経過観察のための入院など、あらゆる理由の入院について記入すること。

2. 調査上の留意点

利用者本人の判断・回答に基づいて記入すること。

3. 選択肢の判断基準

利用者本人の判断・回答に基づいて記入すること。

9 生活機能に関する状況（基本チェックリスト）

・調査上の留意点及び判断基準

利用者本人の判断・回答に基づいて記入すること。

10 主観的 QOL

1. 項目の定義

健康に関連する生活の質（QOL）調査票として世界で最も広く使用されている SF-36 の簡略版で、8項目からなる（SF-8 と呼ばれている）。過去1カ月間を通じての平均的な状態について利用者の回答（自己評価）を求める。

2. 調査上の留意点（当てはまるもの1つに○）

SF-8 の公式マニュアルを見ても、個々の質問文に関する補足説明や「答え方」などは述べられていない。利用者が質問文と選択肢を読んで、それぞれの理解に基づいて、それぞれの基準で回答するものである。したがって、利用者から補足説明を求められても、それには応じないで、「あなたご自身のご判断でお答えください」と言う。

あくまでも本人の主観的な自己評価を求めるものである。その基準は人により異なる

ものである以上、客観的に捉えられる状態と本人の回答との間に乖離があっても、本人の回答を尊重すること。

3. 選択肢の判断基準（当てはまるもの1つに○）

利用者本人の判断・回答に基づいて記入すること。

11 社会的支援

1. 項目の定義

本人が困ったり、体の具合が悪いときに、相談できる相手や援助してくれる人がいるかどうかに関する情報である。最近の状況について尋ねる。

2. 調査上の留意点

実際に困ったことや体の具合が悪くなるのが最近ない場合でも、もしそのような事態が発生したら、どうなるだろうかという仮定のもとで記入を求めること。

3. 選択肢の判断基準（当てはまるもの1つに○）

利用者本人の判断・回答に基づいて記入すること。

12 睡眠等の状態

1. 項目の定義

1) 過去1カ月間の就床時刻

眠るための準備をして寝床に入り消灯する時刻と、それから実際に寝付く（入眠する）までにかかる時間を評価する。普段の生活での平均的な夜についての調査であり、突然の来客や家族の遅い帰宅など偶発的な出来事による影響は除外して評価する。

3) 過去1カ月間の起床時刻

ここでの起床時刻とは、朝方に目覚めた後、再び眠り込むことなく、日中に向けて心身の準備を開始する時刻である。実際に寝床を離れる時刻（離床時刻）とは異なる。寝たきりの場合はしっかりと開眼し、目覚めた時刻とする。

4) 過去1カ月間の夜中の目覚め

夜中の目覚めとは、就床時刻から起床時刻までの途中でみられる覚醒のことである。「就床時刻から寝付くまでの時間」と「起床時刻から離床までの時間」は含まない。

過去1カ月間の夜中に目覚めた日の有無、及び、有るとすればその1週当たりの頻度と1夜当たりの覚醒した総時間を記載する。普段の生活での平均的な夜についての調査であり、たまたまの騒音や同寝室者の遅い帰宅など偶発的な出来事による影響は除外して評価する。

5) 過去1カ月間の昼寝

昼寝（日中の睡眠）とは、起床時刻から就床時刻までの途中でみられる睡眠のことである。過去1カ月間の昼寝をした日の有無、及び、有るとすればその1週あたりの頻度と1日当たりの昼寝の総時間を評価する。普段の生活での平均的な日中についての調査であり、たまたまの過労や風邪など偶発的な出来事による影響は除外して評価する。

6) 過去1カ月間の目覚め感

覚醒時の目覚め感について評価する。目覚め感とは、覚醒時の気分の良さ（悪さ）、残眠感、疲労感、倦怠感などの総体として自覚される精神的・身体的な好調感（不調感）をさす。

2. 調査上の留意点

1) 過去1カ月間の就床時刻（当てはまるもの1つに○）

例えば、施設入所中などで、入床と消灯の時刻が大幅に異なる場合や、入床時刻を決めにくい場合には、消灯時刻を記載する。夕食後の短時間のうたた寝などは含めない（→ 5）「昼寝」に入れる）。

3) 過去1カ月間の起床時刻（当てはまるもの1つに○）

起床時刻と離床時刻が大幅に異なる例として、同寝室者への配慮、休養の確保、覚醒時刻が早すぎるなどのために目覚めた後も寝床にとどまっている場合などが挙げられる（離床時刻ではなく、覚醒した時刻を記載する）。排尿などのために夜中に一旦目覚めて離床しても、再び入床・入眠した場合には起床時刻としない（→ 4）「夜中の目覚め」に入れる）。

4) 過去1カ月間の夜中の目覚め（当てはまるもの1つに○）

夜中の目覚めには、夜間のトイレ歩行などの比較的長時間の覚醒のほか、横臥したままの短時間の覚醒なども含まれる。また本人が陳述出来ない場合は、家族等による開眼、発語、歩行などの行動観察から覚醒を判断してもよい（認知症など）。

5) 過去1カ月間の昼寝（当てはまるもの1つに○）

昼寝には、午前中の睡眠（二度寝）、夕食前後のうたた寝なども含まれる。また本

人が陳述出来ない場合は、家族等による閉眼、いびき、姿勢などの行動観察から睡眠を判断してもよい（認知症など）。

6) 過去1カ月間の目覚め感（当てはまるもの1つに○）

覚醒直後で、洗面、着替え、朝食作りなどのしっかりとした身体活動を行う前の主観的評価を問う。

3. 調査上の判断基準

1) 過去1カ月間の就床時刻（当てはまるもの1つに○）

「1. 規則的」：普段の生活では就床時刻がほぼ同じ時間帯に決まっており、若干の変動があったとしても2時間以内にとどまる。

「2. 不規則（2時間以上変動）」：特別な事情がないにもかかわらず就床時刻がまちまちであり、就床が早い日と遅い日がそれぞれ散見され、その差が2時間以上ある場合に「不規則」と記載する。（例：日によって不眠や不安緊張の程度に差があるため就床時刻が変動する、認知症のため日によって寢床への誘導に抵抗する、行動過多で安静に出来ない、など）

2) 寝付くまでの時間（当てはまるもの1つに○）

「就床時刻（消灯時刻）から寝付くまでの時間」：就床・消灯時刻から実際に寝付く（入眠する）までにかかる時間について最も当てはまるものを選択する。

3) 過去1カ月間の起床時刻（当てはまるもの1つに○）

「1. 規則的」：普段の生活では起床時刻がほぼ同じ時間帯に決まっており、若干の変動があったとしても2時間以内にとどまる。起床時刻が極めて早い場合（不眠症や認知症など、例：午前2時の覚醒）や、遅い場合（長時間睡眠者、例：午前11時の覚醒）であっても、それが項目の定義を満たし、かつ起床時刻の変動が2時間以内であれば「1. 規則的」を選択する。

「2. 不規則（2時間以上変動）」：特別な事情がないにもかかわらず起床時刻がまちまちであり、覚醒が早い日と遅い日がそれぞれ散見され、その差が2時間以上ある場合に「不規則」と記載する。

4) 過去1カ月間の夜中の目覚め（当てはまるもの1つに○）

「1. あり」：過去1カ月間に夜中に目覚めたことが1回でもあった場合には「1. あり」を選択する。

→ 「頻度」：夜中に目覚めた日が、1週当たり平均何日あったか記載する。

→ 「時間」：夜中に目覚めた日について、1夜当たりの覚醒時間の合計について最も当てはまるものを選択する。

「2. なし」：過去1カ月間に夜中に目覚めたことが1回もなかった場合に「2. なし」を選択する。

5) 過去1カ月間の昼寝（当てはまるもの1つに○）

「1. あり」：過去1カ月間に昼寝が1回でもあった場合には「1. あり」を選択する。

→ 「頻度」：昼寝をした日が、1週あたり平均何日あったか記載する。

→ 「時間」：昼寝をした日について、1日当たりの昼寝時間の合計を記載する。

「2. なし」：過去1カ月間に昼寝をしたことが1度もなかった場合に「2. なし」を選択する。

6) 過去1カ月間の目覚め感（当てはまるもの1つに○）

「1. よい」から「4. 悪い」までの4段階でもっとも該当するものを選択する。時間をかけず、直感的に評価させる。主観評価の出来ない場合には空欄とする（進行期の認知症など）。

13 認知的活動

1. 項目の定義

テレビ・ラジオを視聴したり、印刷物を読んだり、知的能力が要求されるゲームをしたり、知的な活動に従事する頻度に関する情報。最近の状況について尋ねる。

本調査項目はアメリカで開発されたものであり、健常高齢者を対象とする調査の結果、これら活動に従事する頻度の多い者ほど、その後の認知症発生率が低かった。

2. 調査上の留意点（当てはまるもの1つに○）

回数を尋ねる質問であって、1回当たりの時間は問題にしない。

3. 選択肢の判断基準（当てはまるもの1つに○）

利用者本人の判断・回答に基づいて記入すること。

14 落ち込みやすさ

1. 項目の定義

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ない。

2. 調査上の留意点（当てはまるもの1つに○）

うつ状態の有無を評価していることを念頭において、問題となる状態が継続していて日常生活で困るほどになっているかどうかを検討した上で判定をする。精神症状について聞かれると、戸惑ったり不快に感じたりする高齢者もいるので、前書きの部分をきちんと伝えたくて質問を開始し、必要に応じてうつの評価の重要性についても説明するようにする。

3. 選択肢の判断基準（当てはまるもの1つに○）

「はい」：最近の状態が、明らかに当てはまる。

「いいえ」：最近の状態は、明らかに当てはまらない。

15 ぶだんの過ごし方

1. 項目の定義

1) 日中、おもに過ごす場所

おもに過ごす場所は、本人の活動範囲（生活空間）を評価する項目である。閉じこもり傾向にある場合、おもに過ごす場所が1→2→3→4と狭小化していく。

2) 日中、おもな過ごし方

おもな過ごし方は本人の日常の活動を評価するものである。活動の活発さは、社会的な役割を持っていると考えられる。1→2→3→4となるに従って、社会的な役割が低下していく。

2. 調査上の留意点

1) 日中、おもに過ごす場所（当てはまるもの1つに○）

「日中」、つまり、活動している状態でのおもな居場所を聞いており、厳密な意味で「長時間いる場所」を特定する必要はない。活動の「場」を聞くことが大切である。

2) 日中、おもな過ごし方（当てはまるもの1つに○）

「趣味」として、「家の仕事（役割）」を行っている場合もあると考えられるが、この場合、家族が「家の仕事（役割）」を担っていると評価している場合には、2と判断する。

3. 選択肢の判断基準

1) 日中、おもに過ごす場所（当てはまるもの1つに○）

「1. 自宅外」：自宅以外の場所で仕事（勤務）をしている場合などを言う。

「2. 自宅敷地内」：自宅の庭での植木作業や敷地内の畑などで草刈などの畑仕事な

どをしている場合を言う。

「3. 自宅屋内」：自宅の自分の部屋以外の屋内、例えば、居間などで日中過ごしている場合を言う。

「4. 自分の部屋」：自分の部屋以外へはあまり出て行かない場合を言う。

2) 日中、おもな過ごし方（当てはまるもの1つに○）

「1. 自宅外の仕事（役割）」：上記設問1）で「1. 自宅外」を選択した場合が該当する。

「2. 家の仕事（役割）」：食事の支度や掃除・洗濯、孫の世話などはもちろん、自営業の「店番」など、本人は、「趣味」と判断しているものでも、家族がそれを「家の仕事（役割）」を担っていると評価している場合も含まれる。

「3. 趣味」：本人が主体的、積極的に実施している場合を言う。「テレビを見ること」が趣味である」という場合は、これに含めない。

「4. 主にテレビ」：「テレビを見ること」が趣味である」場合も、これに含める。

「5. その他」：上記1～5以外の場合。

「6. 特になし」：特にない場合を言う。

16 口腔機能の状態

1. 項目の定義

「かみしめる」という行為ができるか否かの評価である。

固いものを食べることができるか、固いものを食べているかの評価ではない。上下の奥歯が接触しているだけではなく、強くかむことができるか否かの評価である。

2. 調査上の留意点（当てはまるもの1つに○）

入れ歯を使用している場合は入れ歯を入れた状態で評価を行う。

左右をそれぞれ評価する。

利用者本人がよくわからない場合は、利用者本人または担当者が利用者の左右の顎骨の角の部分に人差し指、中指、薬指の3本の指先を軽くあてて、かみしめて、筋肉（咬筋）の緊張を確認する。筋肉が固くなって指が押される感触があれば「できる」と評価する。筋肉がやわらかく、指が押される感触がない場合は「できない」と評価する。

3. 選択肢の判断基準（当てはまるもの1つに○）

「1. 両方できる」：右と左の両方でかみしめることができる。

「2. 片方だけできる」：右または左の一方のみかみしめることができる。

「3. どちらもできない」：右も左も全くかみしめることができない。

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

1. 項目の定義及び調査上の留意点

○ ID 番号

- ・ ID 番号は、地域包括支援センターが定める利用者個別の 10 桁の番号を、当該調査票を回収する地域包括支援センター又は、サービス事業所において記入すること。

○ 氏名・性別・生年月日

- ・ 利用者の氏名・性別・生年月日を記入する。

○ 記入日

- ・ 「調査票項目Ⅲの 17」を記入した年月日である。
同一利用者に対して複数日にわたって調査・記入した場合は、最後に記入した日をもって「記入日」とする。

1) 実施事業者名

事業を実施する事業者名である。

2) 運動器の機能向上の開始年月

利用者が当該サービスを開始した年月である。

3) 1 月当たりの実施回数

事業の実施回数である。対象者が自宅などで自主的に行うものは含まない。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すること。

4) 1 回当たりの実施時間（当てはまるもの 1 つに○）

1 回の事業実施時間である。運動だけでなく、話し合いや、交流のための時間なども含む。

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○）

疾患や心身機能の問題から運動器の機能低下のおそれがあり、運動器の機能向上を必要とすることになった理由を記入する。

プログラムの提供者が、利用者のアセスメント等から把握した運動器の機能向上を必要とする理由として当てはまるもの全てに○を記載する。

6) 実施方法（当てはまるもの全てに○）

いくつかの実施方法を組み合わせて提供している場合には、当てはまるものすべて

を記入する。

7) 運動器の機能の状態

以下の測定方法にて、どちらか良い値（「握力、片足立ち時間」は最大値、「TUG、5m 歩行時間」は最小値）を記入する。

「1. 握力」（右か左を選択するところをつけてください）

- (1) 利き手あるいは強い方の手を2回測定する。
- (2) 両足を開いて安定した基本的立位姿勢をとる。
- (3) 握りは人差し指の第二関節が直角になるように握り幅を調節する。
- (4) 握力計の指針を外側にして、体に触れないように力いっぱい握らせる。
- (5) 測定の際は、反対の手で押さえたり、手を振ったりしないように注意する。

「2. 開眼片足立ち時間」（右か左を選択するところをつけてください）

- (1) 両手は側方に軽くおろし、片足を床から離し、次のいずれかの状態が発生するまでの時間を測定する。
 - ・ 支持脚の位置がずれたとき
 - ・ 支持脚以外の体の一部が床に触れたとき
- (2) 測定者は対象者の傍らに立ち、安全を確保する。
- (3) 測定時間は60秒以内とし、2回測定する（1回目で60秒を達成した場合は、2回目は測らなくても良い）。支持脚は利用者の好きな方とし、右か左かを記録しておく。支持脚は2回とも同じ足とする。
- (4) 教示は「目を開けたまま、この状態をできるだけ長く保ってください」に統一する。

「3. TUG (Timed Up & Go)」

- (1) 椅子から立ち上がり3m先の目印を折り返し、再び椅子に座るまでの時間を計測する。
- (2) スタート時は、椅子の背もたれに背中をつけ、肘掛けに手を置いた姿勢とする。対象者によって椅子が大きすぎる場合には、背もたれにつけなくても良い。
- (3) 測定者の掛け声に従い、対象者にとって快適かつ安全な速さで一連の動作を行わせる。
- (4) 回り方は被験者の自由とする。
- (5) 教示は「できるだけ速く回ってください」に統一する。
対象者によっては、小走りも許可する。ただし安全に気をつけること。
- (6) 測定者は、対象者が立ち上がって再び座るまでの時間（小数点第1位まで）をストップウォッチにて測定する。
- (7) 1回の練習ののち2回測定を行う。

「4. 5m歩行時間（通常速度）」

「5. 5m歩行時間（最大速度）」

- (1) 測定区間の5mの前後に予備路を3mずつ設け、歩行路を教示に従い歩行させる。
- (2) 遊脚相にある足部（歩行時、持ち上げている足）が測定区間始まり（3m地点）を越えた時点から、測定区間終わりの（8m地点）を遊脚相の足部が越えるまでの所要時間をストップウォッチにて計測する。
- (3) 教示は「いつも歩いているように歩いてください（最大歩行速度の場合は「できるだけ速く歩いて下さい）」に統一する。小走りになってしまった場合には、再度測定する。

8) サービス提供の職種（当てはまるもの全てに○）

実際にサービスの提供に携わっているすべての職員の職種を記入する。初回評価のみなど、サービスの一部に携わっているものすべてを含む。

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）

当該利用者に関して、転倒事故など、サービス実施中に発生した事故を記入する。直接サービスとは関係しなくとも、サービス提供中に医療機関へ搬送した例なども記入する。調査開始時においては、記入は不要である。

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○）

運動器の機能向上に関して、具体的な個別の目標を設定しているかどうか。具体的な目標とは、おおむね3カ月間で達成できるようになる、あるいはするようになる、日常生活上の目標をいう（例えば、バスや電車を使って外出できるようになる（するようになる、など））。

○選択肢の判断基準

「1. 目標に向けて努力している」とは、計画上設定された目標に向けて利用者が努力していると、サービス提供者により判断された場合である。

「2. 目標に向けて努力していない」とは、計画上設定された目標に向けて利用者が努力していないと、サービス提供者により判断された場合。

18 栄養改善を図るための介護予防プログラムの内容等

1. 項目の定義及び調査上の留意点

○ ID 番号

・ ID 番号は、地域包括支援センターが定める利用者個別の10桁の番号を、当該調査

票を回収する地域包括支援センター又は、サービス事業所において記入すること。

○ 氏名・性別・生年月日

・利用者の氏名・性別・生年月日を記入する。

○ 記入日

・「調査票項目Ⅲの18」を記入した年月日である。

同一利用者に対して複数日にわたって調査・記入した場合は、最後に記入した日をもって「記入日」とする。

1) 実施事業者名

栄養改善を実施している事業者名である。

2) 栄養改善の開始年月

利用者が栄養改善のサービスを開始した年月である。

3) 1月当たりの実施回数

事業の実施した回数である。対象者が自宅などで自主的に行うものは含まない。調査開始時は予定される回数を記入し、その後（3カ月毎）は調査月の前月の実績回数を記入すること。

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○）

利用者が利用した初回の栄養相談の実施時間である。

事前アセスメント等の当該サービスとして実施した内容を全て含める。

(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○）

利用者が利用した2回目以降の栄養相談の平均実施時間である。

事後アセスメント等の当該サービスに関する内容を全て含めた時間。複数回の場合には、1回当たりの平均時間とする。

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○）

栄養面や食生活上の問題から低栄養状態のおそれがあり、栄養改善を必要とする理由である。

プログラムの提供者である管理栄養士等が、利用者のアセスメント等から把握した栄養改善を必要とする理由として当てはまるもの全てに○を記載する。

6) 栄養相談の実施方法（当てはまるもの全てに○）

当該サービスの実施方法である。

利用者への実施形態及び連絡・調整したことを含めて、当てはまるもの全てに○を

記載する。

○選択肢の判断基準

「1.通所による個別型（栄養相談など）」：通所による個別型の栄養相談を実施した場合。

「2.通所による小グループ型（栄養教育、料理教室など）」：通所による小グループ型の栄養相談、栄養教室、料理教室等を実施した場合。

「3.訪問による栄養相談等」：通所が困難であることから訪問による栄養相談を実施した場合。

「4.その他」：上記1－3以外の実施方法の場合は、具体的に記載。

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○）

栄養相談において実施した内容である。

事前、事後アセスメント以外の栄養相談の内容として当てはまるもの全てに○を記載する。

○選択肢の判断基準

「4. 食材料の調達に関する助言」：食材料の調達について、買い物、宅配などに関する助言を行った場合

「7. ボランティアによる支援の紹介や調整」：ボランティアによる「食べること」への何らかの支援（移動や声かけを含む）の紹介や調整を行った場合

「8. 家族による支援に関する助言や調整」：家族による「食べること」への何らかの支援（移動や声かけを含む）に関する助言や調整を行った場合

「10. 健康補助食品等の紹介や調整」：特定保健用食品や健康補助食品等の紹介や調整を行った場合

「11. その他」：上記1～10以外を実施した場合

8) 栄養の状態

(1) 体重の変化

利用者の体重はサービス実施時に実測する。着衣の場合には1kgを差し引く。調査開始時において、過去の体重の記録がない場合には、利用者からの聞き取りにより可能な限り把握する。

(2) BMI

体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) により求める。

(3) 血清アルブミン値（当てはまるもの1つに○）

基本健康診査や医療機関において1カ月以内の検査値が把握できる場合には記入する。

血清アルブミン値は、小数点第1位まで記入し、その測定日を記載する。

(4) 食事摂取量 (当てはまるもの1つに○)

利用者には「現在の食事量は、調子のよいときに比べて減ってきているということはありませんか？ 減ってきている場合には、どの位減りましたか。」等の質問を行い、現在の食事量が著しく少なくなっていないかを大まかに把握する。詳細な食事の聞き取りの必要はない。

○選択肢の判断基準

「1. 良好 (76~100%)」: 現在の食事量に著しい減少はみられない場合。食事量の減少が25% (1/4) 未満の場合。(小数点以下の端数は切り上げて判定する。)

「2. 不良 (75%以下)」: 現在の食事量に著しい減少がみられる場合。食事量の減少が25% (1/4) 以上の場合。1日2食以下の場合。

9) サービス提供の職種 (当てはまるもの全てに○)

サービスを提供した職種のこと。

10) 過去3カ月間の事故発生 (当てはまるもの1つに○)

当該利用者について、サービス期間中の過去3カ月間に発生した事故のこと。調査開始時においては、記入は不要である。

○選択肢の判断基準

「1. あり (具体的な内容)」: サービス期間中に、「栄養改善」に関する何らかの事故が発生した場合には具体的に記載。

「2. なし」: サービス期間中に、「栄養改善」に関する事故が発生しなかった場合。

11) 栄養改善に関する目標の設定 (当てはまるもの1つに○)

栄養改善に関して、計画上達成すべく設定された個別の目標のこと

○選択肢の判断基準 (当てはまるもの1つに○)

「1. できている」: 栄養改善に関して、計画上達成すべき個別の目標が設定されている場合。

「2. できていない」: 栄養改善に関して、計画上達成すべき個別の目標が設定されていない場合。

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

栄養改善に関して、計画上設定された目標に向けて努力している場合

○選択肢の判断基準

「1. 目標に向けて努力している」：計画上設定された目標に向けて利用者が努力していると、サービス提供者により判断された場合。

「2. 目標に向けて努力していない」：計画上設定された目標に向けて利用者が努力していないと、サービス提供者により判断された場合。

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

1. 項目の定義及び調査上の留意点

○ ID 番号

・ID 番号は、地域包括支援センターが定める利用者個別の 10 桁の番号を、当該調査票を回収する地域包括支援センター又は、サービス事業所において記入すること。

○ 氏名・性別・生年月日

・利用者の氏名・性別・生年月日を記入する。

○ 記入日

・「調査票項目Ⅲの19」を記入した年月日である。

同一利用者に対して複数日にわたって調査・記入した場合は、最後に記入した日をもって「記入日」とする。

1) 実施事業者名

事業を実施する事業者名である。

2) 口腔機能の向上の開始年月

利用者が当該サービスを開始した年月である。

3) 1月当たりの実施回数

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すること。1月当たりの実施回数は、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と介護職員等による基本的サービスの実施回数の合計を記入する。

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) グループでの専門的サービスの1回当たりの時間（当てはまるもの1つに○）

(2) 個別での専門的サービスの1回当たりの時間（当てはまるもの1つに○）

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○）

疾患や心身機能の問題から口腔機能の低下のおそれがあり、口腔機能の向上を必要とする理由。

プログラムの提供者が、利用者のアセスメント等から把握した口腔機能の向上を必要とする理由として当てはまるもの全てに○を記載する。

6) 実施方法（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○。）

対象者に実施した口腔機能の向上のための指導や訓練方法等。

口腔のどのような機能の向上を目的として訓練を行ったかを調査する。当てはまるものすべてに○をつける

○選択肢の判断基準

(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の方法

「7. 構音・発声訓練（個別・集団）」：構音・発声機能の改善を主な目的とした訓練。（例 早口言葉、あいうえお体操、発声訓練）

「8. 呼吸法に関する訓練（個別・集団）」：呼吸機能の改善を主な目的とした訓練。（例 風船のふくらまし、口すぼめ呼吸、ハフティング（吸気をゆっくり、呼気を強く行いタンを出しやすくする方法））

「9. 食事姿勢や環境についての指導（個別・集団）」：例 誤嚥しにくい食事姿勢の指導、一口量の指導、嚥下の意識化

「10. その他」：例 唾液腺のマッサージ

(2) 介護職員等による基本的サービス

「2. 口腔清掃の実施」：介助なしで歯を磨く時間があった場合。

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○）

口腔の乾燥により食事や会話に支障が生じているか否かの評価。口の渇きが気になるか否かの評価ではない。

利用者に対し聞き取り調査を行い、3段階の評価による回答を求める。口の渇きにより食べ物が飲み込みにくい等の支障が食事に生じているか、口の渇きにより舌が引っかかる等の支障が会話に生じているかを評価する。

○選択肢の判断基準

食事か会話の一方に支障があればあると評価する。食事か会話の一方が「時々ある」

でもう一方が「いつもある」の場合は「いつもある」と評価する。

「1. ない」：口の渇きによって食事や会話への支障は全く、またはほとんどない。

「2. 時々ある」：口の渇きによって食事や会話への支障が時々ある。

「3. いつもある」：口の渇きによって食事や会話への支障がいつもある。

(2)～(18)は「口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例および様式例の提示について」(厚生労働省老健局老人保健課長通知、平成18年老老発第0331008号)の別紙1(参考資料1)、別紙2-I(参考資料2)、別紙5(参考資料3)と共通の設問となっているので、事業所で使用している記録様式を参照する。利用開始時、利用終了時には別紙1(参考資料1)、別紙2-I(参考資料2)のそれぞれ「事前」、「事後」、3か月毎の調査においては別紙5(参考資料3)の結果を参照する。

方法や根拠、判断基準等に関する詳細は「口腔機能の向上マニュアル～高齢者が一生おいしく、楽しく、安全な食生活を営むために～平成18年3月 口腔機能の向上についての研究班」のP85～P92(参考資料4)を参照。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/051221/dl/06a.pdf>

(2) 反復唾液嚥下テスト(RSST)の回数(当てはまるもの1つに○)

30秒間に行える嚥下回数。

(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○)

食事をおいしいと対象者が感じているか否かの評価。

○選択肢の判断基準

対象者に対し聞き取り調査を行い、対象者本人の主観に基づき、5段階の評価による回答を求める。

(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○)

十分な食事量を摂っていると対象者が感じているか否かの評価。

対象者に対し聞き取り調査を行い、対象者本人の主観に基づき、5段階の評価による回答を求める。

(5) お口の健康状態はどうですか(当てはまるもの1つに○)

対象者が感じている自分の口腔の健康状態に対する評価。

対象者に対し聞き取り調査を行い、対象者本人の主観に基づき、5段階の評価による回答を求める。単なる疾患や症状の有無ではなく、対象者が歯や口の中に苦痛や不自由などを抱いているかどうかの口腔の主観的な健康感を聞き取り該当する項目を選択する。

○選択肢の判断基準

- 「1. よい」：口や歯は調子が良い。口や歯のことで苦痛や不自由は感じていない。いつも口がさわやかで気持ちが良い等。
- 「2. まあよい」：口や歯はどちらかといえば調子が良い。口や歯のことで苦痛や不自由はほとんど感じていない等。
- 「3. ふつう」：どちらともいえない。時折不自由を感じることもあるが、調子がよいこともある等。
- 「4. あまりよくない」：口や歯は調子があまりよくない。口や歯のことでしばしば苦痛や不自由を感じている等。口や歯のことでいつも弱い苦痛や不自由を感じている等。
- 「5. よくない」：口や歯は調子がよくない。口や歯のことでいつも苦痛や不自由を感じている。口や歯のことでひどい苦痛や不自由がある。いつも口の中に不快感がある等。

(6) 食事への意欲はありますか（当てはまるもの1つに○）

対象者の「食事への意欲」に対する介護職員等の評価。

介護職員等が、対象者の「食事への意欲」について、日頃より観察した対象者の状態を3段階の評価を行う。特定日での状況でなく、対象者の日常の状況を反映する必要がある。

○選択肢の判断基準

- 「1. ある」 : 食事を積極的にしている
- 「2. あまりない」 : 周囲の声掛けなどの促しが必要
- 「3. ない」 : 食事に興味を示さない

(7) 食事中の食べこぼし（当てはまるもの1つに○）

対象者の「食事中の食べこぼし」に対する介護職員等の評価。

介護職員等が、対象者の「食事中の食べこぼし」について、日頃より観察した対象者の状態を3段階の評価を行う。特定日での状況でなく、対象者の日常の状況を反映する必要がある。

○選択肢の判断基準

- 「1. こぼさない」 : ほとんど食べこぼしは見られない。
- 「2. 多少はこぼす」 : 食べこぼしはあるが常時ではない。
- 「3. 多量にこぼす」 : 多量の食べこぼしが常時目立つ。

(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○）

対象者の「食事中や食後のタン（痰）のからみ」に対する介護職員等の評価。

介護職員等が、対象者の「食事中や食後のタン（痰）のからみ」について、日頃より観察した対象者の状態を3段階の評価を行う。特定日での状況でなく、対象者の日常の状況を反映する必要がある。

○選択肢の判断基準

- 「1. ない」：食後等にタンが絡むことがほとんどない。
- 「2. 時々ある」：食後等にタンが絡むことが時々ある。
- 「3. いつもある」：食後等にタンが絡むことが多い。

(9) 食事を残す量（残食量）（当てはまるもの1つに○）

対象者の「食事を残す量（残食量）」に対する介護職員等の評価。

介護職員等が、対象者の「食事を残す量（残食量）」について、日頃より観察した対象者の状態を3段階の評価を行う。特定日での状況でなく、対象者の日常の状況を反映する必要がある。食事量の変化と栄養状態には関係がある。口腔機能と食形態の適合を把握することが主目的である。好き嫌いが原因による残食等の一時的な残食については、利用者の全体的な状態を勘案して評価する必要がある。

○選択肢の判断基準

- 「1. ない」：残食はない。食事をほとんど残さない。
- 「2. 少量ある（1/2未満）」：残食はあるが、食事を半分以上食べている。
- 「3. 多量にある（1/2以上）」：残食が多量にあり、食べる量よりも残食量が多い。

(10) 口臭（当てはまるもの1つに○）

対象者の「口臭」に対する介護職員等の評価。

介護職員等が、日頃介護している際に対象者の「口臭」について他覚臭により3段階の評価を行う。可能な場合は、聞き取り調査を行う際に、普通に会話をおこなっている状態で（30cmぐらいの距離）評価を行う。高齢者では、口腔清掃の自立度の低下に伴い、口臭が多く見られる。口臭の評価は、対象者が不快感を感じることもあるため、実施に当たって十分に配慮をする。

○選択肢の判断基準

- 「1. ない」：口臭を全くまたはほとんど感じない。
- 「2. 弱い」：口臭はあるが、弱くがまんできる程度。会話に差し支えない程度の弱い口臭。
- 「3. 強い」：近づかななくても口臭を感じる。強い口臭があり、会話しにくい。思わず息を止めたくなる。顔を背けたくなる等。

(11) 舌・歯・入れ歯などの汚れ（当てはまるもの1つに○）

対象者の「舌・歯・入れ歯などの汚れ」に対する介護職員等の評価。
介護職員等が、対象者の「舌・歯・入れ歯などの汚れ」について、3段階の評価を行う。

評価については、サービス担当者から指導・助言や様式例別紙2-I（参考資料2）、参考資料4の衛生の写真（食物残渣（食べかす）、舌苔、入れ歯あるいは歯の汚れ・口腔機能の向上マニュアルP89、90）を参考にして評価する。要介護高齢者では、口腔内（舌、歯、入れ歯等）の汚れは、誤嚥性肺炎の原因となる。多量の汚れの付着は口腔機能の低下を疑わせる現象である。

○選択肢の判断基準

舌、歯、入れ歯の汚れのうち、最も汚れているものの状態を3段階の評価とする。

例：舌-2、歯-2、入れ歯-3 → 評価3

「1. ある」：多量の写真と同程度あるいはそれ以上。すぐに汚れがわかる程度

「2. 多少ある」：多量の写真より少ない汚れがある。よくみると汚れがわかる程度。

「3. ない」：よくみても汚れがわからない

(12) 食事後の口腔内の食物残渣（当てはまるもの1つに○）

対象者の口腔内の「食物残渣」の量の状況に対する歯科衛生士等の評価
歯科衛生士等が「食物残渣」の量の状況を3段階の評価を行う。観察は、食後に行うことが望ましい。

様式例別紙2-I（参考資料2）、参考資料4の衛生の写真（食物残渣・口腔機能の向上マニュアルP89）を参考にして評価する。義歯がある場合は装着した状態で行う。

○選択肢の判断基準

「1. なし・少量ある」：注意深く観察しても食物残渣が認められない。

「2. 中程度ある」：多量の写真より少ない食物残渣がある。

「3. 多量にある」：多量の写真と同程度あるいはそれ以上の食物残渣がある。

(13) 舌苔（当てはまるもの1つに○）

対象者の口腔内の「舌苔（舌のよごれ）」の量の状況に対する歯科衛生士等の評価。

歯科衛生士等が利用者の舌を観察し、「舌苔」の量の状況を3段階の評価を行う。様式例別紙2-I、様式例別紙2-IIの衛生の写真（舌苔・口腔機能の向上マニュアルP89）を参考にして評価する。

○選択肢の判断基準

- 「1. なし・少量ある」：舌苔がほとんどみとめられない。
- 「2. 中程度ある」：中程度の写真と同程度の舌苔がある。
- 「3. 多量にある」：多量の写真と同程度あるいはそれ以上の舌苔がある。

(14) 義歯あるいは歯の汚れ（当てはまるもの1つに○）

対象者の口腔内の「義歯あるいは歯の汚れ」の量の状況に対する歯科衛生士等の評価。

様式例別紙2-I、様式例別紙2-IIの衛生の写真（義歯あるいは歯の汚れ・口腔機能の向上マニュアルP90）を参考にして評価する。義歯がある場合は、義歯をはずし、その内面や維持装置（入れ歯を取り付ける金具）等の周囲に付着しているデンチャープラーク（入れ歯に付いた歯垢）や残存している歯の周囲に付着している歯垢の量の状況について全体的な量として評価する。

○選択肢の判断基準

- 「1. なし・少量ある」：汚れがほとんどみとめられない。
- 「2. 中程度ある」：中程度の写真と同程度の汚れがある。
- 「3. 多量にある」：中程度の写真以上の汚れがある。

(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○）

対象者の口腔衛生習慣のための声かけの必要性に対する歯科衛生士等の評価。

歯科衛生士等が、利用者の口腔清掃を観察し、「口腔衛生習慣」と「自発性」について3段階の評価を行う。日常の一連の口腔清掃行為の観察（家族などからの情報も可）から、口腔清掃の指導の受け入れの状態をもとに、必要がない、必要有り、不可の3段階で評価する。

(16) 反復唾液嚥下テスト（繰り返し唾を飲み込むテスト、RSST）の積算時間（小数点以下は四捨五入）

嚥下の1回目、2回目、3回目の時間（単位は秒）。

測定する時間は最大60秒間であり、3回未満であっても60秒たったら測定を終了する。

(17) オーラルディアドコキネシス（口唇、舌等の運動能力）（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」「タ」「カ」をそれぞれ連続して発音した1秒間当たりの回数。舌、口唇、軟口蓋（上顎の奥の軟らかい部分）などの運動の速度や巧緻性についての発音により評価。10秒間の測定結果を10で割り、1秒間当たりの回数を出す。

測定中に息継ぎして良いことを必ず伝える。なるべく早く発音するように伝える。

(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○)

頬の連続膨らましの状態の評価。口唇の閉鎖機能、舌、軟口蓋の動きに対する評価。

水を用いての評価は行わない。左右をそれぞれ評価する。

○選択肢の判断基準

「1. 左右十分可能」：口唇が閉鎖し、左右それぞれの頬が明確に何度も膨らむ。

「2. やや十分」：口唇の閉鎖が弱く、左右の頬の膨らみ方が小さいか、片方の頬しか膨らまない。

「3. 不十分」：口唇の閉鎖が弱く、頬が膨らまない。

8) 専門的サービス提供の職種 (当てはまるもの全てに○)

専門的サービスを提供した職種のこと。

9) 過去3カ月間の事故発生 (当てはまるもの1つに○)

当該利用者に関して、過去3カ月間のサービス期間中に発生した事故のこと。

調査開始時においては、記入は不要である。

○選択肢の判断基準

「1. あり (具体的な内容)」：サービス期間中に「口腔機能の向上」に関する何らかの事故が発生した場合は具体的に記入する。

「2. なし」：サービス期間中に「口腔機能の向上」に関する事故が発生しなかった場合。

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○)。

「口腔機能の向上」に関する達成すべき個別の目標が、計画に設定されているか否かの評価。

○選択肢の判断基準

「1. できている」：「口腔機能の向上」に関する達成すべき個別の目標が、計画に設定されている。

「2. できていない」：「口腔機能の向上」に関する達成すべき個別の目標が、計画に設定されていない。

10-1) 「1. できている」と回答した方 (当てはまるもの1つに○)。

「口腔機能の向上」に関する達成すべき目標に向けての、利用者が努力しているか否かの評価。

○選択肢の判断基準

「1. 目標に向けて努力している」：計画上設定された目標に向けて利用者が努力していると、サービス提供者により判断された場合。

「2. 目標に向けて努力していない」：計画上設定された目標に向けて利用者が努力していないと、サービス提供者により判断された場合。

20 アクティビティの内容等

1. 項目の定義及び調査上の留意点

○ ID 番号

- ・ID 番号は、地域包括支援センターが定める利用者個別の 10 桁の番号を、当該調査票を回収する地域包括支援センター又は、サービス事業所において記入すること。

○ 氏名・性別・生年月日

- ・利用者の氏名・性別・生年月日を記入する。

○ 記入日

- ・「調査票項目Ⅲの 20」を記入した年月日である。

同一利用者に対して複数日にわたって調査・記入した場合は、最後に記入した日をもって「記入日」とする。

1) 実施事業者名

アクティビティを実施している事業者名

2) アクティビティの開始年月

利用者が当該サービスを開始した年月

3) 1月当たりの実施回数

利用者が当該サービスを1月当たりに利用した回数
調査開始時においては、予定される実施回数を記入する。
3カ月毎の調査においては、前月の実績値を記入する。

4) 実施時間（1回当たり）（当てはまるもの1つに○）

利用者が利用したアクティビティの平均時間

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）

調査開始時においては、記入は不要である。

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）の調査票に係る記入要領（案）

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

の参考資料

参考資料1 様式例1

（口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例および様式例の提示について、
厚生労働省老健局老人保健課長通知、平成18年老老発第0331008号）

参考資料2 様式例2-I

（口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例および様式例の提示について、
厚生労働省老健局老人保健課長通知、平成18年老老発第0331008号）

参考資料3 様式例5

（口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例および様式例の提示について、
厚生労働省老健局老人保健課長通知、平成18年老老発第0331008号）

参考資料4 口腔機能の向上マニュアル P85—92

～高齢者が一生おいしく、楽しく、安全な食生活を営むために～

（平成18年3月 口腔機能の向上についての研究班）

利用開始時・終了時における把握 (様式例)

様式例 1

記入者:

実施年月日: 年 月 日

氏名	(ふりがな)	男・女	要介護認定等				
	明・大・昭 年 月 日		<input type="checkbox"/> 非該当 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				

(主治医の意見書が入手できた場合は添付する)

		質問項目	評価項目		転記	事前	事後
基本 チェ ック リス ト	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	2 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	2 いいえ			
	15	口の渴きが気になりますか	1 はい	2 いいえ			
理学的 検査		視診による口腔内の衛生状態	1 良好	2 不良			
		反復唾液嚥下テスト (RSST)	1 3回以上	2 3回未満			

※「転記」の欄には、サービス等実施前の基本チェックリスト、生活機能評価の結果を転記する。

QOL	1	食事が楽しみですか	1 とても楽しみ 4 楽しくない	2 楽しみ 5 全く楽しくない	3 ぶつう		
	2	食事をおいしく食べていますか	1 とてもおいしい 4 あまりおいしくない	2 おいしい	3 ぶつう 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 4 あまり摂れていない	2 摂れている	3 ぶつう 5 摂れていない		
	4	お口の健康状態はどうか	1 よい 4 あまりよくない	2 まあよい	3 ぶつう 5 よくない		
食事・衛生等	1	食事への意欲はありますか	1 ある	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		
その他	1	今回のサービスなどで好ましい変化が認められたもの	1 食欲 4 その他()	2 会話	3 笑顔		
	2	生活意識の変化	1 前進 ()	2 変化なし	3 後退		

実施のための利用者の情報

歯科診療の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 1週間に1~2回程度の治療(う蝕、歯周病、義歯作成などによる治療が中心) <input type="checkbox"/> 1~数ヶ月に1回程度のメンテナンス等(定期健診なども含む)
口腔機能にかかる 主治医・主治の歯科医師の連絡先	診療所・病院名: 電話番号:
特記事項・その他 (利用者に関する食事のペース、一口の量、手の運動機能、食事の姿勢、食具等の情報等)	

解決すべき課題の把握 (様式例)

様式例 2-I

記入者: _____ 職種 (言語聴覚士・ 歯科衛生士・ 看護職員)
実施年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

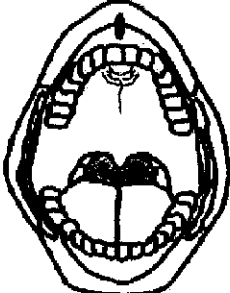
【1】

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	病名・障害名	
	明・大・昭		年	月
□の中の状態や訴えに関する利用者及び家族の希望				

	質問項目	評価項目			事前	事後
理学的検査	視診による口腔内の衛生状態	1 良好	2 不良			
	反復唾液嚥下テスト(RSST)	1 3回以上	2 3回未満			

衛生	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		
機能	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			1() 2() 3()	1() 2() 3()
	2	オーラルディアドコキネシス	パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	※パ、タ、カをそれぞれ10秒間に言える回数の測定し、1秒間あたりに換算		パ() タ() カ()	パ() タ() カ()
	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		
その他	1	今回のサービス等の満足度	1 満足 4 やや不満	2 やや満足 5 不満	3 どちらでもない		

実施のための利用者の情報

義歯の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯	□口腔内状況 
清掃用具や食事環境の状況		
主治の歯科医師又は連携する歯科医師等からの指示		
特記事項		

口腔機能向上サービスのモニタリング(例)

氏名	(ふりがな)	男・女
----	--------	-----

	質問項目	評価項目	サービス提供前		週・月日		週・月日		週・月日		週・月日	
			月日		月日		月日		月日		月日	
			評価	経過チェック	評価	経過チェック	評価	経過チェック	評価	経過チェック	評価	経過チェック
関連職種によるモニタリング	1	食事への意欲はありますか	1 ある 2 あまりない 3 ない	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	2	食事中や食後のむせ	1 ある 2 あまりない 3 ない	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	3	食事中の食べこぼし	1 食べこぼさない 2 多少はこぼす 3 多量にこぼす	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	5	食事の量	1 なし 2 少量 3 多量	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	6	口臭	1 ない 2 弱い 3 強い	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	7	舌、歯、入れ歯などの汚れ	1 ある 2 多少ある 3 ない	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	1	入れ歯あるいは歯の汚れ	1 なし 2 少しある 3 ある			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	2	食べかすの残留	1 なし 2 少しある 3 ある			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3	舌の汚れ	1 なし 2 少しある 3 ある			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4	口や入れ歯の清掃への声かけ	1 必要がない 2 必要あり 3 不可			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5	サービスへの参加姿勢	1 積極的 2 ぶつう 3 消極的			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
言語聴覚士・歯科衛生士・看護職員によるモニタリング	1	食物残渣	1 なし・少量 2 中程度 3 多量	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	2	舌苔	1 なし・少量 2 中程度 3 多量	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	3	義歯あるいは歯の汚れ	1 なし・少量 2 中程度 3 多量	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	4	口腔衛生習慣	1 必要がない 2 必要あり 3 不可	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	5	口腔清掃の自立状況	1 必要がない 2 一部必要 3 必要	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	6	ここ1ヶ月の発熱回数	()回/月	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
機能	1	反復唾液嚥下テストの構築時間	1 回目()秒 2 回目()秒 3 回目()秒	1 ()秒 2 ()秒 3 ()秒	<input type="checkbox"/>	1 ()秒 2 ()秒 3 ()秒	<input type="checkbox"/>	1 ()秒 2 ()秒 3 ()秒	<input type="checkbox"/>	1 ()秒 2 ()秒 3 ()秒	<input type="checkbox"/>	
	2	オーラルディアドコネシス	パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	パ()回 タ()回 カ()回	<input type="checkbox"/>	パ()回 タ()回 カ()回	<input type="checkbox"/>	パ()回 タ()回 カ()回	<input type="checkbox"/>	パ()回 タ()回 カ()回	<input type="checkbox"/>	
	3	頬の膨らまし	1 左右十分可能 2 やや十分 3 不十分	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
評価												
計画の変更の必要性			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
総合評価												

様式例におけるスクリーニング、アセスメントに関する項目について

※それぞれの項目の①～④は以下の内容を示す。①概要、②方法、③根拠、④留意点

様式例1

【QOL】

1 食事が楽しみですか

2 食事をおいしく食べていますか

3 しっかりと食事が摂れていますか

①介護職員等が、1～3の項目について、対象者本人の主観に基づき、5段階の評価による回答を求める。

②介護職員等が、対象者に対し聞き取り調査を行う。

対象者からの聞き取り調査が困難な際は、家族など対象者の状況を把握した者からの聞き取り調査を行う。

③口腔機能向上プログラムの主目的は、“食”のQOLの維持、向上である。したがって、“食”のQOLを最も反映する場面の一つである食事の状況を通し、“食”に対する意欲、満足度、日常性などを把握することは、本プログラムの目標設定には不可欠である。また、利用者の口腔状態の主観的な健康感（満足感）は、今回の機能向上の教育や動議づけを実施する上での重要な情報である。

要介護高齢者の日常生活における楽しみの第一位は介護の軽度、重度にかかわらず「食事」であるとの報告がある。つまり、要介護高齢者の食事への関心事が極めて高いということから、食事への支援は高齢者の自立支援に最も必要な事項であり、かつ、高齢者のQOLを支える上で重要な援助であるといえる。食事が楽しく、おいしく食べられることは、要介護高齢者のQOLの向上ばかりでなく、低栄養の予防に寄与する。

摂取食事量の低下は、低栄養の原因になる。この食事量について、対象者から聞き取る。さらに、聞き取りによるこの項目と、項目5による「食事の量」において客観的に判断した摂取量を比較することで、食事量に関する主観的評価と、客観的評価の相違をプログラム作成の参考にする。

④対象者の正確な状況を把握するために、聞き取り調査を行う際は回答を誘導しない配慮が必要である。

4 お口の健康状態はどうか

①介護職員等が、対象者本人の主観に基づき、5段階の評価による回答を求める。お口の健康状態では単なる疾患や症状の有無ではなく、対象者が歯や口の中に苦痛や不自由などを抱いているかどうかの口腔の主観的な健康感を聞き取り該当する項目を選択する。

②介護職員等が、対象者に対し聞き取り調査を行う。

対象者からの聞き取り調査が困難な際は、家族など対象者の状況を把握した者からの聞き取り調査を行う。

1 よい : 口や歯は調子が良い。口や歯のことで苦痛や不自由は感じていない。いつも口がさわやかで気持ちが良い等。

2 まあよい : 口や歯はどちらかといえば調子が良い。口や歯のことで苦痛や不自由はほとんど感じていない等。

3 ふう : どちらともいえない。時折不自由を感じることもあるが、調子がよいこともある等。

4 あまりよくない : 口や歯は調子があまりよくない。口や歯のことでしばしば苦痛や不自由を感じている等。口や歯のことでいつも弱い苦痛や不自由を感じている等。

5 よくない : 口や歯は調子がよくない。口や歯のことでいつも苦痛や不自由を感じている。口や歯のことでひどい苦痛や不自由がある。いつも口の中に不快感がある等。

③利用者の口腔状態の主観的な健康感（満足感）は、今回の機能向上の教育や動議づけを実施する上での重要な情報である。

④対象者の正確な状況を把握するために、聞き取り調査を行う際は回答を誘導しない配慮が必要である。

【食事・衛生等】

1 食事への意欲はありますか

①介護職員等が、対象者の“食事への意欲”について、3段階の評価を行う。

②介護職員等が、日頃より観察した対象者の状態を評価する。

- 1 ある : 食事を、積極的にしている
- 2 あまりない : 周囲の声掛けなどの促しが必要
- 3 ない : 食事に興味を示さない

食事を、積極的にしているか、周囲の声掛けなどの促しが必要か、または食事に興味を示さないか等で評価する。

対象者への直接評価が困難な際は、家族など対象者の状況を把握した者からの聞き取り調査を行う。

- ③要介護高齢者の“食事”に対する意欲は、食事環境（誰と何処で）さらに、口腔機能の低下による食形態の変化（軟食化など）などが影響する。“食事への意欲”の把握は、計画作成にあたり、根源をなす情報であり、その低下を認めた場合、疾患の有無または食事の環境整備などの検討が必要となる。
- ④評価を行う際、特定日での状況でなく、対象者の日常の状況を出来るだけ正確に反映させる必要がある。

2 食事中や食後のむせ

①介護職員等が、対象者の“食事中や食後のむせ”について、3段階の評価を行う。

②介護職員等が、日頃より観察した対象者の食事中や食後の状態を評価する。

- 1 ある : むせにより食事が中断してしまうことが多い
- 2 あまりない : 時々むせが認められる
- 3 ない : 特に認めない

食事中や食後の状態を観察し、むせにより食事が中断してしまうことが多い場合、時々むせが認められる場合、特に認めない場合として評価を行う。

対象者への直接評価が困難な際は、家族など対象者の状況を把握した者からの聞き取り調査を行う。

- ③「むせ」は嚥下障害を推し量る最も重要な症状の1つである。日常食品のうち、お茶や味噌汁など、さらさらした液体はもっとも嚥下しにくく、むせやすい食品である。これは、液体を飲み込もうとした時に、咽頭内に流入してくる液体に対して喉頭蓋の動きが遅れるため、喉頭や気管に流入してしまうためである。さらに「むせ」の出現は、食環境（食形態、食事姿勢など）の影響も受けやすく、口腔機能と食環境の整合性を総合的に評価できる。

対象者への直接評価が困難な際は、家族など対象者の状況を把握した者からの聞き取り調査を行う。

- ④評価を行う際、特定日での状況でなく、対象者の日常の状況を出来るだけ正確に反映させる必要がある。むせを認めた場合、疾患（上気道感染等）等の有無の検討が必要となるため、医療との連携を十分に図る。

3 食事中の食べこぼし

①介護職員等が、対象者の“食事中の食べこぼし”について、3段階の評価を行う。

②介護職員等が、日頃より観察した対象者の状態を評価する。

口唇閉鎖が十分でない咀嚼中に食べこぼしがみられる。嚥下の際に口唇閉鎖ができないと口腔内圧が適性に保たれずに飲みこみづらくなる。また、自食の際には、口に食事を運ぶ際の手と口の協調がうまくとれずに食べこぼすことがある。認知機能に問題がある場合にも認められる。「手と口の協調」の診査の際にも考慮する。

対象者への直接評価が困難な際は、家族など対象者の状況を把握した者からの聞き取り調査を行う。

- ③“食べこぼし”の出現は口唇閉鎖機能の低下さらには嚥下時の口腔陽圧形成不全のスクリーニングとして重要である。

・田村文彦、菊谷 武、西脇恵子、榎本麗子、稲葉 繁、米山武義：要介護状態と口唇機能の関連、日老医誌、43、2006 掲載予定

・伊野透子、田村文彦、菊谷 武、西脇恵子：食べこぼしに関する要因分析、老年歯学、20：202-207、2005

- ④評価を行う際、特定日での状況でなく、対象者の日常の状況を出来るだけ正確に反映させる必要がある。

4 食事中や食後のタン（痰）のからみ

①介護職員等が、対象者の“食事中や食後のタン（痰）のからみ”について、3段階の評価を行う。

②介護職員等が、日頃より観察した対象者の状態を評価する。

食事中や食後の、タンからみ音（ごろごろ音）、嘔声（声かすれ）の出現の頻度を評価する。

対象者への直接評価が困難な際は、家族など対象者の状況を把握した者からの聞き取り調査を行う。

- ③ “タンのからみ” の出現は、上気道感染の一つのサインであるとともに、食事中での特異的な出現は嚥下機能低下のスクリーニングとして重要である。
- ④ 評価を行う際、特定日での状況でなく、対象者の日常の状況を出来るだけ正確に反映させる必要がある。

5 食事の量

- ① 介護職員等が、対象者の“食事の量（残食量）”について、3段階の評価を行う。
- ② 介護職員等が、日頃より観察した対象者の状態を評価する。
介護職などから情報提供を受け、一定期間（例 3 日間）の食事の残食量を記載する。さらに昼食時などを専門職が観察し、提供された情報との比較検討を行い評価する。
対象者への直接評価が困難な際は、家族など対象者の状況を把握した者からの聞き取り調査を行う。
- ③ 食事量の変化と栄養状態には関係がある。
入院時食事量記録の目的は加療中の栄養摂取状況の把握が主目的だが、本事業での当該項目の目的は、口腔機能と食形態の適合を把握することが主目的である。
・Kikutani T., Tamura F et.al: Effects of oral functional training for nutritional improvement in elderly people requiring long-term care. Gerodontology, 2006. in press.
- ④ 評価を行う際、特定日での状況でなく、対象者の日常の状況を出来るだけ正確に反映させる必要がある。好き嫌いが原因による残食等の一時的な残食については、利用者の全体的な状態を勘案して評価する必要がある。

6 口臭

- ① 介護職員等が、対象者の“口臭”について、3段階の評価を行う。
- ② 介護職員等が、日頃介護している際に対象者の“口臭”について他覚臭により評価する。可能な場合は、聞き取り調査を行う際に、普通に会話をおこなっている状態で（30cm ぐらいの距離）評価を行う。
対象者への直接評価が困難な際は、家族など対象者の状況を把握した者から、日頃の会話、食事介助、口腔清掃介助などの際、口臭の程度の聞き取り調査を行う。
1 ない：口臭を全くまたはほとんど感じない。
2 弱い：口臭はあるが、弱くがまんできる程度。会話に差し支えない程度の弱い口臭。
3 強い：近づかなくても口臭を感じる。強い口臭があり、会話しにくい。思わず息を止めたくなる。顔を背けたくなる等。
- ③ 高齢者では、口腔清掃の自立度の低下に伴い、口臭が多く見られる。口臭の主な原因は、歯垢、食物残渣、舌苔等の汚れである。口臭は、本人にとっても不快であるだけではなく、介護の質を左右するといわれる程の影響を与えている。口腔清掃の指導・助言を通し、改善が期待できる。
・Adachi M, Ishihara K, Okuda K, et al: The effect of professional oral health care on the elderly living in nursing homes. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol, Endod., 94 : 191-195, 2002
- ④ 評価を行う際、特定日での状況でなく、対象者の日常の状況を出来るだけ正確に反映させる必要がある。口臭の評価は、対象者に対してデリケートな面があるため、実地に当たって十分に配慮をする。

7 舌、歯、入れ歯などの汚れ

- ① 介護職員等が、対象者の“舌、歯、入れ歯などの汚れ”について、3段階の評価を行う。
- ② 介護職員等が、日常的な口腔清掃等の際における口腔内の観察等により、対象者の口腔内の清掃状態を舌、歯、義歯の汚れの量について全体的な量として評価する。
評価については、サービス担当者から指導・助言や後述する様式例 2-1、様式例 2-2 の衛生の写真（食物残渣、舌苔、義歯あるいは歯の汚れ）を参考にして評価する。
対象者への直接評価が困難な際は、家族など対象者の状況を把握した者からの聞き取り調査を行う。
1 ある：多量の写真と同程度あるいはそれ以上。すぐに汚れがわかる程度
2 多少ある：多量の写真より少ない汚れがある。よくみると汚れがわかる程度。
3 ない：よくみても汚れがわからない
舌、歯、義歯の汚れの内、最も汚れているものの状態を3段階の評価とする。
例：舌-2、歯-2、入れ歯-3 → 評価 3
- ③ 要介護高齢者では、口腔内（舌、歯、入れ歯等）の汚れは、誤嚥性肺炎の原因となる。さらに多量の汚れの付着は口腔機能の低下を疑わせる現象であることなどより、関連職種における日常的な口腔内の汚れの観察は重要である。介護職が口腔内の汚れを評価することにより、基本的サービス時の介護

職の積極的な協働が促進される。

- ④評価を行う際、特定日での状況でなく、対象者の日常の状況を出来るだけ正確に反映させる必要がある。対象者によっては、口腔内の観察に対して抵抗感がある場合が想定されるが、介護における関わりの中で得られた情報で評価されても差し支えない。

【その他】

1 今回のサービスなどで好ましい変化が認められたもの

- ①介護職員等が、対象者に対し、今回のサービスなどで好ましい変化が認められたものについて評価を行う。
- ②介護職員等が、対象者に対し、日頃より観察した対象者の状態の評価を評価し、変化が認められたものの番号を記入する。対象者への直接評価が困難な際は、家族など対象者の状況を把握した者からの聞き取り調査を行う。
- 1 食事 : 食欲が増した。食事時間が適切になった。食事時の姿勢が良くなった。摂取する食物の種類や固さの幅が広がった。よく噛んで食べるようになった等。
- 2 会話 : 会話の量が増えた。楽しそうに会話するようになった。言葉が聞き取りやすくなった。はっきりとした発音をしようと努力している等
- 3 笑顔 : 笑顔が増えた、表情が豊かになった等
- 4 その他 : サービス利用期間中に認められた好ましい変化を()内に記入する。
例 : 口腔体操、唾液腺マッサージ、歯みがき等を自発的にしている。丁寧な歯みがきを心がけるようになった。自分の口の健康に興味を持つようになった。入れ歯を使うようになった等。
- ③口腔機能の向上プログラムの評価には、効果に関する利用者の主観的評価とともに介護者による客観的評価が重要である。さらに、介護職が口腔機能の向上に関連する好ましい変化を評価することにより、基本的サービス時の介護職の積極的な協働が促進される。
- ④評価を行う際、特定日での状況でなく、対象者の日常の状況を出来るだけ正確に反映させる必要がある。

2 生活意識の変化

- ①介護職員等が、対象者に対し、今回のサービスなどで好ましい変化が認められたものについて評価を行う。
- ②介護職員等が、対象者に対し、日頃より観察した対象者の状態の評価を評価し、変化が認められたものの番号を記入する。1及び2の場合は、変化の内容を()に記入する。
対象者への直接評価が困難な際は、家族など対象者の状況を把握した者からの聞き取り調査を行う。
- 1 前進 : 元気になり活動量が増加した。積極的になった。明るくなった。自信を取り戻した等。
- 2 やや前進 : やや元気になり活動量が増加した。やや積極的になった。やや明るくなった。やや自信を取り戻した等。
- 3 前進無し : 特に前進が認められない。
- ③口腔機能の向上プログラムの最終的な目標は、食のQOLの維持向上を図り、利用者の自立支援を行うことである。口腔機能の向上による生活意識の変化に対する客観的評価を行うことは重要である。口腔機能の向上の影響を介護職が認識することは、口腔機能サービス利用終了後に、介護職が口腔機能の向上に関する働きかけを継続する誘因となる。
- ④評価を行う際、特定日での状況でなく、対象者の日常の状況を出来るだけ正確に反映させる必要がある。

様式例 2-I、II

【衛生】

1 食物残渣

- ①歯科衛生士等が、専門的知識、技術に基づき、対象者の口腔内の頬粘膜、口蓋などを観察し、“食物残渣”の量の状況を3段階の評価を行う。
- ②口腔内を観察し、食物残渣の口腔内全体の量について、なし又は少量。(なし・少量で表記)、中程度、多量で評価を行う。
観察は、食後に行うことが望ましい。

i、iiの写真が「3 多量」のイメージであり、要介護度がかなり高い者の場合は、iiiの写真のように極めて「多量」の汚れが存在することがある。

- ③高齢者の口腔衛生状態は不良であっても自覚されにくい。また、ADLの低下、認知機能の低下に伴いセルフケアだけでは十分な清掃は難しい。そのため、食物残渣が多く見られ、この傾向は口腔に麻痺などがある場合に著しくなる。口腔清掃の指導、助言を行うことで改善が期待できる。



- ④義歯がある場合は装着した状態で行う。

麻痺がある場合には、麻痺側に多く見られるため注意をする。

評価は、定量的な評価のみを主眼とするのではなく、食物残渣の量や付着状態等が対象者の口腔機能による問題である可能性があるか否かなどを含め、専門的知識、技術に基づき評価も行う。

2舌苔

- ①歯科衛生士等が、利用者の舌を観察し、「舌苔」の量について3段階の評価を行う。

- ②口腔内を観察し、声かけにより舌を前方に出してもらうなどして、舌苔が舌全体の量について、なし又は少量(なし・少量で表記)、中程度、多量で評価を行う。

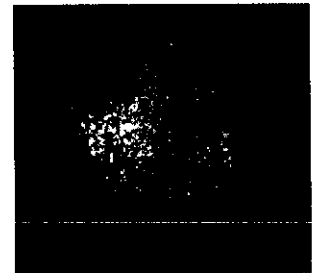
上の写真は「2 中程度」、下の写真は「3 多量」のイメージである。

- ③高齢者では、口腔乾燥、唾液の分泌の低下、服薬、口腔清掃の不良等により舌苔がみられる。舌苔は誤嚥性肺炎をはじめとする呼吸器感染症あるいは口臭の原因となり、また味覚にも変化をもたらすことがあり、舌の清掃の指導・助言を行うことで、改善が期待できる。

・Abe S, Ishihara K, Adachi M, Okuda K : Oral hygiene evaluation for effective oral care in preventing pneumonia in dentate elderly. Arch Geront Geriatr, 2005. in press

・菊谷 武、鈴木章、ほか：高齢入院患者における舌背上のカンジダについて 摂取食形態、唾液分泌量との関係。老年歯科医学、1998.13.23-28,

- ④評価は、定量的な評価のみを主眼とするのではなく、舌苔の付着状態が味覚障害などを引き起こす可能性があるほど問題であるか否かなどを含め、専門的知識、技術に基づき評価も行う。舌機能の低下により舌の動きが悪い場合には、そのままの状態でも評価を行っても差し支えない。



3義歯あるいは歯の汚れ

- ①歯科衛生士等が、専門的知識、技術に基づき、対象者の口腔内の「義歯あるいは歯の汚れ」の状況を観察し、口腔衛生状態について3段階の評価を行う。

- ②歯科衛生士等が、対象者の口腔内の清掃状態を評価する。

日常的な口腔清掃等の際における口腔内の観察等により、対象者の口腔内の清掃状態を歯、入れ歯等を中心に評価する。

写真は「2 中程度」のイメージである。

対象者への直接評価が困難な際は、家族など対象者の状況を把握した者からの聞き取り調査を行う。

- ③高齢者の場合には、ADLの低下や認知機能の低下に伴いセルフケアだけでは十分な口腔清掃は難しくなっている。口腔清掃状態の悪化に伴い、歯にこびりついた歯垢(デンタルプラーク)、清掃不良による義歯にこびりついたデンチャープラークは、義歯性口内炎や口臭等の歯科疾患の原因になるだけでなく、全身の抵抗力が低下している高齢者や要介護高齢者の場合には、誤嚥性肺炎をはじめとする呼吸器感染症の原因となる。

義歯や残存歯の清掃の指導・助言を行うことで口臭を予防し、また呼吸器感染症のリスクを低下させることができる。

・Abe S, Ishihara K, Adachi M, Okuda K : Oral hygiene evaluation for effective oral care in preventing



④義歯がある場合は、義歯をはずし、その内面や維持装置等の周囲に付着しているデンチャープラークや残存している歯の周囲に付着している歯垢の量の状況について全体的な量として評価する。

4 口腔衛生習慣（声かけの必要性）

- ① 歯科衛生士等が、利用者の口腔清掃を観察し、“口腔衛生習慣”と“自発性”について3段階の評価を行う。
- ② 日常の一連の口腔清掃行為の観察（家族などからの情報も可）から、口腔清掃の指導の受け入れの状態をもとに、必要がない、必要有り、不可の3段階で評価する。
それぞれの判定の内容例は以下の通り。
 1. 必要がない：声かけをしなくても毎日自発的に歯や入れ歯を磨いている。
 2. 必要有り：歯みがきの習慣がない。時々しか歯みがきしない。声かけをしないと歯みがきをやらない。
 3. 不可：声かけに應じられない
- ③ 高齢者、要介護高齢者の多くは、身体に何らかの障害や生活行為の低下があり、歯みがき行動などが自分でできない場合や自立性・習慣性が低下している場合が多い。これらのことから、本評価は、口腔清掃自立支援、習慣化を効率的に促すために、プログラム作成時に重要な情報となる。声かけの必要性が認められた場合、その背景を明確に把握することが重要で、単なる生活習慣が原因の場合は対象者の口腔清掃を中心とした行動変容を促し、認知症、脳血管障害などが原因にある場合はその対応は異なってくる。
- ④ 評価を行う際、特定日のみの状況だけでなく、対象者の日常の状況を出来るだけ正確に反映させる必要がある。認知症などの一部の対象者では、一見口腔清掃習慣は自立して見えるが、新規の指導の受け入れが行えないケースがあるので注意を要する。

5 口腔清掃の自立状況（支援の必要性） 様式例2-Ⅱのみ

- ① 歯科衛生士等が、利用者の口腔清掃を観察し、“口腔清掃の支援の必要性”について3段階の評価を行う。
- ② 口腔清掃行為の「歯みがき」「入れ歯の着脱・清掃」「うがい」について、口腔清掃の支援の必要性の3項目が実施できているか否かを評価し、口腔清掃の自立状況について総合的な評価を行う。
これらの項目については、「やっている」行為ではなく、「できている」行為であるか否かを判断し、自発性や習慣性と実行性の両面から評価する。アセスメントにおいては、「歯みがき」「入れ歯の着脱・清掃」「うがい」のうち、支援の必要性が高いものが何であるかを明確にできるよう評価する。

※判定について（事例）

- ・ 対象者の口腔清掃の自立状況例
「歯みがき」は、歯みがき等はできるが、移動ができない
「入れ歯の着脱・清掃」は、入れ歯を自分で着脱できない
「うがい」は、ぶくぶくうがいができている

・ 対象者の口腔清掃の自立状況（支援の必要性）判定の考え方

	「歯みがき」	「入れ歯の着脱・清掃」	「うがい」	判定結果	総合的な評価
1 必要がない	奥歯の裏側等磨きにくいところまで磨けている	入れ歯を自分ではずして磨けている	ぶくぶくうがいできている		自分で十分できる
2 一部必要	磨きやすい部分（前歯等）だけ磨いている 歯みがきにかかる時間が短い（1分未満）	入れ歯をほとんどはずさない。 入れ歯をほとんど磨かない、	水をふくむだけでぶくぶくうがいできない		自分で十分できない 自分で行ったあと支援が必要

	歯ブラシを口に入れるがあまり動かしていない。 歯みがき等はできるが、用具の準備や移動ができない				
3必要	自分で歯みがきができない	入れ歯を自分で着脱できない 入れ歯を自分で磨けない	うがいができない	○	介護者が主に行う必要がある

・判定結果：3必要（3項目の内、最も支援の必要性が高い状態を3段階の評価とする。）

- ③高齢者、要介護高齢者の多くは、身体に何らかの障害や生活行為の低下があり、歯みがき行動を行っていても、口腔機能の低下や誤嚥性肺炎を予防するレベルに達していない場合が多い。口腔清掃が自立とされている要介護高齢者の口腔清掃状況が、全介助の要介護高齢者の口腔清掃状況より悪いことはしばしば観察される。口腔衛生指導に当たっては、支援の必要性を把握し、指導や援助のあり方を工夫する必要がある。さらに環境整備や指導・助言によりレベルアップの効果が期待できる。
- ④家族や介護職等から利用者の日常生活状態について十分に情報を得る。口の中をさわやかにし、食べ物の味を楽しむという「食のQOLの向上」のために行うという目的に留意する必要がある。

6ここ1ヶ月の発熱回数 様式例2-IIのみ

- ①歯科衛生士等が、肺炎等の既往を評価する目的で、簡便で一般的な感染症の症状である発熱について、ここ1か月間に37.8℃以上の発熱回数を調査する。
- ②対象者又はその家族、介護職員等からの情報をもとに、体温が37.8℃以上の発熱の有無を確認し、その発熱回数を調査する。
- ③誤嚥性肺炎の発症は口腔衛生状態さらに嚥下機能と密接な関係があることが知られている。高齢者や要介護高齢者の場合には、セルフケアだけでは十分な口腔清掃は難しい。また、嚥下反射、咳反射の低下がみられることも多く、そのため、不顕性誤嚥をくり返し、誤嚥性肺炎を発症する。口腔清掃および摂食・嚥下機能訓練を行うことで、誤嚥性肺炎に罹るリスクを低下させることができる。
- ・ Yoneyama,T., Yoshida,M., Matsui,T., Sasaki,H., Oral Care Working Group: Oral care and Pneumonia. Lancet. 354:515,1999.
 - ・ 足立三枝子, 石原和幸, 奥田克爾, 石川達也: 専門的口腔清掃は、特別養護老人ホーム要介護者の発熱を減らした。老年歯科医学, 15(1),2000.
- ④感冒、インフルエンザの流行時期は、評価に配慮が必要である。
サービス利用者が通所を休んだ際の理由を確認するよう、事前に介護職員に依頼をする必要がある。発熱の背景として、対象者のADL、体力低下、対象者の平常体温が把握できる場合は、平常体温との差が1℃以上の場合等も含め、総合的に判断しプログラム作成を行うことが重要である。また、口腔では腋窩に比べ0.2~0.5℃程度高めになるので注意する必要がある。

【機能】

1 反復唾液嚥下テストの積算時間

- ①歯科衛生士等が、反復唾液嚥下テストに基づき、1回目、2回目、3回目の嚥下運動の惹起時間を測定する。
- ②対象者を椅子に座らせ、「できるだけ何回も“ゴクン”とつばをのみ込むことを繰り返してください」と指示し、飲み込んだ際の時間を回数に応じて記録しておく。最大1分間観察して、1回目の飲み込みに要した時間、2回目に要した時間、3回目に要した時間を記録する。最大1分間観察して、3回未満の場合、口の中が著しく乾燥している場合には、飲み込みが困難となるが、この場合には少量（1cc程度）の水を口の中に入れて評価しても良い。
- ③反復唾液嚥下テストは30秒間に行える嚥下回数を指標としているために、介入による惹起性の変化を捉えにくい。そこで、積算時間を記入することによって、嚥下の惹起性を示すデータがスケールデータとして扱うことが出来る。また、嚥下回数の測定のみでは僅かな機能改善が捉えることができないことから、積算時間を測定することで評価することが、事前事後の評価では有効である。
- ・ 小口和代, 才藤栄一, 水野雅康, 馬場 尊, 奥井美枝, 鈴木美保 (2000) 機能的嚥下障害スクリーニングテスト「反復唾液嚥下テスト」(the Repetitive Saliva Swallowing Test: RSST)の検討 (1) 正常値の検討. リハ医学 37.378-382.

- ・小口和代, 才藤栄一, 馬場 尊, 楠戸正子, 小野木啓子 (2000) 機能的嚥下障害スクリーニングテスト「反復唾液嚥下テスト」(the Repetitive Saliva Swallowing Test: RSST)の検討(2)妥当性の検討. リハ医学37:383-388.
- ④飲み込む際には喉頭(のどぼとけ)が約2横指(横にそろえて2本分くらい: 3から4センチ)分うえに持ち上がる。この評価の際には、のどぼとけの動きを確認しながら行なう。評価者は指の腹を参加者ののどぼとけに軽く当てて、嚥下の際に十分に上方に持ち上がることを確認しながら評価する。びくびくとこのどぼとけが動いている状態を1回と評価してはいけない。

2 オーラルディアドコキネシス

- ①歯科衛生士等が、対象者に対し“ば”、“た”、“か”を発音させ、1秒間あたりの発音回数を測定する。
- ②唇や舌の動きの速度やリズムを評価する。きまった音を繰り返し、なるべく早く発音させ、その数やリズムの良さを評価する。10秒間測定して、1秒間に換算する。必ず、息継ぎをしても良いことを伝える必要がある。発音された音を聞きながら、発音されるたびに評価者は紙にボールペンなどで点々を打って記録しておき、後からその数を数える。唇の動きを評価するには“ば”を、舌の前方の動きを評価するには“た”を、舌の後方の動きを評価するには“か”を用いる。
- ③舌、口唇、軟口蓋などの運動の速度や巧緻性の評価について発音を用いて評価しようとするものである。
 - ・Portnoy RA, Aronson AE.: Diadochokinetic syllable rate and regularity in normal and in spastic and ataxic dysarthric subjects. J Speech Hear Disord. 1982 Aug; 47(3):324-8.
 - ・原田幸子, 菊谷武, 寺田勇人, 大井照: 高齢者生活機能改善指導事業参加者の口腔機能からみた効果的なボビュレーションアプローチの対象について, 障害者歯科 26: 3, 512, 2005.
- ④最大努力下でのテストであることを理解しなければ、値が低くなる。測定期間中に息継ぎをしていいことを伝える。



3 頬の膨らまし(空(から)ぶくぶくうがい)

- ①歯科衛生士等が、対象者に対し、頬の連続膨らましを指示し、その状態を評価する。
- ②頬の膨らましの状態を、左右十分可能・やや不十分・不十分で評価する。指示が入らない場合は、日常の(施設などでの)口腔清掃後のうがいなどの状況を参考に評価することも可能。
- ③本評価はうがいテスト特にリンシング(ぶくぶくうがい)テストに準じた方法として行われる。頬の膨らましは、口唇を閉鎖し、舌の後方を持ち上げ、軟口蓋を下方に保ち(舌口蓋閉鎖)、口腔を咽頭と遮断することで行われる。本評価は、これらの関連器官の運動が正常であることのスクリーニングとなり、頬の膨らましが不十分な場合は、口唇の閉鎖機能が低下、軟口蓋や舌後方の動きの悪化が疑われる。
- ④可能であれば、日常の(施設などでの)口腔清掃後のうがいなども参考に評価することが望ましいが、評価として水を使用した観察は行わない。

【その他】

1 今回のサービスなどの満足度

- ①歯科衛生士等が、対象者に対し、聞き取り調査を行い、本人の主観に基づき5段階の評価による回答を求める。
- ②歯科衛生士等が、対象者に対し、聞き取り調査を行う。対象者からの聞き取り調査が困難な際は、家族など対象者の状況を把握した者からの聞き取り調査を行う。
- ③口腔機能の向上プログラムの最終的な目標は、食のQOLの維持向上を図り、利用者の自立支援を行うことである。口腔機能の向上によるサービス等に対する客観的評価を行うことは重要である。口腔機能の向上の影響を歯科衛生士等が認識することは、口腔機能サービス利用終了後に、歯科衛生士等が口腔機能の向上のサービス内容を検討するに誘因となる。
- ④対象者の正確な状況を把握するために、聞き取り調査を行う際は回答を誘導しない配慮が必要で

データ分析のイメージについて (案)

介護予防サービス等に要した費用に対する効果の分析について（案）

1. 目的

介護保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項において、法律の施行後3年を目途として、予防給付及び地域支援事業について、費用に対するその効果の程度等の観点から検討を行うとされていることを踏まえ、新予防給付及び通所型介護予防事業並びに訪問型介護予防事業（「介護予防サービス等」という。以下同じ）に要した費用に対する効果を分析する。

2. データ集計方法

（1）介護予防サービス等の導入後

① 介護予防サービス等の効果

継続的評価分析支援事業の調査で要介護認定等の状況の変化（改善、維持、悪化）を把握し、効果の指標として用いる。

② 介護予防サービス等に要した費用

継続的評価分析支援事業の調査で介護予防サービス等の利用期間を通じたサービスの利用回数を介護報酬単位数に当てはめて算出した累積額や介護予防特定高齢者施策（通所型介護予防事業及び訪問型介護予防事業）に係る事業費を用いる。

なお、要介護認定者あるいは一般高齢者となって調査対象から離脱した後の費用についても勘案する。

（2）介護予防サービス等の導入前

① 介護予防サービス等の効果

介護給付費実態調査、高齢者の心身機能に関する調査（基本チェックリストに関するパイロット調査）及び高齢者の心身機能に関する追跡調査（基本チェックリストに関する追跡調査）等のデータから要介護認定等の状況の変化（改善、維持、悪化）を把握し、効果の指標として用いる。

② 介護予防サービス等に要した費用

介護給付費実態調査を用いて介護予防サービス等の利用期間の累積額や

地域支え合い事業及び老人保健事業のうち介護予防事業に移行した部分の事業費を用いる。

なお、要介護認定者あるいは非認定者となった後の費用についても勘案する。

3. 介護予防サービス等に要した費用に対する効果の分析

介護予防サービスの導入前後で、費用の差と効果の差を算出し、両者の比を求めることにより、費用に対する効果の分析を行う。

(参考) 介護保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項

政府は、法律の施行後3年を目途として、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。

介護予防サービス等に要した費用に対する効果の分析のイメージ(案)

		新予防給付					
		＜ 導入後 ＞			＜ 導入前 ＞		
分析手法について	対象	当該事業の対象者のうち要支援1の者			制度改正前の要支援者		
		把握項目・方法	利用するデータ		把握項目・方法	利用するデータ	
	1. 効果の分析	認定の改善・維持・悪化の状況で把握する	継続的評価分析支援事業	平成19年1月以降	認定の改善・維持・悪化の状況で把握する	介護給付費実態調査	平成18年3月以前
	2. 費用の分析	介護報酬単位数をサービス内容に当てはめて算出する	継続的評価分析支援事業 等	平成19年1月以降	介護給付費	介護給付費実態調査 等	平成18年3月以前
	3. 費用対効果の分析	費用の増減分に対する効果の増減分を算出し分析する					
	対照群の補正方法	—			導入後のデータに対して、性・年齢等で補正が可能である		
その他	全くの同一集団での比較ではない						
分析のイメージ	① 認定の改善・維持・悪化の状況 → 効果 (A1) ② 介護報酬単位数をサービス内容に当てはめて算出したもの等 → 費用 (B1)			① 認定の改善・維持・悪化の状況 → 効果 (A2) ② 介護給付費の実績 (補正值) 等 → 費用 (B2)			
	③ 費用に対する効果の分析 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 費用の増減分 (B1-B2) / 効果の増減分 (A1-A2) </div>						

介護予防サービス等に要した費用に対する効果の分析のイメージ(案)

		特定高齢者施策					
		＜ 導入後 ＞			＜ 導入前 ＞		
分析方法について	対象	本事業の対象者のうちの特定高齢者			制度改正前の特定高齢者の候補者(※)		
		把握項目・方法	利用するデータ		把握項目・方法	利用するデータ	
	1. 効果の分析	特定高齢者からの改善・維持・悪化の状況で把握する	継続的評価分析支援事業	平成19年1月以降	特定高齢者の候補者からの改善・維持・悪化の状況で把握する	・基本チェックリストに関するパイロット調査 ・基本チェックリストに関する追跡調査	平成17年7月～8月 平成18年8月～9月
	2. 費用の分析	—	特定高齢者施策に係る事業費等	平成19年1月以降	—	地域支え合い事業及び老人保健事業のうち介護予防事業に移行した部分の事業費等	平成18年3月以前
	3. 費用対効果の分析	費用の増減分に対する効果の増減分を算出し分析する					
	対照群の補正方法	—			導入後のデータに対して、性・年齢等で補正が可能である		
その他	全くの同一集団での比較ではない						
分析のイメージ	① 特定高齢者からの改善・維持・悪化の状況 → 効果 (A1) ② 特定高齢者施策に係る事業費等 → 費用 (B1)			① 特定高齢者の候補者からの改善・維持・悪化の状況 → 効果 (A2) ② 地域支え合い事業及び老人保健事業のうち介護予防事業に移行した部分の事業費等 → 費用 (B2)			
	③ 費用に対する効果の分析 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 費用の増減分 (B1-B2) / 効果の増減分 (A1-A2) </div>						

※基本チェックリストに関するパイロット調査において、現行の特定高齢者の候補者の基準に該当するとされた者

高齢者の心身の状態や活動状況の変化の分析について（案）

1. 目的

新予防給付及び通所型介護予防事業並びに訪問型介護予防事業（「介護予防サービス等」という。以下同じ。）について、心身の状態等の変化、対象者の属性に関する基本情報、介護予防サービス等の利用状況等の関係を総合的に分析することにより、今後のより効果的・効率的な介護予防サービス等の実施につなげる。

2. 分析の対象となるデータ

継続的評価分支援事業の調査結果全般を用いる。心身の状態等の変化、対象者の属性に関する基本情報、介護予防サービス等の利用状況等の詳細な情報についてこれらの関連を分析する。

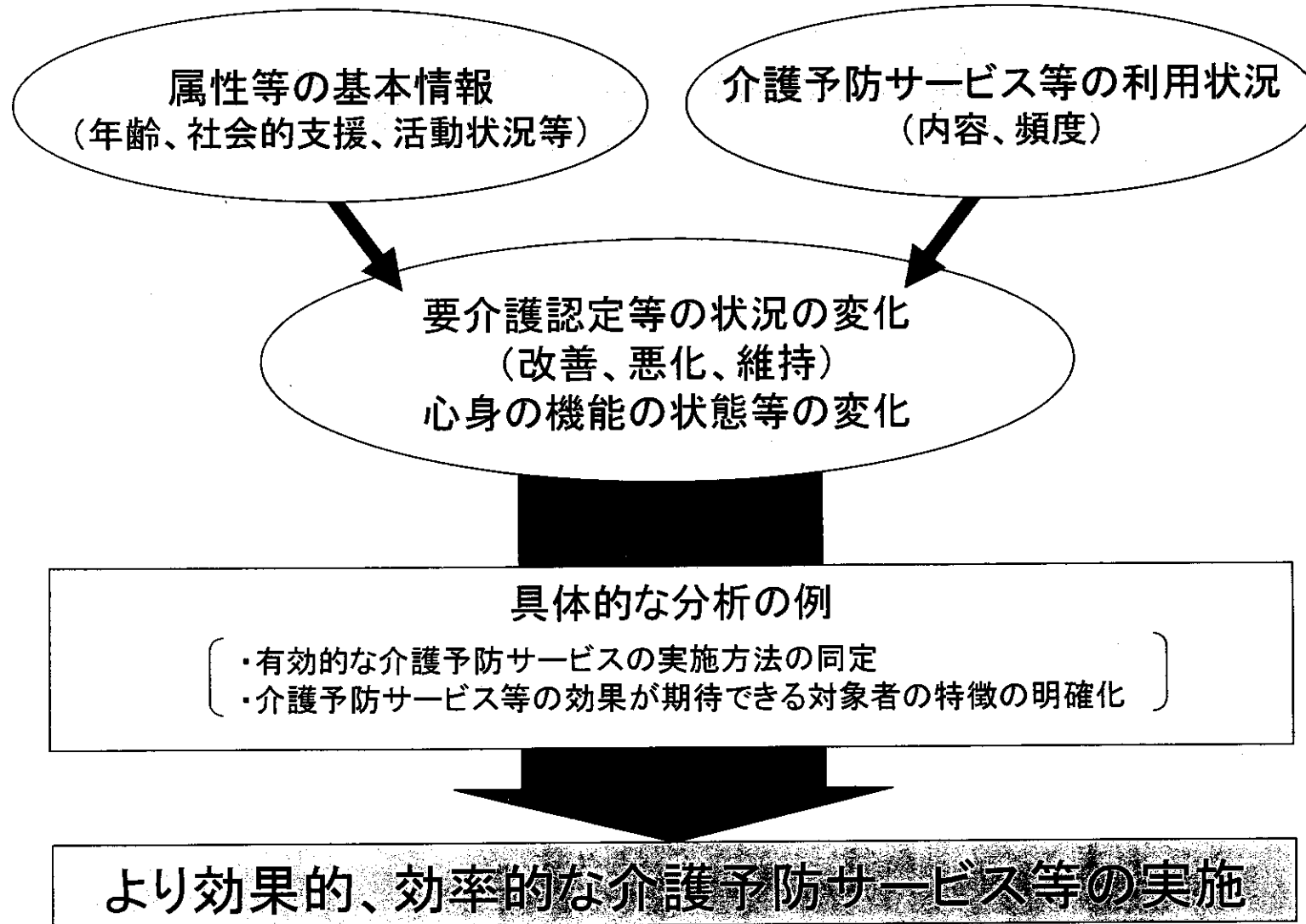
3. 介護予防の効果に関連する要因の具体的な分析

心身の状態や活動状況の変化と利用した介護予防サービス等が、どの程度、介護予防の効果（要介護認定等の状況の変化（改善、維持、悪化））に影響しているかについて、各種の統計学的手法を用いて総合的に分析することにより次のような分析が可能となる。

（例）

- ① 有効な介護予防サービス等の実施方法の同定
 - ・運動器の機能に関するより効果的・効率的なサービス（回数、方法等）等
- ② 介護予防サービス等の効果が期待できる対象者の特徴の明確化 等
 - ・要支援や特定高齢者となった原因疾患別、家族等の支援の有無等における栄養改善状況変化に関する効果の違い 等

高齢者の心身機能の状態や活動状況の変化の分析のイメージ



介護予防サービス等に要した費用に対する効果の分析
及び高齢者の心身の状態や活動状況の変化の分析について利用するデータ一覧（案）

調査名	対象	全対象者数 (件数)			調査期間	主な調査項目
		要支援者数 (件数)	特定高齢者数			
継続的評価分析支援事業	要支援1・2者、 特定高齢者 (本事業の参加 市町村における)	約18,000人	約14,400人	約3,600人	平成19年1月以降 (3月毎のデータ)	<ul style="list-style-type: none"> ①対象者の基本情報 <ul style="list-style-type: none"> ・市町村、性、年齢 ②サービス等に関する情報 <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防サービス等の利用状況 ③心身の状態等に関する情報 <ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定等の状況 ・基本チェックリスト項目 ・その他心身の状況等
介護給付費実態調査	要支援者、要介護者 (全国の給付費明細書情報)	<平成18年3月時点>			平成18年3月以前 (毎月の請求実績)	<ul style="list-style-type: none"> ①対象者の基本情報 <ul style="list-style-type: none"> ・市町村、性、年齢 ②サービス等に関する情報 <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防給付、介護給付におけるサービスの 利用状況 ・介護給付費 ③心身の状態等に関する情報 <ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定区分
		約3,547千人	約481千人	—		
<ul style="list-style-type: none"> ・基本チェックリストに 関するパイロット調査 ・基本チェックリストに 関する追跡調査 	特定高齢者の候補者 (左記調査の参加 市町村において抽出)	約600人	—	約600人	平成17年7月～8月 平成18年8月～9月	<ul style="list-style-type: none"> ①対象者の基本情報 <ul style="list-style-type: none"> ・市町村、性、年齢 ②心身の状態等に関する情報 <ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定区分 ・基本チェックリスト項目
認定支援ネットワーク	要支援、要介護 (全国の認定件数)	<平成17年計>			平成18年3月以前	<ul style="list-style-type: none"> ①対象者の基本情報 <ul style="list-style-type: none"> ・市町村、性、年齢 ②心身の状態等に関する情報 <ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定区分
		(約350万件)	(約70万件)	—		