

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

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。

17 活動（移動・歩行）

1) 屋外を歩いていますか。（当てはまるもの1つに○）

1. 遠くへも一人で歩いている
2. 近くなら一人で歩いている
3. 誰かと一緒なら歩いている
4. ほとんど外は歩いていない
5. 外は歩いていない

2) 杖類、装具、車いすを使っていますか。（当てはまるもの全てに○）

1. 使っていない
2. 杖類を使っている
3. 装具を使っている
4. 車いすを使っている

3) 日中どのくらい体を動かしていますか。（当てはまるもの1つに○）

1. 外でもよく動いている
2. 家の中ではよく動いている
3. 座っていることが多い
4. 時々横になっている
5. ほとんど横になっている

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。

18 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 18 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)
6. 閉じこもり
7. うつ傾向
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。
- ・ 「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。
- ・ 「握力」及び「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。

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

19 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 19 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）
6. 閉じこもり
7. うつ傾向
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。

20 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 20 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)
6. 閉じこもり
7. うつ傾向
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。

21 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	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
氏名等	_____ (1. 男 2. 女)										
記入日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (項目 21 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)

- あり (具体的な内容: _____)
- 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

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) 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

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

---> 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

編集後記

本調査研究事業は平成 18 年度から 3 年間にわたって行われたものです。本事業の企画実施にあたって多くの方々から多大なご支援をいただいたことに改めて御礼を申し上げます。なかでも厚生労働省老健局の皆様、全国 83 ヲ所の地域包括支援センター・市町村の担当職員の方々、そして何よりも調査にご協力いただいた約 2 万名の方々に、心より感謝申し上げるとともに敬意を表する次第であります。

また調査研究委員会にご参加いただいた先生方には、ご多忙な中、煩雑な統計解析や作表を何度も行っていただきましたことに、深謝致します。わが国の介護予防をさらに良いものにしていくとする先生方の熱意こそが、本調査研究委員会の何よりの支えでありました。改めて御礼申し上げます。

また委員会の運営や報告書の作成にあたっては、財団法人日本公衆衛生協会の平野雅久参与、稲泉洋子さん、東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野・秘書の仲田佳子さんの尽力が不可欠であったことを記し、謝辞に代えたいと思います。

本調査研究が契機となって、わが国の介護予防がさらに発展し、高齢者一人ひとりの健康寿命がさらに延び、そして真の意味で長寿を喜び合える社会が一日も早く実現することを切に望むのであります (I. T.)。

厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業
介護予防事業等の効果に関する総合的評価・分析に関する研究
平成 20 年度研究報告書（平成 21 年 3 月）

主任事業者	財団法人日本公衆衛生協会 理事長 北川定謙
分担事業者	辻 一郎
発 行	仙台市青葉区星陵町 2-1 東北大学大学院医学系研究科 社会医学講座公衆衛生学分野 TEL 022-717-8122 FAX 022-717-8125