

# 総括表

被保険者番号		地域包括支援センター名	
対象者名		委託居宅介護支援事業所名	
計画期間	～	計画担当者	

介護度	アセスメント日付		
	地域包括	事業者（通所）	事業者（訪問）
事前			
事後			

## 介護予防サービス利用状況

事業名（※）	事業者名	利用回数	支援内容・達成度						事業者総合評価
			運動	生活行為	栄養	口腔	アクティビティ	生活援助	

※運動器・栄養・口腔アセスメントを実施した事業者

## 生活機能変化

	当初		評価		改善度
	事前	事後予測	事前	事後予測	
室内歩行					
屋外歩行					
外出頻度					
排泄					
食事					
入浴					
着脱衣					
掃除					
洗濯					
買物					
調理					
整理					
ごみ出し					
通院					
服薬					
金銭管理					
電話					
社会参加					

※「生活機能評価」を参照

自立度	自立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善の可能性が高い	改善の可能性が低い	改善の可能性が高い	改善の可能性が低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2
点数	6	5	4	3	2	1

## 包括アセスメント変化

	事前	事後	改善度
運動			
生活			
社会			
健康			
合計			

## I 運動機能向上結果

	事前	事後	改善度
通所	握力(kg)右		@
	握力(kg)左		@
	膝伸展筋力(kg)		@
	長座位体前屈(cm)		@
	ファンクショナルリーチ(cm)		@
	開眼片足立ち(秒)		@
	5m通常歩行速度(秒)		
	5m最大歩行速度(秒)		
	Time up&go(秒)		
	床上仰向け立ち上がり(秒)		
訪問	開眼片足立ち(秒)		@
	15分続けて歩く		
	床から物を拾う		

## II 栄養・食支援結果

	事前	事後	改善度
通所	主観的健康観		
	体重(kg)		
	BMI		
	体重増減率(%)		
	食欲		
	食回数		
訪問	食べることの楽しみ		
	主観的健康観		
	体重(kg)		
	BMI		
	体重増減率(%)		
	食欲		
食回数			
食べることの楽しみ			

## III 口腔機能向上結果

	事前	事後	改善度	
通所	入れ歯の使用状況		@	
	口の渇き食事会話に支障			
	頬の膨らまし			
	R S S T 積算時間(秒)	1回		
		2回		
		3回		
	オーラルディアドコキネス(回/秒)	(ハ)		@
		(タ)		@
		(カ)		@
	義歯・歯の汚れ			
清掃状況(染め出し)				
食事を残す量				
訪問	歯や入れ歯の清掃			
	清掃状況(染め出し)			
	頬の膨らまし			
	口の渇き食事会話に支障			
	R S S T 積算時間(秒)	1回		
2回				
3回				

※上記 I、II、III の右側「@」印は、事前<事後 ならば 改善度が+

## 総合QOL

①事前	②事後	②-①

※左記「生活機能評価」の当初事前、評価事前より算定

## 分野別QOL点数

	事前	事後	改善度
運動			
生活			
社会			
健康			

※左記「包括アセスメント」より算定

## 総合評価判定(判定日: 年 月 日)

判定レベル
終了判定
【コメント】
【個人因子】
【アウトカム】
【ストラクチャー】
【プロセス】
【今後の方向性】

# 介護予防のアセスメント[1] 基本チェックリスト

氏名	(ふりがな)	性別	調査日	事前	
				事後	

項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		課題領域									
				事前	事後	主領域	副領域								
生活機能	1	バスや電車で一人で外出していますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			生	社								
	2	日用品の買い物をしていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			生	社								
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			生	他								
	4	友人の家を訪ねていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			生	社								
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			生	社								
運動機能	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:少し時々2:いいえ			運	生								
	7	椅子に座った状態から何にもつかまらずに立ち上がっていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			運	生								
	8	15分くらい続けて歩いていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			運	社								
	9	この一年間に転んだことがありますか	2:はい1:少し時々0:いいえ			運	健								
	10	転倒に対する不安は大きいですか	2:はい1:少し時々0:いいえ			運	社								
栄養改善	11	6ヶ月で2～3kgの体重減少がありましたか	2:はい1:少し時々0:いいえ			健	生								
	12	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;">事前</td> <td style="width: 20%;">身長</td> <td style="width: 10%;">cm</td> <td style="width: 10%;">体重</td> <td style="width: 10%;">kg = BMI</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black;">事後</td> <td>身長</td> <td>cm</td> <td>体重</td> <td>kg = BMI</td> </tr> </table>	事前	身長	cm	体重	kg = BMI	事後	身長	cm	体重	kg = BMI	/	/	健
事前	身長	cm	体重	kg = BMI											
事後	身長	cm	体重	kg = BMI											
口腔機能	13	半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか	2:はい1:少し時々0:いいえ			健	生								
	14	お茶や汁等でむせることがありますか	2:はい1:少し時々0:いいえ			健	生								
	15	口の渇きが気になりますか	2:はい1:少し時々0:いいえ			健	生								
閉じこもり	16	週一回以上外出していますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			社	生								
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	2:はい1:少し時々0:いいえ			社	生								
認知機能	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	2:はい1:少し時々0:いいえ			健	他								
	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:少し時々2:いいえ			健	他								
	20	今日が何月何日か分からない時がありますか	2:はい1:少し時々0:いいえ			健	他								
うつ	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	2:はい1:少し時々0:いいえ			健	他								
	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	2:はい1:少し時々0:いいえ			健	他								
	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る	2:はい1:少し時々0:いいえ			健	他								
	24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	2:はい1:少し時々0:いいえ			健	他								
	25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	2:はい1:少し時々0:いいえ			健	他								
<b>合計(得点)</b>				0	0										

※課題領域: (運動・移動) (日常生活) (社会参加・対人交流) (健康管理) (療養) 他(の課題(ものわすれ・うつ・経済・支援利用))

※副領域は、“予防サービス・支援計画書”作成の際の参考とする

## 介護予防のアセスメント[2] 追加項目

項目	番号	確認項目	評価尺度	回答		主領域	副領域
				事前	事後		
運動	1	自宅内を物を持って歩けますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			運	生
	2	自宅の外を物を持って歩けますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			運	社
	3	ズボン、スカートを立てたまま、支えなしでは歩けますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			運	生
栄養・食生活	4	食事の用意をしていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			生	健
	5	定期的に3食とっていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			生	健
	6	主食・主菜(肉・魚・卵・乳製品、大豆製品)・副菜をとっていますか*	0:はい1:少し時々2:いいえ			生	健
寝具管理	7	布団の出し入れ、シーツ交換・布団干しをしていますか*	0:はい1:少し時々2:いいえ			生	健
更衣	8	季節・場所に合った服装ができますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			生	社
	9	寝間着や肌着の着替えができますか*	0:はい1:少し時々2:いいえ			生	社
入浴・整容	10	一人で体を洗うことができますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			生	健
	11	顔や髪、爪をきちんと整えることができますか*	0:はい1:少し時々2:いいえ			生	社
排泄	12	排泄に関する心配がありませんか(尿もれ・便秘・下痢)	0:はい1:少し時々2:いいえ			健	社
口腔	13	歯や義歯を磨いたり、口腔の手入れをしていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			健	生
	14	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	0:はい1:少し時々2:いいえ			健	生
洗濯・掃除	15	洗濯をしたり、干し物を取り込み、元の位置にしまっていますか*	0:はい1:少し時々2:いいえ			生	運
	16	家の中や家の周りの片付けや掃除などをしていますか*	0:はい1:少し時々2:いいえ			生	運
	17	ごみの分別やごみ出しをしていますか*	0:はい1:少し時々2:いいえ			生	運
認知	18	火の始末や戸締りはできていますか*	0:はい1:少し時々2:いいえ			生	他
	19	前の晩に食べたものを思い出せますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			健	他
閉じこもり	20	趣味や楽しみ、好きでしていることがありますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			社	生
	21	日中寝ないで起きて過ごしていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			社	生
	22	家庭の事で決まった仕事や役割がありますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			社	生
	23	親族、友人、隣近所と付き合いや談笑ができますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			社	他
	24	催し物や地域の活動などに参加しますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			社	他
健康管理	25	定期的な診察、あるいは1年に1度健診を受けていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			健	他
	26	薬はきちんと飲んでますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			健	他
	27	食事内容の注意を守っていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			健	生
	28	散歩や体操を(週1回以上)していますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			健	運
うつ	29	十分な睡眠はとれていますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			健	他
	30	あなたは普段健康だと思いますか	0:はい1:少し時々2:いいえ			健	他
<b>合計(得点)</b>				0	0		
<b>総合計</b>				0	0		

\*すべての行為ができていれば「はい」ひとつでも欠けていれば「少し・時々」すべてできていなければ「いいえ」

		事前	事後
<b>主領域合計</b>	運動(14)	0	0
	生活(34)	0	0
	社会(14)	0	0
	健康(46)	0	0
<b>総合計(108)</b>		0	0

# 介護予防メニュー リスク確認【1】(地域包括センター)

氏名	(ふりがな)	調査日	事前	
			事後	

## 運動機能向上

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
除外基準	1 心筋梗塞、脳卒中を最近6ヶ月以内に起こした	①いいえ ②はい			
	2 狭心症、心不全、重症不整脈がある	①いいえ ②はい			
	3 収縮期血圧180mmHg以上、または拡張期血圧110mmHg以上の高血圧がある	①いいえ ②はい			
	4 慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎、肺気腫など)で息切れ、呼吸困難がある	①いいえ ②はい			
	5 糖尿病で重篤な合併症(網膜症、腎症)がある	①いいえ ②はい			
	6 急性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がある	①いいえ ②はい			
	7 急性期の肺炎、肝炎などの炎症がある	①いいえ ②はい			
	8 その他、本サービス等の実施によって、健康状態が急変あるいは悪化する危険性がある	①いいえ ②はい			
主治医判断	1 コントロールされた心疾患、不整脈がある	①いいえ ②はい			
	2 収縮期血圧180mmHg未満の高血圧がある	①いいえ ②はい			
	3 慢性閉塞性肺疾患で症状がある	①いいえ ②はい			
	4 慢性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がある	①いいえ ②はい			
	5 骨粗鬆症で、脊柱圧迫骨折がある	①いいえ ②はい			
	6 認知機能低下により、参加が困難	①いいえ ②はい			
	7 その他、医師が除外や運動の制限が必要と判断した	①いいえ ②はい			

## 介護予防メニュー リスク確認【2】(地域包括センター)

### 栄養・食支援

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考	
			事前	事後		
リスク確認	1 右記の生活習慣病で受診していますか	糖尿病	①いいえ ②はい			
		高血圧	①いいえ ②はい			
		高脂血症	①いいえ ②はい			
		その他(備考欄に記入)	①いいえ ②はい			
	2 右記の内科疾患で受診していますか	腎臓病	①いいえ ②はい			
		心臓病	①いいえ ②はい			
		肝臓病	①いいえ ②はい			
		膵臓病	①いいえ ②はい			
		胃腸病	①いいえ ②はい			
		胆のう病	①いいえ ②はい			
		その他(備考欄に記入)	①いいえ ②はい			
	3 摂食・嚥下障害はありますか	①なし ②あり				
	4 3ヶ月の間に体重が3~5kg減りましたか	①いいえ ②はい				
	5 3ヶ月の間に体重が3~5kg増えましたか	①いいえ ②はい				
6 食事の制限を受けていますか(食物アレルギーを含む)	①いいえ ②はい					
7 水分の制限はありますか	①なし ②あり					

### 口腔機能向上

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
リスク確認	1 この1ヶ月の体調	①安定 ②やや安定(低下) ③不安定			
	2 歯や口の中の痛み	①なし ②あり			
	3 窒息や誤嚥等の兆候やトラブル	①なし ②あり			
	4 口のことで気がかりなこと	①なし ②あり			

## 生活機能評価(アセスメント)

氏名		性別		調査日	事前	令和	年	月	日
					事後	令和	年	月	日

		事前	事後	備考
ADL	室内歩行			
	屋外歩行			
	外出頻度			
	排泄			
	食事			
	入浴			
	着脱衣			
IADL	掃除			
	洗濯			
	買物			
	調理			
	整理			
	ごみ出し			
	通院			
	服薬			
	金銭管理			
	電話			
	社会参加			

※記号の説明

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2