

介護予防メニューアセスメント(通所用)

事業者名:

氏名	(ふりがな)	性別	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		
ア セ ス メ ン ト	1 床から物が拾えますか	①はい ②少し・時々 ③いいえ				
	2 握力(kg)	(右手)	kgを入力(00.00kg)			
		(左手)	kgを入力(00.00kg)			
	3 膝伸展筋力(kg)	kgを入力(00.00kg)				
	4 長座体前屈(cm)	cmを入力(00.00kg)				
	5 ファンクショナルリーチ(cm)	cmを入力(00.00kg)				
	6 開眼片脚立ち(秒)	秒数を入力(00.00秒)				
	7 5m通常歩行速度(秒)	秒数を入力(00.00秒)				
	8 5m最大歩行速度(秒)	秒数を入力(00.00秒)				
9 Timed up&Go(秒)	秒数を入力(00.00秒)					

栄養・食支援

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
ア セ ス メ ン ト	1 現在自分は健康だと思いますか	①非常に健康 ②まあ健康な方だと思う ③あまり健康ではない ④健康ではない			
	2 6か月前とくらべ体重がどれくらい変化しましたか	①変化なし ②減少 ③増加			
		減少、または増加のKg			
	3 食事の支度で困難はありますか ①なし ②あり	献立			
		買い物			
		調理			
		配膳			
	4 食欲はありますか	①非常にある ②ふつう ③ややない ④非常にない			
	5 ふだん食事は1日何回ですか	①3回 ②2回 ③その他( 回)			
		③その他の場合の回数			
	6 6か月前と比べ主食量の減少はありますか	①いいえ ②はい			
	7 6か月前と比べ主菜量の減少はありますか	①いいえ ②はい			
8 6か月前と比べ副菜量の減少はありますか	①いいえ ②はい				
9 1日の水分摂取量(コップ何杯)	①6杯位 ②5~4杯 ③4杯未満				
10 よく便秘になりますか	①いいえ ②はい				

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
ア セ ス メ ン ト	11 食事に支障があるほど酒類を飲みますか	①いいえ ②まれに ③ときどき ④いつも			
	12 間食は毎日食べていますか	①いいえ ②はい			
	13 食べ物や飲み物でむせますか	①いいえ ②2カ月に1回くらい ③月1回くらい ④月2回以上			
	14 歯や入れ歯の関係で柔らかいものしか噛めませんか	①普通食 ②やわらか食			
	15 右記の健康管理上の食事指導について、指導がありますか ①なし ②あり	体重を増やす			
		カルシウムを増やす			
		鉄分を増やす			
塩分を減らす					
間食の取り方					
カロリー(エネルギー)制限 その他(備考に入力)					
16 食べるのが楽しいですか	①とても楽しみ ②楽しみ ③ふつう ④楽しくない				


			事前	事後
調 査 時 の 食 事 前 2 4 時 間 の 内 容	具 体 的 料 理 名	朝食		
		昼食		
		夕食		
		間食		

## 口腔機能向上

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
ア セ ス メ ン ト	1 お口の健康状態はどうか	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			
	2 入れ歯の使用状況(ある人のみ)	①使っていない ②食事以外のときのみ使う ③食事のときのみつかう ④いつも使う			
	3 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	①両方できる ②片方だけできる ③どちらもできない			
	4 開口度	①指2本分 ②指1本分 ③指1本分未満			
	5 口の渇きにより食事や会話に支障がありますか	①ない ②時々ある ③いつもある			
	6 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			
	7 反復唾液嚥下テスト(RSST)の積算時間	1回目までの秒数			
2回目までの秒数					
3回目までの秒数					

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考										
			事前	事後											
ア セ ス メ ン ト	8	オーラルディアドコキネシス(口の動き) <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>パ</td><td>回/秒</td></tr> <tr><td>タ</td><td>回/秒</td></tr> <tr><td>カ</td><td>回/秒</td></tr> </table>	パ	回/秒	タ	回/秒	カ	回/秒	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 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>パ</td></tr> <tr><td>タ</td></tr> <tr><td>カ</td></tr> </table>	パ	タ	カ			
	パ	回/秒													
	タ	回/秒													
	カ	回/秒													
	パ														
	タ														
	カ														
	9	食物残渣	①なし・少量 ②中程度 ③多量												
	10	舌苔	①なし・少量 ②中程度 ③多量												
	11	義歯あるいは歯の汚れ	①なし・少量 ②中程度 ③多量												
	12	清掃状況(染め出し)	①十分清掃済み ②やや清掃不足 ③清掃不十分												
	13	口臭(染め出しの時に)	①ない ②弱い ③強い												
	14	入れ歯を外して歯や入れ歯の清掃	①毎日 ②週5~6日 ③週3~4日 ④週1~2回 ⑤していない												
	15	歯ブラシの毛先	①広がっていない ②やや広がっている ③広がっている												
	16	歯ブラシの清潔状況	①きれい ②少し汚れている ③汚れている												
	17	口腔衛生習慣のための声かけの必要性	①必要なし ②必要あり ③不可												
	18	食事をおいしく食べていますか	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												
	19	しっかりと食事が取れていますか	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												
	20	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												
	21	食事中や食後のタン(痰)のからみ	①ない ②時々ある ③いつもある												
	22	食事を残す量(残食量)	①ない ②多少ある(1/2未満) ③多量にある(1/2以上)												
	23	今回のサービス等の満足度	①満足 ②やや満足 ③どちらでもな い ④やや不満 ⑤不満												
	<p style="text-align: center;">好ましい変化(総合評価) (最終のみ) ※観察・聞き取りから ①あり ②なし</p>		口の中がさわやかになった 唾がよく出るようになった 舌の動きがなめらかになった むせや食べこぼしが減った 味覚が向上した 口もとがしまった 笑顔が増えた 頭がすっきり目覚めた 食事量が増えた その他(備考に入力)	事前は記入不要											

### 実施のための利用者の情報

医師・歯科医師等の 指示または連携		染め出し記録(実施時記入用)
特記事項		

# 介護予防サービス計画・総合評価(通所用)

氏名:

様

事業者名:

計画作成日:

計画期間:

総合評価日:

サービス計画				評価		総合評価	
サービス区分	支援計画			目標達成状況(1ヶ月)	評価	目標達成状況(3ヶ月)	評価
	目標	援助内容			支援に際しての留意点		○達成 △一部達成 ×未達成
運動機能向上・生活機能向上		1ヶ月目					
		2ヶ月目					
		3ヶ月目					
栄養・食支援		1ヶ月目					
		2ヶ月目					
		3ヶ月目					
口腔機能向上		1ヶ月目					
		2ヶ月目					
		3ヶ月目					
アクティビティ		1ヶ月目					
		2ヶ月目					
		3ヶ月目					

# 介護予防サービス 個別計画書(通所用)

事業者名:

氏名	(ふりがな)	性別	歳	計画期間	年 月 日 ~ 年 月 日
		要介護度:		作成日	年 月 日

サービス1 ( )	サービス区分	サービス内容		所要時間
				分
曜日 ( )	午前			分
				分
				分
				分
				分
	合計			分
	午後			分
			分	
			分	
			分	
			分	
合計			分	

サービス2 ( )	サービス区分	サービス内容		所要時間
				分
曜日 ( )	午前			分
				分
				分
				分
				分
	合計			分
	午後			分
			分	
			分	
			分	
			分	
合計			分	

計画に対する同意  
上記計画に対して同意します

年 月 日  
氏名 印

生活行為アセスメント(訪問・通所共通)

事業者:

氏名	(ふりがな)	性別	調査日	事前	
				事後	

生活行為	作業	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
買物	お金の支払い	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	買い物運搬	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	買い物	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
調理	芋類等固い物の皮むき	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	輪切り等スライス	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	カボチャなど固い物を切る	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	みじん切り	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	鍋の移動	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	盛りつけ、菜箸操作	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	瓶の開閉	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	プルトップ缶の開閉	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	配膳、鍋運搬	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	ボールなど固定	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	冷蔵庫開閉	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
食事	箸の使用	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
更衣	ズボンファスナー	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	小さなボタンとめ	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	靴下はき	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
入浴	浴室での安全	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	浴槽またぎ	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	浴槽しゃがみ	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	浴槽椅子利用	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	シャワー、蛇口操作	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	洗髪	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	洗体	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
洗濯	洗濯物運搬	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	洗濯物干し	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	大もの洗濯	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
掃除	床の拭き掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	たたみ、床掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	カーベットの掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	掃除機	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	浴槽の掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	ごみ出し	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
連絡	電話利用	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	緊急連絡の不安対処	できる(0) 少し(1) 困難(2)			

