

国東市「貯筋で幸せ向上サービス」 （通所型短期集中予防サービス） 実施マニュアル

令和 3 年 10 月モデル実施
令和 4 年 4 月本格実施

このマニュアルは、「国東市通所型短期集中予防サービス（貯筋で幸せ向上サービス）実施要綱に基づき、作成した

国東市高齢者支援課 作成

令和 3 年 6 月 初版

令和 3 年 8 月第 2 版

令和 3 年 10 月第 3 版

「貯筋で幸せ向上サービス」実施マニュアル

「貯筋で幸せ向上サービス」（以下「貯筋型サービス」と、このマニュアルでは、称します。）は、生活機能が低下し始めた高齢者に対して、

- ① リハ職等が
- ② 通所と訪問を組み合わせ、
- ③ 短期間に集中的に支援することによって
- ④ できなくなった（なりつつある）生活機能をできるように若しくは、可能な範囲でできるように、
- ⑤ いわゆる元の生活に戻れる、近づくことを目的に提供するサービスです。

1. 貯筋型サービスの事業内容

生活機能の低下若しくは、低下し始めた高齢者に対して提供する「貯筋型サービス」は、運動機能の改善のためのサービスを中心に実施することになりますが、サービスの効果を阻害する栄養、口腔機能に課題のある高齢者に対しては、栄養・口腔機能の改善に向けた支援も一体的に実施します。また、利用者の「生活の質（QOL）」の向上を目指して取り組むことが重要なことから、「活動」と「参加」への働きかけを行い、生活環境の調整や生きがいをもって生活できるよう活動への動機づけや自宅や地域で自ら行うセルフケアをはじめ、サービス終了後の活動量が低下しないよう自宅や地域での役割の獲得（社会参加）に向けた行動変容を促していきます。

〈表1 活動と参加への働きかけ〉

「活動」への働きかけ	「参加」への働きかけ
※掃除、料理、洗濯、買い物などの手段的日常生活動作「IADL」が、自立するように、意欲への働きかけと環境の調整を行い、そのために、起居動作、移乗、移動、食事、着替え、排泄、入浴、整容の日常生活を送るために必要な最低限必要な日常的な動作「ADL」の向上を支援。	※役割の創出と社会参加を取り戻すため、地域や家庭での生きがいや役割をもって生活できるよう、利用者の居場所と出番づくりを支援。

2. 利用対象者像

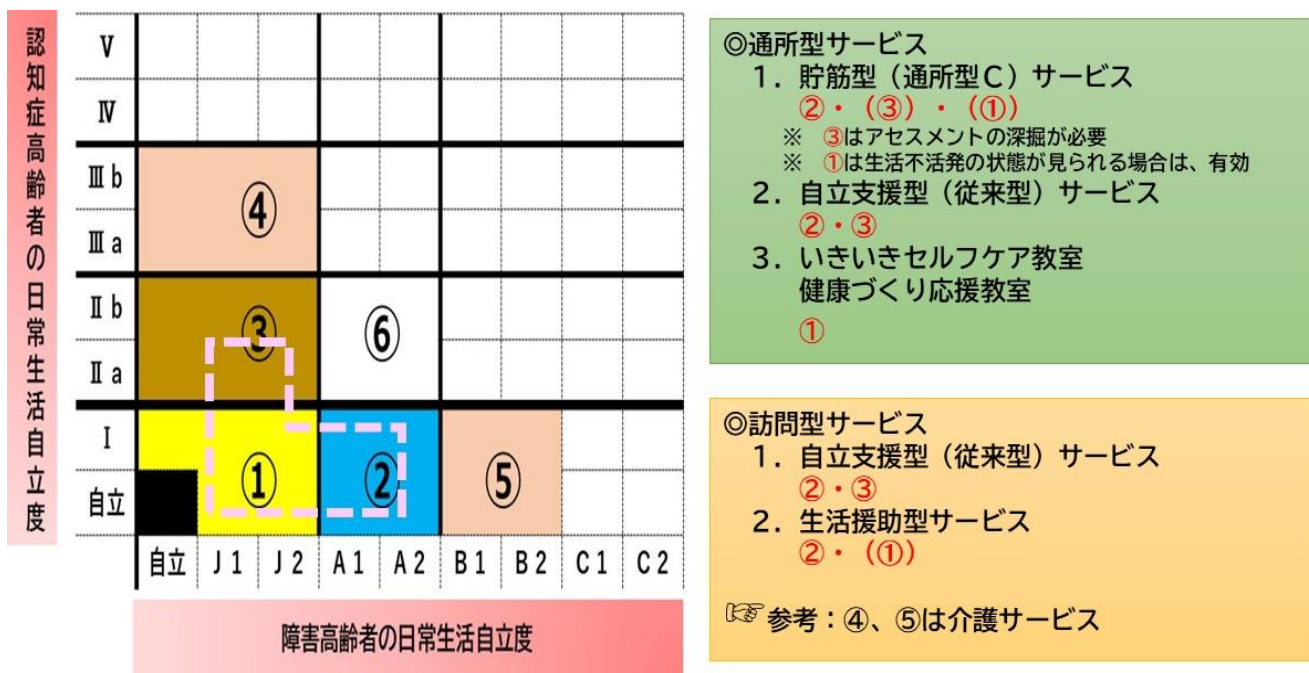
(1) 原則として、新規の要支援者及び事業対象者のうち、〈表2〉の基本チェックリストの質問項目のいずれかに該当する者（(2)の該当者を除く。）が対象者像となります。

〈表2: 基本チェックリストの該当基準〉

質問項目	該当基準	該当項目	サービス内容		
			運動	栄養	口腔
No.1～20	10／20 以上	① 生活機能全般	○	○	○
No.6～10	3／5 以上	② 運動	○	△	△
		③ 栄養		○	△
		④ 口腔		△	○
No.16	1／1	⑤ 閉じこもり	○	△	△
No.21～25	2／5 以上	⑥ うつ	○	△	△

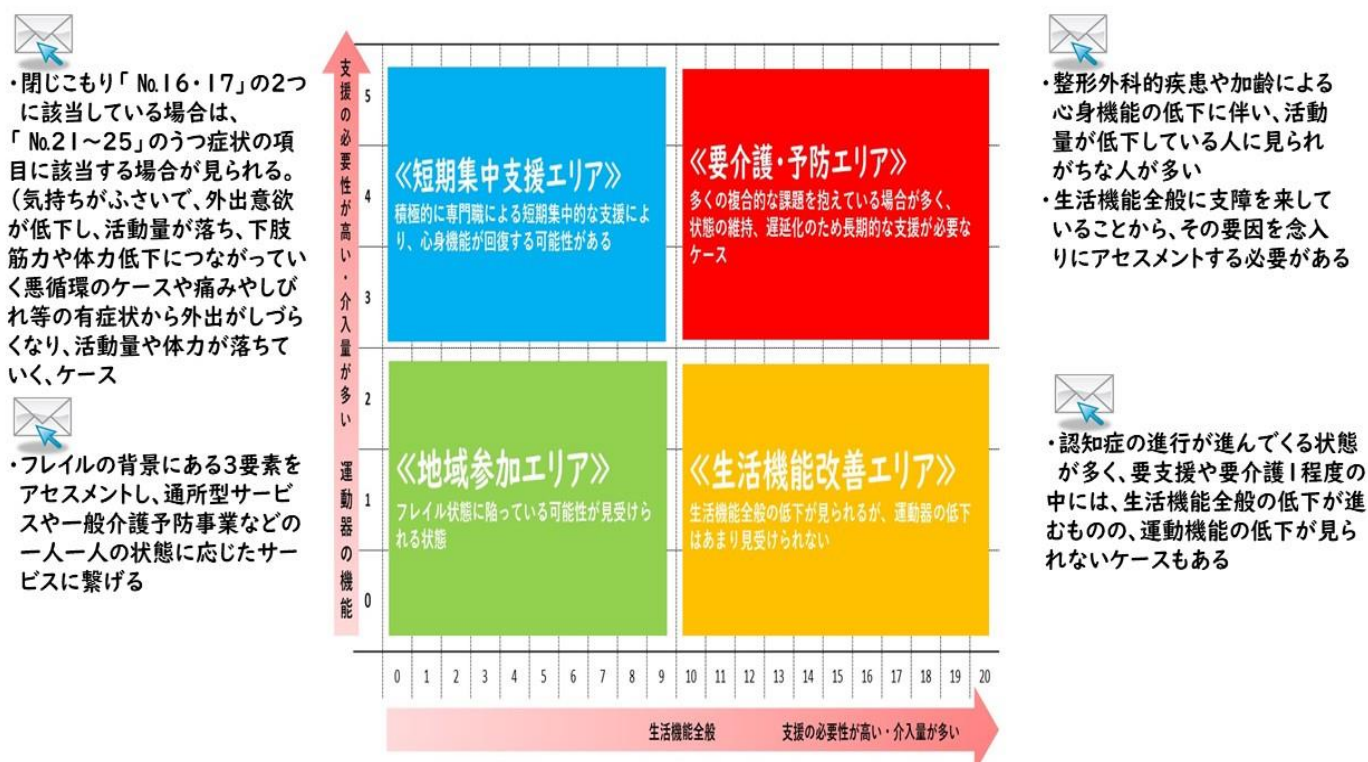
2-1. 参考 総合事業のサービスを考える場合の参考例

《日常生活自立度の活用》



《基本チェックリストの活用》

- 下表は、縦軸が基本チェックリストの「No.6～10」の項目の該当数、横軸が「生活機能全般（No.6～10を除いたNo.1～25）の項目該当数の相関関係を表す、一つの目安みたいなもの
- このエリアに該当したからといって、当該モデルと確定するものではなく、その可能性を踏まえ、よりアセスメントを深堀していくことを意図しているものである



(2) (1)の該当者で、除外される者の状態像

〈表3〉の状態像（以下「除外5要件」と称します。）に適合する者は、他のサービス事業の通所型サービス、通所リハ等の予防給付や要介護認定の申請を行い、介護給付のサービスを利用することによって、支援します。

〈表3 除外される者の状態像〉

	状態像	摘要
No.1	認知機能の低下 （物忘れが酷く、日常生活に支障がある）	認定審査資料（事業対象者の場合は、アセスメントによる）における認知症高齢者の日常生活自立度が、Ⅱb以上を目安とする。
No.2	難病	特定医療費（指定難病）受給者
No.3	がん末期	
No.4	精神疾患、急性疾患	左記の疾患等により、利用が困難と想定される場合又は主治医から運動制限の指示がある場合。 ※主治医への確認やリハ職との同行訪問のアセスメント結果から、利用が可能な場合もあり。
No.5	その他 他のサービス利用の意向が強い場合又は長期間のサービス利用が必要な場合	・1人で歩くことができない （杖や歩行器を使用しても歩行できない。） ・食事、入浴、洗身行為やトイレにて排泄できないことから、清潔を保つためのサービス利用の意向が強い場合 （環境的な要因は除く） ・服薬や疾病管理のための訪問看護の利用が必要な状態 ・住宅改修、手すり等の設置、福祉用具のレンタルや購入が医師やリハ職から指示されている場合 ・家族の介護力の問題で、長時間の預かりの場を求めている場合

(3) その他の留意事項

- ① (1)の対象者や要支援者は、慢性疾患等を患うケースも少なくないことから、フローチャート（要支援者・事業対象者が新規に通所（系）型サービスを利用するまでのながれ）に沿って、初回訪問でのアセスメント及び通所型サービス健康アセスメントシート（シートの内容から必要に応じてかかりつけ医からの意見（国東市介護予防・日常生活支援総合事業かかりつけ医意見書）を求めます。）を活用し、地域包括支援センターが利用の可否を決定します。
- ② 「除外5要件」に該当する方でもアセスメントから、短期集中的なサービスの利用が、自立に効果的な支援と判断された場合は、利用対象者となる場合もあります。

※対象となる例

(a) パーキンソン病の初期

パーキンソン病の初期には、徐々に生活の難しさが始まっている段階があり、そのような状態ある方には、有効な場合もあります。

(b) 認知症の初期

認知症の初期には、運動機能面の低下がみられ、社会的な活動の場に自ら参加できにくくなる段階があり、サービスを利用することによって活動性が上がり、地域での活動継続が可能となる事例があります。

- ③ 2号被保険者は、事業対象者としてサービスを利用することはできません。

（要支援認定が受ける必要があります）

3. 参考 通所型サービス、訪問型サービスの併用について

〈表4 サービスの併用〉

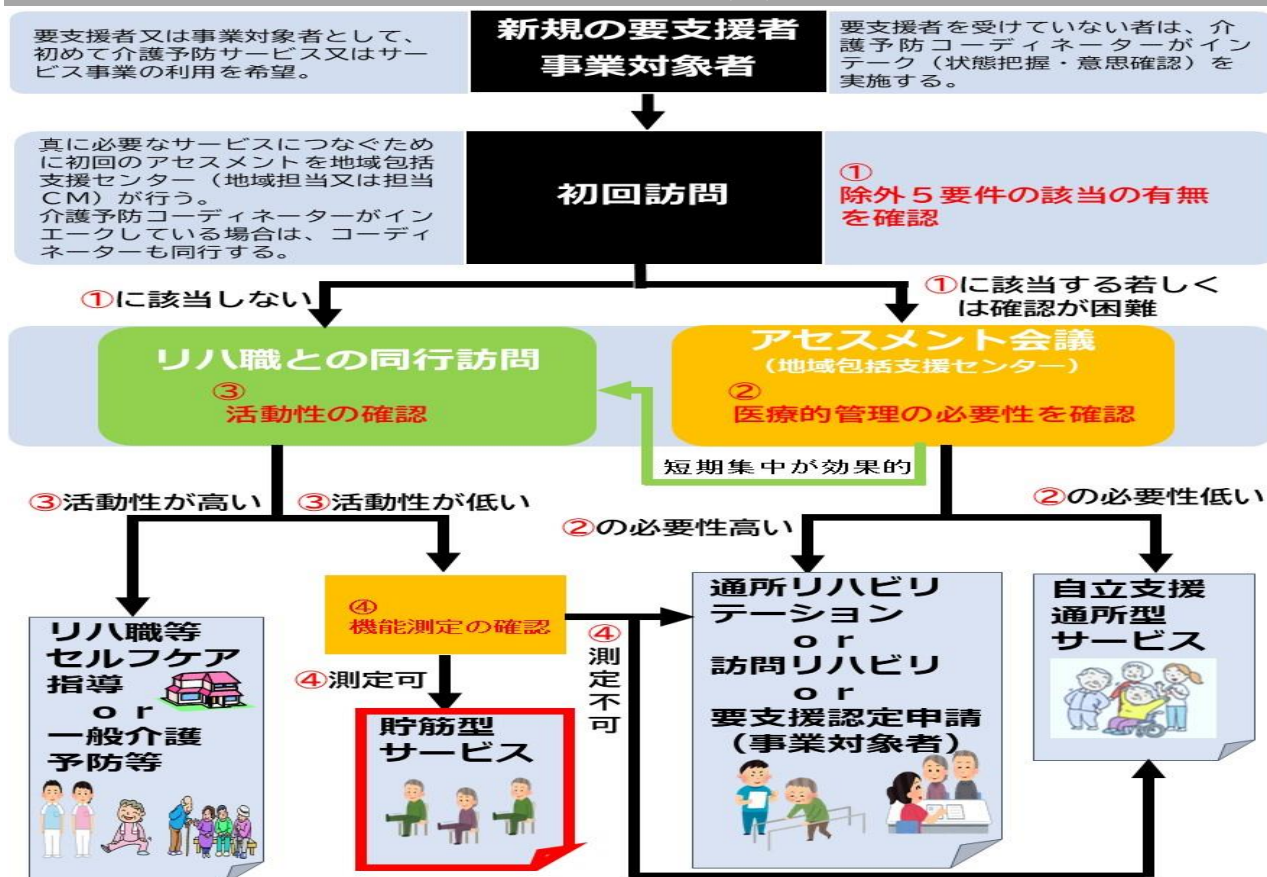
		通所型サービス		訪問型サービス		
		自立支援	貯筋型	自立支援	生活援助	ちよいかせ
通所型サービス	自立支援	△	△	○	○	○
	貯筋型		△	○	○	○
訪問型サービス	自立支援	○	○	×	×	○
	生活援助	○	○		×	○
	ちよいかせ	○	○		○	○

※△は、協議の上、併用可（入浴等の必要性がある場合など）

※通所型サービスと通所リハの併用は不可。

※貯筋型サービス利用終了後に自立支援通所型サービスの利用については、原則不可。

4. 参考 要支援者、事業対象者が新規に通所（系）型サービスを利用するまでのながれ



- ・通所（系）型サービスの利用のながれについては、基本的なながれを示したものであり、例外的な利用ができることに留意すること。
- ・要支援者（その家族）からの意向と相違があり、真に必要なサービス提供について、合意形成が得られない場合は、自立支援通所型サービス及び貯筋型サービスを利用することはできない。
- ※ 通所型、訪問型サービスなどの総合事業については、保険者（市）の定められた予算の範囲内で、自立支援につながると認める被保険者に対して、サービスを主体的に行うものであり、要介護要支援認定により、被保険者にサービス利用の権利が発生する介護（予防）給付とは目的が異なる。

【初回訪問】

目的	・介護保険制度やサービスのあり方、使い方などの説明 ・真に必要なサービスにつなぐための初回のアセスメントを行う。
実施者	・地域包括支援センター地域担当職員又は担当（予定）介護支援専門員 ・介護予防コーディネーターが既にインテークしている場合は、コーディネーターも同行する。
実施内容	・除外5要件の該当の有無を確認 ① 除外5要件に該当する場合は、医療的管理の必要性の確認を行ったうえ、必要なサービスにつなげる。 ② 除外5要件に該当しない場合は、リハ職との同行訪問につなげる。 ・基本チェックリストの確認or実施、健康アンケート調査の実施、生活行為アセスメントシート、利用者基本情報、生活行為評価表作成に必要なアセスメントを行う。 ※介護予防コーディネーターが既に実施しているアセスメントは省略。 ・介護予防サービス計画作成、介護予防ケアマネジメント依頼届出書などの介護予防支援等に関する契約書類の締結

(1) 除外5要件に該当する

○ 医療的管理の必要性の確認

- ① 主治医意見書（要支援認定者）、健康アンケート調査、利用者基本情報等をもとにアセスメント会議（包括主催）を開催し、医療的管理の確認を行う。

ア 医療的管理の必要性が低い場合は、**自立支援通所型サービス**の利用につなげる。

イ 医療的管理の必要性が高い場合

- ・事業対象者の場合は、**要支援認定申請**へとつなげる。
- ・要支援認定者の場合は、**通所リハビリ等の医療的管理のもとで提供する予防給付**につなげる。

(2) 除外5要件に該当しない

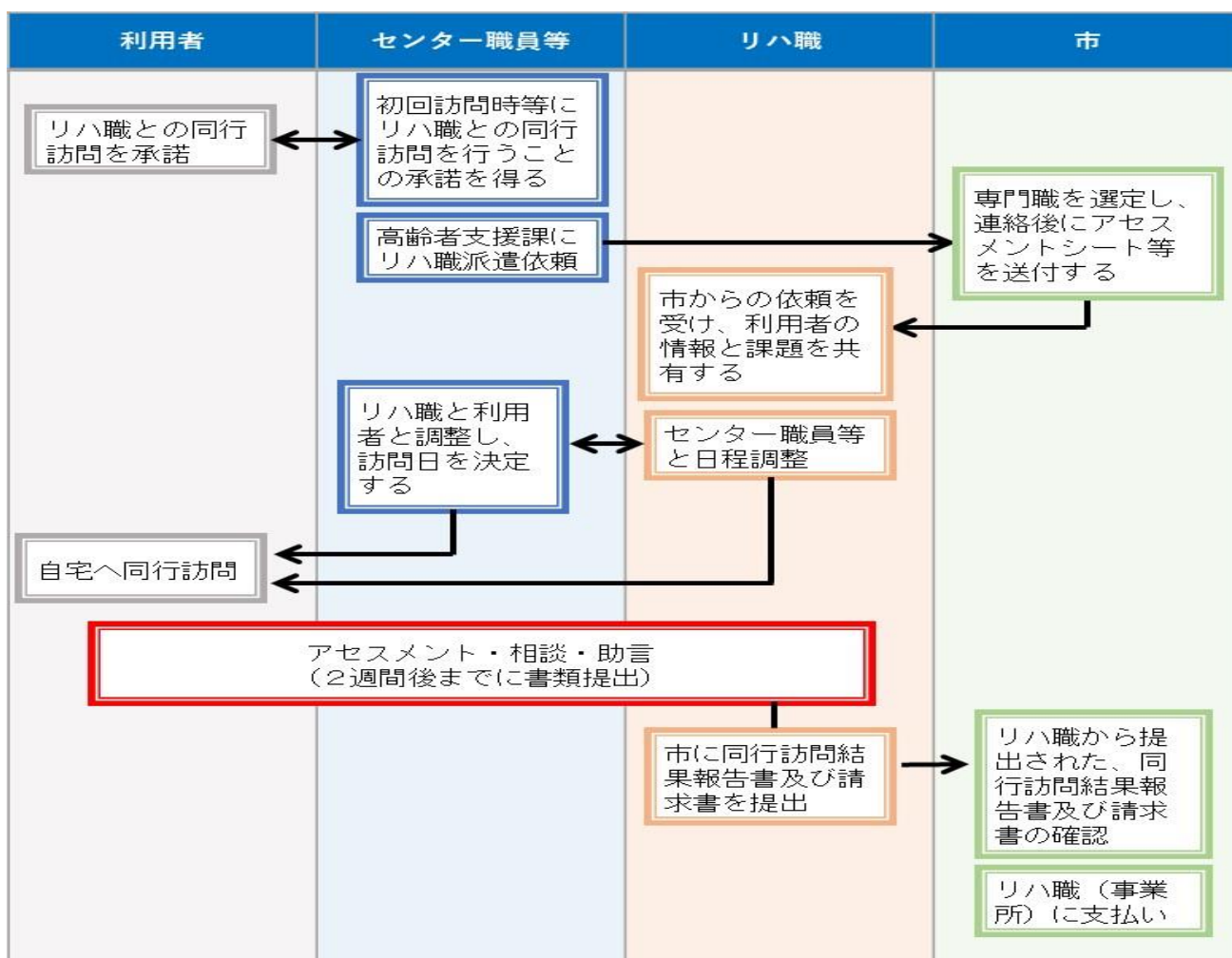
【リハ職との同行訪問】

目的	(1) センター職員等とリハ職が、同行訪問し、ICFの視点でのアセスメント（生活課題、取り戻したい、機能向上を図りたい生活行為の把握）や生活環境、自助具等の工夫の検討を行う。 (2) 必要に応じ、助言、指導を行うが、機能訓練等は行わない。
実施者	◎ センター職員等 リハ職及び利用者と同行訪問の日程調整を行い、訪問日を決定する。 ◎ リハ職（※1） ◎ 歯科衛生士、栄養士（健口栄養ステーション）（※2） （※1）について ・市と契約している医療機関及び介護サービス事業所の理学療法士、作業療法士（利用希望のある貯筋型サービス事業所のPT、OTも可） ・リハ職は、事前に高齢者支援課から送付されたアセスメントシート等を確認する。 （アセスメントシート） ①利用者基本情報 ②基本チェックリスト

	③健康アンケート調査 ④生活行為評価表（評価表を作成する際に活用したアセスメントシート） アセスメントシートとは、国東市版アセスメントシートをいう （※2）について ・ 初回訪問等でのアセスメントで、口腔、栄養の課題がある場合は健口栄養ステーションの（歯科衛生士、栄養士）も同行訪問を行い、口腔機能又は栄養改善に向けたアセスメント支援を行う。
実施内容	(1) 生活行為評価表の確認 ○ センター職員等が作成した生活行為評価表の“自立度”・“改善可能性”（予後予測・優先課題）の確認（主に○1 以外の生活行為） ・ 確認の際は、自立支援型通所サービス生活機能向上支援マニュアルに掲げるADL・IADL遂行状況チェックシート、ADL・IADL課題整理表、ADL・IADL評価整理表）を活用すること。 ・ なお、各事業所で使用しているチェックシートを活用する場合は、同等のものであれば可） (2) 課題の抽出、短期目標・長期目標にかかる設定についての助言 ○ 興味関心チェックシート等を活用し、本人の思い・家族の思いなどの確認 (3) アセスメントに基づき活動性の確認 ① 活動性が低い (a) 機能測定の実施（握力・5m歩行・CS30・開眼片脚立位） ・ 対象者宅で測定が困難な場合若しくは測定に不安を訴える場合は省略可（リハ職のアセスメントで判断する） ・ 測定記録用紙「結果の出せるトレーニングマニュアル 指導者向け実践ガイド【第3版】」のP27の様式を活用（なお、各事業所で使用している記録用紙を活用も可） (b) 測定の結果を基に貯筋型サービスにつなげる。 ・ 測定不可の場合で、事業対象者の場合は、合意形成を経て要支援認定申請へとつなげる。（申請期間において、通所型サービスの利用が有効の場合は、自立支援通所型サービスの利用も可）。 ・ なお、要支援者の場合は、合意形成を経て、通所リハビリ等の予防給付につなげる。なお、測定不可の場合でもその状態が一過性のものであり、リハ職のアセスメントで貯筋型サービスを利用することで、機能改善が見込まれる場合は、貯筋型サービスにつなげる。 ② 活動性が高い (a) リハ職等セルフケア指導（訪問指導）により生活行為の改善の可否を判断 ○ 可否の判断は、1ヵ月程度又は4回程度の訪問指導で改善可能性があると判断できる場合をいう。 （指導の頻度は、週1回・隔週に1回など設定し、最大2ヵ月とする） ○ 訪問指導において、指導後の活動や参加を維持するために、運動機能向上に向けたセルフケアのためのトレーニング紹介・指導や具体的な生活行為利用者が生活機能一般介護予防事業などへ誘導する。 ○ 訪問指導と貯筋型サービスの併用は不可 (b) 貯筋型サービスの利用については、訪問指導による生活機能の改善可能性を判断したうえで、サービスにつなげる。 (c) 訪問指導へとつなげる場合は、終了後に自宅や地域でのセルフケアをはじめ、活動量が低下しないよう「活動」と「参加」への動機づけを行うこと。また、閉じ

	こもり傾向にある場合は、状態に応じて「いきいきセルフケア教室」などの一般介護予防事業へつなげるなどの行動変容を促すこと。 (4) 貯筋型サービスや訪問指導へつなげる場合は、以下の項目について、対象者（家族）と合意形成を得ておくこと ①貯筋型サービス、訪問指導での目標とゴールとなる期間 ②貯筋型サービスと併用する場合のサービスの必要性の明確化（併用とは、訪問型サービス・住宅改修・福祉用具レンタルや購入など）
	【ケアプランの作成】 ○課題整理総括表等を基にケアプラン（原案）を作成し、対象者（家族）との合意形成 ○利用者（家族）に対し、カンファレンス会議等で個人情報に関係者で共有することに対しての同意を得ること。
	【事前訪問アセスメント】 ○貯筋型サービス事業所に従事するリハ職等が実施すること。 なお、CMとの同行訪問で貯筋型サービス事業所のリハ職が必要なアセスメントを実施している場合は省略可（なお、サービス利用前に事業所との契約は締結しておくこと） ○利用者（家族）と合意をしたうえで、動画撮影を実施すること。
	【貯筋型サービスの利用】 ○利用者（家族）に、事前にサービス事業所への見学や体験を行うことが望ましい。

《通所型（系）基本フローチャート》



開始前	(1) 事前のアセスメント ・サービス担当者会議等で把握した内容を基に利用者の心身機能の把握及び身体機能を踏まえたプログラム実施に係るリスク評価を行う。 (2) 個別サービス計画の作成 ・アセスメント結果を踏まえ個別の利用者のプログラム内容、実施期間、実施回数等を記載した個別サービス計画書を作成する。
1 ヵ 月 目 （ 助 走 期 間 ） ↓ ↓ 2 ヵ 月 目 （ 筋 力 ア ッ プ 期 間 ） ↓ ↓ 3 ヵ 月 目 （ 機 能 的 運 動 期 間 ） プログラムの実施	(1) 実施期間 ・3ヵ月間（最長6ヵ月）目標とする生活課題の改善状況を評価しながら実施する。 ・おおむね、助走期間（第1期）、筋力アップ期間（第2期）、機能的運動期間（第3期）に区分し実施する。 (2) 回数、運動頻度 ・運動の実施回数は、利用者の負担にならないよう、かつ、効果的が期待できるよう、設定する。週1回～2回のプログラム（概ね90分～120分）の実施とし、自宅での運動メニューも含めて、実施状況のモニタリングを行う。 (3) 運動の負荷 ・リスク管理を行いながら、1ヵ月単位で負荷レベルを漸増^{ぜんぞう}する。1ヵ月目は、低負荷で高反復の助走期間とする。この期間に動作がスムーズに行えるようになったら、次の2ヵ月目は、利用者の日常生活で必要とされる運動の水準よりやや高い運動負荷を行い、運動器の機能向上を目指す筋力アップ期間とする。十分な機能向上が見られたら、終了月となる1ヵ月は、運動器の機能向上が生活機能の改善として利用者が感じられるよう、より機能的な運動を取り入れる、機能的な運動期間とする。 ・筋力アップ期間では、最大筋力の6割以上の負荷を用いて運動することが効果的であることから、反復回数の最後の2～3回の疲労感を聞き取り、「ややきつい」を目安に負荷量を設定することが望ましい。ただし、判断は、利用者の主観に委ねることなくリハ職が利用者の代償運動の有無や動作のスムーズさ、さらには運動中の表情などを観察し総合的に行う。 (4) 標準的な運動プログラム ・体力の諸要素（筋力・バランス能力・柔軟性）を包括的に運動することができるよう、ストレッチ運動（ウォーミングアップ・クールダウン）、バランス運動、機能的運動、筋力向上運動等を組み合わせて実施する。なお、主運動実施前後に運動習慣の実施状況等のモニタリングを個別に実施する。 (5) 個別プログラム ・運動プログラムを実施するにあたり、①どの体力要素がより衰えているのか②痛みの増悪しない動作は何か③静的、動的、機能的バランスのどれが衰えているのか等によって、個別のプログラムを作成する。また、体力的な水準が高いにも関わらず、プログラムを拒否、脱落する利用者がみられる場合は、体力とQOLの乖離を確認し、乖離がみられる場合には情緒的なサポートを行う。 (6) 訪問アセスメント ・リハ職等の訪問アセスメントは、2ヵ月目（筋力アップ期間）の中間及び3ヵ月目（ゴールカンファレンス会議）前に実施し生活課題の改善状況、目標に向けての進捗状況の確認を行う。

	終了後	(7) スタート・ゴールカンファレンス会議 ・カンファレンス会議は、1ヵ月目（助走期間）の後半（スタートカンファレンス会議）及び3ヵ月目の終了2週間前（ゴールカンファレンス会議）を目安に実施する。 ※参加者（事業所の担当職員、担当CM、地域包括支援センター職員、介護予防コーディネーター、高齢者支援課担当職員等） - なお、ゴールカンファレンス会議にて、地域での社会参加や居場所、通いの場などの地域支援が必要な場合は、生活支援コーディネーターも参加。 ・訪問フォローアップ ○事業所 サービス終了後、1ヵ月経過後に、貯筋型サービス事業所のリハ職等は、利用者宅を訪問し、自宅での生活行為の確認や地域での活動、社会参加等の活動状況の確認を行い、担当CMや地域包括支援センターに情報提供する。 ○地域包括支援センター サービス終了後、3ヵ月経過後に介護予防コーディネーター又は担当CMが利用者宅を訪問し、自宅での生活行為の確認や地域での活動、社会参加等の活動状況の確認を行う。
---	-----	--

(2) プログラムの実施についての留意事項

① 事前のアセスメント

- ・プログラム実施に係るリスク評価を行うにあたって、かかりつけ医からサービスに関する意見を必要とする場合は、市に意見書の交付を依頼することができる。

（意見書：国東市介護予防・日常生活支援総合事業かかりつけ医意見書）

② 目標設定について（個別サービス計画）

- ・改善すべき生活機能を利用者から具体的にアセスメントすることが難しい場合がある。
この場合、利用者の日常生活で必要とされる生活機能を列挙し、それがどの程度難しいのか、また改善可能であるのかを予測し、課題となる生活機能をいくつか抽出する。
この抽出された生活機能について、利用者とともに楽にできるか、1人で何とかできるか、1人では難しいかを判断し、1人では難しい項目であれば、それを何とか1人でできるようにする。1人で何とかできる項目があれば、楽にできるようにするといった目標設定を行う。

この際、担当介護支援専門員が作成したケアプラン内容に合わせた目標設定ができることが望ましい。個別サービス計画では、決定された生活機能の向上に係る目標を達成するため、下位の目標を1ヵ月単位に設定する。

- ・プログラム実施中においては、利用者が自発的に参加し、意欲的に運動を実施することが望ましいことから、利用者本人の意欲を引き出すことが重要となる。そのためには、成功体験を積み重ねることが有効であり、そのためには、以下の項目を意識することが重要となる。

(a)できる目標を設定する（**スモールステップ**）

(b)行動を記録する（**セルフモニタリング**）

(c)自分を褒める（**自己強化**）

③ 動画撮影

- ・利用者の成功体験等を通して、プログラム終了後の自宅、地域での継続的な運動を支援することを目的に、利用者の自宅での生活動作や、事業所での運動機能検

査のでの動きを可視化する。また、必要に応じて、カンファレンス会議等で活用する。

【動画撮影のタイミング】

①	事業所からの事前訪問 or リハ職との同行訪問	生活課題となっている「自宅環境や生活動作」の状況	事業所
②	初回の運動機能検査	①5m歩行テスト ②Timedup & GoTest	事業所
③	最終の運動機能検査	同上	事業所
④	訪問アセスメント (ゴールカンファレンス会議前(3ヵ月目)の訪問指導)	生活課題となっていた「自宅環境や生活動作」の状況	事業所

④ 具体的な運動プログラム

I (1)で、標準的なプログラムについて、お示ししているが、具体的な内容は、大分県等が作成した、以下のマニュアルに基づき実施すること。

※ なお、サービス事業所において独自のプログラムを活用して実施する場合は、文献、学術的又は一定程度その効果が実証されている資料をもとに高齢者支援課と協議したうえで実施する。

- (a) 自立支援型通所サービス生活機能向上支援マニュアル
- (b) 自立支援ヘルパー実務マニュアル
- (c) 結果の出せるトレーニングマニュアル(指導者向け実践ガイド)
- (d) 地域の介護予防活動支援マニュアル
- (e) 介護予防マニュアル(厚生労働省 改訂版:平成24年3月)
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>

II 運動強度の目安としては、下記の表を参考にすること。

運動強度の目安 (最後の2～3回の筋肉の疲労感)		運動量 (反復回数×セット数)
1ヵ月目(助走期間)	かなり楽～比較的楽	20回～30回×1セット
2ヵ月目(筋力アップ期間)	ややきつい	10回～15回×2セット
3ヵ月目(機能的運動期間)		10回～15回×3セット

Ⅲ プログラムのスケジュールは、以下の例を目安とする。（週1回の場合）

	第1週	第2週	第3週	第4週
1ヵ月目 （助走期間）	★運動機能検査 ●運動内容決定 ●運動の実施	●運動の実施 ●セルフトレーニング の確認	●運動の実施 ●セルフトレーニング の確認	●運動の実施 ★運動機能検査 ●運動の強度・頻 度の調整
2ヵ月目 （筋力アップ期間）	●運動の実施 ●セルフトレーニング の確認	●運動の実施 ●セルフトレーニング の確認	●運動の実施 ●セルフトレーニング の確認	●運動の実施 ★運動機能検査 ●運動の強度・頻 度の調整
3ヵ月目 （機能的運動期間）	●運動の実施 ●セルフトレーニング の確認	●運動の実施 ●セルフトレーニング の確認	●運動の実施 ●セルフトレーニング の確認 ★運動機能検査 （最終）	●運動の実施 ●セルフトレーニング の確認 ■利用者の自立し た生活継続に向 けた助言
【摘要】 (a) 運動機能検査は、①5m歩行テスト ②Timedup & GoTest ③CS30 ④開眼片脚立位 ⑤握力とする。 (b) 機能的運動とは、座位や四つん這い、膝立ち、立位などの姿勢保持や歩くために必要な機能を促すための運動をいう。 (c) 運動については、道具や器具等を活用することも可とする。ただし、自宅でのセルフトレーニングや地域での集いの場での体操やトレーニングの内容等も把握したうえで、指導することが望ましい。				

Ⅳ 1回プログラムの時間配分については、以下の配分例を目安とする。（1回120分）

項目	内容	目的	時間配分
健康チェック	・到着順にチェック （個人面談も考慮）	・体調、リスクの 確認	・15分程度 （全体で）
ウォーミング アップ	・ストレッチ ・バランス、機能的運動	・柔軟性の改善 ・平衡性の改善	・20分程度
主運動 （休息・個人面 談含）	・筋力向上運動 （時期によって有効な運動を選択） ・個人面談（休息时间等を活用） ・適宜、休息时间を設けること	・生活機能に必要な筋力、筋持久力の向上 ・運動習慣の定着 ・水分補給等	・60分程度 （休息10分）
クーリングダウン	・ストレッチ、リラクゼーション	疲労回復	15分程度
学習時間	・次回までのセルフトレーニングの確認	運動習慣定着	10分程度
【摘要】 (a) 栄養、口腔に課題がある場合は主運動の時間帯を利用してアセスメントや食生活・口腔の確認、指導を行う。 ※ 上記の指導等（栄養プログラム又は口腔プログラムと称す。）については、事業所（歯科衛生士、管理栄養士）又は健口・栄養ステーション（地域包括支援センター）の歯科衛生士、栄養士が実施すること。 (b) 主運動の時間帯に栄養教室（指導）や唾液腺マッサージ、言葉の体操（パタカラ体操など）も必要に応じて取り入れること。（看護職の提供は可）			

③ 3 ヶ月目以降のプログラム（応援プログラム）の提供

- I) ゴールカンファレンス会議で、サービス提供の延長の必要性が確認された場合は、最大で 3 ヶ月の利用を可とする。なお、3 ヶ月目以降の応援プログラムについては、今までの 3 ヶ月間のプログラムの評価を通しての課題を整理し、実施する。
- II) 応援プログラムの実施については、最大で、3 ヶ月の延長ということではなく、1 か月目、2 か月目という月単位でプログラムを終了できるよう配慮すること。
- III) 応援プログラム実施に係るカンファレンス会議は、中間カンファレンス会議を行う。中間カンファレンス会議がゴールカンファレンス会議になることも想定して、カンファレンス会議を開催すること。

5. 口腔機能向上及び栄養改善のための短期集中予防サービス

貯筋型サービスは、運動機能の改善に向けたサービスが中心になりますが、自立を阻害する要因に口腔機能、栄養に課題のある利用者に対しては、口腔機能の維持・向上、栄養改善に向けた支援も貯筋型サービス利用者に対して一体的に支援します。

口腔機能向上のための支援は、原則として、運動機能向上プログラム終了後若しくは別日に、5-1 に記載の口腔機能向上プログラムの目的、概要、実施内容に基づき行うものとし、栄養改善のための支援は、運動機能向上プログラムの実施日若しくは別日に訪問等の方法により、5-2 に記載の栄養改善プログラムの目的、概要、実施内容に基づき行うものとします。

【5-1 口腔機能向上プログラム】

項目	内容
目的	口腔機能の維持・改善を通じて、楽しく、美味しく、安全な食生活の営みができるよう支援を行う。
対象となる利用者	利用期間中に目標を達成する見込のある要支援者及び事業対象者
プログラム概要	利用対象者の摂食・嚥下機能の低下を早期に発見し、その悪化を予防する観点から、口腔機能向上の 3 つの支援軸となる①口腔機能向上の必要性についての教育②口腔清掃の自立支援③摂食・嚥下機能等の向上に向けた支援を行う。
人員（従業者）	(1) 口腔プログラム指導員 歯科衛生士、看護師、言語聴覚士（業務委託可）
利用定員	概ね 10 人を超えない範囲
実施期間	3 ヶ月以内で必要とする期間
実施回数又は時間	月 1 回～2 回程度（計 6 回） 原則として、運動機能向上プログラムの終了後（若しくは別日） ※ 利用対象者が 2 人以下の場合は、個別に訪問による実施も可 1 回あたり 45 分から 60 分
実施内容	次の(1)～(7)までのプロセスに沿って実施する。 (1) 事前のアセスメント 口腔プログラム指導員は、プログラム開始前に利用対象者の口腔機能の状態等の把握、評価を行う。 (2) 個別サービス計画の作成 口腔プログラム指導員は、アセスメント結果を踏まえ、個別の利用対象者ごとのプログラム内容、実施期間、実施回数等を記載した個別サービス計画を作成する。

	(3) プログラムの実施 口腔プログラム指導員は、以下の(a)～(e)の内容を含むプログラムを集団又は個別の方法により実施する。 (a) 口腔機能の向上教育 (b) 口腔清掃の指導 (c) 摂食・嚥下機能に関する機能訓練の指導 (d) セルフケアプログラムの策定 (e) セルフケアプログラム実施に当たっての指導 ※ セルフケアプログラムには、口腔清掃の実施、日常的にできる口腔機能向上のための訓練の実施等、居宅において利用対象者が日常的に実施すべき内容を盛り込むこと ※ 栄養、食生活に課題がある場合は、栄養改善プログラムと併用して実施すること。 (4) 口腔フォローアップ訪問 プログラム延長決定後に利用対象者の口腔機能の状態等の評価を目的にサービス終了後、1ヵ月経過後に、口腔プログラム指導員は、利用者宅を訪問し、自宅での口腔セルフケア、口腔機能状態等の確認及び指導を行い、担当介護支援専門等に報告する。
その他 (留意事項)	(1) プログラムが安全に行われるよう主治医との連携のうえで、実施すること (2) 安全管理マニュアルを整備し、常に事故防止のための十分な注意を払うとともに、利用対象者の安全性を十分に考慮し、緊急時にも対応できる体制を整備すること (3) プログラムの実施及び把握、評価については、自立支援ヘルパー実務マニュアル(平成27年大分県作成)等 に示された様式又は口腔機能の向上マニュアル(厚生労働省平成24年改訂版)をはじめとする文献、学術的又は一定程度その効果が把握されている資料等を参考にすること。

【5-2 栄養改善プログラム】

項目	内容
目的	食えることを通じて低栄養状態又は生活習慣病等の予防又は改善を図るとともに、いつまでも食えることを楽しみ、自立した生活が送れるよう、生活の質を高められるように支援を行う。
対象となる利用者	利用期間中に目標を達成する見込のある要支援者及び事業対象者
プログラム概要	利用対象者の低栄養状態の改善を図るとともに、高血圧や糖尿病、心臓疾患、脂質異常症などの様々な病気を引き起こす生活習慣病の要因を確認し、美味しく食えることや食事の準備などを含む日常生活における「食えること」の自立に向け、利用対象者の嗜好、身体状況、生活習慣や食環境を考慮し総合的な支援を訪問等の方法により個別に行う。
人員 (従業者)	(1) 栄養改善プログラム指導員 管理栄養士（業務委託可）
利用定員	—
実施期間	3ヵ月以内で必要とする期間
実施回数 又は時間	月1回～2回程度(計6回) 1回あたり60分程度（訪問による）
実施内容	次の(1)～(4)までのプロセスに沿って実施する。 (1) 事前のアセスメント

	栄養改善プログラム指導員は、プログラム開始前に利用対象者の身長、体重等の身体計測を行うとともに、BMI、食事の摂取状況、アレルギー状況、主治医からの指示内容等を把握し、低栄養状態又は過体重のリスク評価を行う。 (2) 利用対象者本人が行う栄養改善計画の作成 栄養改善プログラムは、アセスメント結果及び利用対象者の意向を踏まえ、栄養改善の観点から必要となる栄養量、日常の食事形態等配慮すべき事項について説明し、その説明を踏まえて利用対象者が行う計画の作成を支援する。また、栄養改善に向けた食事に関する目標を定める。 (3) プログラムの実施 栄養改善プログラム指導員は、利用対象者により作成された計画の実施にあたり、栄養状態の改善を図るため、以下の指導、助言等の支援を行う。 (a) 食べることの意義 (b) 栄養改善のための自己マネジメントの方法 (c) 栄養改善のための食べ方、食事作りと食材の購入方法 (d) 地域における食事会等を行うボランティア組織の紹介 (4) 事後のアセスメント 栄養改善プログラム指導員は、プログラム終了後に利用対象者の目標の達成度、栄養状態の改善状況の評価を行う。
その他 (留意事項)	(1) プログラムが安全に行われるよう主治医との連携のうえで、実施すること (2) プログラムの実施に当たっては、一方的な「指導」とならないよう、個々の利用対象者の実情に応じ、実施方法の工夫を行うこと (3) プログラムの実施及び把握、評価については、自立支援ヘルパー実務マニュアル（平成27年大分県作成）等に表示された様式又は栄養改善マニュアル（厚生労働省平成24年改訂版）をはじめとする文献、学術的又は一定程度その効果が把握されている資料等を参考にすること。

6. 貯筋型サービスの人員、設備、運営基準等

サービスの 実施方法	事業所委託（公募による）※令和4年度～本格実施 ・公募については、圏域単位に事業所数を設定するが、既存の実施事業所を優先指定し、その他を公募指定する。 安岐&武蔵（2事業所）・国東（2事業所）・国見（1事業所） ※ 令和3年10月からについては、移行期間として、試験的に既存サービス事業の生活機能向上通所型サービス事業者へ委託。
サービスの実施者	指定通所介護事業者及び指定通所リハビリテーション事業者
ケアマネジメント	原則的なケアマネジメントの形で実施（国⇨ケアマネジメントA）
サービス提供期間	3ヵ月（延長最大3ヵ月）
サービス提供回数、 時間等	(1) 運動機能向上プログラム 回数 週1回～2回※1（ケアプランに基づく） 時間 2時間程度（送迎時間を含まない） ※1 事業者のサービス提供体制により、週2回の提供が困難場合は週1回 (2) 口腔機能向上、栄養改善プログラムは、別に記載（5-1・5-2）
人員・設備・運営基準	人員 ○ 管理者 常勤1名※2 (1) 運動機能向上プログラム ○ 従業者 (a) 運動プログラム指導員 専従1名以上必要数※3 理学療法士、作業療法士、その他運動器機能向上の業務を実施するにあたり専門的知識を有する者（機能訓練指導員） (b) 看護職員 1名以上必要数※4 (c) 運動プログラム支援員 専従1名以上（10人まで） 11人以上 1名加配 通所介護、通所リハビリの介護職として、1年以上従事したことがある者 ○ 栄養プログラムを実施する場合は、管理栄養士 1名配置 ○ 口腔プログラムを実施する場合は、歯科衛生士・言語聴覚士・看護師 1名配置 ○ 管理者、従事者のうち、1名以上は救急法及びAEDの使用法の講習を受講した者であること ※2、4について 当該サービス提供時間中に当該サービスに支障がない場合は、同一敷地内の他のサービス等に従事することは可 ※3について 運動プログラムの指導員が、理学療法士・作業療法士の資格を有していない場合は、利用者の課題分析、目標設定、運動プログラムの立案、モニタリング等の評価等に対して理学療法士、作業療法士から助言、指導を受けことができる体制を確保しておかなければならない。（業務委託等）
	設備等 (1) 運動機能向上プログラム ○ 利用者の運動プログラムの実施を妨げない広さを有していること。 ※3㎡×利用定員以上 1回当たりの利用定員は、18名を超えない範囲内で事業所が規定。 ○ その他 必要な設備（AED）、備品（血圧測定器、酸素濃度測定器など） (2) 口腔機能向上、栄養改善プログラムは、別に記載（5-1・5-2）
	運営 ○ 個別サービス計画の作成 ○ 従事者の清潔の保持、健康状態の管理 ○ 秘密保持等・事故発生時の対応（損害賠償保険の加入） ○ 送迎 有（原則、事業所の提供地域内とする） ○ サービス提供地域の設定（事業所が設定、2圏域まで設定可）

7. 貯筋型サービスの費用の額（委託料）等

委託料 (単価)	(1) 運動機能向上プログラム										
	○ 基準単価 30,000 円／1 回につき 利用者 1 人～3 人まで										
	○ 4 人以降、1 人・1 回につき 6,000 円 (3 ヲ月まで)・5,400 円 (4 ヲ月以降)										
	○ 加算等										
	(a) 送迎加算 1 人・片道 200 円 (往復 400 円)										
	(b) 訪問アセスメント加算 1 人・1 回につき 7,000 円 (2 回まで)										
	(c) 訪問フォローアップ加算 1 人・1 回につき 7,000 円 (プログラム終了後 1 回まで)										
	(d) サービス状態像改善加算相当費 (1 人・1 回限り) 50,000 円										
	注 当該貯筋型サービスを利用する居宅要支援被保険者が、当該貯筋型サービスを利用することができる要支援認定の有効期間内若しくは有効期間満了後に、次に掲げるいずれの申請行為を行わない場合 (有効期間内に要支援認定の取り消しを居宅要支援被保険者が市に届け出た場合を含む。) で、かつ、サービス事業 (ちよいかせサービスを除く。) を利用する必要が消滅した場合または、事業対象者の資格を取り消す場合は、当該事由の効力が生じる日の属する月から 2 月を超えない範囲内において 1 回を限度として、当該加算相当費を算定することができる。										
	(1) 要介護認定										
(2) 要支援認定											
(3) 要支援更新認定											
(4) 要支援状態区分の変更認定											
≪参考≫3 ヲ月間 (12 回) に 10 人利用した場合の委託料の試算 (円)											
<table><tr><td>基本単価 (12 回)</td><td>4 人目以降の単価 (7 人×12 回)</td><td>送迎加算 (往復) (10 人×12 回)</td><td>訪問加算 (10 人×3 回)</td><td>合計</td></tr><tr><td>360,000</td><td>504,000</td><td>48,000</td><td>210,000</td><td>1,122,000</td></tr></table>		基本単価 (12 回)	4 人目以降の単価 (7 人×12 回)	送迎加算 (往復) (10 人×12 回)	訪問加算 (10 人×3 回)	合計	360,000	504,000	48,000	210,000	1,122,000
基本単価 (12 回)	4 人目以降の単価 (7 人×12 回)	送迎加算 (往復) (10 人×12 回)	訪問加算 (10 人×3 回)	合計							
360,000	504,000	48,000	210,000	1,122,000							
(2) 口腔機能向上プログラム											
○ 集団での実施 (送迎込)											
(a) (3 人～5 人) 単価 16,000 円／1 回につき											
(b) (6 人～10 人) 単価 24,000 円／1 回につき											
○ 個別での実施 単価 8,000 円／1 人・1 回につき											
○ 口腔フォローアップ訪問加算 1 人・1 回につき 8,000 円 (プログラム延長決定後 1 回まで)											
(3) 栄養改善プログラム											
○ 個別での実施 単価 8,000 円／1 人・1 回につき											
利用料 (利用者負担)	○ なし										
地域ケア 個別会議	○ 不要										
限度額管理	○ 対象外										
支払方法	○ 市からの直接支払い										

国東市 介護予防・日常生活支援総合事業かかりつけ医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者氏名	フリガナ		性別 ☐ 1男 ☐ 2女	〒
生年月日	1明治 2大正 3昭和		連絡先	
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。主治医として本意見書を介護予防サービス計画作成等に利用されることに ☐ 同意する ☐ 同意しない				
医師氏名 （自筆署名もしくは記名押印）			印	
医療機関名			電話	
医療機関所在地			FAX	

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名（生活機能低下の直接の原因となっている傷病名について記入）及び発症年月日

1.	発症年月日	（昭和・平成・令和	年	月	日頃）
2.	発症年月日	（昭和・平成・令和	年	月	日頃）
3.	発症年月日	（昭和・平成・令和	年	月	日頃）

(2) 上記(1)診断名に記入した傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容
（最近（概ね6ヶ月以内）生活機能の低下に影響のあったものについて記入）

2. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊

☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他（ ）

→ 対処方針（ ）

(2) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

(3) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 ☐ 特になし ☐ あり（ ） ・移動 ☐ 特になし ☐ あり（ ）

・摂食 ☐ 特になし ☐ あり（ ） ・運動 ☐ 特になし ☐ あり（ ）

・嚥下 ☐ 特になし ☐ あり（ ） ・その他（ ）

(4) 運動機能向上に向けたトレーニングについて実施する上での留意事項

☐ 安静時心電図 1. 正常範囲 2. 調律異常 3. 心肥大 4. 刺激伝導異常 5. 虚血性変化 6.（ ）

☐ 運動への参加 1. 可 2. 否（ ）

☐ 運動可能な血圧の上限（ / mmHg ） ☐ 運動可能な最大心拍数（ 回／分 ）

☐ 運動の実施について（ 禁止 ・ 運動をすすめてもよい 時間的制限 有 ・ 無 約 分 ）

・実施内容 ☐ 可動域制限 無 ・ 有（ ）

☐ 疼痛 無 ・ 有（ ）

☐ その他の留意事項：

3. その他、介護予防・日常生活支援総合事業を利用することに関する意見
（栄養機能改善や、口腔機能向上に関する事等も含む）

--

通所型サービス参加にかかる健康アンケート票

氏 名		男 ・ 女	生年月日	明治 年 月 日 () 歳
住 所	国東市	電話番号	() - () - ()	

①	この3ヶ月間で、5日以上にわたる入院をしましたか？ （「はい」または「いいえ」に○をつける。）	はい	いいえ
---	--	----	-----

「はい」の場合、その理由は何ですか？（当てはまる理由に○をつける）

・重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）	
・心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）	
・糖尿病、呼吸器疾患などのため	
・骨粗しょう症、骨折、関節症などの痛みによるもの	
・その他（具体的にご記入ください） []	

②	あなたは、かかりつけ医から「運動を含む日常生活を制限」されていますか？ （「はい」・「いいえ」・「わからない」に○をつける。）	はい	いいえ	わからない
---	--	----	-----	-------

「はい」の場合、その理由は何ですか？（当てはまる理由に○をつける）

・重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）	
・心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）	
・糖尿病、呼吸器疾患などのため	
・骨粗しょう症、骨折、関節症などの痛みによるもの	
・その他（具体的にご記入ください） []	

③	以下の質問にお答えください。（「はい」・「いいえ」・「わからない」に○をつける。）		
---	---	--	--

③-1	この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか？	はい	いいえ	
③-2	重い高血圧（収縮期血圧180mmHg、拡張期血圧110mmHg以上）ありますか？	はい	いいえ	わからない
③-3	糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能の低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか？	はい	いいえ	わからない
③-4	この1年間で心電図に異常などがあるといわれましたか？	はい	いいえ	わからない
③-5	家事や買い物、散歩などでひどく息切れを感じますか？	はい	いいえ	
③-1	この1ヶ月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか？	はい	いいえ	

このアンケートの結果は、国東市の通所型サービス（総合事業）の参加の際に活用します。事業参加にあたり、かかりつけ医に意見を求めることがあります。意見を求める場合は、国東市から医療機関にこのアンケートの写しを送付します。この結果を目的以外に使用することはありません。

私は、このアンケートの回答内容を事業関係者に提供することを同意します。

令和 年 月 日 同意者氏名 ()

☞ 国東市記入欄 担当 高齢者支援課・地域包括支援センター 氏名 ()

かかりつけ医意見書： 必要 ・ 不要

利用予定事業所名 ()

※かかりつけ医意見書が必要な場合に記入

医療機関名

次回受診予定日 月 日

主治医氏名

基本チェックリスト

記入日：令和 年 月 日

氏名		住所	国東市	生年月日	明・大・昭	年	月	日
受付者	高齢・包括・()支所	氏名		被保険者番号	0	0	0	0

基本チェックリスト内容

	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	(a) No.1～ No.20 ／20
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	(b) ／5
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	(c) ／2
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)(注)			
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	(d) ／3
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	(e) ／2
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	(f) ／3
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	(g) ／5
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)BMI=体重(Kg)÷身長(m)÷身長(m)が、18.5未満の場合が該当。

(a)生活機能 全般 10≥	(b)運動 3≥	(c)低栄養 2√	(d)口腔 2≥	(e)閉じこもり No.16	(f)認知機能 1≥	(g)うつ 2≥

総合事業の事業対象者として確認するにあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象者となる場合は、基本チェックリストの記入内容等を、市高齢者支援課・地域包括支援センターに提供することに同意します。

被保険者氏名

国東市版 生活行為 アセスメントシート										氏名	様	年齢	() 歳	日付	年月日	記入者	()
アセスメント領域										現在の状況							
										場面・程度・対処		できない、困っていること					
身体状況	痛み	「なし」あり 部位()										いつ頃から					
	痺れ	「なし」あり 部位()															
	関節拘縮・麻痺	「なし」あり 部位()															
運動・移動	立位状況	起き上がる時(要性)	「なし」支えが必要														
		立ち上がる時(要性)	「なし」支えが必要														
	歩行状況	歩行時の支え	屋内	「杖なし」「杖あり(持ち手:「右」「左」)」歩行器													
		屋外	「その他()」歩行器														
移動状況	移動範囲	「近隣中心」「町内・市内くらい」「市外」															
	移動手段	「バス」「タクシー」「自転車」「原付二輪」															
		「車(運転)」「車(同乗)」「徒歩」															
運動状況	定期的な運動	「している」「していない」「時々」															
										本人がしていること(していない場合は、どなたがしているか)							
炊事状況	「全でしている」	「炊飯」「簡単な食事の用意」							「配偶」								
	「一部でしている」	「ガス(IH)調理器使用」「温め」							「子」								
	「していない」	「配膳」「下膳」「食器洗い」							「他:」		他の場合は、具体的に()						
買物状況	「全でしている」	「買うものを決める」「注文配達」							「配偶」								
	「一部でしている」	「荷物を持って帰る」							「子」								
	「していない」								「他:」		他の場合は、具体的に()						
洗濯状況	「全でしている」	「洗濯機の使用」「洗濯ものを干す」							「配偶」								
	「一部でしている」	「取り込む」「たたむ」							「子」								
	「していない」	「整理する」							「他:」		他の場合は、具体的に()						
掃除状況	「全でしている」	「自室のみ」「トイレ」「風呂場」							「配偶」								
	「一部でしている」	「その他:」							「子」								
	「していない」	「掃除機使用」「モップ使用」							「他:」		他の場合は、具体的に()						
ゴミ出し状況	「全でしている」	「分別する」							「配偶」								
	「一部でしている」	「まとめる」							「子」								
	「していない」	「集積所まで運ぶ」							「他:」		他の場合は、具体的に()						
金銭管理状況	「全でしている」	「全て管理している」							「配偶」								
	「一部でしている」	「こづかい程度のみ管理」							「子」								
	「していない」	「銀行に行く(出入金できる)」							「他:」		他の場合は、具体的に()						
服薬状況	「全でしている」	「自己管理している:」「分包」「一包」							「配偶」								
	「一部でしている」	「ときどき忘れる」							「子」								
	「していない」	「拒否するときがある」							「他:」		他の場合は、具体的に()						

日常生活(裏面に続く)

国東市版 生活行為 アセスメントシート

(裏面)

アセスメント領域			現在の状況		用具や工夫、理由や状態など	いつ頃から
日常生活	入浴の状況	一人で洗身していますか	「 している	「 していない		
	一人で浴槽をまわくこと	「 している	「 していない			
	頻度・方法	頻度 (回/週) 「 入浴 」 シャワー 「 清拭等				
栄養	排泄の状況	失敗することがありますか	「 ある (「 パットリハパン 」 失禁パンツ)	「 ない		
	睡眠の状況	眠れないことがありますか	「 ある	「 時々ある	「 ない	
	肉類・卵・魚介類・大豆製品をとっていますか	「 ほぼ毎日	「 時々 頻度 (回/週)	「 ほとんどとらない		
	牛乳・乳製品をとっていますか	「 ほぼ毎日	「 時々 頻度 (回/週)	「 ほとんどとらない		
	野菜をとっていますか	「 ほぼ毎日	「 時々 頻度 (回/週)	「 ほとんどとらない		
口腔	間食をしますか	「 ほぼ毎日	「 時々 「 ほとんどしない			
	一日の食事回数等	(回/日)	「 食事療法等の必要性 「 あり 「 なし			
	一日にとる水分量について	総摂取量 「 500cc未満 「 500～1,000cc未満 「 1000cc以上				
	何でもしつかりと噛んで食べられますか	「 はい	「 いいえ			
	義歯をつけていますか	「 つけている	「 つけていない			
社会参加・環境	定期的な歯科受診をしていますか	「 はい	「 いいえ			
	何かしらの役割がありますか	「 している	「 していない			
	現在、地域で参加しているものはありますか	「 家庭内 「 あり 「 なし	「 地域 「 あり 「 なし			
	また、以前参加していたものはありますか	「 あり 「 なし				
	再開したいこと、やってみたいこと等がありますか	「 あり 「 なし				
認知	困ったときに助けてくれる人はいませんか	「 いる	「 いない			
	家族との交流状況					
	近隣、知人、友人との交流状況					
	自宅や周囲の環境で不自由なところや不安に感じるところはありますか					
	いつも「あれがない、これがない」と探している	「 あてはまる	「 あてはまらない			
約束の時間や場所を間違える	「 あてはまる	「 あてはまらない				
部屋が片付かなくなつた	「 あてはまる	「 あてはまらない				
同じ食材がたぐさんある	「 あてはまる	「 あてはまらない				
味付けを間違ってしまう	「 あてはまる	「 あてはまらない				
リモコンや携帯電話の操作がわからない	「 あてはまる	「 あてはまらない				
化粧や服装などの身だしなみに無頓着になってきた	「 あてはまる	「 あてはまらない				