

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)			

介護予防メニューアセスメント(訪問用)

事業者名:

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	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 床上仰向けからの立ち上がり時間	秒数を入力(00.00秒)			
	2 床上仰向けからの立ち上がりの状況	①何にもつかまらずに行う ②膝や大腿などに手を着く ③床にてを着く ④テーブルや台、手すりなどにつかまる			
3	開眼片脚立ち(秒) 支持脚 : 事前— 事後—	秒数を入力(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			事前体重: kg
		減少、または増加のKg			事後体重: 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ある ②ややない ③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 酒類を飲みますか	①いいえ ②月1~2日程度 ③週1~2日程度 ④週5日以上			1日 を ml
	7 間食は毎日食べていますか	①いいえ ②はい			
	8 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			
	9 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			
10 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				
11 1日の水分摂取量(Omlで記入)	コップ1杯 ml×1日 杯		ml	ml	
12 よく便秘になりますか	①いいえ ②はい			排便 日に1回	
13 食べ物や飲み物でむせますか	①いいえ ②時々 ③はい				
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				

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
アセスメント	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
調査時の前24時間の食事内容	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 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食事のときのみ使う ④いつも使う			
	2 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			
	3 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			
	4 頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)	①できる ②不十分 ③できない			
	5 30秒間の反復唾液嚥下テスト(RSST)の回数	①3回以上 ②3回未満 ③できない			
	6 食物残渣	①なし ②多少ある ③ある			
	7 舌苔	①なし ②多少ある ③ある			
	8 義歯あるいは歯の汚れ	①なし ②多少ある ③ある			
	9 口臭	①ない ②弱い ③強い			
	10 入れ歯を外して歯や入れ歯の清掃	①毎食後 ②毎日1回以上 ③その他			
	11 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			
	12 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			

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
13	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			
14	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			
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		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)			

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	
特記事項	

介護予防サービス計画・総合評価(訪問用)

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		○達成 △一部達成 ×未達成
運動機能向上		1ヶ月目					
		2ヶ月目					
		3ヶ月目					
生活行為向上		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					
生活援助		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(訪問用)

事業者名:

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

目標	
----	--

サービス1 (曜日))	サービス区分	サービス内容	所要時間	
			分	
生活援助			分	
			分	
			分	
			分	
	合計			分
	予防メニュー			分
				分
				分
				分
				分
合計			分	

サービス2 (曜日))	サービス区分	サービス内容	所要時間	
			分	
生活援助			分	
			分	
			分	
			分	
	合計			分
	予防メニュー			分
				分
				分
				分
				分
合計			分	

サービス3 (曜日))	サービス区分	サービス内容	所要時間	
			分	
生活援助			分	
			分	
			分	
			分	
	合計			分
	予防メニュー			分
				分
				分
				分
				分
合計			分	

作成者	計画作成者	確認年月日	確認印	計画に対する同意 上記計画に対して同意します 平成 年 月 日 氏名 印
		平成 年 月 日		
		平成 年 月 日		
		平成 年 月 日		
説明日 平成 年 月 日 説明者名				