

Ⅳ 参考様式等

ア	基本チェックリスト（参考様式1）	86
イ	運動器の機能向上	
	○アセスメント表（事務局記入）（参考様式2）	87
	○事前アセスメント表（本人記入）（参考様式3）	88
	○運動器の機能向上プログラム実施計画（参考様式4）	89
	○運動器の機能向上プログラム実施計画（記入例）	90
	○健康管理表（参考参考5）	91
	○事後アセスメント表（本人記入）（参考様式6）	93
ウ	栄養改善	
	○アセスメント表（事務局記入）（参考様式7）	94
	○栄養改善プログラム実施計画（参考様式8）	95
	○栄養改善プログラム実施計画（記入例）	96
	○栄養相談経過記録表（参考様式9）	97
	○わたしの一週間記録表（運動・栄養・口腔記録兼用） （参考様式10）	98
	○事後アセスメント表（本人記入）（参考様式11）	99
エ	口腔機能の向上	
	○口腔機能の向上の記録 アセスメント・モニタリング・評価（参考様式12）	100
	○口腔機能の向上プログラム実施計画（参考様式13）	101
	○口腔機能の向上プログラム実施計画（記入例）	102
	○口腔機能の向上プログラム経過記録表（参考様式14）	103
オ	閉じこもり予防	
	○閉じこもりの予防・支援のための二次アセスメント票 （参考様式15）	104
	○自己効力感調査票（参考様式16）	106
	○「閉じこもり度」自己チェック表（参考様式17）	107

基本チェックリスト

参考様式1

被保険者番号		実施日	平成	年	月	日	
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S	年	月	日生()歳	
住 所		Tel	()				
		Fax	()				
						はい	いいえ
1 バスや電車で一人で外出していますか						0点	1点
2 日用品の買物をしていますか						0点	1点
3 預貯金の出し入れをしていますか						0点	1点
4 友人の家を訪ねていますか						0点	1点
5 家族や友人の相談にのっていますか						0点	1点
6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか						0点	1点
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点	1点
8 15分位続けて歩いていますか						0点	1点
9 この1年間に転んだことがありますか						1点	0点
10 転倒に対する不安は大きいですか						1点	0点
11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか						1点	0点
12 身長 cm 体重 kg (BMI=) ※						1点	0点
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点	0点
14 お茶や汁物等でむせることがありますか						1点	0点
15 口の渇きが気になりますか						1点	0点
16 週に1回以上は外出していますか						0点	1点
17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか						1点	0点
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点	0点
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点	1点
20 今日が何月何日かわからないことがありますか						1点	0点
21 (ここ2週間) 毎日のい生活に充実感がない						1点	0点
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点	0点
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点	0点
24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だとは思えない						1点	0点
25 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする						1点	0点

※ BMI (=体重(kg) ÷身長(m) ÷身長(m)) が18.5未満の場合に該当(はい)とします。

○チェック結果

1～20の点数		6～10の点数		11の点数	
13～15の点数		16～17の点数		18～20の点数	
21～25の点数					

アセスメント表（事務局記入）

参考様式2

氏名： _____

●運動器の機能向上

	項目	事前（平成 年 月 日）			事後（平成 年 月 日）		
1	身長	cm			cm		
2	体重	k g			k g		
3	転倒の経験	有・無（ ）			有・無（ ）		
4	血圧	1. /	2. /	3. /	1. /	2. /	3. /
5	脈拍	1.	2.	3.	1.	2.	3.
6	不整脈の有無	有・無（ 回/分）			有・無（ 回/分）		
7	握力	1.右・左	k g		1.右・左	k g	
		2.右・左	k g		2.右・左	k g	
10	開眼片足立ち	1.右・左	秒		1.右・左	秒	
		2.右・左	秒		2.右・左	秒	
11	機能的移動能力（TUG）	1. 秒	2. 秒		1. 秒	2. 秒	
12	通常歩行能力	1. 秒			1. 秒		
13	最大歩行能力	1. 秒	2. 秒		1. 秒	2. 秒	
	（下肢筋力（膝伸展筋力））	1.右・左	k g		1.右・左	k g	
		2.右・左	k g		2.右・左	k g	
	（ファンクショナルリーチ）	cm			cm		
	課題と総合評価						
		記録者：			記録者：		

氏名： _____

●運動器の機能向上

項目		事前（平成 年 月 日）		
1	一番やってみたいことは何ですか。			
2	最近、体を動かさなくなりましたか。	はい	いいえ	
3	転倒したことはありますか。	あり・なし（ ）		
4	過去1ヶ月間の健康状態はどうですか。	良い	普通	良くない
5	過去1ヶ月間に、体がつらくて歩いたり階段を昇ったりなどができなかったことがありますか。	あり	ときどきあり	なし
6	過去1ヶ月間に、体がつらくていつもの家事や仕事などができなかったことがありますか。	あり	ときどきあり	なし
7	過去1ヶ月間に、体の痛みはありましたか。	あった	少しあった	なかった
8	痛みがあった場合、どこですか。			
9	過去1ヶ月間、元気でしたか。	はい	少し元気だった	いいえ
10	過去1ヶ月間に、家族や友人との普段の付き合いが、体や心の悩みで、できなかったことがありますか。	あり	ときどきあり	なし
11	過去1ヶ月間に、不安・気分の落ち込み・イライラ・ゆううつなどに悩まされましたか。	あり	ときどきあり	なし
12	過去1ヶ月間に、家事や仕事など普段の行動が、心の悩みで妨げられましたか。	あり	ときどきあり	なし

参加にあたって気になることや希望等がありますか

運動器の機能向上プログラム実施計画

参考様式4

氏名：

作成日：平成 年 月 日

担当者：

わたしのゴール

ゴールに向かう身近な目標

目標達成のための具体的計画（ 月 日まで）

内容				
いつ	朝	昼	夜	
どこで	家	集会所（		）
だれと	一人	仲間（		）
どれくらい	週1回	週2回	週3～5回	毎日

問題や障害になったこと・計画を修正したこと・自己評価

利用者同意サイン

続柄

運動器の機能向上プログラム実施計画

記入例

氏名：〇〇 □□

作成日：平成〇〇年□□月△△日

担当者：〇〇 △△

わたしのゴール

- 例1：友人と散歩を楽しめるようになる。
- 例2：孫と公園で遊ぶことができるようになる。
- 例3：洗濯の物干しが楽にできるようになる。

ゴールに向かう身近な目標

(上記の例1をもとにすると)

- 1ヶ月目(第Ⅰ期)：歩行能力を高めるために運動に必要な基本動作が自立して行える。
- 2ヶ月目(第Ⅱ期)：家の近所の散歩が楽にできる。
- 3ヶ月目(第Ⅲ期)：30分程度の散歩ができる。階段1階を楽に昇降できる。

目標達成のための具体的計画(□□月××日まで)

内容	※具体的な運動メニュー等を記載			
いつ	朝 ○ 夜			
どこで	○ 集会所 ()			
だれと	○ 仲間 ()			
どれくらい	週1回	週2回	週3~5回	○

問題や障害になったこと・計画を修正したこと・自己評価

利用者同意サイン ○〇 □□

続柄 本人

健康管理表

氏名： _____

回数	実施 月日	体調	血圧 (mmHg)	脈拍 (回/分)	痛みの状況	
1	/					
		サイン				
2	/					
		サイン				
3	/					
		サイン				
4	/					
		サイン				
5	/					
		サイン				
6	/					
		サイン				

健康管理表

氏名： _____

回数	実施 月日	体調	血 圧 (mmHg)	脈 拍 (回/分)	痛みの状況	
7	/					
		サイン				
8	/					
		サイン				
9	/					
		サイン				
10	/					
		サイン				
11	/					
		サイン				
12	/					
		サイン				

氏名： _____

●運動器の機能向上

項目	事後（平成 年 月 日）		
	はい	いいえ	
1 一番やってみたいことは何ですか。			
2 最近、体を動かさなくなりましたか。	はい	いいえ	
3 転倒したことはありますか。	あり・なし（ ）		
4 過去1ヶ月間の健康状態はどうですか。	良い	普通	良くない
5 過去1ヶ月間に、体がつらくて歩いたり階段を昇ったりなどができなかったことがありますか。	あり	ときどきあり	なし
6 過去1ヶ月間に、体がつらくていつもの家事や仕事などができなかったことがありますか。	あり	ときどきあり	なし
7 過去1ヶ月間に、体の痛みはありましたか。	あった	少しあった	なかった
8 痛みがあった場合、どこですか。			
9 過去1ヶ月間、元気でしたか。	はい	少し元気だった	いいえ
10 過去1ヶ月間に、家族や友人との普段の付き合いが、体や心の悩みで、できなかったことがありますか。	あり	ときどきあり	なし
11 過去1ヶ月間に、不安・気分の落ち込み・イライラ・ゆううつなどに悩まされましたか。	あり	ときどきあり	なし
12 過去1ヶ月間に、家事や仕事など普段の行動が、心の悩みで妨げられましたか。	あり	ときどきあり	なし

参加したうえでのご意見・ご感想

氏名： _____

●栄養改善

項 目		事前 (平成 年 月 日)		
1	身長	cm		
2	体重	k g		
3	BMI			
4	体重減少	k g / ヶ月		
5	好きな食物、嫌いな食物は何ですか。			
6	食事は美味しく、楽しいですか。	はい	ときどき	いいえ
7	食事の姿勢や食べる動作に不自由を感じますか。	はい	いいえ	
8	食事は小さくしたり、刻んだりしないと食べられませんか。	はい	いいえ	
9	最近、食べる量が減りましたか。	はい () ・ いいえ		
10	食物でアレルギー症状 (下痢・湿疹などがでる食べ物) ができますか。	はい () ・ いいえ		
11	医師に食事療法をするよう言われていますか。	はい () ・ いいえ		
12	昨日は何を食べましたか。	(朝) 時	(昼) 時	(夕) 時
13	誰と食事をしますか。	一人・家族・その他		
14	毎日の食事づくりは、誰がしていますか。	自分・家族・その他		
15	間食を摂りますか。	はい	ときどき	いいえ
16	食事の支度や買物に不自由を感じますか。	はい	ときどき	いいえ
17	1週間に牛乳・乳製品をどれくらい摂っていますか。	ほぼ毎日	3~4日ほど	ほとんど摂らない
18	1週間に魚をどれくらい摂っていますか。	ほぼ毎日	3~4日ほど	ほとんど摂らない
19	1週間に肉をどれくらい摂っていますか。	ほぼ毎日	3~4日ほど	ほとんど摂らない
20	1週間に豆腐や納豆をどれくらい摂っていますか。	ほぼ毎日	3~4日ほど	ほとんど摂らない
21	1週間に卵をどれくらい摂っていますか。	ほぼ毎日	3~4日ほど	ほとんど摂らない
22	1週間に外食や惣菜品をどれくらい利用していますか。	ほぼ毎日	3~4日ほど	ほとんど摂らない
23	1日に5種類以上の薬を飲んでいきますか。	はい	いいえ	
24	下痢・便秘の状況	はい	ときどき	いいえ
	(血清アルブミン値)	g / d l		

参加にあたって気になることや希望等がありますか

栄養改善プログラム実施計画

参考様式8

氏名：

作成日：平成 年 月 日

担当者：

わたしのゴール（〇〇〇ができるようになる、もっと元気そうになるなど）

ゴールに向かう身近な目標

（体重を〇kg増やそう。〇〇〇を〇〇〇〇〇して食べようなど）

目標達成のための具体的計画（ 月 日まで）

問題や障害になったこと・計画を修正したこと・自己評価

利用者同意サイン

続柄

栄養改善プログラム実施計画

記入例

氏名：〇〇 □□

作成日：平成〇〇年□□月△△日

担当者：〇〇 △△

わたしのゴール（〇〇〇ができるようになる、もっと元気そうになるなど）

- 例1：もっと元気に見えるようになる。
- 例2：新しいメニューが作れるようになる。
- 例3：毎日の食事がおいしく食べられるようになる。
- 例4：家族と一緒に楽しく食事ができるようになる。

ゴールに向かう身近な目標

（体重を〇kg増やそう。〇〇〇を〇〇〇〇〇して食べようなど）

- 例1：体重を3kg増やそう（減らそう）。
- 例2：野菜を毎食食べよう。
- 例3：複数のおかずを食べよう。
- 例4：電子レンジを使ってみよう。

目標達成のための具体的計画（□□月××日まで）

（実施するプログラムを記入します。）

問題や障害になったこと・計画を修正したこと・自己評価

利用者同意サイン 〇〇 □□

続柄 本人

栄養相談経過記録表

参考様式9

被保険者番号			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳
住 所	Tel		()
	Fax		()
第1回栄養相談 () 週目) グループ・個人		実施日： 年 月 日	
身長： cm	体重： kg	BMI：	記録者：
主観的健康感： 解決すべき課題や相談の経過			
電話確認 () 週目)		実施日： 年 月 日 記録者：	
第2回栄養相談 () 週目) グループ・個人		実施日： 年 月 日	
身長： cm	体重： kg	BMI：	記録者：
主観的健康感： 解決すべき課題や相談の経過			
担当者連絡会議		実施日： 年 月 日 記録者：	
第3回栄養相談 () 週目) グループ・個人		実施日： 年 月 日	
身長： cm	体重： kg	BMI：	記録者：
主観的健康感： 解決すべき課題や相談の経過			

わたしの一週間記録表（運動・栄養・口腔記録兼用）

参考様式10

氏名： _____

◎目標と感想

	目標	一週間を終えての感想
運動		
栄養		
口腔		

◎達成度の記入（できた！⇒○／まあまあできた⇒△／できなかった⇒×）

月 日	運動記録	食事記録	口腔ケア記録
	どんな運動をしましたか？	どんなものを食べましたか？	お口の準備 体操 歯（入れ歯） の手入れ
記入例 ○月×日 (日) 天気：晴れ	準備運動 ひざ伸ばし・スクワット・片ひざ曲げ 整理運動	○ ご飯・パン・めん類・いも類 間食 肉・魚・豆・豆腐・卵・乳製品 ○ 色の濃い野菜・色の薄い野菜・果物	○ △
月 日 (日) 天気：		ご飯・パン・めん類・いも類 間食 肉・魚・豆・豆腐・卵・乳製品 色の濃い野菜・色の薄い野菜・果物	
月 日 (月) 天気：		ご飯・パン・めん類・いも類 間食 肉・魚・豆・豆腐・卵・乳製品 色の濃い野菜・色の薄い野菜・果物	
月 日 (火) 天気：		ご飯・パン・めん類・いも類 間食 肉・魚・豆・豆腐・卵・乳製品 色の濃い野菜・色の薄い野菜・果物	
月 日 (水) 天気：		ご飯・パン・めん類・いも類 間食 肉・魚・豆・豆腐・卵・乳製品 色の濃い野菜・色の薄い野菜・果物	
月 日 (木) 天気：		ご飯・パン・めん類・いも類 間食 肉・魚・豆・豆腐・卵・乳製品 色の濃い野菜・色の薄い野菜・果物	
月 日 (金) 天気：		ご飯・パン・めん類・いも類 間食 肉・魚・豆・豆腐・卵・乳製品 色の濃い野菜・色の薄い野菜・果物	
月 日 (土) 天気：		ご飯・パン・めん類・いも類 間食 肉・魚・豆・豆腐・卵・乳製品 色の濃い野菜・色の薄い野菜・果物	

◎アドバイス

氏名： _____

●栄養改善

	項目	事後（平成 年 月 日）		
1	身長	cm		
2	体重	k g		
3	BMI			
4	体重減少	k g / 月		
5	好きな食物、嫌いな食物は何ですか。			
6	食事は美味しく、楽しいですか。	はい	ときどき	いいえ
7	食事の姿勢や食べる動作に不自由を感じますか。	はい	いいえ	
8	食事は小さくしたり、刻んだりしないと食べられませんか。	はい	いいえ	
9	最近、食べる量が減りましたか。	はい（ ）・いいえ		
10	食物でアレルギー症状（下痢・湿疹などがでる食べ物）がでますか。	はい（ ）・いいえ		
11	医師に食事療法をするよう言われていますか。	はい（ ）・いいえ		
12	昨日は何を食べましたか。	朝 （ ）時	昼 （ ）時	夕 （ ）時
13	誰と食事をしますか。	一人・家族・その他		
14	毎日の食事づくりは、誰がしていますか。	自分・家族・その他		
15	間食を摂りますか。	はい	ときどき	いいえ
16	食事の支度や買物に不自由を感じますか。	はい	ときどき	いいえ
17	1週間に牛乳・乳製品をどれくらい摂っていますか。	ほぼ毎日	3～4日ほど	ほとんど摂らない
18	1週間に魚をどれくらい摂っていますか。	ほぼ毎日	3～4日ほど	ほとんど摂らない
19	1週間に肉をどれくらい摂っていますか。	ほぼ毎日	3～4日ほど	ほとんど摂らない
20	1週間に豆腐や納豆をどれくらい摂っていますか。	ほぼ毎日	3～4日ほど	ほとんど摂らない
21	1週間に卵をどれくらい摂っていますか。	ほぼ毎日	3～4日ほど	ほとんど摂らない
22	1週間に外食や惣菜品をどれくらい利用していますか。	ほぼ毎日	3～4日ほど	ほとんど摂らない
23	1日に5種類以上の薬を飲んでいきますか。	はい	いいえ	
24	下痢・便秘の状況	はい	ときどき	いいえ
	（血清アルブミン値）	g/d l		

参加したうえでのご意見・ご感想

口腔機能の向上の記録 アセスメント・モニタリング・評価

参考様式12

ふりがな				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ	歳		
氏名				病名等								
				かかりつけ歯科医		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		入れ歯の使用		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
介護認定等	認定	平成	年	月	<input type="checkbox"/> 特定高齢者	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
変更後	変更	平成	年	月	<input type="checkbox"/> 一般高齢者	<input type="checkbox"/> 特定高齢者		要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

1 事前・事後アセスメント、関連職種等によるモニタリング（番号を事前、モニタ、事後にそれぞれ記入）

事前	平成	年	月	日	モニタ リ	平成	年	月	日	事後	平成	年	月	日
	記入者					記入者					記入者			

質問項目・観察項目等		評価項目			事前	モニタ	事後				
質問	①固いものは食べにくいですか	1	いいえ	2	はい						
	②お茶や汁物でむせることがありますか	1	いいえ	2	はい						
	③口の渇きが気になりますか	1	いいえ	2	はい						
	④自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか	1	両方できる		2	片方だけできる	3	どちらもできない			
	⑤全体的にみて、過去1ヶ月間のあなたの健康状態はいかがですか	1	最高に良い	2	とても良い	3	良い	4	あまり良くない		
⑥お口の健康状態はいかがですか（p113記入要領）	1	良い	2	やや良い	3	普通	4	やや悪い	5	悪い	
観察	⑦口臭（p113記入要領）	1	ない	2	弱い	3	ある				
	⑧自発的な口腔清掃習慣（p114記入要領）	1	ある	2	多少ある	3	ない				
	⑨むせ（p115記入要領）	1	ない	2	多少ある	3	ある				
	⑩食事時の食べこぼし（p115記入要領）	1	ない	2	多少ある	3	多い				
	⑪表情の豊かさ	1	豊富	2	やや豊富	3	普通	4	やや乏しい	5	乏しい
特記事項等※1											

2 専門職による課題把握のためのアセスメント、モニタリング（番号を事前、モニタ、事後にそれぞれ記入）※2

事前	平成	年	月	日	モニタ リ	平成	年	月	日	事後	平成	年	月	日
	記入者					記入者					記入者			
		<input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師					<input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師					<input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師		

観察・評価等		評価項目			事前	モニタ	事後				
①右側の咬筋の緊張の触診（咬合力）	1	強い	2	弱い	3	無し					
②左側の咬筋の緊張の触診（咬合力）	1	強い	2	弱い	3	無し					
③歯や義歯の汚れ（p116記入要領）	1	ない	2	多少ある	3	ある					
④舌の汚れ（p116記入要領）	1	ない	2	多少ある	3	ある					
⑤反復唾液嚥下テスト（RSS T）の積算時間（p118記入要領）	1回目（ ）秒				1	（ ）	2	（ ）	3	（ ）	
	2回目（ ）秒				1	（ ）	2	（ ）	3	（ ）	
	3回目（ ）秒				1	（ ）	2	（ ）	3	（ ）	
⑥オーラルディアドコネシス（p118記入要領）	パ（ ）回/秒				※パ、タ、カをそれぞれ10秒間に言える回数を測定し、1秒当りに換算	パ（ ）	タ（ ）	カ（ ）			
	タ（ ）回/秒					タ（ ）	タ（ ）	タ（ ）			
	カ（ ）回/秒					カ（ ）	カ（ ）	カ（ ）			
⑦ブクブクうがい（空ブクブクでも可）（p119記入要領）	1	できる	2	やや不十分	3	不十分					
特記事項等※1											
問題点	<input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 口の渇き <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 食べこぼし										
	<input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> その他（ ）										

※1 対象者・利用者の状況により質問項目・観察項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

※2 提供者の状況により対応困難な項目については、対象者・利用者の安全に配慮し、実施しない。

3 総合評価

口腔機能向上の利用前後の比較ではまるものをチェック		
<input type="checkbox"/> 食事がよりおいしくなった	<input type="checkbox"/> 薄味がわかるようになった	<input type="checkbox"/> かめるものが増えた
<input type="checkbox"/> むせが減った	<input type="checkbox"/> 口の渇きが減った	<input type="checkbox"/> かみしめられるようになった
<input type="checkbox"/> 食事時間が短くなった	<input type="checkbox"/> 食べこぼしが減った	<input type="checkbox"/> 薬が飲みやすくなった
<input type="checkbox"/> 口の中に食べ物が残らなくなった	<input type="checkbox"/> 話しやすくなった	<input type="checkbox"/> 口臭が減った
<input type="checkbox"/> 会話が増えた	<input type="checkbox"/> 起きている時間が増えた	<input type="checkbox"/> 元気になった
<input type="checkbox"/> その他（ ）		
事業またはサービスの継続の必要性	<input type="checkbox"/> なし（終了）	<input type="checkbox"/> あり（継続）
計画変更の必要性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

口腔機能の向上プログラム実施計画

参考様式13

氏名：

初回作成日：平成 年 月 日 / 作成（変更）日：平成 年 月 日

計画作成者：

職種（ 言語聴覚士・ 歯科衛生士・ 看護職員）

わたしのゴール

ゴールに向かう 身近な目標	目標達成のための具体的計画（頻度等も含む）	実施期間 評価予定

実行や支援にあたって、注意することなど

利用者同意サイン

続柄

口腔機能の向上プログラム実施計画

記入例

氏名：〇〇 □□

初回作成日：平成〇〇年△△月□□日／作成（変更）日：平成 年 月 日

計画作成者：□□ △△

職種（ 言語聴覚士・ 歯科衛生士・ 看護職員）

わたしのゴール

- ・家族と一緒に食事を楽しんだり、友人と外食をしたい。
- ・口臭をなくして、みんなとの会話を楽しみたい。
- ・大好きなカラオケをいつまでも続けたい。
- ・口の健康を保ち、いつまでも元気に過ごしたい。

ゴールに向かう身近な目標	目標達成のための具体的計画（頻度等も含む）	実施期間 評価予定
大きく口を開けて、いろいろなものが食べられるようになります。	<ul style="list-style-type: none"> ・健口体操を行って、口の機能を高めます。 ・普段から積極的に会話をして、良く口を動かします。 ・一回に口に入れる量に注意します。 ・食後に毎回、歯みがきをします。 	▽▽月××日
口の衛生状態を改善して、口臭をなくします。	<ul style="list-style-type: none"> ・食後に毎回、歯みがきをします。 ・歯みがきと併せて、入れ歯のお手入れや舌の清掃を行います。 ・みがき残しがないか鏡を使って確認します。 ・健口体操を行って、口の機能を高めます。 	▽▽月××日
日ごろから、大きな声で、はっきりと話すよう努めます。	<ul style="list-style-type: none"> ・健口体操を行って、口の機能を高めます。 ・普段から積極的に会話をして、良く口を動かします。 ・日ごろから適度に体を動かし、体全体の健康に気をつけます。 	▽▽月××日

実行や支援にあたって、注意することなど

- ・一度に無理をせず、少しずつ取り組みましょう。
- ・お手入れの際に力を入れすぎて、歯や舌を痛めないよう気をつけましょう。
- ・お手入れの際に入れ歯を落とさないよう気をつけましょう。
- ・入れ歯に不具合がある際は、歯科医に相談しましょう。
- ・食事について質問や悩みがある場合は、管理栄養士や栄養士に相談しましょう。
- ・変わったことや気になることがあったら、職員にいつでも相談してください。

利用者同意サイン ○○ □□

続柄 本人

口腔機能の向上プログラム経過記録表

参考様式14

被保険者番号			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳
住 所	Tel		()
	Fax		()
第1回セルフケアチェック		実施日： 年 月 日	
記録者：	職種 (<input type="checkbox"/> 言語聴覚士・ <input type="checkbox"/> 歯科衛生士・ <input type="checkbox"/> 看護職員)		
解決すべき課題、相談・指導の経過、特記事項			
第2回セルフケアチェック		実施日： 年 月 日	
記録者：	職種 (<input type="checkbox"/> 言語聴覚士・ <input type="checkbox"/> 歯科衛生士・ <input type="checkbox"/> 看護職員)		
解決すべき課題、相談・指導の経過、特記事項			
第3回セルフケアチェック		実施日： 年 月 日	
記録者：	職種 (<input type="checkbox"/> 言語聴覚士・ <input type="checkbox"/> 歯科衛生士・ <input type="checkbox"/> 看護職員)		
解決すべき課題、相談・指導の経過、特記事項			
		実施日： 年 月 日	
記録者：	職種 (<input type="checkbox"/> 言語聴覚士・ <input type="checkbox"/> 歯科衛生士・ <input type="checkbox"/> 看護職員)		
解決すべき課題、相談・指導の経過、特記事項			

閉じこもりの予防・支援のための二次アセスメント票

対象者氏名 ()	評価者氏名 ()
(年 月 日生 歳)	
〈外出頻度〉	
・事前アセスメント (H 年 月 日)	
1. 週に1回以上 2. 月に1回以上 3. 月に1回未満	
・どのようなことがあったら、外出しますか。(催し物、行事、サービス、集まり、等)	
()	
・事後アセスメント (H 年 月 日)	
1. 週に1回以上 2. 月に1回以上 3. 月に1回未満	
〈手段的自立 (IADL)〉	事前アセスメント 事後アセスメント
1. バスや電車を使って一人で外出できますか	1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ
2. 日用品の買い物が <u>できますか</u>	1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ
3. 自分の食事の用意が <u>できますか</u>	1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ
4. 請求書の支払が <u>できますか</u>	1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ
5. 銀行預金、郵便貯金の出し入れが <u>できますか</u>	1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ
〈知的能動性〉	
6. 年金などの書類がかけますか	1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ
7. 新聞を読んでいますか	1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ
8. 本や雑誌を読んでいますか	1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ
9. 健康についての記事や番組に関心がありますか	1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ
〈社会的役割〉	
10. 友達の家を訪ねることがありますか	1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ
11. 家族や友達の相談にのることがありますか	1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ
12. 病人を見舞うことができますか	1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ
13. 若い人に自分から話しかけることができますか	1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ
〈生活体力指数〉	
14. 歩行や外出に不自由を感じますか	1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ
理由 (疾病、痛み、尿漏れ、目、耳、家の周囲、等)	
15. イスから立ち上がる時、手の支えなしで立ち上がりますか	1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ
16. 最近、つまずきやすいですか (易転倒性)	1. はい O. いいえ 1. はい O. いいえ
〈日中、おもに過ごす場所〉	(A B C D) (A B C D)
・A: 自宅の外 B: 自宅敷地内 C: 自宅屋内 D: 自分の部屋	
〈日中、おもな過ごし方〉	(A B C D E) (A B C D E)
・A: 自宅外の仕事 (役割) B: 家の仕事 (役割) C: 趣味 D: おもにテレビ等	
E: 特になし	
〈その他の特記事項〉	
閉じこもりの要因の合計点	
I 手段的自立・体力低下 (1~5、14~16)	8点満点 事前 _____ 点 事後 _____ 点
II 知的能動性・社会的役割低下 (6~13)	8点満点 事前 _____ 点 事後 _____ 点

「閉じこもりの予防・支援のための二次アセスメント票」の使い方

訪問者は、閉じこもり予防・支援プログラムを実施する前に、対象者の個別の状況を把握する。

①確認の意味も含め、外出頻度は必ず確認する。

②項目 1～13 は、老研式活動能力指標です。この指標は「手段的自立」より高次元の活動能力を測定していて、「社会的役割」まで含む唯一の測定尺度です。自立した高齢者を含む、在宅高齢者の生活機能の評価に適している。

項目 1～5 は「手段的自立」を、項目 6～9 は「知的能動性」を、項目 10～13 は「社会的役割」の水準を測定するもので、下位尺度として独立した評価も可能です。

③票では、項目 1～5、14～16 の合計点（満点 8 点）で、「Ⅰ手段的自立・体力低下」と呼ぶことにしていますが、この点数の増加が第一の目標となる。

④項目 6～13 の合計点（8 点満点）で、「Ⅱ知的能動性・社会的役割低下」と呼ぶことにしましたが、閉じこもりでこの機能を維持している場合は少ないと考えられるので、手段的自立・体力低下における増加の次に目標とするのが現実的でしょう。

⑤「日中、おもに過ごす場所」「日中、おもな過ごし方」では、A→D、A→E に従って、望ましくない状態を示している。事後アセスメントで D→A、E→A へと 1 段階でも変化した場合には、改善と評価する。

⑥その他の特記事項としては、対象者のうつ、認知症など他の要介護のハイリスク状態把握のほか、家族の対象者に対する見方や家族と対象者との関係などについて気づいたことを、メモとして記載する。

⑦本票は、「評価のための評価」が目的ではなく、対象者の評価を行うことで、機能低下している項目や注意すべき事項が浮き彫りになる。訪問時には、評価に基づき、可能な範囲で助言を行う。

⑧評価の安定性を確保するために、原則的に、評価者は同じ人であることが望ましい。

事後アセスメントは、3か月後をめぐりに実施しますが、対象者の状態などに応じて、対応する。

自己効力感調査票

氏名： 評価者氏名： 評価日： 年 月 日

次の動作をするとき、転ばずにやりとげる自信はどれくらいありますか

		1. 全く自信がない	2. あまり自信がない	3. まあ自信がある	4. 大変自信がある
1	布団に入ったり、布団から起きあがる				
2	座ったり、立ったりする				
3	服を着たり、脱いだりする				
4	簡単な掃除をする (日常のちょっとした片付け、掃除)				
5	簡単な買い物をする (日常のちょっとした買い物)				
6	階段を下りる				
7	混雑した場所を歩く				
8	薄暗い場所を歩く				
9	両手にもものを持って歩く				
10	でこぼこした地面を歩く (芝生や砂利など)				

※「自己効力感」とは

(大田原市作成様式より)

風呂に入る、電話にすぐ対応するなど、日常の行動についてどの程度自信を持ってできるかという心理的側面を評価する指標です。特に、その行動がうまくいくための自分の能力に対する信念を自己効力感といいます。本調査票は、特に外出・転倒に対する自己効力感としての尺度です。

「閉じこもり度」自己チェック表：あなたの閉じこもり度チェックしましょう

- ① 次の①～④のそれぞれ5項目を自分の生活にあてはめて、() 内に点数を入れてください。
(点数あてはまる=2点 どちらともいえない=1点 あてはまらない=0点)
- ② ①～④の項目ごとに合計を出してください。項目内で5点以下の場合はその項目について注意が必要です。
- ③ ①～④の合計をたしてください。合計の得点が、閉じこもりの危険がないかの目安になります。

①健康管理

- 規則正しい生活をしている () 点
 - お茶などの水分をよく飲むようにしている () 点
 - バランスのよい食事を心がけている () 点
 - かかりつけのお医者さんが決まっている () 点
 - 定期的に健康診断を受けるようになっている () 点
- ①合計 () 点

*アドバイス：①の合計が5点以下の人は、健康管理をこころがけましょう。

②関心と意欲

- 何にでも積極的に取り組みたいと思う () 点
 - 世の中の動きやニュースに興味がある () 点
 - なにかに趣味をもっている () 点
 - 自分はおしゃれをするのが好き () 点
 - 保健や福祉の制度やサービスを1つ以上知っている () 点
- ②合計 () 点

*アドバイス：②の合計が5点以下の人は、自分が心から楽しめるものを探してみませんか。

③活動

- 身体を動かすのが好きだ () 点
 - よく散歩する () 点
 - 1日1回は外出する () 点
 - 家の中での役割をもっている () 点
 - スポーツ、習いごと、クラブ活動をしている () 点
- ③合計 () 点

*アドバイス：③の合計が5点以下の人は、軽い体操や散歩を生活にとりいれませんか。

④社会参加

- 気軽に話し合える仲間がいる () 点
 - 世代をこえた仲間がいる () 点
 - 近所の人と気軽にあいさつや立ち話をする () 点
 - 地域の行事やあつまりには積極的に参加する () 点
 - ボランティア活動をしている () 点
- ④合計 () 点

*アドバイス：④の合計が5点以下の人は、まず地域の好みのサークルに参加してみませんか。

30点以上の人：とりあえずは安心です。

今後もこの生活を大切にしてください。

19～29点の人：少し心配です。5点以下だった項目について、

生活を見直してください。

18点以下の人：心配です。生活を見直してみてください。

このままだと老化が進んでしまいます。

①～④の合計得点

() 点

(東京都衛生局健康推進部成人保健課作成様式より)