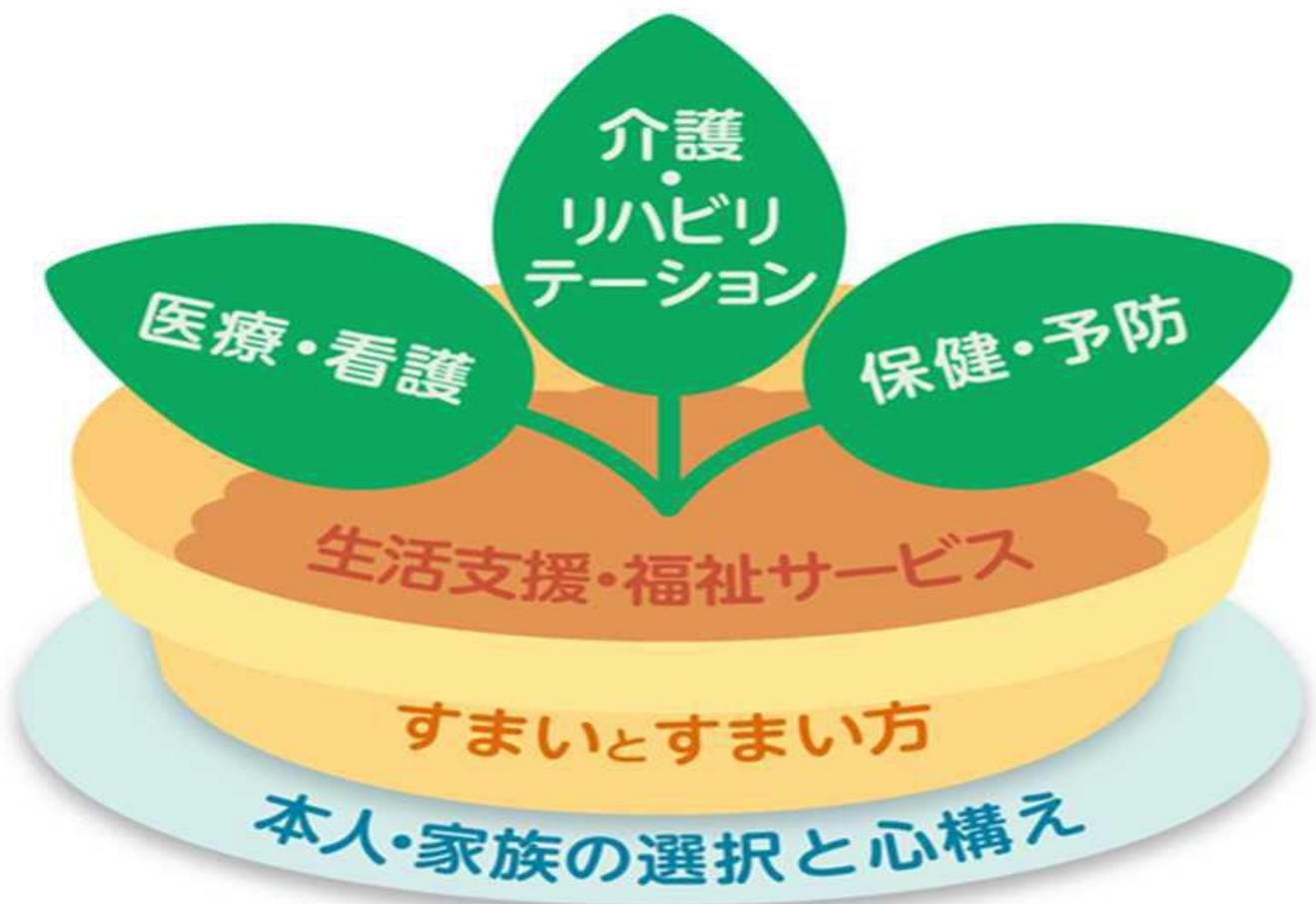


宇城市



介護予防・日常生活支援 総合事業評価マニュアル



<目次>

I. マニュアル作成の経緯	3
II. 宇城市介護予防・日常生活支援総合事業評価の全体	4
III. 宇城市介護予防・日常生活支援総合事業評価マニュアル	
1. 共通評価項目	5
(1) 評価項目および評価内容	
(2) 評価スケジュール	
2. 運動器の機能向上	6
(1) 評価項目および評価内容	
(2) 評価スケジュール	
3. 栄養改善	7
(1) 評価項目および評価内容	
(2) 評価スケジュール	
4. 口腔機能向上	8
(1) 評価項目および評価内容	
(2) 評価スケジュール	

様式①：宇城市生活機能評価表

様式②：宇城市介護予防・日常生活支援総合事業個別評価報告書

様式③：宇城市介護予防・日常生活支援総合事業施策プログラム評価報告書

様式④：個別評価シート（熊本県版）

様式⑤：宇城市（栄養改善）個別評価報告書

様式⑥：宇城市（口腔機能向上）個別評価報告書

資料①：熊本県測定マニュアル

資料②：VAS

資料③：SWEET16

資料④：簡易栄養状態評価表

マニュアル作成日 平成31年1月7日

I. マニュアル作成の経緯

本市で、介護予防・日常生活支援総合事業施策評価マニュアルを作成することで、①それぞれの事業所の自立支援の視点拡大や介護予防力の向上を推進し、サービス利用者が地域において自立した生活を送れること。②介護予防・日常生活支援総合事業の効果的推進により介護給付費の適正化および介護保険料高騰の抑制を図ること。これらを推進することを目的としています。

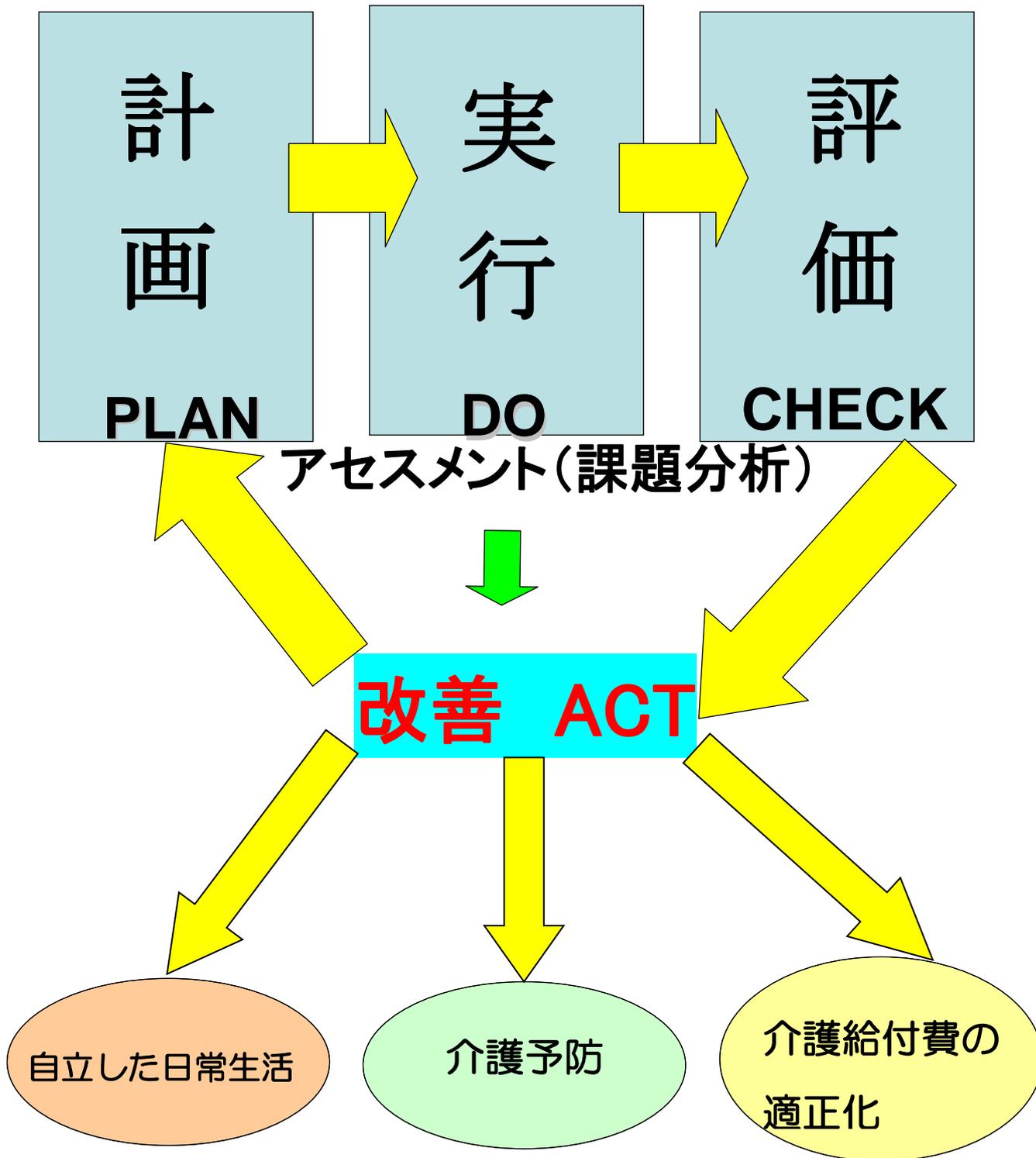
介護予防は、介護予防マニュアル改訂版(平成24年3月介護予防マニュアル改訂委員会作成)で「要介護状態の発生をできる限り防ぐ(遅らせる)こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと」と定義されています。

また、介護保険は、高齢者の自立支援を目指す一方で国民自らの努力について、介護保険法第4条で「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める」と定められています。

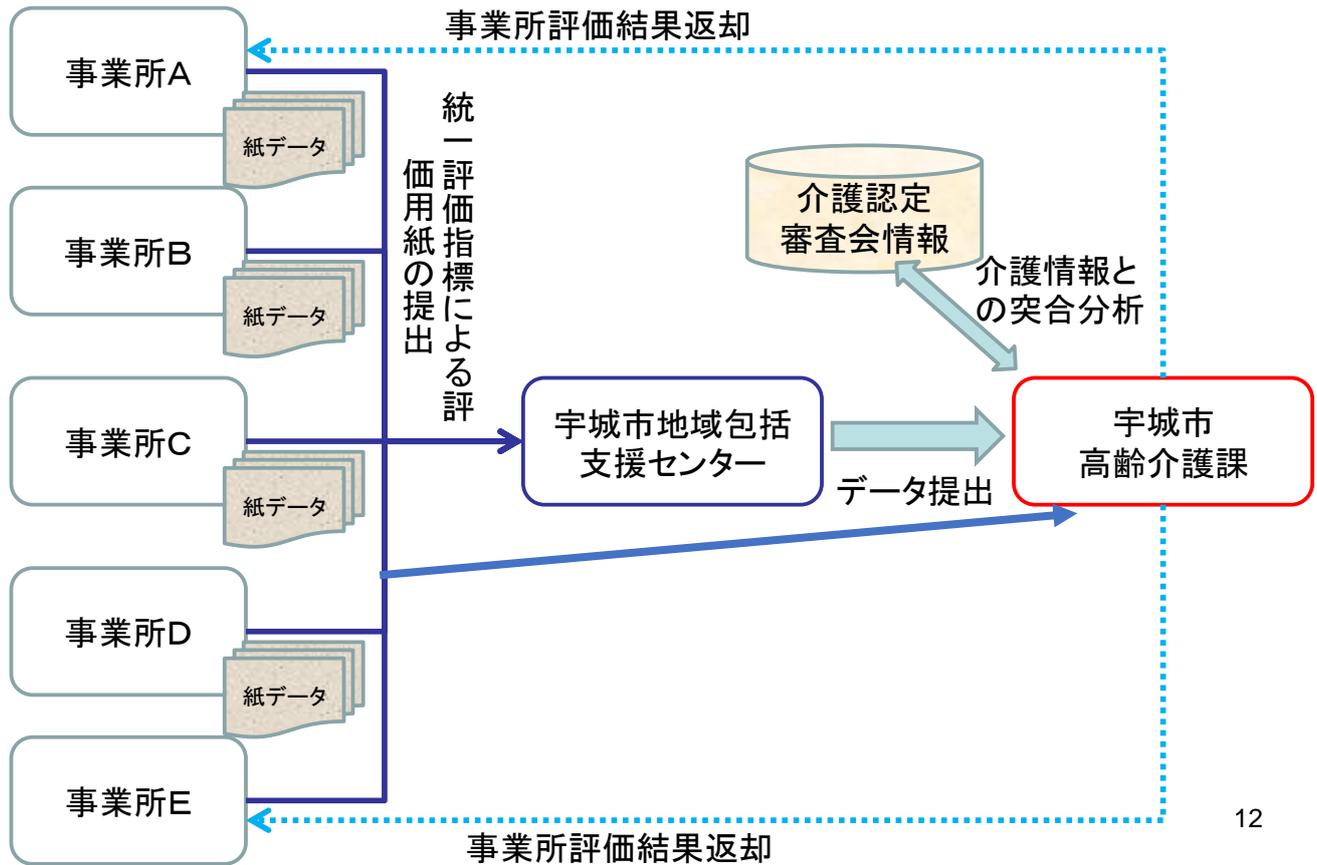
介護保険被保険者は、予防給付や総合事業等のニーズに応じたサービスを利用することが可能です。利用に当たっては、適切なサービス内容を公正中立に判断するために、地域包括支援センターや介護支援専門員等の専門職が介護予防ケアマネジメントを行い、サービス提供につなげています。

介護予防ケアマネジメントでは、多様なニーズや価値観がある中で、支援する側の知識・技術・価値観によって判断が変わることがあります。そのため、対人支援に関わる場合は、自らの判断だけではなく、地域ケア会議等を活用することで、積極的に多職種の見点を取り入れることが必要です。また、介護予防ケアマネジメントの利用者や要支援者等、サービス提供者が、介護保険制度の自立支援の理念や介護予防の重要性等を共有し、具体的な支援の在り方を考えることが重要です。

これらのことを踏まえて、より効果的に介護予防・日常生活支援総合事業を推進していくために、市の介護予防施策を評価するための統一した指標の設定、PDCA サイクルが繰り返される評価システムの構築、行政や介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者等の介護予防・自立支援のスキルアップのための評価システムの構築が重要であることから、今回、宇城市介護予防・日常生活支援総合事業施策評価マニュアルを作成しました。



Ⅱ. 宇城市介護予防・日常生活支援総合事業評価の全体像（指定事業所用）



12

地域支援事業受託事業所ならびに介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者は、宇城市における統一評価指標を利用し、サービス利用者の評価を行い、宇城市地域包括支援センター等に提出します。

保険者に集約された評価等（年度末の事業報告書含む）と、介護情報との突合分析により事業所評価を行います。（宇城市から適正化事業として評価事業を他の事業所へ委託します）

また、評価結果については、保険者、市の健康づくり部門、地域包括支援センター、地域リハビリテーション広域支援センター、評価者等からなる評価チーム会議で検討を行い、事業見直し等に活用します。

ただし、認知症予防指定事業所に関しては、認知症予防プログラムとして評価様式が別にあるため、この評価像からは除いております。

Ⅲ. 宇城市介護予防・日常生活支援総合事業評価マニュアル

1. 共通評価項目

(1) 評価項目および評価内容

次の3段階の評価指標を活用し、下記の①～⑥を評価します。

- ・ストラクチャー指標：事業を効果的かつ効率的に実施するための実施体制等に関する指標
- ・プロセス指標：事業を効果的かつ効率的に実施するための実施過程等に関する指標
- ・アウトカム指標：事業成果の目標に関する指標

①目標達成度

- ・事前に設定した介護予防サービス・支援計画上の目標が達成できたかを4段階（達成できた、まあまあ達成できた、あまり達成できなかった、達成できなかった）で評価
- ・介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、市、地域包括支援センター、居宅介護支援事所及びサービス事業提供者が、総合事業の趣旨や自立支援の重要性を共有し、連携する体制を構築できているか。
- ・相談にきた利用者に対し、総合事業の目的、内容、サービスメニュー及び手続方法について十分な説明を行っているか。
- ・介護予防ケアマネジメントに関する様式が統一されているか。
- ・介護予防・生活支援サービス事業の実施状況を把握しているか。
- ・介護予防・生活支援サービス事業の実施量と需要量の関係を的確に把握しているか。
- ・介護予防・生活支援サービス事業の実施状況の検証に基づき、次年度以降の実施計画の見直しを行っているか。
- ・要支援者及び介護予防・生活支援サービス事業対象者の個人情報共有されることについて、十分な説明を行い、同意を得ているか。
- ・年度ごとに介護予防・生活支援サービス事業の利用者について、利用前後の主観的健康観の変化を集計分析し、個人評価も含めた維持・改善割合により、介護予防・生活支援サービス事業の効果を評価。

②宇城市生活機能評価（基本チェックリスト）

宇城市生活機能評価票（様式①）を事前事後で聞き取り調査を行い、生活機能の改善度を評価します。なお、事前調査については、地域包括支援センターから提供される基本チェックリストを転記し、主観的健康感、生活満足度、介護予防の生活化の3項目（No26.27.28）を聞き取って補記します。

③プログラム参加意欲

プログラム参加意欲について参加者への聞き取りおよび担当者の観察によって総合的に評価を行います。

④プログラム満足度

プログラム満足度について参加者への聞き取りを行います。

⑤個別評価報告書

上記をまとめて個別評価報告書（様式②）を作成します。

⑥プログラム評価報告書

プログラム実施について、プロセス評価およびアウトプット評価を行い、プログラム評価報告書（様式③）を作成します。

(2) 評価スケジュール

事業開始前	事業終了後（3ヶ月後）	
① 介護予防サービス・支援計画上の目標の確認 ② 宇城市生活機能評価表（No26.27.28）の聞き取り	① 目標達成度の評価（4段階） ② 宇城市生活機能評価の聞き取り（様式①） ③ プログラム参加意欲評価 ④ プログラム満足度の聞き取り ⑤ 個別評価報告書（様式②）の作成 ⑥ プログラム評価報告書（様式③）の作成	① 個別評価入力シートへの入力・記入 ② 地域包括支援センターへ紙およびデータで提出

※報告様式の中の個別評価に関しては、熊本県様式を活用していきますので、文言等が旧事業のままになっている箇所は、修正し使用してください。

※資料①の測定マニュアル(平成24年度版)に関しては、変更はありませんので、引き続き使用していきます。

2. 運動器の機能向上

(1) 評価項目および評価内容

①身体機能評価

身体機能測定項目を熊本県測定マニュアル（資料①）に沿って測定し、測定結果を事前事後で比較し、身体機能の改善度を評価します。

②痛みの評価

VAS（Visual Analogue Scale）により部位別に痛みを事前事後で比較し、痛みの改善度を評価します。（資料②）

③個別評価シート（熊本県版）

上記①～②をまとめて個別評価シート（様式④）を作成します。

※SWEET16（資料③）は、事業の前後に各事業所において実施するものとします。
ただし、他に認知機能評価として使用するものがあれば、報告時に別に添付します。

(2) 評価スケジュール

事業開始前	事業終了後（3ヶ月後）	
①熊本県測定マニュアルに沿って事前評価	①熊本県測定マニュアルに沿って、事後評価 ②個別評価シート（様式④）作成	①個別評価入力シートへの入力・記入 ②地域包括支援センターへ紙およびデータで提出

3. 栄養改善

(1) 評価項目および評価内容

①形態測定

身長・体重を事前事後で測定し、体重の変化を評価します。

②血清アルブミン値

必要時血液検査を行い、血清アルブミン値の変化を評価します。

③自己実現の課題とその意欲

参加者個人の栄養改善に関する自己実現の課題についての改善意欲について事前事後で評価します。

④プログラム参加意欲

プログラム参加意欲について参加者への聞き取りおよび担当者の観察によって評価をします。

⑤プログラム満足度

プログラム満足度について参加者への聞き取りを行います。

⑥個別評価報告書

上記①～⑤をまとめて個別評価報告書（様式⑤）を作成します。

(2) 評価スケジュール

事業開始前	事業終了後（3ヵ月後）	
① 形態測定	① 形態測定	① 評価入力シートへの入力・記入
② 血清アルブミン測定(必要時) (健診等の結果を把握)	② 血清アルブミン測定(必要時)	② 地域包括支援センターへ紙およびデータで提出
③ 自己実現の意欲について 聞き取り調査を行う	③ 自己実現の意欲について 聞き取り調査を行う	
④ プログラム参加意欲	④ プログラム参加意欲	
⑤ 食事内容の確認、問題点の把握	⑤ プログラム満足度	
	⑥ 個別評価報告書（様式⑤） の作成（食事内容の課題改善）を含む	

4. 口腔機能向上

(1) 評価項目および評価内容

①QOL

設定された質問項目について聞き取りを行い、事前事後で評価を行います。

②食事

設定された質問項目について聞き取りを行い、事前事後で評価します。

③衛生

設定された質問項目について視診を行い、事前事後で評価します。

④機能

オーラル・ディアドコキネシスは10秒間の間に「パ」「タ」「カ」の発音をそれぞれ何回繰り返すことができたかをカウントし、1秒あたりの回数を求める。小数点第1位まで求め、事前事後で評価を行います。口の膨らましは観察によって評価します。

また、反復唾液嚥下テスト（RSST）は、反復してから嚥下を指示し、1回目・2回目・3回目の積算時間をカウントします。口腔乾燥がある場合は、少量の水などで口腔内を潤してもかまわない。

⑤プログラム参加意欲

プログラム参加意欲について参加者への聞き取りおよび担当者の観察によって評価を行います。

⑥プログラム満足度

プログラム満足度について参加者への聞き取りを行います。

⑦個別評価報告書

上記①～⑥をまとめて個別評価報告書（様式⑥）を作成します。

(2) 評価スケジュール

事業開始前	事業終了後（3ヵ月後）	
① QOL ② 食事 ③ 衛生 ④ 機能 ⑤ プログラム参加意欲	① QOL ② 食事 ③ 衛生 ④ 機能 ⑤ プログラム参加意欲 ⑥ プログラム満足度 ⑦ 個別評価報告書（様式⑥） の作成	① 評価入力シートへの入力・記入 ② 地域包括支援センターへ紙およびデータで提出

宇城市生活機能評価票（総合事業・一般介護予防事業）

様式①

調査日 年 月 日

ふりがな		性別	男・女
氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日
住所	宇城市	年齢	歳
要介護度	認定なし・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2		

NO	質問項目	回答		事業所使用欄	
		0. はい	1. いいえ		
1	バスや電車で一人で外出しますか	0. はい	1. いいえ	①1~20の項目のうち10項目以上に該当	IADL
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ		/5
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	家族や有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		
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		/5 3/5以上
8	15分くらい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ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	③栄養	
12	身長()cm 体重()kg BMI()	1. 18.5以上	0. 18.5未満	/2 2/2以上	
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	④口腔	
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		/3 2/3以上
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	閉じこもり	
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		/2
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	/20	認知
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ときがありますか	1. はい	0. いいえ		/3
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	うつ	
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていた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は思えない	1. はい	0. いいえ		
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような気がする	1. はい	0. いいえ		/5
26	ご自分の健康についてどのようにお考えですか	□5.とても健康 □4.まあまあ健康 □3.ふつう □2.あまり健康でない □1.健康でない		左記の“1”に該当した数を集計します。 ※BMIは18.5未満	
27	現在の生活に満足していますか	□5.とても満足 □4.まあまあ満足 □3.ふつう □2.あまり満足していない □1.満足していない			
28	ご自宅でストレッチや筋力トレーニング、軽い体操を行っていますか	□4.いつも行っている □3.まあまあ行っている □2.あまり行っていない □1.まったく行っていない			

宇城市介護予防・日常生活支援総合事業個別評価報告書（総合事業・一般介護予防事業）

宇城市役所 高齢介護課

宇城市地域包括支援センター

担当者 様
利用者 様

作成日 年 月 日

【作成】

事業所：

作成者：

	評価項目	サービス開始時	サービス終了時
		(年 月 日)	(年 月 日)
1	介護予防サービス・支援 計画上の目標に合わせて 設定した目標および目標 達成度	【目標】 【評価】 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 (達成できた) (まあまあ達成できた) (あまり達成できなかった) (達成できなかった) 【状況】	
2	主観的健康感	<input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 1.
3	生活満足度	<input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 1.
4	介護予防の生活化	<input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 1.
5	I ADL	/5	/5
6	運動器の機能向上	/5	/5
7	栄養改善	/2	/2
8	口腔ケア	/3	/3
9	閉じこもり予防	/2	/2
10	認知症予防	/3	/3
11	うつ予防	/5	/5
12	生活機能	/20	/20
13	プログラム参加意欲	<input type="checkbox"/> 5.とても積極的 <input type="checkbox"/> 4.まあまあ積極的 <input type="checkbox"/> 3.どちらでもない <input type="checkbox"/> 2.あまり積極的ではない <input type="checkbox"/> 1.消極的	<input type="checkbox"/> 5.とても積極的 <input type="checkbox"/> 4.まあまあ積極的 <input type="checkbox"/> 3.どちらでもない <input type="checkbox"/> 2.あまり積極的ではない <input type="checkbox"/> 1.消極的
14	プログラム満足度	<input type="checkbox"/> 5.とても満足 <input type="checkbox"/> 4. まあまあ満足 <input type="checkbox"/> 3.どちらでもない <input type="checkbox"/> 2.あまり満足していない <input type="checkbox"/> 1. 不満足	

宇城市介護予防・日常生活支援総合事業プログラム評価報告書(総合事業・一般介護予防事業)

プログラム名(運動器機能向上・栄養改善・口腔機能向上)

プログラム実施期間(年 月～ 年 月分)

宇城市役所 高齢介護課

宇城市地域包括支援センター

担当者 様

作成日 年 月 日

【作成】

事業所:

作成者:

1. プロセス評価

	評価項目	評価	備考・改善する点
1	各介護予防プログラムを実施する前後において、事業参加者の生活機能についてアセスメントの実施をしましたか。	4 できた 3 まあまあできた 2 あまりできなかった 1 できなかった	
2	参加者全員に対して、参加の目標、参加者のニーズなどを確認して個別サービス計画書を作成しましたか。	4 できた 3 まあまあできた 2 あまりできなかった 1 できなかった	
3	参加者全員に対して、各介護予防プログラムの目的、注意事項など重要事項の説明を行いましたか。	4 できた 3 まあまあできた 2 あまりできなかった 1 できなかった	
4	参加状況やアセスメント結果などの個人情報の取り扱いについて、参加者に説明し同意を得ていますか。	4 できた 3 まあまあできた 2 あまりできなかった 1 できなかった	
5	各介護予防プログラムの実施状況、目標の達成度などをモニタリングする体制を整備していますか。	4 できた 3 まあまあできた 2 あまりできなかった 1 できなかった	
6	各介護予防プログラム終了後に、修了者の状況をフォローアップする体制が整っていますか。	4 できた 3 まあまあできた 2 あまりできなかった 1 できなかった	
7	参加者が主体的に取り組めるような楽しい雰囲気のパログラム提供ができましたか。	4 できた 3 まあまあできた 2 あまりできなかった 1 できなかった	

2. アウトプット評価

プログラム名	運動器機能向上 ・ 栄養改善 ・ 口腔機能向上		
	目標	実績	達成率
開催回数	回	回	%
登録者数	名	名	%
参加者数	名	名	%
修了者数・割合	名 (80%)	名 (%)	%
中断者数・割合		名 (%)	

※修了者：開催回数の8割以上参加した参加者

宇城市介護予防・日常生活支援総合事業(栄養改善)個別評価報告書(総合事業・一般介護予防事業)

宇城市役所 高齢介護課

宇城市地域包括支援センター

担当者 様

利用者 様

作成日 年 月 日

【作成】

事業所：

作成者：

	低栄養のリスク	サービス開始時 (年 月 日)	サービス終了時(6ヵ月後) (年 月 日)
1	身長	cm	cm
	体重	kg	kg
	BMI		
	血清アルブミン値	(g/dl)	(g/dl)
2	自己実現の課題と その意欲	【自己実現の課題】	
		<input type="checkbox"/> 5.とても積極的 <input type="checkbox"/> 4.まあまあ積極的 <input type="checkbox"/> 3.どちらでもない <input type="checkbox"/> 2.あまり積極的ではない <input type="checkbox"/> 1.消極的	<input type="checkbox"/> 5.とても積極的 <input type="checkbox"/> 4.まあまあ積極的 <input type="checkbox"/> 3.どちらでもない <input type="checkbox"/> 2.あまり積極的ではない <input type="checkbox"/> 1.消極的
3	計画の概要と 実施状況		
4	プログラム満足度	<input type="checkbox"/> 5.とても満足 <input type="checkbox"/> 3.どちらでもない <input type="checkbox"/> 2.あまり満足していない	<input type="checkbox"/> 4. まあまあ満足 <input type="checkbox"/> 1. 不満足
5	【地域包括支援センター等への報告事項：評価者コメント】		
	サービス継続の必要性：なし・あり ※サービス終了時のフォロー体制：		

宇城市介護予防・日常生活支援総合事業(口腔機能向上)個別評価報告書(総合事業・一般介護予防事業)

宇城市役所 高齢介護課

宇城市地域包括支援センター

担当者 様

利用者 様

作成日	年	月	日
【作成】			
事業所：			
作成者：			

		評価項目	サービス開始時 (年 月 日)	サービス終了時 (3ヵ月後) (年 月 日)
1	Q O L	食事が楽しみですか	<input type="checkbox"/> 5.とても楽しみ <input type="checkbox"/> 4.楽しみ <input type="checkbox"/> 3.どちらでもない <input type="checkbox"/> 2.楽しくない <input type="checkbox"/> 1.まったく楽しくない	<input type="checkbox"/> 5.とても楽しみ <input type="checkbox"/> 4.楽しみ <input type="checkbox"/> 3.どちらでもない <input type="checkbox"/> 2.楽しくない <input type="checkbox"/> 1.まったく楽しくない
		食事をおいしく食べていますか	<input type="checkbox"/> 5.とてもおいしい <input type="checkbox"/> 4.おいしい <input type="checkbox"/> 3.どちらでもない <input type="checkbox"/> 2.あまりおいしくない <input type="checkbox"/> 1.おいしくない	<input type="checkbox"/> 5.とてもおいしい <input type="checkbox"/> 4.おいしい <input type="checkbox"/> 3.どちらでもない <input type="checkbox"/> 2.あまりおいしくない <input type="checkbox"/> 1.おいしくない
		しっかりと食事が摂れていますか	<input type="checkbox"/> 5.よく摂れている <input type="checkbox"/> 4.摂れている <input type="checkbox"/> 3.どちらでもない <input type="checkbox"/> 2.あまり摂れていない <input type="checkbox"/> 1.摂れていない	<input type="checkbox"/> 5.よく摂れている <input type="checkbox"/> 4.摂れている <input type="checkbox"/> 3.どちらでもない <input type="checkbox"/> 2.あまり摂れていない <input type="checkbox"/> 1.摂れていない
		お口の健康状態は どうですか	<input type="checkbox"/> 5.よい <input type="checkbox"/> 4.まあよい <input type="checkbox"/> 3.どちらでもない <input type="checkbox"/> 2.あまりよくない <input type="checkbox"/> 1.よくない	<input type="checkbox"/> 5.よい <input type="checkbox"/> 4.まあよい <input type="checkbox"/> 3.どちらでもない <input type="checkbox"/> 2.あまりよくない <input type="checkbox"/> 1.よくない
2	食 事	食事への意欲はありますか	<input type="checkbox"/> 3.ある <input type="checkbox"/> 2.あまりない <input type="checkbox"/> 1.ない	<input type="checkbox"/> 3.ある <input type="checkbox"/> 2.あまりない <input type="checkbox"/> 1.ない
		食事中や食後のむせ	<input type="checkbox"/> 3.ない <input type="checkbox"/> 2.あまりない <input type="checkbox"/> 1.ある	<input type="checkbox"/> 3.ない <input type="checkbox"/> 2.あまりない <input type="checkbox"/> 1.ある
		食事中の食べこぼし	<input type="checkbox"/> 3.ない <input type="checkbox"/> 2.多少はこぼす <input type="checkbox"/> 1.多量	<input type="checkbox"/> 3.ない <input type="checkbox"/> 2.多少はこぼす <input type="checkbox"/> 1.多量
		食事中や食後のタンのからみ	<input type="checkbox"/> 3.ない <input type="checkbox"/> 2.時々ある <input type="checkbox"/> 1.ある	<input type="checkbox"/> 3.ない <input type="checkbox"/> 2.弱い <input type="checkbox"/> 1.強い
3	衛 生	口臭	<input type="checkbox"/> 3.ない <input type="checkbox"/> 2.弱い <input type="checkbox"/> 1.強い	<input type="checkbox"/> 3.ない <input type="checkbox"/> 2.弱い <input type="checkbox"/> 1.強い
		食物残渣	<input type="checkbox"/> 3.なし、少量 <input type="checkbox"/> 2.中程度 <input type="checkbox"/> 1.多量	<input type="checkbox"/> 3.なし、少量 <input type="checkbox"/> 2.中程度 <input type="checkbox"/> 1.多量
		舌苔	<input type="checkbox"/> 3.なし、少量 <input type="checkbox"/> 2.中程度 <input type="checkbox"/> 1.多量	<input type="checkbox"/> 3.なし、少量 <input type="checkbox"/> 2.中程度 <input type="checkbox"/> 1.多量
		義歯あるいは歯の汚れ	<input type="checkbox"/> 3.なし、少量 <input type="checkbox"/> 2.中程度 <input type="checkbox"/> 1.多量	<input type="checkbox"/> 3.なし、少量 <input type="checkbox"/> 2.中程度 <input type="checkbox"/> 1.多量
		口腔衛生習慣（声かけの必要性）	<input type="checkbox"/> 2.必要なし <input type="checkbox"/> 1.必要あり	<input type="checkbox"/> 2.必要なし <input type="checkbox"/> 1.必要あり
4	機 能	反復唾液嚥下テスト (RSST)の積算時間	1回目 () 秒 2回目 () 秒 3回目 () 秒	1回目 () 秒 2回目 () 秒 3回目 () 秒
		オーラルディアド コキネシス	パ () 回/秒 タ () 回/秒 カ () 回/秒	パ () 回/秒 タ () 回/秒 カ () 回/秒
		頬の膨らまし	<input type="checkbox"/> 3.左右十分可能 <input type="checkbox"/> 2.やや十分 <input type="checkbox"/> 1.不十分	<input type="checkbox"/> 3.左右十分可能 <input type="checkbox"/> 2.やや十分 <input type="checkbox"/> 1.不十分

～測定マニュアル(平成 24 年度版)～

H24.4.25

このマニュアルは開眼片脚立位時間(開眼閉脚立位時間・継ぎ足肢位保持時間)、TUG、5m通常・最大歩行時間、握力の測定方法を記載しております。

◎全ての検査項目において、転倒等のリスクに配慮し実施してください。

◎検査は全て、踵の低い靴もしくは裸足で行ってください。

◎疼痛等の訴えがある場合や新たに出現した場合、気分不良がある場合は無理せずに中止してください。

◎全ての検査項目は、各検査前に一度検査者が実際にやって見せて被検者が理解してから行います。

◎データ入力の際は、良いほうの値を入力してください。(2回測定項目の場合・左右測定項目は左右問わず一番いい値を入力)

開眼片脚立位時間

○測定の手順

「新体カテスト」に基づき行います。

- ①両手を腰に当て、片脚を床から5 cm程度挙げた状態で行います。
- ②検査前に1～2回練習させてから、左右それぞれ2回ずつ測定します。
- ③計測時間は、最長120秒までとします。

○測定上の注意・配慮

- ①終了の条件は a) 挙げた足が支え足や床に触れた場合、
b) 支え足の位置がずれた場合、
c) 腰にあてた両手、もしくは片手が腰から離れた場合
d) 支え足あるいは挙げた足が大きく振れてバランスをとるような場合
- ②検査者の片足を挙げて合図をし、被験者がそれにならって片足立ちになったときから計測するとよい。
- ③計測時間とは支え足の時間を記載します。(左片足立ちの場合・・・評価用紙の左に記載)
- ④片足立ちができなかった場合は『0』と記載します。
- ⑤左右2回ずつ測定するが、左右関係なく一番いい値を集団シートに記載します。(小数点第1位まで)
- ⑥1回目で最長2分経過した場合は、2回目は実施しなくてよい。



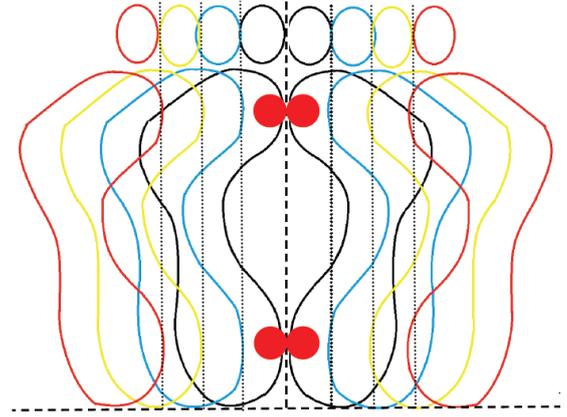
※両足立位足間距離

開眼片脚立位時間で **15秒未満**であった者を対象とする。

○準備物

- ・ストップウォッチ
- ・閉脚立位シート

(●0cm: 4点, ●5cm: 3点, ●10cm: 2点,
●15cm: 1点, 15cmでも保持困難: 0)



○測定の手順

- ①左右のつま先及び踵をしっかりつけた位置で30秒間立位保持できるかストップウォッチで測定。
- ②立位保持できない場合は、0cm→5cm→10cm→15cmと5cm刻みで足隔を開いていく。

※継ぎ足肢位保持時間

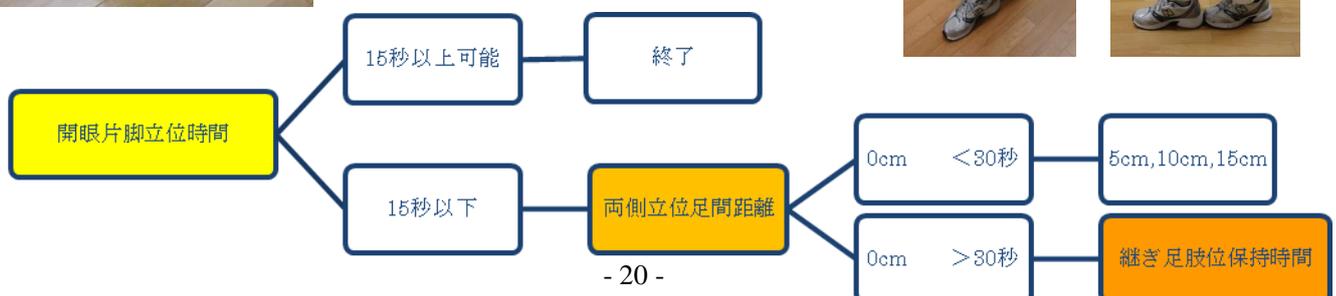
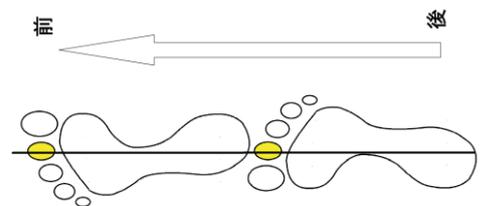
閉脚立位距離で、**0cmで30秒以上保持が可能だった者**を対象とする。

○準備物

- ・ストップウォッチ
- ・タンデムシート

○測定の手順

- ①左(右)のつま先と右(左)の踵をしっかりつけた位置で保持できる時間をストップウォッチで測定。
(左右両方とも前後で入れ替えて両側とも測定を行います。その際、左右均等に体重がかかるように注意します。)
- ※上肢に関しては、楽に肘を伸ばした状態、体幹にくっつけるます。
- ②左右問わず、どちらか良い数値を集団シートに記載します。



Time up and go (TUG) test

○準備物

- ・ストップウォッチ
- ・肘掛のない椅子
- ・目印用のコーンもしくはペットボトル等



○器具の配置

- ①椅子からコーンの端までの距離を3m(椅子の前方とコーンの『奥端』を基準に合わせてください)。
- ②椅子とコーンの周囲には障害物がないようにします。2人の人間が歩くスペースを確保します。

○測定の手順

椅子から立ち上がり、3m先の目印(コーン)を回り再び椅子に座るまでの時間を測定します。

- ①スタート前の姿勢は椅子の背もたれ及び座面にしっかり体をつけておく。両手を膝の上に置いておきます。
- ②検査者が「ハイ！」と言った時点から被験者が歩いてお尻が椅子に触れるまでの時間をストップウォッチで測定します。(小数点第2位まで)
- ③回り方(右回り・左回り)は被験者の自由とします。
- ④一回練習を設ける。測定は2回測定します。(小数点第1位まで)



○測定上の注意

- ①測定開始前に背もたれから背中が離れないようにします。
声かけは「よーい…スタート」や「スタート」の声かけは止めて「ハイ！」に統一します。
- ②できるだけ急いでもらうが走らない。
声をかける内容は「できるだけ速く回ってください」と統一します。
- ③1人は転倒しないように側方で監視しながら一緒に歩きます。
- ④立つ場合は膝以外の椅子などを支えにして立つてはならない。
⇒ 歩行補助具を使用しており、かつ支えにして立つ場合には記載します。
- ⑤床に足がつかない場合は、しっかりつくように少し前にきてもよい。
- ⑥コーンに触れて方向転換はしないようにします。
- ⑦耳が聞こえにくい、耳が聞こえない方は「ハイ！」の声かけを肩をたたく、もしくはボードで示して合図をします。
- ⑧歩行補助具使用の場合は使用する装具の種類を記載します。

5m通常・最大歩行時間

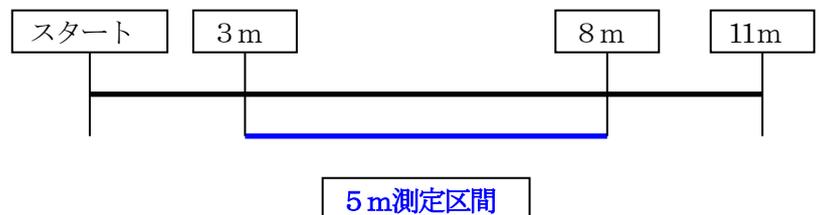
予備路3mずつと測定期間5mの計11mを確保し、対象者に歩いてもらいます。

○測定の手順

- ①足が測定区間始まりのテープ（3m地点）にのったもしくは越えた時点から足が測定区間終わりのテープ（8m地点）にのるもしくは越えた時点の所要時間をストップウォッチで測定します。
- ②指示は「前方の〇〇に向かっていつも歩いているように歩いてください」目印を設置してもよい。目印まで（11m地点まで）歩き抜けるように指示します。
（最大の場合には「前方の〇〇に向かってできるだけ早く歩いてください」）に統一します。
- ③通常・最大2回ずつ測定します。（小数点第1位まで）

○測定上の注意・配慮

- ①ゴールの5mより先の予備路3mのテープまで歩きます。
- ②補装具の使用があれば種類を記載します。
- ③5mはしっかり確保して頂き、予備路は1mずつで構いません。その際、評価用紙にその旨を記載します。



握力

○準備物

- ・スメドレー式の握力計（グリップ幅を調整できるもの）もしくはデジタルの握力計

○測定の手順

- ①基本は椅子に座って行います。場合によっては立位でも良い。また、評価開始・終了時で姿勢は統一します。
- ②人差し指の指先から2番目の関節が、**握力計と直角**になるようにグリップを調整します。

○測定上の注意・配慮

- ①握力計のパネル面と垂直に立ちます（極端に肘や肩を動かさないように防止）。
- ②反対の手で押さえない、手を振らない、体を傾けてはいけない、椅子の場合は椅子に押さえつけない。
- ③指示は「**フーッと息を吐きながら、身体に腕をつけないように、ジワッと手を握って下さい**」に統一します。
- ④一回目と二回目も同一姿勢で行う。開始時と終了時でも同様に姿勢が変わらないように注意します。
- ⑤左右2回ずつ測定し、**一番いい値**を集団シートに記載します。（小数点第1位）

<連絡先> 熊本大学医学部附属病院 リハビリテーション部
TEL096-373-7084 FAX096-373-7083 shin-baba@fc.kuh.kumamoto-u.ac.jp
問い合わせ時間 8:30~9:00 12:00~13:00
大串 幹・西 佳子 嶋村梨紗・馬場晋平・芳田なおみ

測定マニュアルに関するQ&A（平成24年度）

<評価表について>

Q1. その他にある骨折の既往はどの時期までさかのぼるのか？

A: 評価に影響を及ぼしている既往を記入してください。

Q2. 新たな病気等で事業が途中中断になった場合はどうすればよいでしょうか？

A: その際には途中中断や不参加の理由を記載してください。

Q3. 個人評価シートと集団シートの記入項目順番やありなしの順番をそろえてほしい。

A: 新たに改訂し送付いたします。

Q4. TUGは昨年までは小数点第2位までであったが、今年度より第1位までで片脚立位時間と握力に関しては左右記載をしなくてもよいのか？

A: 今回は小数点を第1位に簡素化しました。第2位でも構いません。

片脚立位時間と握力に関しては、個人シートのみ左右記載欄を設けて記入できるようにします。

Q5. 両足立位足間距離の入力の仕方で色つけや数字を書くのは大変である。

A: 個人シートには○で囲める方法で入力を簡素化します。

<両足立位足間距離について>

Q1. 片脚立位時間は15以下ではなく、15秒未満では？

A: 片脚立位時間 **15秒以下ではなく15秒未満**に訂正します。

Q2. 片脚立位時間は右だけもしくは左だけどちらか15秒未満なら両足立位足間距離をするのか？

A: 左右どちらか15秒以上可能であれば、両足立位足間距離は実施せず、左右とも15秒未満である場合が該当者です。

Q3. 拘縮や変形でシートの足に合わせて乗せることができない場合の基準はどうしたらいいか？

A: 拘縮や変形等でシートの足跡に合わせて乗ることができない場合は、つま先あるいは踵をできるだけ近付けた状態で行っていただき、左右の足底が最大に離れている場所の足間距離を記載してください。

<継ぎ足肢位保持時間について>

Q1. 最大何秒もしくは何分保持ですか？

A: **最大30秒**保持までになります。

Q2. どの姿勢保持から開始スタートをすればよいですか？

A: ビニールテープ上に左右の人差し指が線上にくるようにあわせて立ちます。その際上肢は **バランス**をとらないように下垂位できた姿勢からスタートさせます。

Q3. 転倒に注意するような記載はあったほうがいいと思います。

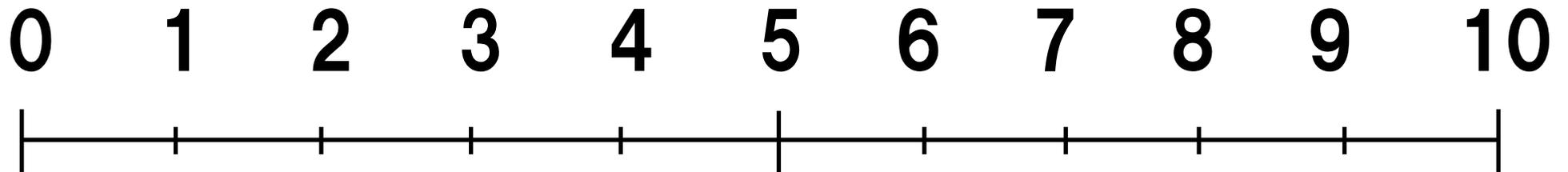
A: マニュアルに記載するようにします。

Q4. どうしても転倒の危険がありできそうにない場合は？

A: 行わなかった場合には空欄、行ったができなかった場合は **0秒**と記載してください

痛みの評価

あなたの今の痛みの度合いの数字を示して下さい。0は全く痛くない、10は想像できる最悪の痛みです。



全く痛くない

想像できる
最悪の痛み

SWEET16

質問用紙

質問内容		解答				点数
1.	今年は何年ですか。	西暦	年	平成	年	1・0
2.	今日の日付は何ですか。				日	1・0
3.	今日は何曜日ですか。				曜日	1・0
4.	今月は、何月ですか。				月	1・0
5.	私たちが今いるところはどこですか。 (私たちがいるところは、何という名前ですか)					1・0
6.	私たちは何市にいますか。		市・郡		町・村	1・0
7.	私たちは何県にいますか。				県	1・0
8.	私たちがいるのは何階ですか。 (私たちがいるのは、どんなところですか。)				階	1・0
9.	私が今から言う3つの言葉を覚えてください。 私が言った後で、繰り返して行ってください。 数分後に3つの言葉がなんだったか聞きますので、覚えておいてください。 3つの言葉は、“リンゴ”・“机”・“コイン”です。					
10.						
11.		リンゴ				1・0
			机			1・0
			硬貨			1・0
12.	今から私がいくつか数字を言うので、そのままの順番で答えてください。		2-4-9			
13.	また私がいくつかの数字を言うので、今度は、私が言った数字を逆の順番で答えてください。 例えば“1-2-3”といったら、“3-2-1”という風に答えてください。 一度練習してみましょう。“7-1-9” 次からが本番です。“4-1-5”、“3-2-7-9”		8-5-2-7			
			7-1-9			
			4-1-5			1・0
			3-2-7-9			1・0
14.	私が、数分前に覚えてくださいと言った3つの言葉を答えてください。 (答えられない場合：果物-家具-お金)		リンゴ			1・0
15.			机			1・0
16.			硬貨			1・0
			合計			/16

【14 ~ 16点 : 認知障害なし

13点以下 : 何らかの認知障害あり】

簡易栄養状態評価表

Mini Nutritional Assessment-Short Form

MNA[®]

氏名: _____

性別: _____ 年齢: _____ 体重: _____ kg 身長: _____ cm 調査日: _____

下の口欄に適切な数値を記入し、それらを加算してスクリーニング値を算出する。

スクリーニング**A** 過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事が減少しましたか？

- 0 = 著しい食事量の減少
 1 = 中等度の食事量の減少
 2 = 食事量の減少なし

B 過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか？

- 0 = 3 kg 以上の減少
 1 = わからない
 2 = 1~3 kg の減少
 3 = 体重減少なし

C 自力で歩けますか？

- 0 = 寝たきりまたは車椅子を常時使用
 1 = ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない
 2 = 自由に歩いて外出できる

D 過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか？

- 0 = はい 2 = いいえ

E 神経・精神的問題の有無

- 0 = 強度認知症またはうつ状態
 1 = 中程度の認知症
 2 = 精神的問題なし

F1 BMI (kg/m²) : 体重(kg)÷身長(m)²

- 0 = BMI が19 未満
 1 = BMI が19 以上、21 未満
 2 = BMI が21 以上、23 未満
 3 = BMI が23 以上

BMI が測定できない方は、F1 の代わりに F2 に回答してください。
 BMI が測定できる方は、F1 のみに回答し、F2 には記入しないでください。

F2 ふくらはぎの周囲長(cm) : CC

- 0 = 31cm未満
 3 = 31cm以上

スクリーニング値

(最大: 14ポイント)

12-14 ポイント: 栄養状態良好
8-11 ポイント: 低栄養のおそれあり (At risk)
0-7 ポイント: 低栄養

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
 さらに詳しい情報をお知りになりたい方は、www.mna-elderly.com にアクセスしてください。