

表5 盲検群における各項目の改善のU 検定 (治療群と対照群の比較)

	治療群		対照群		p値
	中央値	平均値	中央値	平均値	
意識レベルと知的評価					
意識レベル	0	0.13	0	-0.1	####
ひと	0	0.06	0	0.04	####
計算	0	-0.05	0	0.1	####
ADL (FIM)					
食事	0	0.41	0	0.07	#### *
更衣(上半身)	0	0.38	0	-0.1	#### *
移乗(ベッド・*	0	0.27	0	0.2	####
表出	0	0.29	0	0.36	####
FIM合計	1	1.34	0	0.55	#### *
QOL(フェイススケール)					
調査者による	0	0.11	0	-1.2	####
本人の判断	0	-1.64	0	0.06	####
食事内容					
食事内容	0	0.13	0	0.11	####
口腔機能評価 自覚症状					
義歯の保有の有	0	0.1	0	-0	####
義歯使用の有無	0	0.11	0	-0.1	####
入れ歯の使い具	0	0.36	0	0.13	####
義歯はずすか	0	0.1	0	-0.1	####
口の中の痛み	0	-0.11	0	-0.1	####
食べたときの痛	0	0.07	0	-0.1	####
歯ぐきの腫れ	0	0.1	0	0	####
口腔乾燥	0	-0.04	0	0.11	####
ものを噛めるか	0	0.14	0	-0	####
飲み込み	0	0.02	0	0.03	####
喉の詰まった感	0	0.11	0	0.06	####
Saxon test	0.18	0.01	0.18	0.05	####
かみ切れるもの	1	0.32	0	0.14	####
ガムテスト	-0.08	-0.09	-0.08	-0.1	####
咬合力 右	0.013	0.01	0.004	0.01	####
咬合力 左	0.014	0.01	0.004	-0	####

* p<0.05

図1 盲検群におけるFIM得点の変化

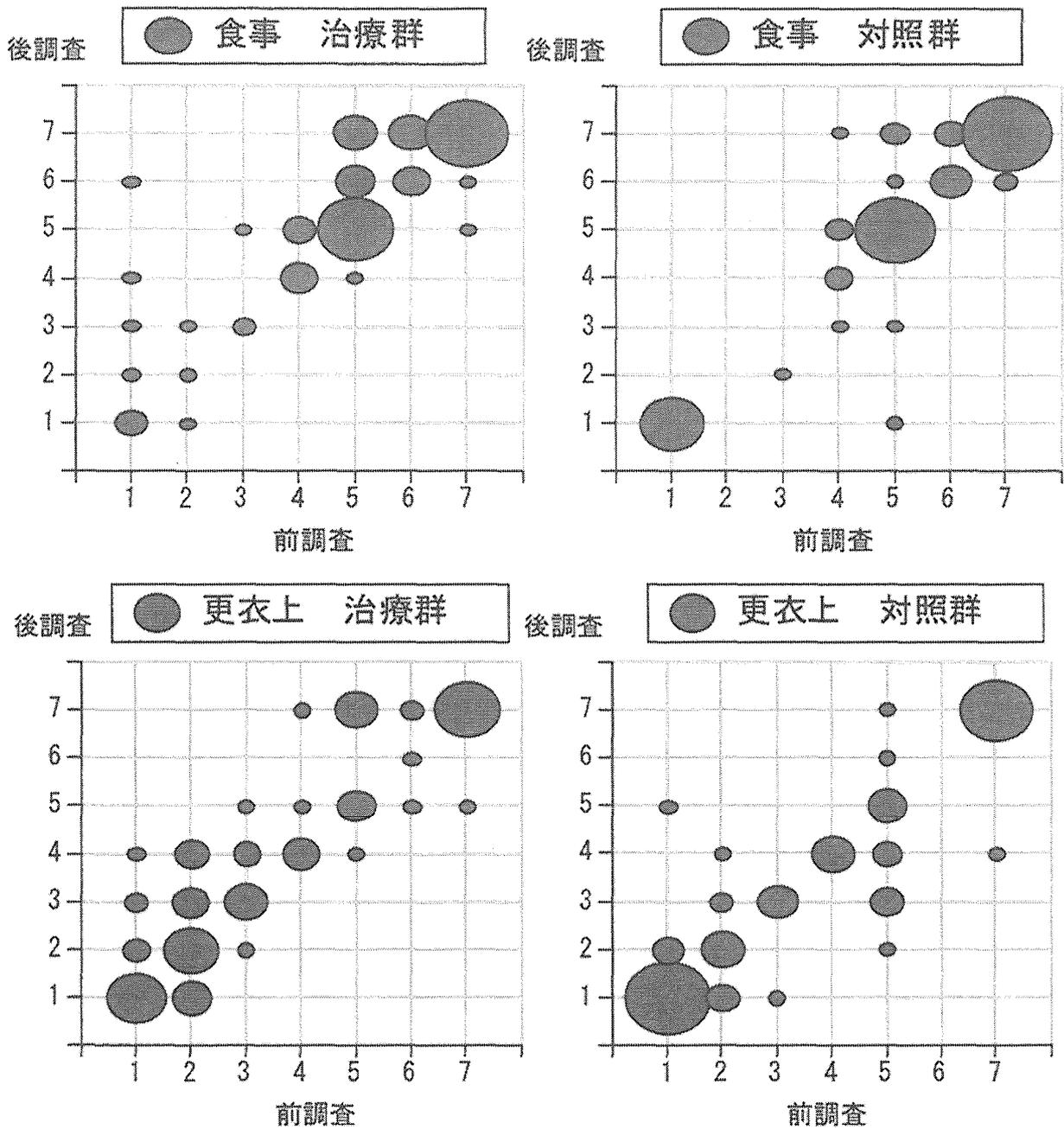
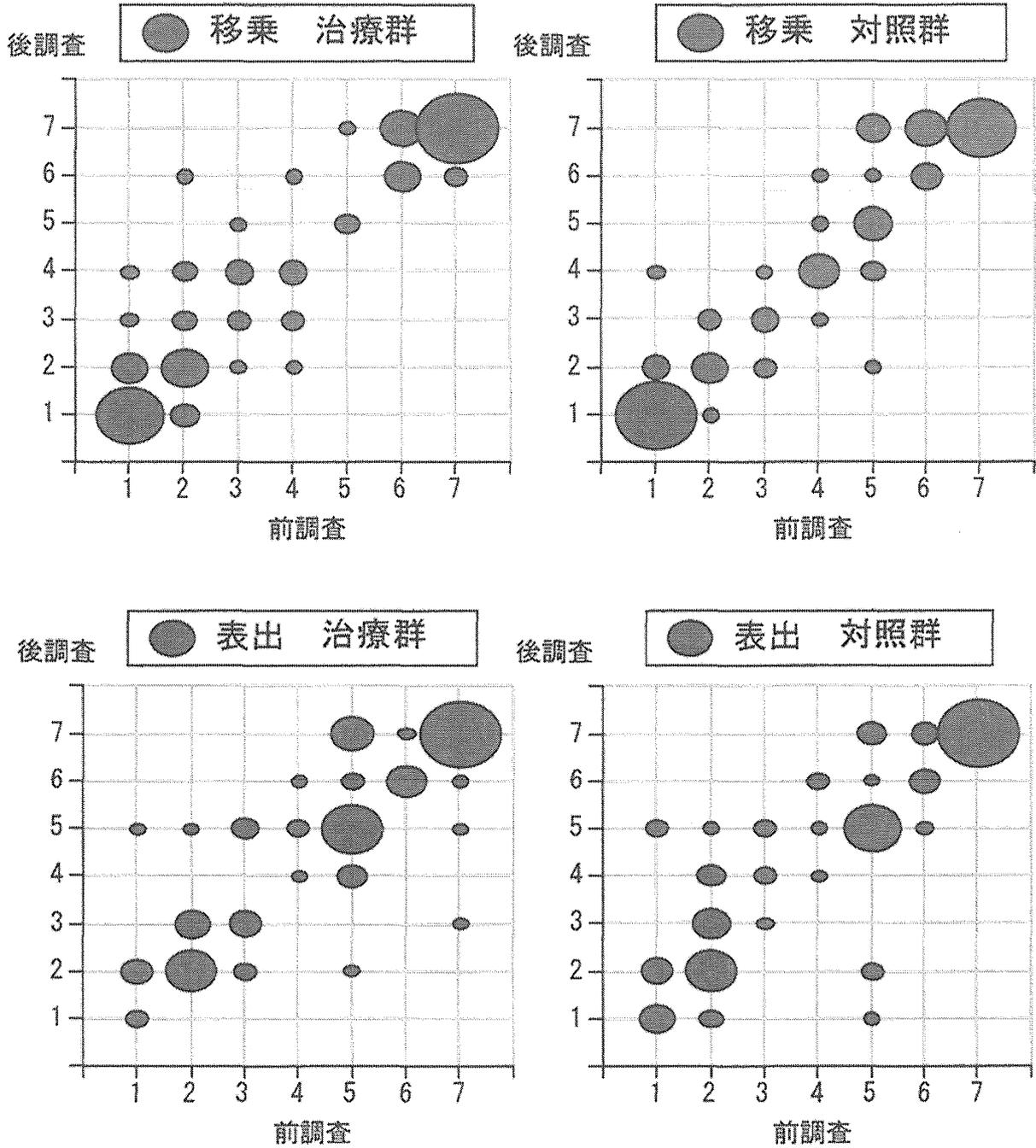


図1 盲検群におけるFIM得点の変化 - 続き -



高齢者の口腔と ADL 調査表

平成 14 年度厚生科学研究

「口腔保健と全身的な健康状態の関係に関する研究

分担課題：障害をもつ高齢者の ADL と口腔保健」

県名に○印をしてください

青森県・岩手県・宮城県・福島県・

新潟県・静岡県・岐阜県・愛知県

高知県・島根県・熊本市・鹿児島県

施設名：

歯科医師名：

愛知県歯科医師会

国立保健医療科学院・口腔保健部

藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学講座

調査表の問い合わせ

愛知県歯科医師会

加藤友久

電話/ FAX 052-733-9141

Email dtk@ma.nma.ne.jp

TK III- 5 02/07/17

調査開始時用

診査日 年 月 日	患者氏名/ふりがな	男 女	明治・大正・昭和 年 月 日
入所年月日 西暦 年 月 日	入所前の居住地 []	自宅・病院・老人保健施設・特別養護老人ホーム・その他	

(1) 原疾患と併存症 * 原疾患は[A]一つのみ、併存症は[B1] [B2] [B3]として重複回答が可能です。

疾患名	
[]脳梗塞・[]脳出血・[]多発性脳血管障害・[]クモ膜下出血・[]その他の脳卒中 ()	
[]脳血管性痴呆・[]アルツハイマー病・[]パーキンソン症候群 (パーキンソン病を含む)	
[]大腿骨頸部骨折・[]脊椎圧迫骨折	
[]変形性脊椎症	
[]変形性関節症・[]慢性関節リウマチ	
[]心疾患・[]呼吸器疾患	
[]糖尿病	
[]老衰・[]その他 ()	
上記[A]疾患の発生日	西暦 19 年 月 日

(2) 意識レベルと知的評価

意識レベル		5	4	3	2	1	※ から該当する指数を選択し ○を記入
知的 評価	①ヒト：歯科医である ことが分かるか	3	2	1			3. 分かる 2. 医療者であることが分かる 1. 誰か分からない
	④計算：100-7=? 93-7=?	3	2	1			3. 2問正解 2. 1問正解 1. 正解無し

※その他の問題 気がついたらご記入ください	[]失語	[]半側無視	[]徘徊	[]易怒性
--------------------------	-------	---------	-------	--------

※意識レベル

5. 昼間は活発に活動している	4. 昼間は一人でいても覚醒 (開眼) している	3. 話しかけないとうとうと (閉眼) している
2. 大声で呼びかけると覚醒 (開眼) するが、またうとうと (閉眼) してしまう	1. 何をしても反応しない	

(3) ADL (日常生活活動)

FIM (Functional Independence Measure) より抜粋

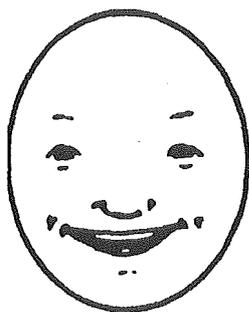
a: 食事		※マニュアルから 1~7の指数を 選び記入して ください。
b: 更衣 (上半身)		
c: 移乗 (ベッド・イス)		
d: 表出		

(4) QOL *該当するランクを選択肢から選び記入してください。

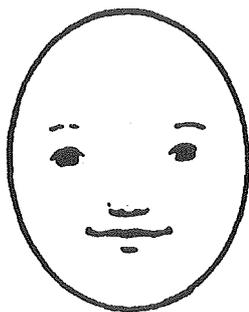
	視点	回答欄
最近の体調はどうか？	歯科医師から見た場合	
	本人の判断	

※フェイススケール該当する番号を記入ください。

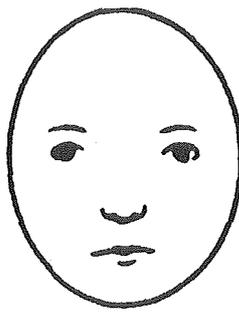
フェイススケール



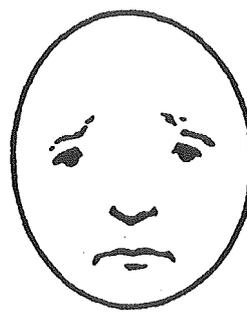
1



6



10



15



20

(5) 食事内容

内容		回答欄	
6. 経口摂取のみ (調整不要)			
5. 経口摂取のみ (調整要) : お粥・流動食			
※5に回答された場合、下記のどれに該当しますか			
主食	副食	主食	副食
①経管栄養剤	①経管栄養剤		
②流動食 (ミキサー)	②流動食 (ミキサー)		
③粥 (その他)	③ペースト		
④粥 (五分粥)	④きざみ		
⑤粥 (全粥)	⑤一口大		
⑥軟飯	⑥軟菜		
⑦米飯	⑦普通		
4. 経口摂取>経管栄養 : 例 水分だけ経管			
3. 経口摂取=経管栄養 : 例 水分だけ経管			
2. 経口摂取<経管栄養 : 例 ゼリーは少し口から食べる			
1. 経管栄養のみ (NGチューブ・胃ろう・その他)			
※1~4に回答された場合の経管の種類は何ですか			
NG チューブ			
胃ろう			
その他 ()			

※該当するランクを選び○印を記入してください。

(6) 口腔機能評価 ①痛み・不快感など(自覚症状)

※回答欄へ質問事項の番号を記入ください

質問項目		回答欄	回答者
義歯	義歯保有の有無	1. 持っていない 2. 持っている	
	義歯保有者のみ回答	使用の有無	1. 使用していない 2. 時々使用している 3. 常時使用している
		入れ歯の使い具合はいかがですか	1. 悪い 2. 比較的よい 3. よい
		就寝時に義歯をはずしていますか	1. いいえ 2. はい
痛み	口の中に痛いところがありますか	1. わからない 2. ひどく痛むところがある 3. 少し痛むところがある 4. ない	[] 本人 [] 介護者
	食べたとき痛みがありますか	1. はい (歯と顎が痛む) 2. はい (歯が痛む) 3. はい (顎が痛む) 4. いいえ	
歯周	歯ぐきが腫れていますか	1. ひどく腫れている 2. やや腫れている 3. いいえ	
口腔乾燥	口の中が乾きやすいですか	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
咀嚼	食事の際に、満足にものを噛めますか	1. 不自由している 2. 満足している 3. わからない	
嚥下	ものを飲み込みにくいですか	1. いつも困難を感じる 2. 食べ物を飲み込む時に困難を感じる 3. いいえ	
	のどに物がつまった感じがありますか	1. しょっちゅうある、またはいつもある 2. 時々ある 3. たまにある 4. ない	

② 咀嚼機能 以下の食品のうち、「かみ切れる」ものに○をつける

食品 分類	バナナ【 】	煮 豆【 】	ビスケット【 】	薄きり牛肉【 】
	ゆで卵【 】	ジャガイモ【 】	リンゴ【 】	レタス【 】

※ カラー写真を要介護者の方にみていただき、該当するものに○印を記入ください。

③ 口腔セルフケア、口腔の清潔度

※回答肢欄へ質問事項の番号を記入ください

質問事項		回答肢
口腔清掃の自立度	うがい	1. 不能 2. 全介助が必要 3. 一部介助が必要 4. 自立
	歯磨き	1. 不能 2. 全介助が必要 3. 一部介助が必要 4. 自立
	義歯着脱（上顎）	1. 不能 2. 全介助が必要 3. 一部介助が必要 4. 自立
	義歯着脱（下顎）	1. 不能 2. 全介助が必要 3. 一部介助が必要 4. 自立
	義歯清掃	1. 不能 2. 全介助が必要 3. 一部介助が必要 4. 自立
口腔清掃の実施状況	口腔清掃の回数	1. なし 2. うがいのみ 3. 1日1回の口腔清掃 4. 1日2回の口腔清掃 5. 1日3回以上の口腔清掃
	口腔清掃（義歯清掃は除く）に用いている清掃器具（複数回答）	1. 歯間清掃器具（歯間ブラシ or フロス） 2. 電動ブラシ 3. 手用歯ブラシ 4. 口腔ケア用スポンジブラシ（Foam Stick）
義歯の清掃	義歯清掃の回数	1. 義歯の洗浄は行わない 2. 1日1回、流水下（もしくは水中）で清掃する 3. 1日2～3回、流水下（もしくは水中）で清掃する
〔義歯使用者のみ回答〕	義歯洗浄剤の使用	1. 使用しない 2. 時々使用する（週1回以下） 3. 時々使用する（週2回以上） 4. 毎日使用する

(7) 口腔の客観情報

① 歯式

※歯式を記録後、歯数を計算し、下の表に記入してください。

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

歯のコード		歯数
/	健全歯	
C ₁₋₂	未処置歯(修復治療可能)	
C ₃	未処置歯(保存可能)	
C ₄	未処置歯(残根:保存不可能)	
○	処置歯	
Br	ブリッジ支台歯	
△	欠損(補綴なし)	
⊙	欠損(補綴あり)	

② 義歯

※回答肢欄へ質問事項の番号を記入ください

質問事項	回答肢
義歯の破損	1. なし 2. 破損あり(使用でき、機能はそれほど損なわれてはいない) 3. 破損あり(使用できるが、機能は大きく損なわれている) 4. 破損あり(使用できない状態)
義歯安定剤の使用	1. あり 2. なし

③ 口腔清掃状態

※回答肢欄へ質問事項の番号を記入ください

質問事項	回答肢
食物残渣	1. 多量 2. 中程度 3. 少量 4. なし
舌の汚れ	1. 汚れている 2. やや汚れている 3. 汚れていない
口臭 UBC式官能検査	0: 臭いなし 嗅覚閾値以上の臭いを感知しない 1: 非常に軽度 嗅覚閾値以上の臭いを感知するが、悪臭と認識しない 2: 軽度 かろうじて悪臭と認識できる 3: 中等度 悪臭と容易に判定できる 4: 強度 我慢できる強い悪臭 5: 非常に強い 我慢できない強烈な悪臭

④ 開口度（顎の動き）

※ 調査マニュアル付属のスケールを用いて測定する。

※ 義歯使用者は、基準点を口唇（内側端）とする。

	回答肢
開口度	mm

⑤舌苔

※回答肢欄へ質問事項の番号を記入ください

診査項目		回答肢
舌苔	付着度	1. なし 2. 舌背の1/3 未満 3. " 1/3 以上～2/3 未満 4. " 2/3 以上
	色	1. 白 2. 黄 3. 黒 4. 無 5. 正常

カラー写真
参照

⑥口腔感覚

※該当枠に○印を記入ください

			過敏 (異常感覚)	わかる	よくわからない	全くわからない
口腔感覚	舌背	左				
		右				
	頬(内側)	左				
		右				
	上口唇	左				
		右				
	下口唇	左				
		右				

※ デンタルミラーを指定の部位に触れさせて、感覚があるかどうかを尋ねる。

⑦顔面神経

※回答肢欄へ質問事項の番号を記入ください

顔面神経	左	1. きわめて不良(鼻唇溝なし) 2. 不良 3. ほぼ正常	
	右	1. きわめて不良(鼻唇溝なし) 2. 不良 3. ほぼ正常	

次の3つ表情を評価する

a. 頬を膨らませる

b. イーと歯をみせる

c. 口笛をふくまねをする

高齢者の口腔とADL調査表

平成14年度厚生科学研究

「口腔保健と全身的な健康状態の関係に関する研究

分担課題：障害をもつ高齢者のADLと口腔保健」

県名に○印をしてください

青森県・岩手県・宮城県・福島県・

新潟県・静岡県・岐阜県・愛知県

高知県・島根県・熊本市・鹿児島県

施設名：

歯科医師名：

愛知県歯科医師会

国立保健医療科学院・口腔保健部

藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学講座

調査表の問い合わせ

愛知県歯科医師会

加藤友久

電話/ FAX 052-733-9141

Email dtk@ma.nma.ne.jp

TK III- 5 02/07/17

調査終了時用

診査日 年 月 日	患者氏名
------------------------------------	------

(1) 意識レベルと知的評価

意識レベル	5	4	3	2	1	※ から該当する指数を選択し ○を記入	
知的 評価	①ヒト：歯科医である ことが分かるか					3 2 1	3. 分かる 2. 医療者であることが分かる 1. 誰か分からない
	④計算：100-7=? 93-7=?					3 2 1	3. 2問正解 2. 1問正解 1. 正解無し

※その他の問題 気がついたらご記入ください	[] 失語	[] 半側無視	[] 徘徊	[] 易怒性
--------------------------	----------	------------	----------	-----------

※意識レベル

5. 昼間は活発に活動している	4. 昼間は一人でいても覚醒（開眼）している	3. 話しかけないとうとうと（閉眼）している
2. 大声で呼びかけると覚醒（開眼）するが、またうとうと（閉眼）してしまう	1. 何をしても反応しない	

(2) ADL (日常生活活動)

FIM (Functional Independence Measure) より抜粋

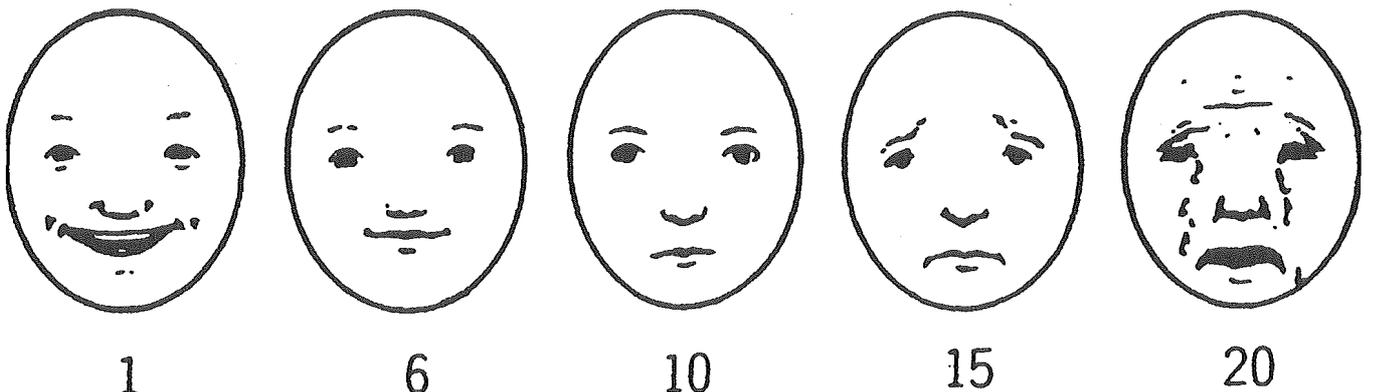
a: 食事		※マニュアルから 1~7の指数を 選び記入して ください。
b: 更衣（上半身）		
c: 移乗（ベッド・イス）		
d: 表出		

(3) QOL *該当するランクを選択肢から選び記入してください。

	視点	回答欄
最近の体調は どうか？	歯科医師から観た場合	
	本人の判断	

※フェイススケール該当する番号を記入ください。

フェイススケール



(4) 食事内容

内 容		回答欄	
6. 経口摂取のみ（調整不要）			
5. 経口摂取のみ（調整要）：お粥・流動食			
※5に回答された場合、下記のどれに該当しますか			
主食	副食	主食	副食
①経管栄養剤	①経管栄養剤		
②流動食（ミキサー）	②流動食（ミキサー）		
③粥（その他）	③ペースト		
④粥（五分粥）	④きざみ		
⑤粥（全粥）	⑤一口大		
⑥軟飯	⑥軟菜		
⑦米飯	⑦普通		
4. 経口摂取＞経管栄養：例 水分だけ経管			
3. 経口摂取＝経管栄養：例 水分だけ経管			
2. 経口摂取＜経管栄養：例 ゼリーは少し口から食べる			
1. 経管栄養のみ（NGチューブ・胃ろう・その他）			
※1～4に回答された場合の経管の種類は何ですか			
NG チューブ			
胃ろう			
その他（ ）			

※該当するラ
ンクを選び○
印を記入して
ください。

(5) その他の介入

施設入所者 []	集団訓練	[]	週に	回： 1回	分	開始 月 日	西暦	年	月	日
	個別訓練	[]	週に	回： 1回	分		西暦	年	月	日
レクリエーション	[]	週に	回： 1回	分	西暦	年	月	日		
その他	[]	週に	回： 1回	分	西暦	年	月	日		
在宅者 []	訪問看護	[]	週に	回： 1回	分	西暦	年	月	日	
	訪問リハビリ	[]	週に	回： 1回	分	西暦	年	月	日	
	ヘルパー	[]	週に	回： 1回	分	西暦	年	月	日	
	ディサービス	[]	週に	回： 1回	分	西暦	年	月	日	
	病院・保健所の機能訓練	[]	週に	回： 1回	分	西暦	年	月	日	
	その他[] []	[]	週に	回： 1回	分	西暦	年	月	日	

備考欄：治療中上記の介入で変化があったら記録してください。

(6) 口腔機能評価

① 痛み・不快感など（自覚症状）

※回答欄へ質問事項の番号を記入ください

質問項目		回答欄	回答者
義歯	義歯保有の有無	1. 持っていない 2. 持っている	
	義歯保有者のみ回答	使用の有無	1. 使用していない 2. 時々使用している 3. 常時使用している
		入れ歯の使い具合はいかがですか	1. 悪い 2. 比較的よい 3. よい
		就寝時に義歯をはずしていますか	1. いいえ 2. はい
痛み	口の中に痛いところがありますか	1. わからない 2. ひどく痛むところがある 3. 少し痛むところがある 4. ない	[] 本人 [] 介護者
	食べたとき痛みがありますか	1. はい（歯と顎が痛む） 2. はい（歯が痛む） 3. はい（顎が痛む） 4. いいえ	
歯周	歯ぐきが腫れていますか	1. ひどく腫れている 2. やや腫れている 3. いいえ	
口腔乾燥	口の中が乾きやすいですか	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
咀嚼	食事の際に、満足にものを噛めますか	1. 不自由している 2. 満足している 3. わからない	
嚥下	ものを飲み込みにくいですか	1. いつも困難を感じる 2. 食べ物を飲み込む時に困難を感じる 3. いいえ	
	のどに物がつまった感がありますか	1. しょっちゅうある、またはいつもある 2. 時々ある 3. たまにある 4. ない	

② 咀嚼機能 以下の食品のうち、「かみ切れる」ものに○をつける

食品 分類	バナナ【 】	煮 豆【 】	ビスケット【 】	薄きり牛肉【 】
	ゆで卵【 】	ジャガイモ【 】	リンゴ【 】	レタス【 】

※ カラー写真を要介護者の方にていただき、該当するものに○印を記入ください。

③ 口腔セルフケア、口腔の清潔度

※回答肢欄へ質問事項の番号を記入ください

		質問事項	回答肢
口腔清掃の 自立度	うがい	1. 不能 2. 全介助が必要 3. 一部介助が必要 4. 自立	
	歯磨き	1. 不能 2. 全介助が必要 3. 一部介助が必要 4. 自立	
	義歯着脱（上顎）	1. 不能 2. 全介助が必要 3. 一部介助が必要 4. 自立	
	義歯着脱（下顎）	1. 不能 2. 全介助が必要 3. 一部介助が必要 4. 自立	
	義歯清掃	1. 不能 2. 全介助が必要 3. 一部介助が必要 4. 自立	
口腔清掃の実施状 況	口腔清掃の回数	1. なし 2. うがいのみ 3. 1日1回の口腔清掃 4. 1日2回の口腔清掃 5. 1日3回以上の口腔清掃	
	口腔清掃（義歯清掃は 除く）に用いている清 掃器具 （複数回答）	1. 歯間清掃器具 （歯間ブラシ or フロス） 2. 電動ブラシ 3. 手用歯ブラシ 4. 口腔ケア用スポンジブラシ（Foam Stick）	
義歯の清掃 〔義歯使用者 のみ回答〕	義歯清掃の回数	1. 義歯の洗浄は行わない 2. 1日1回、流水下（もしくは水中）で清掃する 3. 1日2～3回、流水下（もしくは水中）で清掃する	
	義歯洗浄剤の 使用	1. 使用しない 2. 時々使用する（週1回以下） 3. 時々使用する（週2回以上） 4. 毎日使用する	

(7) 口腔の客観情報

① 歯式

※歯式を記録後、歯数を計算し、下の表に記入してください。

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

歯のコード		歯数
/	健全歯	
C ₁₋₂	未処置歯(修復治療可能)	
C ₃	未処置歯(保存可能)	
C ₄	未処置歯(残根:保存不可能)	
○	処置歯	
Br	ブリッジ支台歯	
△	欠損(補綴なし)	
⊙	欠損(補綴あり)	

② 義歯

※回答肢欄へ質問事項の番号を記入ください

質問事項		回答肢
義歯の破損	1. なし 2. 破損あり(使用でき、機能はそれほど損なわれてはいない) 3. 破損あり(使用できるが、機能は大きく損なわれている) 4. 破損あり(使用できない状態)	
義歯安定剤の使用	1. あり 2. なし	

③ 口腔清掃状態

※回答肢欄へ質問事項の番号を記入ください

質問事項		回答肢
食物残渣	1. 多量 2. 中程度 3. 少量 4. なし	
舌の汚れ	1. 汚れている 2. やや汚れている 3. 汚れていない	
口臭 UBC式官能検査	0: 臭いなし 嗅覚閾値以上の臭いを感知しない 1: 非常に軽度 嗅覚閾値以上の臭いを感知するが、悪臭と認識しない 2: 軽度 かろうじて悪臭と認識できる 3: 中等度 悪臭と容易に判定できる 4: 強度 我慢できる強い悪臭 5: 非常に強い 我慢できない強烈な悪臭	

④ 開口度（顎の動き）

※ 調査マニュアル付属のスケールを用いて測定する。

※ 義歯使用者は、基準点を口唇（内側端）とする。

開口度	mm
-----	----

⑤舌苔

※回答肢欄へ質問事項の番号を記入ください

診査項目		回答肢
舌苔	付着度	1. なし 2. 舌背の 1/3 未満 3. " 1/3 以上～2/3 未満 4. " 2/3 以上
	色	1. 白 2. 黄 3. 黒 4. 無 5. 正常

カラー写真
参照

⑥口腔感覚

※該当枠に○印を記入ください

		過敏 (異常感覚)	わかる	よくわからない	全くわからない
口腔感覚	舌背	左			
		右			
	頬(内側)	左			
		右			
	上口唇	左			
		右			
	下口唇	左			
		右			

※ デンタルミラーを指定の部位に触れさせて、感覚があるかどうかを尋ねる。

⑦顔面神経

※回答肢欄へ質問事項の番号を記入ください

顔面神経	左	1. きわめて不良(鼻唇溝なし) 2. 不良 3. ほぼ正常
	右	1. きわめて不良(鼻唇溝なし) 2. 不良 3. ほぼ正常

次の3つ表情を評価する

a. 頬を膨らませる

b. イーと歯をみせる

c. 口笛をふくまねをする