

#### IV. 粘膜の保湿状態

##### 【診査・検査等の方法】

- ・ 測定時間を正確に記入してください。対象者本人に最終水分摂取時間を再確認し、その時間も記載してください。

##### 【質問と選択肢】

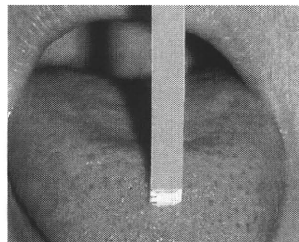
問 34 測定時間	午前・午後 ( )時( )分 最終水分摂取時間:午前・午後 ( )時( )分
-----------	---

##### <唾液湿潤度検査>

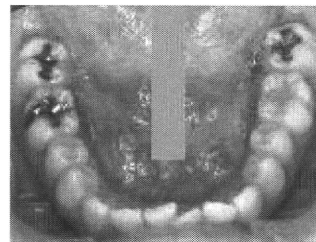
##### 唾液湿潤度(キソウエツ)の計測

- ・ 検査紙 1 枚で2部位を測定します。舌上部を測定した端と逆の端を舌下部に使用してください。
- ・ 測定方法
  - (1)検査時間帯:食事の影響を考慮して食事後 2 時間以上あけてください。
  - (2)検査前の水分摂取:検査前 30 分以内は、水などを飲まないでください。
  - (3)基準部位:舌尖から 10mm の舌背部と、舌下小丘部を舌下部の標準部位とします。

舌上部(舌尖から 10mm)



舌下部(舌下小丘部)

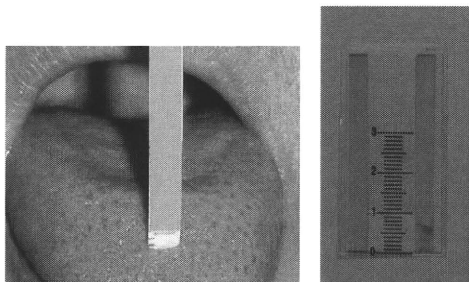


##### ・ 判定方法 10秒法(基本検査法)

1. 検査用具を舌背部などの口腔内の粘膜面に 10 秒間垂直に接触させて保持します
2. その後取り外して、目盛り付きカバーに挿入して
3. 明るい光源下で湿潤した幅を測定します。1目盛りは 1mm です。

※ピンセットなどで保持する場合は、度測定に影響しないように尖端から 10mm 以上離れたところを保持してください。

4. 唾液が湿潤して色が変わります。その湿潤した幅を測定します。



※本調査では検査紙 1 枚で2部位を測定します。

##### 【質問と選択肢】

※測定できなかった場合には、「測定不可能」と赤字で記入してください。

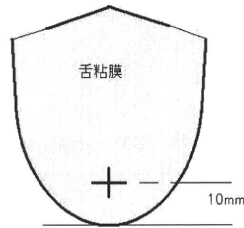
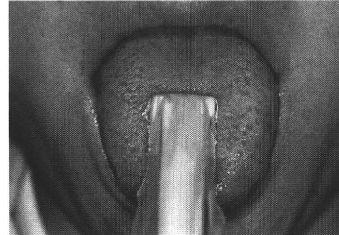
唾液湿潤度検査紙			
問 35 舌上 10 秒法	( )mm	問 36 舌下 10 秒法	( )mm

口腔水分計(ムーカス)の計測

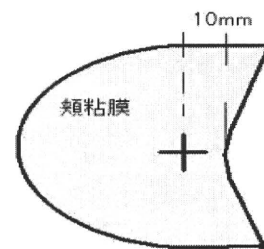
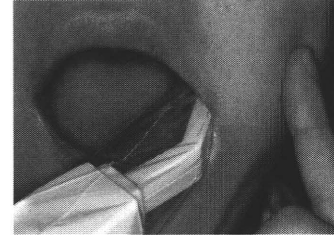
・ 計測方法

- (1) 検査時間帯: 食事の影響を考慮して食事後 2 時間以上あけてください。
- (2) 検査前の水分摂取: 検査前 30 分以内は、水などを飲まないでください。
- (3) 基準部位: 舌尖から約 10mm の舌背部を基準部位とし、頬粘膜部は左口角から 10mm の頬粘膜を基準部位とします。

舌上部(舌尖から 10mm)  
舌上の標準部位



舌下部(舌下小丘部)  
頬粘膜の標準部位

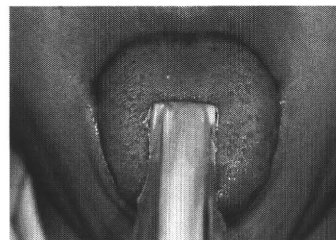


・ 判定方法

1. 口腔水分計のセンサー部にセンサー・カバーを装着します。  
※同じ患者で別部位を測定する場合は、センサー面カバー部の水分を拭き取ります。
2. 粘膜面に、センサー面が垂直になるように当てて、約 200g で押し当てます。
3. 約 2 秒間、垂直に当てたままにする、と自動的に値が表示されます。

標準部位

舌上部(舌尖から 10mm)



舌下部(舌下小丘部)



舌粘膜の測定では、舌を出してもらった状態で測定する(左)。  
頬粘膜の測定時には、軽く外側から指で保持すると測定しやすい(右)。

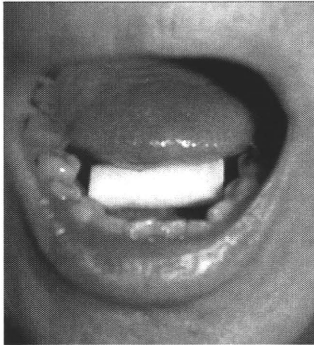
【質問と選択肢】

※測定できなかった場合には、「測定不可能」と赤字で記入してください。

口腔水分計			
問 37 舌上	( )%	問 38 頬粘膜	( )%

### <ワッテ法>

1. ロールワッテを用いる。
2. ワッテの重量をあらかじめ電子天秤で容器とともに重量を計測する。
3. ガーゼで口腔全体から唾液を拭き取った後に、上記のロールワッテを舌下部に 30 秒間入れる。
4. 30 秒後にピンセットで取り出し、先に計測した容器とともに電子天秤にて重量(g:グラム)を測定し、口腔内に挿入前の重量との変化を計測する。



\* 姿勢は基本的に座位にて実施します。しかし、全身状態により座位困難な場合は楽な姿勢とする。

#### 【質問と選択肢】

※測定できなかった場合には、「測定不可能」と赤字で記入してください。

問 39 ワッテ法(小数点以下第一位まで)	(        ). (        )g
-----------------------	-------------------------

### <口腔乾燥の臨床診断>

- 0度(正常)：口腔乾燥や唾液の粘性亢進はない。(1~3度の所見がない)
- 1度(軽度)：唾液がやや少ない。唾液が粘性亢進を認め、唾液が糸を引く状態。唾液に泡があるがその泡の大きさが2mm以上の場合。
- 2度(中程度)：唾液が極めて少ない。1mm以下の極めて細かい泡がみられる
- 3度(重度)：唾液が舌粘膜上にみられず、舌背の半分以上が乾いている

#### 【質問と選択肢】

※測定できなかった場合には、「測定不可能」と赤字で記入してください。

問 40 口腔乾燥の臨床診断	A. 0度(正常) B. 1度(軽度) C. 2度(中程度) D. 3度(重度)
----------------	--

## V. 口腔機能

### <嚥下状態>

#### 反復唾液嚥下テスト(RSST)

#### 【診査・検査等の方法】

体位：座位もしくは普段の食事姿勢

方法：

1. 喉頭隆起と舌骨に指をあて唾液の嚥下動作を繰り返す
2. 嚥下動作を 30 秒間

\* 3 回目の嚥下までの積算時間も確認

測定不可能の場合には、「測定不可能」と記入してください。

【質問と選択肢】

反復唾液嚥下テスト(RSST)			
問 41 回数	( )回/ 30 秒	問 42 3 回までの積算時間	( )秒

<呼吸状態>

【診査・検査等の方法】

- ・ 外部評価にて行ってください。

【質問と選択肢】

問 43 鼻呼吸	1. 基本的に行っている	2. 基本的に行っていない
問 44 口呼吸	1. 基本的に行っている	2. 基本的に行っていない

<開口状態>

【質問と選択肢】

問 45 日常生活で口が開いていますか。	1. 基本的に開いている	2. 基本的に閉じている	3. 不明
----------------------	--------------	--------------	-------

VI. 口腔感覚の自覚

【質問と選択肢】

問 46 口が渴く感じがありますか。	1. いつも	2. ときどき	3. あまりない	4. 全くない
問 47 飲み込みにくい感じがありますか。	1. いつも	2. ときどき	3. あまりない	4. 全くない

VII. 食内容

【診査・検査等の方法】

- ・ 水分量に関しては聞き取りから計算してください。
- ・ 再度、意図的に召し上がっているものがないか確認してください。

【質問と選択肢】

問 48 主食(ご飯)の食内容	1. 普通	2. 軟食	3. 流動食
問 49 副菜(おかず)の食内容	1. 普通	2. 軟食・刻み	3. 流動食
問 50 一日の水分量(食事以外で)	( )ml		
問 51 日常生活で意識して食べている食材や飲料、サプリメントなどがあれば具体的に記載してください。	1. はい 2. いいえ ※1の場合は、具体的に記載 記載例)牛乳を1日 200ml(朝食前)		

## Ⅷ. 日常の歯磨き

### 【診査・検査等の方法】

- ・ 口腔機能向上に関する訓練については再度、聞き取りを行ってください。

### 【質問と選択肢】

問 52 日常の歯磨きなどの口腔清掃で使用する道具は何ですか。 (複数回答可)	1. 歯ブラシ 3. スポンジブラシ 5. 洗口剤 (具体的な商品名を記入してください) 6. 保湿剤 (具体的な商品名を記入してください) 7. その他 (具体的な内容を記入してください)	2. 歯間ブラシ 4. 歯磨き剤
問 53 日常の歯磨きなど口腔清掃の頻度はどのくらいですか。	1. 1日に( )回 2. 1週間に( )回 3. 行っていない 4. わからない	
問 54 日常の歯磨きなど口腔清掃は一日のうちでいつ行っていますか。(複数回答可)	1. 起床後から朝食までの間 3. 昼食後 5. おやつ時 具体的に → ( )時ごろ	2. 朝食後 4. 夕食後
問 55 口腔機能向上に関する訓練を実施していますか。	1. はい 2. ときどき 3. いいえ	
問 55-1 問 55 で「1」の場合、具体的な訓練の内容はどれですか。	1. 唾液腺マッサージ 3. 口、舌、顎などの体操	2. 構音訓練(パタカラなど) 4. その他 (具体的に記入)

## C. QOL (調査者対象者による記載)

### I. GOHAI: 口腔関連QOL尺度

別紙調査票があります。

調査票の余白に、問1の ID をご記入の上、調査対象者ご本人に記入してもらってください。  
回答用紙に転記または、ホチキス止めにて提出してください。

### II. SF8: 全身のQOL尺度

別紙調査票があります。

調査票の余白に、問1の ID をご記入の上、調査対象者ご本人に記入してもらってください。  
回答用紙に転記または、ホチキス止めにて提出してください。

## GOHAI

大学ID【           】 施設ID【           】 個人ID【           】

過去3カ月間に、どのくらいの頻度<sup>ひんど</sup>で次のようなことがありましたか。

それぞれの質問(1~12)について、もっとも近いと思われる番号(1~5)に

ひとつ〇をつけて下さい。

過去3カ月間のうち	いつもそうだった	よくあった	時々あった	めったになかった	まったくなかった
1) 口の中の調子が悪いせいで、食べ物の種類や食べる量を控 <sup>ひか</sup> えることがありましたか？	1	2	3	4	5
2) 食べ物をかみ切ったり、かんだりしにくいことがありましたか？(例:かたい肉やリンゴなど)	1	2	3	4	5
3) 食べ物や飲み物を、楽にずっと飲みこめないことがありましたか？	1	2	3	4	5
4) 口の中の調子のせいで、思い通りにしゃべれないことがありましたか？	1	2	3	4	5
5) 口の中の調子のせいで、楽に食べられないことがありましたか？	1	2	3	4	5
6) 口の中の調子のせいで、人のかかわりを控 <sup>ひか</sup> えることがありましたか？	1	2	3	4	5
7) 口の中の見た目について、不満に思うことがありましたか？	1	2	3	4	5
8) 口や口のまわりの痛みや不快感のために、薬を使うことがありましたか？	1	2	3	4	5
9) 口の中の調子の悪さが、気になることがありましたか？	1	2	3	4	5
10) 口の中の調子が悪いせいで、人目を気にすることがありましたか？	1	2	3	4	5
11) 口の中の調子が悪いせいで、人前で落ち着いて食べられないことがありましたか？	1	2	3	4	5
12) 口の中で、熱いものや冷たいものや甘いものがしみることはありましたか？	1	2	3	4	5

大学ID【           】 施設ID【           】 個人ID【           】

SF-8

SF-8™スタンダード版(1ヵ月)

## あなたの健康について

このアンケートはあなたがご自分の健康をどのように考えているかをおうかがいするものです。あなたが毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るうえで参考になります。お手数をおかけしますが、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに印 (☑) をつけてください。

1. 全体的にみて、過去1ヵ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

最高に良い	とても良い	良い	あまり良くない	良くない	ぜんぜん良くない
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

2. 過去1ヵ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん妨げられなかった	わずかに妨げられた	少し妨げられた	かなり妨げられた	体を使う日常活動ができなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. 過去1ヵ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん妨げられなかった	わずかに妨げられた	少し妨げられた	かなり妨げられた	いつもの仕事ができなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. 過去1ヵ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。

ぜんぜん なかった	かすかな 痛み	軽い痛み	中くらいの 痛み	強い痛み	非常に 激しい痛み
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

5. 過去1ヵ月間、どのくらい元気でしたか。

非常に 元気だった	かなり 元気だった	少し 元気だった	わずかに 元気だった	ぜんぜん 元気でなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. 過去1ヵ月間に、家族や友人とのふだんにつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん 妨げられ なかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり 妨げられた	つきあいが できなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. 過去1ヵ月間に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）に、どのくらい悩まされましたか。

ぜんぜん悩ま されなかった	わずかに 悩まされた	少し 悩まされた	かなり 悩まされた	非常に 悩まされた
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

8. 過去1ヵ月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などのふだんの行動）が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん 妨げられ なかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり 妨げられた	日常行う活動が できなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ご協力、ありがとうございました。

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金  
**高齢者のドライマウスの実態調査及び標準的ケア指針の策定に関する研究**  
 (外来用)

A. 全身に関する調査票（歯科医師が診査・記入、不足分は聞き取り）

\* 記入日, 大学ID, 施設IDに関しては、正確に記載してください。

I. 属性

【質問と選択肢】

問 56 ID	(       )
問 57 性別	1. 男性    2. 女性
問 58 年齢	(       )歳(       )月

II. 全身状態

【質問と選択肢】

問 59 体重(小数点以下第一位まで記入)	(       ). (       )kg
問 60 身長(整数で記入)	(       ). (       )cm
問 61 血清アルブミン値	(       )g/dl

<全身疾患>

【質問と選択肢】

問 62 心筋梗塞の既往	1. 既往ありで、後遺症あり 2. 既往ありで、後遺症なし 3. 既往なし
問 63 脳梗塞の既往	1. 既往ありで、後遺症あり 2. 既往ありで、後遺症なし 3. 既往なし
問 64 脳梗塞以外の 脳血管疾患の既往	1. 既往ありで、後遺症あり 2. 既往ありで、後遺症なし 3. 既往なし
問 65 ぜんそくなどの 呼吸器疾患の既往	1. あり(具体的な傷病名を記入) 2. なし
問 66 上記以外の疾患の有無 (複数回答可)	1. 高血圧症                      2. 糖尿病                      3. うつ病 4. 統合失調症                  5. 心不全                      6. 狭心症既往あり 7. パーキンソン病              8. 骨粗しょう症              9. 緑内障 10. 白内障 11. その他(具体的傷病名を記入)

} → 既往ありの場合は、  
具体的な傷病名を記入

<肺炎既往>

【質問と選択肢】

問 67 過去 1 年以内の肺炎の有無	1. あり 2. なし
問 12-1 問 12 で「1」の場合、肺炎による入院の有無	1. あり 2. なし

<服薬状況>

【質問】

問 68 服薬状況	過去 1 年間に服用している薬剤および白内障および緑内障の①薬剤名(または②商品名)を記載し、その服用期間を記載してください。
-----------	---

Ⅲ. 生活状況

<日常生活>

【質問と選択肢】

問 69 生活リズムの安定	1. 概ねリズムがある	2. その日によって異なる	3. わからない		
問 70 日常活動	1. 活発に活動している	2. ときどき活動している	3. ほとんど活動していない	4. 全く活動していない	5. わからない

<睡眠状態>

【質問と選択肢】

問 71 夜間睡眠は何時間ですか。	( )時間( )分
問 72 夜間睡眠の様子はどうですか。	1. 熟睡 2. やや浅い 3. あまり眠れていない 4. わからない
問 73 活動時間(日中)の睡眠	1. 日中は活動的で起きている 2. 日中は時々寝ている 3. 日中はほとんど寝ている 4. わからない
問 74 就寝中、開口していますか。	1. 基本的に開いている 2. 基本的に閉じている 3. わからない

<嗜好>

【質問と選択肢】

問 75①喫煙状況	1. 喫煙していない 2. 現在、喫煙している 3. 現在は喫煙していないが過去にしていた
問 20②1日あたり平均喫煙本数	1日( )本
問 20③喫煙期間(年)	約( )年

#### IV. MNA: 栄養状態評価票

別紙調査票があります。調査対象者本人に聞き取り、歯科医師が記入してください。

A～F のスクリーニングを最初に行ない、そのポイント合計を計算します。スクリーニングポイントが11 以下の場合、アセスメントに進んでください。アセスメントポイント数を計算します。スクリーニングポイントと合計し、低栄養状態指標スコアを算出してください。



**簡易栄養状態評価表**  
Mini Nutritional Assessment  
**MNA®**

氏名: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_

年齢: \_\_\_\_\_ 体重: \_\_\_\_\_ kg 身長: \_\_\_\_\_ cm 調査日: \_\_\_\_\_

スクリーニング欄の口に適切な数値を記入し、それらを加算する。11ポイント以下の場合、次のアセスメントに進み、総合評価値を算出する。

**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、そしてよく・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

**F BMI (kg/m<sup>2</sup>): 体重(kg)÷身長(m<sup>2</sup>)**  
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

スクリーニング値: 小計   
(最大: 14 ポイント)  
12 ポイント以上: 栄養状態良好→これ以上のアセスメントの必要なし  
11 ポイント以下: 低栄養のおそれあり→次のアセスメントへ進む

**アセスメント**

**G 生活は自立していますか (施設入所や入院をしていない)**  
1 = はい 0 = いいえ

**H 1日に3種類以上の処方薬を飲んでいる**  
0 = はい 1 = いいえ

**I 身体のどこかに押して痛いところ、または皮膚潰瘍がある**  
0 = はい 1 = いいえ

**J 1日に何回食事を摂っていますか?**  
0 = 1回  
1 = 2回  
2 = 3回

**K どんなたんぱく質を、どのくらい摂っていますか?**  
・乳製品(牛乳、チーズ、ヨーグルト)を毎日1品  
以上摂取  はい  いいえ   
・豆類または卵を毎週2品以上摂取  はい  いいえ   
・肉類または魚を毎日摂取  はい  いいえ   
0.0 = はい、0~1つ  
0.5 = はい、2つ  
1.0 = はい、3つ

**L 果物または野菜を毎日2品以上摂っていますか?**  
0 = いいえ 1 = はい

**M 水分(水、ジュース、コーヒー、茶、牛乳など)を1日どのくらい摂っていますか?**  
0.0 = コップ3杯未満  
0.5 = 3杯以上 5杯未満  
1.0 = 5杯以上

**N 食事の状況**  
0 = 介護なしでは食事不可能  
1 = 多少困難ではあるが自力で食事可能  
2 = 問題なく自力で食事可能

**O 栄養状態の自己評価**  
0 = 自分は低栄養だと思う  
1 = わからない  
2 = 問題ないと思う

**P 同年齢の人と比べて、自分の健康状態をどう思いますか?**  
0.0 = 良くない  
0.5 = わからない  
1.0 = 同じ  
2.0 = 良い

**Q 上腕(利き腕ではない方)の中央の周囲長(cm) : MAC**  
0.0 = 21cm 未満  
0.5 = 21cm 以上、22cm 未満  
1.0 = 22cm 以上

**R ふくらはぎの周囲長(cm) : CC**  
0 = 31cm 未満  
1 = 31cm 以上

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 466-466.  
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 Gerontol 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: 466-467.  
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006, N67200 12/09 10M  
さらに詳しい情報をお知りになりたい方は、  
[www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com) にアクセスしてください。

評価値: 小計 (最大: 16 ポイント)   
スクリーニング値: 小計 (最大: 14 ポイント)   
総合評価値 (最大: 30 ポイント)

**低栄養状態指標スコア**

17~23.5 ポイント  低栄養のおそれあり (At risk)  
17 ポイント未満  低栄養

## B. 口腔に関する調査票（歯科医師が診査・記入、不足部分は聞き取り）

### I. 歯、咬合状態

上下顎第2大臼歯までの28本を診査してください。

<口腔内診査>

#### 【診査・検査等の方法】

口腔内診査に関しては、28本中の本数を記載してください。喪失歯はどのような原因であるかは関係なく、歯がない本数を数えて下さい。

#### 【質問】

問 76 現在歯数	( )本
問 77 未処置歯数	( )本
問 78 処置歯数	( )本
問 79 喪失歯数	( )本

<咬合状態>

#### 【診査・検査等の方法】

各診査部位において、咬合接触が1点でもあれば「1.」を選んでください。

#### 【質問と選択肢】

問 80 左側小臼歯部	1. あり	2. なし	3. 診査不可能
問 81 左側大臼歯部	1. あり	2. なし	3. 診査不可能
問 82 右側小臼歯部	1. あり	2. なし	3. 診査不可能
問 83 右側大臼歯部	1. あり	2. なし	3. 診査不可能
問 84 前歯部	1. あり	2. なし	3. 診査不可能

### II. 歯周組織

#### 【診査・検査等の方法】

無歯顎の場合は記載しなくて結構です。

#### 【質問と選択肢】

<歯周組織検査>

問 85-①	6点法で歯周ポケット検査および出血部の有無を歯周組織検査表に記載してください。ポケット値は数字，出血は点を付けてください。														
	動揺度														
	出血	頰側													
		口蓋側													
	ポケットの深さ	頰側													
		口蓋側													
	上顎	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
	下顎	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
	ポケットの深さ	舌側													
		頰側													
出血	舌側														
	頰側														
動揺度															
問 30-②動	全歯において以下に示す Miller の分類を行い，歯周組織検査表に記載してください。														

揺歯の有無	0度：生理的動揺(0.2mm 以内)
	1度：頬舌的にわずかに動揺(0.2～1mm)
	2度：頬舌的に中等度、近遠心的にわずかに動揺(1～2mm)
	3度：頬舌的、近遠心的のみならず、歯軸方向にも動揺(2mm 以上)

### <口腔清掃状態>

問 86 口腔清掃状態 (Sliness&Low の Plaque index)	1. プラークがまったくない 2. 肉眼ではプラークの付着は不明だが、探診で探ると付着が認められる 3. 少量～中程度のプラークが肉眼で認められる 4. ポケット内や歯肉辺縁上に多量のプラークが付着している
---	--

## Ⅲ. 義歯関連

### <義歯の必要性および装着状況>

#### 【質問と選択肢】

問 87① 義歯の必要性(複数回答可)	1. なし 2. 部分床義歯が必要 3. 全部床義歯が必要
問 32②(部分床義歯が必要な場合) 部位	1. 上顎 2. 下顎
問 32③(全部床義歯が必要な場合) 部位	1. 上顎 2. 下顎
問 88 義歯の装着状況	1. 未装着 2. 食事中など一部の時間だけ使用している 3. 一日中、使用している

## Ⅳ. 粘膜の保湿状態

#### 【質問と選択肢】

※測定できなかった場合には、「測定不可能」と赤字で記入してください。

問 89 測定時間	午前・午後 ( )時( )分		
	最終水分摂取時間:午前・午後 ( )時( )分		
唾液湿潤度検査紙			
問 90 舌上 10 秒法	( )mm	問 91 舌下 10 秒法	( )mm
口腔水分計			
問 92 舌上	( )%	問 93 頬粘膜	( )%
問 94 ワッテ法(小数点以下第一位まで)	( ). ( )g		
問 95 口腔乾燥の臨床診断	A. 0度(正常) B. 1度(軽度) C. 2度(中程度) D. 3度(重度)		

## V. 口腔機能

<嚥下状態>

・反復唾液嚥下テスト(RSST)

【質問と選択肢】

反復唾液嚥下テスト(RSST)			
問 96 回数	( )回/ 30 秒	問 97 3 回までの積算時間	( )秒

<呼吸状態>

【質問と選択肢】

問 98 鼻呼吸	1. 基本的にしている	2. 基本的にしていない
問 99 口呼吸	1. 基本的にしている	2. 基本的にしていない

<開口状態>

【質問と選択肢】

問 100 日常生活で口が開いていますか。	1. 基本的に開いている	2. 基本的に閉じている	3. 不明
-----------------------	--------------	--------------	-------

## VI. 口腔感覚の自覚

【質問と選択肢】

問 101 口が渇く感じがありますか。	1. いつも	2. ときどき	3. あまりない	4. 全くない
問 102 飲み込みにくい感じがありますか。	1. いつも	2. ときどき	3. あまりない	4. 全くない

## VII. 食内容

【質問と選択肢】

問 103 主食(ご飯)の食内容	1. 普通	2. 軟食	3. 流動食
問 104 副菜(おかず)の食内容	1. 普通	2. 軟食・刻み	3. 流動食
問 105 一日の水分量(食事以外で)	( )ml		
問 106 日常生活で意識して食べている食材や飲料、サプリメントなどがあれば具体的に記載してください。	1. はい	2. いいえ	※1の場合は、具体的に記載 記載例)牛乳を1日 200ml(朝食前)

## VIII. 日常の歯磨き

### 【質問と選択肢】

問 107 日常の歯磨きなどの口腔清掃で使用する道具は何ですか。(複数回答可)	1. 歯ブラシ 3. スポンジブラシ 5. 洗口剤 (具体的な商品名を記入してください) 6. 保湿剤 (具体的な商品名を記入してください) 7. その他 (具体的な内容を記入してください)	2. 歯間ブラシ 4. 歯磨き剤
問 108 日常の歯磨きなど口腔清掃の頻度はどのくらいですか。	1. 1日に( )回 2. 1週間に( )回 3. 行っていない 4. わからない	
問 109 日常の歯磨きなど口腔清掃は一日のうちでいつ行っていますか。(複数回答可)	1. 起床後から朝食までの間 3. 昼食後 5. おやつ時 具体的に → ( )時ごろ	2. 朝食後 4. 夕食後
問 110 口腔機能向上に関する訓練を実施していますか。	1. はい 2. ときどき 3. いいえ	
問 55-1 問 55 で「1」の場合、具体的な訓練の内容はどれですか。	1. 唾液腺マッサージ 3. 口、舌、顎などの体操	2. 構音訓練(パタカラなど) 4. その他 (具体的に記入)

## C. QOL (調査者本人による記載)

回答用紙に転記または、ホチキス止めにて提出してください。

### I. GOHAI: 口腔関連QOL尺度

別紙調査票があります。

調査票の余白に、問1の ID をご記入の上、調査対象者ご本人に記入してもらってください。

### II. SF8: 全身のQOL尺度

別紙調査票があります。

調査票の余白に、問1の ID をご記入の上、調査対象者ご本人に記入してもらってください。

## GOHAI

大学ID【                      】 施設ID【                      】 個人ID【                      】

過去3カ月間に、どのくらいの<sup>ひと</sup>頻度で次のようなことがありましたか。

それぞれの質問(1~12)について、もっとも近いと思われる番号(1~5)にひとつ〇をつけて下さい。

過去3カ月間のうち	いつもそうだった	よくあった	時々あった	めったになかった	まったくなかった
1) 口の中の調子が悪いせいで、食べ物の種類や食べる量を控えることがありましたか？	1	2	3	4	5
2) 食べ物をかみ切ったり、かんだりしにくいことがありましたか？(例:かたい肉やリンゴなど)	1	2	3	4	5
3) 食べ物や飲み物を、楽にずっと飲みこめないことがありましたか？	1	2	3	4	5
4) 口の中の調子のせいで、思い通りにしゃべれないことがありましたか？	1	2	3	4	5
5) 口の中の調子のせいで、楽に食べられないことがありましたか？	1	2	3	4	5
6) 口の中の調子のせいで、人のかかわりを控えることがありましたか？	1	2	3	4	5
7) 口の中の見た目について、不満に思うことがありましたか？	1	2	3	4	5
8) 口や口のまわりの痛みや不快感のために、薬を使うことがありましたか？	1	2	3	4	5
9) 口の中の調子の悪さが、気になることがありましたか？	1	2	3	4	5
10) 口の中の調子が悪いせいで、人目を気にすることがありましたか？	1	2	3	4	5
11) 口の中の調子が悪いせいで、人前で落ち着いて食べられないことがありましたか？	1	2	3	4	5
12) 口の中で、熱いものや冷たいものや甘いものがしみることはありましたか？	1	2	3	4	5

大学ID【           】 施設ID【           】 個人ID【           】

SF-8

SF-8™スタンダード版(1ヵ月)

## あなたの健康について

このアンケートはあなたがご自分の健康をどのように考えているかをおうかがいするものです。あなたが毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るうえで参考になります。お手数をおかけしますが、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに印 (☑) をつけてください。

1. 全体的にみて、過去1ヵ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

最高に良い	とても良い	良い	あまり良く ない	良くない	ぜんぜん良 くない
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

2. 過去1ヵ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん 妨げられ なかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり 妨げられた	体を使う日常 活動ができな かった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. 過去1ヵ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん 妨げられ なかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり 妨げられた	いつもの 仕事ができな かった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. 過去1ヵ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。

ぜんぜん なかった	かすかな 痛み	軽い痛み	中くらいの 痛み	強い痛み	非常に 激しい痛み
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

5. 過去1ヵ月間、どのくらい元気でしたか。

非常に 元気だった	かなり 元気だった	少し 元気だった	わずかに 元気だった	ぜんぜん 元気でなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. 過去1ヵ月間に、家族や友人とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん 妨げられ なかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり 妨げられた	つきあいが できなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. 過去1ヵ月間に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）に、どのくらい悩まされましたか。

ぜんぜん悩ま されなかった	わずかに 悩まされた	少し 悩まされた	かなり 悩まされた	非常に 悩まされた
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

8. 過去1ヵ月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などのふだんの行動）が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん 妨げられ なかった	わずかに 妨げられた	少し 妨げられた	かなり 妨げられた	日常行う活動が できなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ご協力、ありがとうございました。

高齢者のドライマウスの実態調査及び標準的ケア指針の策定に関する研究  
(外来用)  
回答記入用紙

記入日 2010 年 月 日

大学 ID 施設 ID

A. 全身に関する調査票

問 1 ID	( )	問 2 性別	1. 男性 ・ 2. 女性
問 3 年齢	( ) 歳 ( ) 月	問 4 体重	( ). ( ) kg
問 5 身長	( ). ( ) cm	問 6 アルブミン	( ) g/dl
問 7 心筋梗塞	1 ・ 2 ・ 3	問 8 脳梗塞	1 ・ 2 ・ 3
問 9 脳血管	1 ・ 2 ・ 3 ※選択肢 1 または 2 の方は⇒ (具体的な傷病名 )		
問 10 呼吸器	1 ・ 2 ※選択肢 1 の場合⇒ (傷病名 )		
問 11 疾患 (複数回答可)	1. 高血圧症 ・ 2. 糖尿病 ・ 3. うつ病 ・ 4. 統合失調症 ・ 5. 心不全 6. 狭心症既往あり ・ 7. パーキンソン病 ・ 8. 骨粗しょう症 ・ 9. 緑内障 10. 白内障 ・ 11. その他 ※選択肢 11 の場合⇒ (傷病名 )		
問 12 過去一年の肺炎	1. あり ・ 2. なし	問 12-1 肺炎による入院	1. あり ・ 2. なし
問 13 服薬	※4 頁に記入	問 14 リズム	1 ・ 2 ・ 3
問 15 日常活動	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
問 16 睡眠時間	( ) 時間 ( ) 分	問 17 様子	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
問 18 日中の睡眠	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4		
問 19 開口	1 ・ 2 ・ 3		
問 20①喫煙	1 ・ 2 ・ 3	問 20②本数	( ) 本
問 20③年数	( ) 年		

MNA: 栄養状態評価票(回答者様に歯科医師が聞き取りを行い、歯科医師が記入してください。)

スクリーニング	A( ) ・ B( ) ・ C( ) ・ D( ) E( ) ・ F( )
	合計スクリーニングポイント ( ) → 11 ポイント以下はアセスメントへ
アセスメント	G( ) ・ H( ) ・ I( ) ・ J( ) K( ) ・ L( )
	M( ) ・ N( ) ・ O( ) ・ P( ) . ( ) ・
	Q( ) . ( ) ・ R( )
	評価値 : 小計 ( ) . ( )
総合評価値 (スクリーニング合計ポイント+アセスメント評価値)	( ) . ( )
低栄養状態指標スコア	1. 低栄養のおそれあり( 17~23. 5ポイント) ・ 2. 低栄養(17ポイント未満)