

1-14 現在使用している薬剤の処方箋について、お伺い致します。

⇒添付困難な場合は次の設問にお進みください

現在使用している薬剤の転記またはコピーの添付お手数ですがお願い致します。

以下は記入しなくて結構です。

1-14-1 出血傾向を惹起する薬剤の有無。

(使用している ・ 使用していない)

1-14-2 BP 薬剤の有無。

(使用している ・ 使用していない)

1-14-3 ステロイドなど免疫抑制を生じさせる薬の有無。

(使用している ・ 使用していない)

1-14-4 その他歯科治療で配慮すべき薬剤の使用 (薬剤名:)

(使用している ・ 使用していない)

(処方箋の添付が困難な場合は以下お答えください)

1-15 現在、何種類の薬を飲んでいますか。

0. なし 1. 1種類 2. 2種類 3. 3種類 4. 4種類 5. 5種類以上

1-16 障害高齢者の日常生活自立度をご記入ください。

あてはまる状態で一番ランクの低いもの1つだけに丸を付けてください。

(A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2)

参考

ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、 介助なしには外出できない	A1	介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する
		A2	外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、 日中もベッドの上での生活が主体であるが、 座位を保つことが可能	B1	車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う
		B2	介助により車いすに移乗する
ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、 着替えにおいて介助を要する	C1	自力で寝返りをうつ
		C2	自力で寝返りもうたない

1-17 認知症高齢者の日常生活自立度をご記入ください。

あてはまる状態で一番ランクの低いもの1つだけに丸を付けてください。

(I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M)

参考

I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる	IIa	家庭外で左記IIの状態が見られる
		IIb	家庭内でも左記IIの状態がみられる
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする	IIIa	日中を中心として左記IIIの状態が見られる
		IIIb	夜間を中心として左記IIIの状態が見られる
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする		
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする		

1-18 介護認定に関してご記入ください。

0. なし	1. 要支援1	2. 要支援2	3. 要介護1
4. 要介護2	5. 要介護3	6. 要介護4	7. 要介護5
8. 不明			

設問2 日常生活機能項目

2-1 Barthel Index (10, 5, 0などの数字に丸をつけてください)

項目	配点	記入欄
1 食事	10: 自立、自助具などの装着使用可、標準的時間内に食べ終える 5: 部分介助 (おかずを切って細かくしてもらう等) 0: 全介助	
2 車椅子から ベッドへの移動	15: 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む (歩行自立も含む) 10: 軽度の部分介助または監視を要する 5: 座ることは可能であるがほぼ全介助 0: 全介助または不可能 (車椅子を使用していない場合は椅子とベッド の間の移動が安全にできるかどうかで評価)	
3 整容	5: 自立 (洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) 0: 部分介助または不可能	
4 トイレ動作	10: 自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む 5: 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 0: 全介助または不可能	
5 入浴	5: 自立 0: 部分介助または不可能	
6 歩行 現在の状態で 45m 移動する と想定して評価	15: 45m 以上の歩行、杖など補装具 (車椅子、歩行器は除く) の使用の有無は問わない 10: 45m 以上の介助歩行可能 (歩行器の使用を含む) 5: 歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の自立操作可能 0: 上記以外	
7 階段昇降 現在の状態で階 段を使うと想定 して評価	10: 自立して (手すり、杖などの使用の有無は問わない) 1 階分上り下りができる 5: 介助または監視を要する 0: 不能	
8 着替え	10: 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 5: 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 0: 上記以外	
9 排便 コントロール	10: 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 5: ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 0: 上記以外 (しばしば失禁～常に失禁)	
10 排尿 コントロール	10: 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 5: ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む 0: 上記以外 (しばしば失禁～常に失禁)	
集計は行わずに結構です 合計 = ()		

設問3 認知機能について

3-1 CDR 利用者の状態で概ね、該当する項目に直接シートへ○を付けて下さい。

「記憶」、「見当識」等の各項目に1つずつ丸をつけてください。

得点	なし 0	疑わしい 0.5	軽度 1	中等度 2	重度 3
記憶	記憶障害なし、あるいは、軽度の断続的な物忘れ。	軽度の物忘れが常に存在。 出来事を部分的に思い出す。 “良性”健忘。	中等度の記憶障害。 障害は最近の出来事についてより著しい。 障害は日々の活動を妨げる。	重度の記憶障害。 十分に学習したことのみに保持。 新しいことは急速に記憶から消失。	重度の記憶障害。 断片的がことのみ記憶に残存。
見当識	十分に見当識がある。	時間的前後関係に軽度の困難があることを除き、十分に見当識がある。	時間的前後関係に中等度の困難がある。検査の場所についての見当識は正常。 他の場所についての地理的見当識障害があるかもしれない。	時間的前後関係に重度の困難がある。たいていの場合、時間的見当識は障害され、地理的見当識もしばしば障害される。	自分についての見当識のみが保たれている。
判断力と問題解決能力	日常の問題を解決し、仕事上および金銭上の問題を十分処理できる。過去の実績と比較して、遜色のないすぐれた判断力。	問題解決、類似点および相違点に軽度の障害がある。	問題解決、類似点および相違点に中等度の困難がある。 たいていの場合、社会的判断力は保持されている。	問題解決、類似点および相違点に重度の障害。 たいていの場合、社会的判断力は障害されている。	判断あるいは、問題解決ができない。
地域社会の活動	仕事、買い物、ボランティア、社会集団において、通常のレベルでは自立して機能する。	左記の活動に軽度の障害がある。	左記の活動のいくつかに、まだたずさわっているかもしれないが、自立して機能できない。通り一遍の検査だと正常そうに見える。	家庭外において、自立して機能するようには見えない。 家庭外の会合に連れて行ってもらえるくらい健康そうに見える。	家庭外の会合に連れて行ってもらうには、具合が悪すぎるように見える。
家庭および趣味	家庭生活、趣味および知的興味の十分な保持。	家庭生活、趣味および知的興味は軽度に障害される。	家庭における機能は軽度だが、明確に障害されている。 より困難な家事はやめている。 より複雑な趣味や興味の喪失。	単純な家事のみの維持。 非常に限られた趣味が不十分に保持されている。	家庭において、重要な機能が果たせない。
身の回りの世話	自分の面倒は自分で十分みることができる。		促すことが必要。	着衣、衛生、身の回りの品の保管などに手伝いが必要。	身の回りの世話において、多くの助けが必要。 頻繁に失禁がある。

※ CDR (0 0.5 1 2 3) CDRの判定は調査員が行います。

3-2 FAST 以下の状態で認められる症状に○を記入（複数記入可）して下さい。

1	正常		認知機能低下は認められない。
2	年齢相応		物の置き忘れを訴えるが、年相応の物忘れ程度。
3	境界状態		日常生活の中で、これまでやってきた慣れた仕事（作業）は遂行できる。 一方、熟練を要する複雑な仕事を遂行することが困難。 新しい場所に出かけることが困難。
4	軽度		夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障を来す。 例えば、買い物で必要なものを必要な量だけ買うことができなかつたり、誰かがついていないと買い物の勘定を正しく払うことができない。 入浴や更衣など家庭内での日常生活は概ね介助なしで可能。
5	中等度		買い物をひとりですることはできない。自動車の安全な運転が出来ない。 明らかに釣り合いがとれていない組合せで服を着たりし、季節にあった洋服を自分で適切に選ぶことができないために、介助が必要となる。 毎日の入浴を忘れることもある。入浴させるときにもなんとかなだめすかして説得することが必要なこともあるが、入浴行為は自立している。感情障害や多動、睡眠障害がある。
6	やや高度		(a)寝巻の上に普段着を重ねて着てしまう。 靴ひもが結べなかつたり、ボタンを掛けられなかつたり、左右間違えて靴を履いてしまうことがある。
			(b)入浴時、お湯の温度・量を調節できなくなり、体もうまく洗えなくなる。浴槽に入ったり出たりすることもできにくくなり、風呂上りにきちんと体を拭くことができない。風呂に入りたがらない、嫌がるという行動がみられることもある。
			(c)トイレで用を済ませた後、水を流すのを忘れて、拭くのを忘れる。用便後に服をきちんと直せなかつたりする。
			(d)尿失禁、適切な排泄行動が起こせないことがある。
			(e)便失禁、攻撃的行動、焦燥などがある。
7	高度		(a)言葉が最大限約6語程度に限定され、完全な文章を話すことがしばしば困難となる。
			(b)理解し得る言葉が限定され、発語も限られた1つ程度の単語となる
			(c)歩行能力の喪失、歩行のバランスがとれない、拘縮がある。
			(d)着座能力の喪失、介助なしで座位を保てなくなる。
			(e)笑う能力の喪失
			(f)無表情で寝たきり

02-10 WHO5

最近 2 週間の、対象者様のご様子について、お聞かせください。

各項目の 1～6 のいずれかに○をつけてください。

(聞き取りが難しい場合は、評価者の方の判断で構いません。)

1. 明るく、楽しい気分で過ごした。	1. いつも 2. ほとんどいつも 3. 半分以上の期間を 4. 半分以下の期間を 5. ほんのたまに 6. まったくない
2. 落ち着いた、リラックスした気分で過ごした。	1. いつも 2. ほとんどいつも 3. 半分以上の期間を 4. 半分以下の期間を 5. ほんのたまに 6. まったくない
3. 意欲的で、活動的に過ごした。	1. いつも 2. ほとんどいつも 3. 半分以上の期間を 4. 半分以下の期間を 5. ほんのたまに 6. まったくない
4. ぐっすりと休め、気持ちよくめざめた。	1. いつも 2. ほとんどいつも 3. 半分以上の期間を 4. 半分以下の期間を 5. ほんのたまに 6. まったくない
5. 日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった。	1. いつも 2. ほとんどいつも 3. 半分以上の期間を 4. 半分以下の期間を 5. ほんのたまに 6. まったくない

設問4 栄養評価

4-1 MNA((栄養アセスメント)

□の中に、0 から 3 までのポイントを記入して下さい。

1 スクリーニング	
A. 過去 3 ヶ月間に食欲不振、消化器系の問題、咀嚼、嚥下困難などで食事が減少しましたか。 0=高度の食事量の減少 1=中等度の食事量の減少 2=食事量の減少なし	<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>
B. 過去 3 ヶ月で体重の減少はありましたか。 0=3kg 以上の減少 1=わからない 2=1~3kg の減少 3=体重減少なし	<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>
C. 運動能力 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、外出はできない 2=自由に外出できる	<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>
D. 精神的なストレスや急性疾患を過去 3 ヶ月間に経験しましたか。 0=はい 2=いいえ	<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>
E. 神経・精神的問題の有無 0=高度の認知症またはうつ状態 1=中等度の認知症 2= 精神的問題なし	<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>
F. BMI 指数：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	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; display: inline-block;">この欄は記入しないでください</div> <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>
スクリーニング値：小計 (最大：14 ポイント) (12/11：正常/栄養不良疑い)	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; display: inline-block;">この欄は記入しないでください</div> <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>

4-2 血液検査値

直近の血清アルブミン、血清総タンパク、ヘモグロビンの測定値がありましたらお書き下さい。

測定日 平成 2__年 __月 __日

Alb : (g/dl)

TP : (g/dl)

Hb : (g/dl)

02-14. 食欲

ここ3か月間の食生活を思い出し、A～Hの質問に対しあてはまる番号1つに○をつけてください。

A) 食欲はありますか。

- | | |
|-----------|----------|
| 1. ほとんどない | 4. ある |
| 2. あまりない | 5. とてもある |
| 3. 普通 | |

B) 食事の時、どれくらい食べると満腹感を感じているようですか。

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1. 数口で満腹 | 4. ほとんど食べて満腹 |
| 2. 3分の1くらいで満腹 | 5. 全部食べても満腹感がない |
| 3. 半分ほどで満腹 | |

C) お腹がすいたと感じているようですか。

- | | |
|-------------|-----------|
| 1. まったく感じない | 4. よく感じる |
| 2. ごくたまに感じる | 5. いつも感じる |
| 3. 時々感じる | |

D) 食べ物の味をどのように感じているようですか。

- | | |
|-----------|------------|
| 1. とてもまずい | 4. おいしい |
| 2. まずい | 5. とてもおいしい |
| 3. 普通 | |

E) 以前(入所時など)と比べて、食べ物の味はどのように感じているようですか。

- | | |
|-----------|------------|
| 1. とてもまずい | 4. おいしい |
| 2. まずい | 5. とてもおいしい |
| 3. 変わらない | |

F) 普段、1日に食事を何回食べますか。

- | | |
|---------|----------------|
| 1. 1回未満 | 4. 3回 |
| 2. 1回 | 5. 4回以上(間食を含む) |
| 3. 2回 | |

G) 食事をして気分が悪くなったり、吐き気を催す事がありますか。

- | | |
|------------|-------------|
| 1. ほぼ毎日感じる | 4. ほとんど感じない |
| 2. よく感じる | 5. まったく感じない |
| 3. 時々感じる | |

H) 普段、どのような気分ですか。(推測で結構です)

- | | |
|------------------|----------|
| 1. とても沈んでいる | 4. 元気 |
| 2. 沈んでいる | 5. とても元気 |
| 3. 沈んでもなく、元気でもない | |

15 食品摂取頻度

※経口摂取の方のみ、お答えください。

食 品 摂 取 頻 度	
以下の食品をどのくらいの頻度で食べていますか。	
魚介類 (生・ねり製品・缶詰・貝類 等)	1. ほぼ毎日 2. 2日に1回 3. 週に1~2回 4. ほとんど食べない
肉類 (生・ハム・ソーセージ 等)	1. ほぼ毎日 2. 2日に1回 3. 週に1~2回 4. ほとんど食べない
卵 (鶏卵・うずら卵 等で、魚卵は除く)	1. ほぼ毎日 2. 2日に1回 3. 週に1~2回 4. ほとんど食べない
牛乳 (コーヒー牛乳やフルーツ牛乳は除く)	1. ほぼ毎日 2. 2日に1回 3. 週に1~2回 4. ほとんど食べない
大豆製品 (豆腐・納豆・油あげ・厚あげ等) ※味噌汁は、含みません。	1. ほぼ毎日 2. 2日に1回 3. 週に1~2回 4. ほとんど食べない
緑黄色野菜 (ほうれん草・にんじん・南瓜等 色の濃い野菜)	1. ほぼ毎日 2. 2日に1回 3. 週に1~2回 4. ほとんど食べない
海そう (わかめ・ひじき・こんぶ等)	1. ほぼ毎日 2. 2日に1回 3. 週に1~2回 4. ほとんど食べない
いも類 (じゃがいも・さつまいも・里芋・長いも等)	1. ほぼ毎日 2. 2日に1回 3. 週に1~2回 4. ほとんど食べない
果物 (生・缶詰、トマトは含まない)	1. ほぼ毎日 2. 2日に1回 3. 週に1~2回 4. ほとんど食べない
油脂類 (油炒め・バター・マヨネーズ マーガリン、油を使う料理等)	1. ほぼ毎日 2. 2日に1回 3. 週に1~2回 4. ほとんど食べない

02-14-2 便秘はありますか。

※便秘薬を服用し、便通がある場合には “2.いいえ” とお答えください。

(1. はい 2. いいえ 3. 不明)

02-14-3 今のご自分の健康についてどのように感じていますか。

(1. よい 2. まあよい 3. ふうふう 4. あまりよくない 5. よくない)

02-14-4 現在、医師の指示またはご本人の意志で、食事の減量を行っていますか。

(1. はい 2. いいえ 3. 不明)

設問6 栄養摂取状況

6-1 食事はどのようにされていますか。(複数回答あり)

(0. 経口 1. 経管 2. 胃瘻 3. 点滴 4. その他())

6-2 食形態

(0. 常食 1. 刻み食 2. ソフト食 3. ミキサー 4. その他())

6-3 食事時間は平均してどのくらいですか。

(0. 20分以内 1. 20~40分 2. 40~60分 3. 60分以上)

6-4 摂食量 (1日の平均でお答えください)

約()割程度

6-5 食事中や食後のむせ

(0.なし 1.たまに 2.しばしば)

12. 咀嚼機能

12-1 (1. 自己評価 2. スタッフ評価 3. 不明)

0	経口摂取なし			
1	豆腐・バナナ	0. 可能	1. 困難だが可能	2. 不可能
2	リンゴ・ごはん	0. 可能	1. 困難だが可能	2. 不可能
3	酢ダコ・白菜つけもの	0. 可能	1. 困難だが可能	2. 不可能
4	にんじん・セロリ	0. 可能	1. 困難だが可能	2. 不可能
5	さきいか・たくあん	0. 可能	1. 困難だが可能	2. 不可能

設問5 日常介助の受容状況（口腔衛生・義歯使用含む）

利用者の状態で、該当する項目に○を付けて下さい。

配 点						
5-1 洗身（入浴）介助の拒否	0 全くなし	1 時々ある	2 しばしばある	3 常時ある	4 不明	
5-2 排泄介助の拒否	0 全くなし	1 時々ある	2 しばしばある	3 常時ある	4 不明	
5-3 食事介助の拒否	0 全くなし	1 時々ある	2 しばしばある	3 常時ある	4 不明	
5-4 口腔ケア介助の拒否	0 全くなし	1 時々ある	2 しばしばある	3 常時ある	4 不明	
5-5 歯磨きの自立	0 できる	1 一部介助	2 できない	3 不明	4 歯が無い	
5-6 口腔ケアの時間（ 1 自立 2 介助 ）						
5-6-1	0 1分未満	1 5分未満	2 5分以上	3 していない		
5-7 義歯清掃の自立	0 できる	1 一部介助	2 できない	3 不明	4 義歯不使用	
5-8 義歯の着脱の自立（自分でできるか）	0 できる	1 一部介助	2 できない	3 不明	4 義歯不使用	
5-9 日常の義歯の使用状況	0 いつも使用	1 大抵使用	2 時々使用	3 不明	4 義歯不使用	
5-10 食事時の義歯の使用状況	0 いつも使用	1 大抵使用	2 時々使用	3 不明	4 義歯不使用	
5-11 義歯しまい込み	0 全くなし	1 時々ある	2 しばしばある	3 常時ある	4 不明	5 義歯不使用
5-12 リンシング（ぶくぶくうがい）	0 できる	1 できない	2 不明			
5-13 ガーグリング（ガラガラうがい）	0 できる	1 できない	2 不明			

7-1 認知症高齢者の摂食力評価表

※以下の評価項目1～10について、それぞれ該当する番号を1つ選び、○をつけてください。

なお、数量では表わすことのできない対象者の摂食状況があれば、「特記事項」欄にご記入ください。

評価項目		毎食 できない	時々 できない	毎食 できる
開始	1 自ら食べ始めることができる	0	1	2
適切	2 食事道具を適切に用いることができる	0	1	2
計画	3 食物を適量すくうことができる	0	1	2
巧緻	4 ゼリー等の容器やパッケージを開けたり、紙パックにストローを挿入することができる	0	1	2
動作	5 食物をこぼすことなく食べることができる	0	1	2
認知	6 配食された全ての食物を自分の食べる対象物として認知できる	0	1	2
集中	7 食べることに對して注意を維持することができる	0	1	2
覚醒	8 食事中に眠ることなく食べ続けることができる	0	1	2
安全	9 むせることなく嚥下することができる (食後に変声もない)	0	1	2
調整	10 1日に必要な食事量を摂取することができる	0	1	2

8 以下の食事行動について、該当する項目に○を付けて下さい。

食事の開始の際の状況をお答えください。

質問内容	記入欄
1 何もしなくても食事が開始できる (配膳しただけでは食事開始できないことがあるか)	0 いつも自分で開始できる 1 時々できない 2 いつもできない 3 不明
2 食事を促す声かけがあれば開始できる	0 声かけで開始できる 1 反応するが開始できない 2 反応しない 3 不明
3 皿を指し示すなどの視覚的指示をすると開始できる	0 視覚指示で開始できる 1 反応するが開始できない 2 反応しない 3 不明
4 利き手に箸やスプーンなどの食具を持たせることで開始できる	0 食具を持たせると開始できる 1 食具を持つが開始できない 2 反応しない 3 不明
5 さらに逆の手に茶碗を持たせることで開始できる	0 食具と茶碗で開始できる 1 食具・茶碗を持つが開始できない 2 反応しない 3 不明
6 さらに利き手をアシストして食物をすくう導をすると開始できる	0 すくうアシストで開始できる 1 一口食べるが自立摂食は開始できない 2 反応しない 3 不明
7 さらに利き手をアシストして口元までもっていきことで開始できる	0 口元までのアシストで開始できる 1 一口食べるが自立摂食は開始できない 2 反応しない 3 不明
8 介助者の持ったスプーンで一口食べさせると、自分の食具で開始できる	0 一口介助すると自立摂食を開始できる 1 一口食べるが自立摂食は開始できない 2 反応しない 3 不明
9 介助者の持ったスプーンや箸からしか食べない	0 主に介助だがときどき自分でも食べようとする 1 いつも介助で食べる 2 反応しない・介助でも食べようとしな 3 不明

以上です。ご協力ありがとうございました。

ID

調査票-02

(専門調査員記入用)

施設名： _____

1 在宅・ 2 通所・ 3 GH・ 4 老健 ・ 5 特養・ 6 障害者・ 7 療養

評価者： _____

利用者様氏名：

様

調査日：平成 26 年 2 月 ____ 日

1. 神経学的所見

1-1 麻痺・拘縮

右側上肢の麻痺・拘縮	0 なし	1 ある	2 不明
左側上肢の麻痺・拘縮	0 なし	1 ある	2 不明

1-2 歯車様拘縮

右側	0 なし	1 ある	2 不明
左側	0 なし	1 ある	2 不明

2. 意識レベル (JCS)

0	清明
1	ほぼ意識清明だが、今ひとつはっきりしない
2	見当識（時・場所・人の認識）に障害がある
3	自分の名前や生年月日が言えない
10	普通の呼びかけで目を開ける。 「右手を握れ」などの指示に応じ、言葉も話せるが間違いが多い

7 口腔機能その他

7-1 リンシング（ぶくぶくうがい）

（ 1. できる 2. 不十分 3. できない 4. 不明 5. 拒否 ）

7-2 ガーグリング（ガラガラうがい）

（ 1. できる 2. 不十分 3. できない 4. 不明 5. 拒否 ）

7-3	口唇閉鎖	1 可能	2 不全	3 不可	4 不明
7-4	舌運動指示	1 口頭指示により可	2 模倣により可	3 不可	4 不明
7-5	舌運動	1 良好	2 やや良好	3 不良	4 不明
7-6	発音 PA	1 明瞭	2 不明瞭	3 不可	4 不明
7-7	発音 TA	1 明瞭	2 不明瞭	3 不可	4 不明
7-8	発音 KA	1 明瞭	2 不明瞭	3 不可	4 不明

4. 口腔機能評価

4-10 オーラルディアドコキネス

タ () 回/秒 □ 不可 □ 拒否

- 4-1 咬筋触診右側 1. 強い 2. 弱い 3. なし
- 4-2 咬筋触診左側 1. 強い 2. 弱い 3. なし
- 4-3 側頭筋触診右側 1. 強い 2. 弱い 3. なし
- 4-4 側頭筋触診左側 1. 強い 2. 弱い 3. なし

4-1-1 咬筋上下径 _____ mm 4-1-2 咬筋前後径 _____ mm

3. 口腔内診査

3-1 歯数の状態

	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
機能歯数																	
残存歯数																	
残存歯数																	
機能歯数																	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

a 機能歯数 本 b 残存歯数 本 c 要治療残根歯数 本 d 動揺歯数 本

3-2 歯周疾患治療の必要性あり 1. あり 2. なし

「あり」の場合 1. 歯石 2. 歯肉炎 3. 出血 4. 腫脹 5. 排膿 6. その他()

3-3 アイヒナー分類

A	B	C
4つの咬合支持域	咬合支持域1~3か所、 もしくは前歯部だけの咬合接触	咬合支持域なし
1つの支持域でそれを構成する一部の歯が失われても残存歯に接触があれば支持域は存在するとする		

3-4 臼歯の咬合の有無

- ① 義歯なしの状態 1. なし 2. あり
→ (1. 片側 2. 両側)
- ② 義歯ありの状態 1. なし 2. あり
→ (1. 片側 2. 両側)

3-5 口腔衛生状態

① プラークの付着状況	1. ほとんどない	2. 中程度	3. 著しい
② 食渣の残留	1. ない	2. 中程度	3. 著しい
③ 舌苔	1. ない	2. 薄い	3. 厚い
④ 口腔乾燥	1. ない	2. わずか	3. 著しい
⑤ 口臭	1. ない	2. 弱い	3. 強い

3-6 粘膜疾患 (1. あり 2. なし 3. 不明)

4-8 プレスケール (咬合圧) ※日付と氏名、表紙右上の ID 番号を記入すること

施行

施行せず

4-11 反復嚥下テスト (RSST)

1 回目 秒 30 秒での回数 回

不可 拒否

5. 水のみテスト

5-1

0	テスト施行不可 → 頸部聴診 (4~6 へ)
1	嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫 → 頸部聴診 (1~3 へ)
2	嚥下あり、呼吸切迫 (不顕性肺炎疑い) → 頸部聴診 (1~3 へ)
3	嚥下あり、むせる and/or 湿性嘔声 → 頸部聴診 (1~3 へ)
4	嚥下あり、呼吸良好、むせない → 頸部聴診 (1~3 へ)
5	4 に加え、追加嚥下運動が 30 秒以内に 2 回可能 → 頸部聴診 (1~3 へ)

5-2

	嚥下後の聴診	テスト不可:呼吸音
頸部聴診 (3cc 嚥下後聴診) テスト不可の場合は呼吸音聴診へ	1. 清聴 2. 残留音・複数回嚥下 3. むせ・呼吸切迫あり	4. 清聴 (呼吸音) 5. 弱い雑音あり (呼吸音) 6. 著しい雑音あり (呼吸音)

6. 咳テスト

6-1 (0 咳反射あり 1 咳反射なし 2 施行不可)

6-2 1 回目の咳が出るまでの秒数 () 秒

6-3 咳の強さ (0 なし 1 弱い 2 強い)

6-4 () 吸気目

16. 歩行測定

16-3

(歩行 1.可能 2.不可)

16-4 5m 通常歩行時間 (秒)

a	補助具使用	無 / 有
b	測定値	秒 (99:基準値以下)

16-5 5m 最大歩行時間 (秒)

a	補助具使用	無 / 有
b	測定値	秒 (99:基準値以下)

11. 認知機能《調査員が判断すること》 職員に確認しなくてよい。

CDR 利用者の状態で概ね、該当する項目に直接シートへ○を付けて下さい。

得点	なし 0	疑わしい 0.5	軽度 1	中等度 2	重度 3
記憶	記憶障害なし、あるいは、軽度の断続的な物忘れ。	軽度の物忘れが常に存在。出来事を部分的に思い出す。“良性”健忘。	中等度の記憶障害。障害は最近の出来事についてより著しい。障害は日々の活動を妨げる。	重度の記憶障害。十分に学習したことのみ保持。新しいことは急速に記憶から消失。	重度の記憶障害。断片的がことのみ記憶に残存。
見当識	十分に見当識がある。	時間的前後関係に軽度の困難があることを除き、十分に見当識がある。	時間的前後関係に中等度の困難がある。検査の場所についての見当識は正常。他の場所についての地理的見当識障害があるかもしれない。	時間的前後関係に重度の困難がある。たいていの場合、時間的見当識は障害され、地理的見当識もしばしば障害される。	自分についての見当識のみが保たれている。
判断力と問題解決能力	日常の問題を解決し、仕事上および金銭上の問題を十分処理できる。過去の実績と比較して、遜色のないすぐれた判断力。	問題解決、類似点および相違点に軽度の障害がある。	問題解決、類似点および相違点に中等度の困難がある。たいていの場合、社会的判断力は保持されている。	問題解決、類似点および相違点に重度の障害。たいていの場合、社会的判断力は障害されている。	判断あるいは、問題解決ができない。
地域社会の活動	仕事、買い物、ボランティア、社会集団において、通常のレベルでは自立して機能する。	左記の活動に軽度の障害がある。	左記の活動のいくつかに、まただずさわっているかもしれないが、自立して機能できない。通り一遍の検査だと正常そうに見える。	家庭外において、自立して機能するようには見えない。家庭外の会合に連れて行ってもらえるくらい健康そうに見える。	家庭外の会合に連れて行ってもらうには、具合が悪すぎるように見える。
家庭および趣味	家庭生活、趣味および知的興味の十分な保持。	家庭生活、趣味および知的興味は軽度に障害される。	家庭における機能は軽度だが、明確に障害されている。より困難な家事はやめている。より複雑な趣味や興味の喪失。	単純な家事のみの維持。非常に限られた興味が不十分に保持されている。	家庭において、重要な機能が果たせない。
身の回りの世話	自分の面倒は自分で十分みることができる。		促すことが必要。	着衣、衛生、身の回りの品の保管などに手伝いが必要。	身の回りの世話において、多くの助けが必要。頻繁に失禁がある。

CDR (0 0.5 1 2 3)

8. 口腔管理ニーズ

1. 歯科治療開始	01 義歯	0: 必要なし	1: 今日	2: 1 週間後	3: 1 月以内
	02 抜歯	0: 必要なし	1: 今日	2: 1 週間後	3: 1 月以内
	03 保存 (う触)	0: 必要なし	1: 今日	2: 1 週間後	3: 1 月以内
	04 保存 (歯周疾患)	0: 必要なし	1: 今日	2: 1 週間後	3: 1 月以内
	05 粘膜疾患	0: 必要なし	1: 今日	2: 1 週間後	3: 1 月以内
	06 保湿	0: 必要なし	1: 今日	2: 1 週間後	3: 1 月以内
2. 口腔衛生指導開始	01 セルフ	0: 必要なし	1: 今日	2: 1 週間後	3: 1 月以内
	02 介助	0: 必要なし	1: 今日	2: 1 週間後	3: 1 月以内
3. 嚥下機能精査・リハビリ必要性		1 あり	2 なし		
4. 嚥下機能精査・リハビリ開始		0: 必要なし	1: 今日	2: 1 週間後	3: 1 月以内
5. 専門職介入の必要頻度		1. 毎日	2. 2 回/週	3. 1 回/週	
		4. 1 回/2 週	5. 1 回/月	6. 1 回/3 カ月	
		7. 1 回/6 か月	8. その他		

【所見・自由記載欄】