

(13) 薬剤の処方箋

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。

⇒添付困難な場合は「(18)薬の種類」にお進みください。

9月調査と変わりがなければ(13)(18)への回答は結構です、右の欄にチェックを入れてください→

以下は記入しなくて結構です。

(14)出血傾向を惹起する薬剤の有無。

(1. 使用している ・ 2. 使用していない)

(15)BP製剤の有無。

(1. 使用している ・ 2. 使用していない)

(16)ステロイドなど免疫抑制を生じさせる薬の有無。

(1. 使用している ・ 2. 使用していない)

(17)その他歯科治療で配慮すべき薬剤の使用(薬剤名:)

(1. 使用している ・ 2. 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)

(18) 薬の種類

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

2.Barthel Index (10, 5, 0などの数字を記入欄にお書きください)

合計点数計算は行わなくて結構です。

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）	
集計は行わなくて結構です 合計＝（ ）		

3. Vitality Index

0～2 までの数字を記入欄にご記入ください。合計点数計算は行わなくて結構です。

項目	配点	記入欄
1 起床	2：いつも定時に起床している 1：起こさないと起床しないことがある 0：自分から起床することがない	
2 意思疎通	2：自分から挨拶する、話しかける 1：挨拶、呼びかけに対し返答や笑顔がみられる 0：反応がない	
3 食事	2：自分で進んで食べようとする 1：促されると食べようとする 0：食事に関心がない、全く食べようとししない	
4 排泄	2：いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排便、排尿を行う 1：時々尿意、便意を伝える 0：排泄に全く関心がない	
5 リハビリ、活動	2：自らリハビリに向かう、活動を求める 1：促されて向かう 0：拒否、無関心	

集計は行わなくて結構です

合計＝（ ）

除外規定；意識障害、高度の臓器障害、急性疾患（肺炎など発熱）がある場合

判定上の注意

- 1) 薬剤の影響（睡眠薬など）を除外。起座できない場合、開眼し覚醒していれば2点
- 2) 失語の合併がある場合、言語以外の表現でよい
- 3) 器質的消化器疾患を除外。麻痺で食事の介護が必要な場合、介助により摂取意欲があれば2点（口まで運んだ場合も積極的に食べようとするれば2点）
- 4) 失禁の有無は問わない。尿意不明の場合、失禁後にいつも不快を伝えれば2点
- 5) リハビリでなくとも散歩やリクリエーション、テレビでもいい。寝たきりの場合、受動的理学運動に対する反応で判定する。

4. 認知機能について

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○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。断片的な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、時間の見当識は障害され、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。

CDR 判定

4-2 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たり、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

5. 栄養評価

5-1 MNA-SF (栄養アセスメント)

(口の中に、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	
<p>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。</p> <p>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</p>	<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>
<p>B. 過去 3 ヶ月で体重の減少はありましたか。</p> <p>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</p>	<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>
<p>C. 運動能力</p> <p>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</p>	<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>
<p>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。</p> <p>0= はい 2=いいえ</p>	<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>
<p>E. 神経・精神的問題の有無</p> <p>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</p>	<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>
<p>F. BMI 指数：体重 (kg) ÷身長 (m²)</p> <p>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</p>	<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）	
<p>12 ポイント以上：正常。危険なし 11 ポイント以下：栄養不良の疑いあり</p>	<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"/>

5-2 血液検査値

直近の血清アルブミン値、プレアルブミン値の測定値がありましたらお書き下さい。

Alb _____ g/dl PA (TTR) _____ mg/dl

(測定日 平成 26 年 月 日)

6. 食欲について

最近1カ月間の食生活を思い出し、1から5の当てはまる番号を1つ選び右下の枠内に記入して下さい。

A 食欲はありますか？

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

B 食事の時、どれくらい食べると満腹感を感じますか？

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

C お腹がすいたと感じることがありますか？

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

D 食べ物の味をどのように感じますか？

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

E 50歳のころに比べて、食べ物の味はどのように感じていますか？

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

F 普段、1日に食事を何回食べますか？

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

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. ほぼ毎回感じる
2. よく感じる
3. 時々感じる
4. ほとんど感じない
5. まったく感じない

H 普段、どのような気分ですか？

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

7. 食事行動に関する所見

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」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
1 自ら食べ始めることができる	0	1	2
2 食事道具を適切に用いることができる	0	1	2
3 食物を適量すくうことができる	0	1	2
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
5 食物をこぼすことなく食べることができる	0	1	2
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
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
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
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
10 1日に必要な食事量を摂取することができる	0	1	2

特記事項：

(11) 食事時間は平均してどのくらいですか。

(0. 20分未満 1. 20分以上40分未満 2. 40分以上60分未満 3. 60分以上)

(12) 食事の食べる量は平均して何割ですか。 () 割

(13) 食事形態（※複数回答可）

主食

(1. 普通 2. 軟飯 3. 粥 4. ソフト粥 5. ミキサー粥 6. その他 ())

副食

(1. 普通 2. 1cm角（一口大）刻み 3. 極刻み（小刻み（フードプロセッサ）） 4. ソフト食
5. その他 ())

(14) 特別な対応の有無（※複数回答可）

(1. 胃瘻 2. 経管栄養 3. 点滴 4. その他 ())

(15) 直近一週間の摂食カロリー () キロカロリー

8. 口腔ケア・その他について

利用者様の状態で、該当する項目に○を付けて下さい。

配点	
(1) 口腔ケアの介助・促しなどへの拒否	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
(2) 口腔清掃行為の自立	0. できる 1. できない
(3) 歯ブラシの使用（利用者が使用できるか）	0. できる 1. できない 2. 不明（歯がないなど）
(4) 歯磨きの頻度（自立、介助含め）	1. 3回/1日実施 2. 2回/1日実施 3. 1回/1日回実施 4. 1回/2～3日実施 5. 定期的には実施していない 6. 不明（歯がないなど）
(5) 義歯の清掃（着脱含め利用者が自ら行えるか）	0. できる 1. できない 2. 不明 3. 義歯不使用
(6) 義歯清掃の頻度（自立、介助含め）	1. 3回/1日実施 2. 2回/1日実施 3. 1回/1日回実施 4. 1回/2～3日実施 5. 定期的には実施していない 6. 不明 7. 義歯不使用
(7) 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

9. 摂取可能食品

利用者様の食べられるものの中で最も噛みごたえのあるものの「噛みごたえ度（数字）」をご記入ください。

回答記入欄

噛みごたえ度	食品例
10	さきいか、ミリン干し
9	豚モモ、牛モモ
8	いわし（佃煮）、油揚げ
7	ピザ皮/もち、イカ（生）、酢ダコ、鶏モモ
6	玄米、カツオ、枝豆
5	麦ご飯、長芋、かまぼこ、チャーシュー
4	白米、パスタ、こんにゃく、つみれ、ハム
3	うどん、ラーメン、さつま揚げ、ソーセージ、肉団子
2	おじや、食パン、刺身、コンビーフ
1	おかゆ、豆腐、はんぺん、ハンバーグ

※ 食品例はあくまで目安です。普段これらの食品を召し上がっていても、食品例に相当する硬さのものを食べられるかでご判断ください。

■■■ご協力ありがとうございました■■■

調査通し番号

厚生労働省 歯科保健サービスの効果実証事業

誤嚥性肺炎予防に係る歯科保健指導の効果検証

調査員票

施設名： _____

評価者氏名： 様

ID：

利用者様氏名： 様

老研ID：

調査日：平成27年 2月 ____日

(表紙裏)



1. 口腔機能その他

1-1	口唇閉鎖	1 可能	2 不全	3 不可	4 不明
1-2	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
1-3	舌運動	1 良好	2 やや良好	3 不良	4 不明
1-4	発音 PA	1 明瞭	2 不明瞭	3 不可	4 不明
1-5	発音 TA	1 明瞭	2 不明瞭	3 不可	4 不明
1-6	発音 KA	1 明瞭	2 不明瞭	3 不可	4 不明

2. 口腔機能評価

2-1 オーラルディアドコキネス

タ () 回/秒 □ -8.不可 □ -9.拒否

- 2-2 咬筋触診右側 1. 強い 2. 弱い 3. なし
- 2-3 咬筋触診左側 1. 強い 2. 弱い 3. なし
- 2-4 側頭筋触診右側 1. 強い 2. 弱い 3. なし
- 2-5 側頭筋触診左側 1. 強い 2. 弱い 3. なし

2-6 細菌カウンタ

×10 個 Lv

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)

「1.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、 もしくは前歯部のみの咬合接触	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)

3-7 プレスケール (咬合圧) ※日付と氏名、表紙右下のIDを記入すること

1. 施行 2. 施行せず

3-8 反復嚥下テスト (RSST) -8. 不可 -9. 拒否

1 回目 秒 30 秒での回数 回

4. 水のみテスト -8. 不可 -9. 拒否

4-1

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 湿性嚔声 → 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)

4-2

	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)

5. 咳テスト □ -8.不可 □ -9.拒否

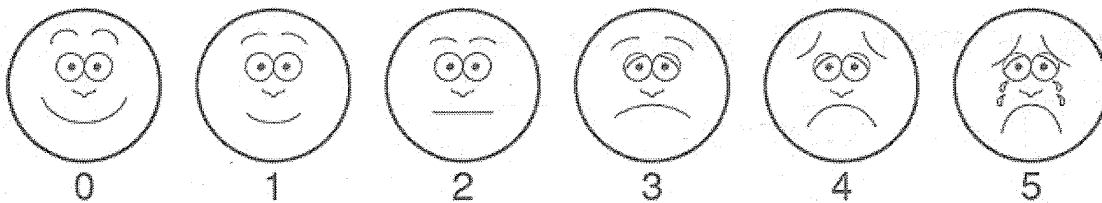
5-1 (0 咳反射あり 1 咳反射なし 2 施行不可)

5-2 1回目の咳が出るまでの秒数 () 秒

5-3 咳の強さ (0 なし 1 弱い 2 強い)

5-4 () 吸気目

6. お口の満足度 (フェイススケール) (現在の状況に最も近いものに○)



7. 口腔管理二ーズ

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】

8. 神経学的所見

8-1 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

8-2 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

9. 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

10. 身体機能測定

10-1 握力 (kg)

a	測定部位	左手	・	右手	
b	測定値	kg (99: 基準値以下)			
c	計測不可の理由	1.失行	2.拒否	3.拘縮	4.その他 ()

10-2 ピンチ力 (kg)

a	測定部位	左手	・	右手	
b	測定値	kg (99: 基準値以下)			
c	計測不可の理由	1.失行	2.拒否	3.拘縮	4.その他 ()

10-3 歩行

(1.補助具なしで可能 2.補助具ありで可能 3.不可)

10-4 下腿周囲径

A) 計測時間帯 (1. am / 2. pm)

B) 計測する足 (1. 左 / 2. 右)

C) 計測値 (小数点以下1桁まで) . cm

D) 上腕周囲長 (小数点以下1桁まで) . cm

10-5 四肢SMI (InBody) (1. 施行 2. 施行せず)

※記録用紙を、右端にホチキスで留める

(各対象者様用 施設職員様調査票01)

調査ご協力をお願い

【調査の趣旨】

- 高齢者の食欲の低下は、生活の質を損ない低栄養をもたらし、様々な疾患、ひいては死亡のリスクを高めます。つまり食欲を評価することで、健康上の問題の早期発見が期待できます。そこで本研究では食欲の指標の妥当性を検証し、食欲と適切な栄養の摂取、口の健康の関係を明らかにすることを目的としています
- 本研究結果から、介護支援専門員等が行う栄養と口腔のアセスメントを確立するとともに、その結果から栄養や口腔に対する支援の必要度を検証します。

【ご回答いただくに当たって】

- 対象者ごとに一部の調査票になります。基本的に介護・看護担当者様にご記入をお願い致します。
- ご回答いただいた方、患者様の情報はデータ化する際に匿名化し、個人特定できないように処理致します。調査票は、東京都健康長寿医療センター研究所で厳重に保管管理致します。なお、ご不明な点は以下までお願い致します。

【問合せ先・調査票返送先】

東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム 平野浩彦
〒173-0015 東京都板橋区栄町 35-2
電話 03-3964-3241 (内線 4211)
Eメール hhirano@tmig.or.jp

施設名：

ユニット名：

利用者様氏名： _____ 様

主評価者： _____ 様

介護職： _____ 様

看護職： _____ 様

() 職： _____ 様

記入日：平成 27 年 _____ 月 _____ 日

設問 1 基本調査項目

- 1-1 性別をご記入ください。 (男性 ・ 女性)
- 1-2 年齢をご記入ください。 (歳)
- 1-3 身長をご記入ください。 (cm)
- 1-4 体重をご記入ください。(小数点以下 1 桁までのご記入。) (kg)
- 1-5 介護認定に関してご記入ください。

非該当

要支援 1 2

要介護 1 2 3 4 5

1-6 以下の既往歴がありますか。(複数回答可)

なし 糖尿病 高脂血症(脂質異常症) 腎臓病 消化管系疾患

骨粗鬆症・関節症 骨折(部位: 1. 大腿部頸部(股関節) 2. その他の大腿
3. 下腿 4. 足 5. 背中 6. 腰 7. 胸 8. 腕 9. 手 10. その他())

誤嚥性肺炎 脳血管障害

呼吸器疾患(COPD、喘息等) 循環器障害 悪性新生物

パーキンソン病 神経疾患(パーキンソン病以外) 循環器障害

認知症

(1. Alzheimer 病、2. 脳血管性認知症、3. レヴィー小体型認知症、

4. 前頭側頭型認知症、5. その他())

その他食欲不振等に関連する疾患(うつ等の精神疾患等) ()

1-7 現在、何種類の薬を飲んでいますか。

なし 1種類 2種類 3種類 4種類 5種類以上

1-8 過去 3 ヶ月の発熱回数と原因をご記入ください。

なし あり↓

(回数: 回、

原因: 1. 気道感染、2. 尿路感染、3. 誤嚥性肺炎、4. その他()、5. 不明)