

設問2 日常生活機能項目

2-1 Barthel Index (記入欄にお書きください)

10, 5, 0など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 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: とくに失禁あり、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: とくに失禁あり、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 = ()		

2-2 Vitality Index (記入欄にお書きください)

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。		

設問3 認知機能について

3-1 CDR (認知症重症度)

利用者様の状態で概ね、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。非常に限られた興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

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。

FAST		解答欄	日常生活における症状
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

設問 4 栄養について

4-1 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	
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 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 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 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 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 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	<input type="text"/>
スクリーニング値：小計 (最大：14 ポイント) 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	<input type="text"/>

この欄は記入しないで結構です

この欄は記入しないで結構です

4-2 おおむね半年 (6 ヶ月前後) 前の体重 (_____ Kg)

4-3 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 (測定日 平成 26 年 _____ 月 _____ 日)

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

特記事項 ()

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)

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くことで開始できる	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い 3 不明

以上です。ご協力ありがとうございました。

調査票-02 ① (専門調査員記入用)

身体機能・口腔関連項目

施設名：

ユニット名：

利用者様氏名： _____ 様

評価者サイン： _____

調査日：平成 27 年 _____ 月 _____ 日

↓調査ここから

16-3 歩行機能

歩行 0. 不可

可能 { 1. 1m/sec 以下 (ゆっくりなら歩ける)
 2. 1m/sec 以上 (ふつうに歩ける)

16-4 5m 通常歩行時間 (秒) ※16-3 が 1 or 2 の対象者

a	補助具使用	無 / 有
b	測定値	秒 (99 : 基準値以下)

16-9 ①身長 (.) cm

②体重 (.) kg

1. 神経学的所見

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

16 身体機能測定

16-1 握力 (kg)

a	測定部位	利き手
b	測定値	. Kg (99: 基準値以下)

16-2 ピンチ力 (kg)

a	測定部位	利き手
b	測定値	. kg (99: 基準値以下)

16-7 下腿周囲長: CC (cm)

A)	測定部位	利き足
B)	測定値	. cm (99: 基準値以下)

10-4 上腕周囲長: MAC (cm)

B)	測定部位	利き手
D)	測定値	. cm (99: 基準値以下)

16-6 四肢SMI (InBody) (施行 ・ 施行せず)

3. 口腔内診査

3-1 機能歯の状態

	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

4. □腔機能評価

- 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

4-8 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

4-10 オーラルディアドコキネス
(タ 回/秒) 不可 拒否

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 □ -9.拒否 → 頸部聴診 (4~6^)

5-1

-1	テスト施行拒否 → 頸部聴診 (4~6^)
0	テスト施行不可 → 頸部聴診 (4~6^)
1	嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫 → 頸部聴診 (1~3^)
2	嚥下あり、呼吸切迫 (不顕性肺炎疑い) → 頸部聴診 (1~3^)
3	嚥下あり、むせる and/or 湿性嘔声 → 頸部聴診 (1~3^)
4	嚥下あり、呼吸良好、むせない → 頸部聴診 (1~3^)
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^)

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 (60 秒間)

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)

5-4 () 吸気目

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

12. 咀嚼機能

12-1 (1. 自己評価 2. スタッフ評価 3. 不明)

12-3. (2 食品のうちどちらか一方不可能だったら “不可能”)

設問6 栄養摂取状況

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

17. 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	
	1. 毎日	2. 2 回/週	3. 1 回/週		
5. 専門職介入の必要頻度	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			

11. 認知機能 <<調査員が判断すること>>

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)

(ユニット対象 施設職員様調査票 03)

【ご回答いただくに当たって】

■ 基本的にユニットのリーダー様（代表者様）

1 名に一部のみ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：

対象ユニット名：

リーダー様お名前： _____ 様

記入日：平成 26 年 _____ 月 _____ 日

以下の質問は、グループホームのひとつのユニット全体の栄養ケアマネジメントおよび食事に対する対応についての質問です。どれも正解はありませんので、普段のやり方をお答え頂きたく存じます。（複数回答有）

03-1. あなたのユニットで、利用者様個別の栄養ケアマネジメント計画を立てていますか。
(0.立てている 1.立てていない)

03-2. 入居者様の栄養状態の評価を継続的に行うシステムはありますか
(0.ない、1.ある(具体的に))

03-3. 食事や栄養の課題はケアプランにあがることはありますか。
(0.ほとんどない、1.ときどきある、2.よくある)

03-4. 食事や栄養の課題がケアプランにあがるのは、どのような内容ですか。(複数内容)

食行動を含む摂食障害、嚥下障害、食事摂取量の低下、治療食の提供、褥瘡、
やせ、体重減少、脱水、経管栄養の管理、その他 ()

03-5. あなたのユニットには、管理栄養士もしくは栄養士が勤務しているでしょうか。
(0.勤務している 1.勤務していない)

03-6. あなたのユニットには、栄養の専門家の指導を受けたスタッフが勤務していますか。
(0.勤務している 1.勤務していない)

03-7-1. あなたのユニットで栄養管理に関しこれまで管理栄養士と連携したことはありますか。
(0. あり、1. ない)

03-7-2. ある場合、連携の内容は以下のどれですか

0.食事形態について、 1.治療食について、 2.利用者様の栄養状態について、
3.その他 ()

03-7-3. 連携した管理栄養士の所属は以下のどれですか

0.施設内、 1.病院・診療所、 2.併設(関連)施設、 3.入退去先の福祉施設、
4. 入退去先の医療機関、 5.市区町村・保健所、 6.居宅療養管理指導事業所、
7.その他 ()

03-8. あなたのユニットでは、利用者の食べる機能に合わせて食事形態を変更していますか。

0.専門家の助言を受けて変更している、 1.独自にアセスメントして変更している
2.全員同じ食形態の食事を食べていただくようにしている
3.その他 ()

03-9. あなたのユニットでは、利用者の食事量について、どのように計画を立てていますか。

0.内科医や栄養の専門家の助言を受けて決めている
1.体重などから独自にアセスメントをして決めている
2.利用者の食欲、意見を聞いて決める
3.その他 ()

03-10. あなたのユニットで、嚥下障害が出現した利用者に対して、以下の工夫をしていますか。

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 0.とろみ剤などでとろみをつけている, | 1.飲み込む様子を注意深く観察して介助する |
| 2.ブレンダー、ミキサーなどで飲み物状にする | 3.その他 () |

03-11. 食事の提供に関連してお尋ねします。以下の①～⑦の実施者は誰ですか。

- ① 献立作成: (0.施設職員、1.併設施設、2.給食委託業者、3.宅配業者、4.その他 ())
 ↳ 0.施設職員のうちどなたですか (0.看護職 1.介護職 2.栄養士)
- ② 食材調達: (0.施設職員、1.併設施設、2.給食委託業者、3.宅配業者、4.その他 ())
- ③ 調理: (0.施設職員、1.併設施設、2.給食委託業者、3.宅配業者、4.その他 ())
- ④ 盛り付け: (0.施設職員、1.併設施設、2.給食委託業者、3.宅配業者、4.その他 ())
- ⑤ 配膳: (0.施設職員、1.併設施設、2.給食委託業者、3.宅配業者、4.その他 ())
- ⑥ 下膳: (0.施設職員、1.併設施設、2.給食委託業者、3.宅配業者、4.その他 ())
- ⑦ 食器洗浄: (0.施設職員、1.併設施設、2.給食委託業者、3.宅配業者、4.その他 ())

03-12. あなたのユニットで提供している食事について、おおまかに以下の食品の提供する頻度をお答えください。

食品摂取頻度		
あなたは、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 3. 週に1~2回	2. 2日に1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 3. 週に1~2回	2. 2日に1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 3. 週に1~2回	2. 2日に1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 3. 週に1~2回	2. 2日に1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)	1. ほぼ毎日 3. 週に1~2回	2. 2日に1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 3. 週に1~2回	2. 2日に1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 3. 週に1~2回	2. 2日に1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 3. 週に1~2回	2. 2日に1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 3. 週に1~2回	2. 2日に1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 3. 週に1~2回	2. 2日に1回 4. ほとんど食べない

以上です。ご協力ありがとうございました。

(ユニット対象 施設職員様個別調査票 04)

【ご回答いただくに当たって】

■この調査票は食事にかかわる介護従事者様にご記入（1 ユニット 5 名）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

以下の質問は、グループホームの個々の介護従事者様が考える、栄養ケアマネジメントおよび食事に対する対応についての質問です。どれも正解はありませんので、普段のやり方をお答え頂きたく存じます。

施設名：

ユニット名：

- あなたは 職種：介護職 ・ 看護職
 勤務日数は ____ 日/月
 経験年数は ____ 年
 資格は 医療・看護・介護・福祉

記入日：平成 26 年 ____ 月 ____ 日

04-1. 栄養ケアに関してお尋ねします

04-1-1 栄養ケアについて関心がありますか

(0.関心がない、1.あまり関心がない、2.まあ関心がある、3.関心がある)

04-1-2 入居者様の栄養状態を評価するとき、何に注目しますか。(複数回答)

(わからない、体重、血液検査値、全身状態、全身状態、精神状態、活動量、浮腫、食事摂取量、下痢、便秘、その他())

04-2. 食事に関してお尋ねします

04-2-1 献立作成を担当していますか (0. はい、1. いいえ)

0.はいの場合→

献立作成をするうえで、困っていることを教えてください

(0.ない、1.ある (自由記述))

1.いいえの場合→

献立内容で、課題や問題と感じていることを教えてください。

(0.ない、1.ある (自由記述))

04-2-2 調理を担当していますか (0. はい、1. いいえ)

0.はいの場合→

調理をするうえで、困っていることを教えてください

(0.ない、1.ある (自由記述))

1.いいえの場合→

調理 (出来上がった料理も含みます) について、課題や問題と感じていることを教えてください。(0.ない、1.ある (自由記述))

04-2-3 食事介助で困っていることを教えてください (複数回答有)

食事の自立：自立 見守り 一部介助 全介助

咀嚼：たべこぼす 痛みがある かみにくい 柔らかいものへの不満
粒があるとだめ

嚥下：飲み込みが遅い むせる むねやけ 食事中・後にもどす

栄養状態：低栄養 やせ

経管栄養：口から食べたい

運動障害：痛み 握力低下 狭い運動範囲 震え 空間無視

食欲不振：好みに偏り 飽きている ムラがある

介護者：調理に困っている 介助に疲れている

04-3. 管理栄養士との連携についてお尋ねします

04-3-1 管理栄養士という職種をご存知ですか (0.知らない 1.知っている)

04-3-2 管理栄養士との連携は必要だと思いますか

(0.思わない、1.必要だと思う、2.どちらでもない)

0.思わないと、2.どちらでもないの場合→その理由を教えてください

(自由記述)

1.必要だと思うの場合→

連携が必要だと思う内容について (複数回答) (献立作成、調理方法、入居者の食事形態の決定、介護食器、とろみ剤の適切な使用、嚥下障害、食事摂取量の低下、治療食の提供、褥瘡、やせ、体重減少、脱水、摂食障害、経管栄養の管理、その他

())

以上です。ご協力ありがとうございました。