

ID :

施設職員票

施設名 : _____

主な評価者 : _____ 様

担当介護職 : _____ 様

担当看護職 : _____ 様

担当 (_____) 職 : _____ 様

調査日 : 平成 27 年 _____ 月 _____ 日

利用者様氏名 : 様

老研 ID :

1. 基本調査項目

(1) 性別 (1. 男性 ・ 2. 女性)

(2) 教育歴(何年学校へ通ったか)

1. 小学校卒業(6年)	2. 中学校卒業(9年)	3. 高等学校卒業(12年)
4. 専門学校(2年制)卒業(14年)	5. 専門学校(3年制)卒業(15年)	
6. 大学(2年制)卒業(14年)	7. 大学(4年制)卒業(16年)	
8. その他()		
9. 不明		

(3) 要介護認定

0. 認定なし	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			

(4) 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。

(自立 ・ a ・ b ・ a ・ b ・ M)

参考

	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。		
	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	a	家庭外で左記 の状態が見られる
		b	家庭内でも左記 の状態がみられる
	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	a	日中を中心として左記 の状態が見られる
		b	夜間を中心として左記 の状態が見られる
	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		

(5) 既往歴 (複数回答可) 9月調査と変わりがなければチェックを入れてください

0. なし 1. 誤嚥性肺炎 2. 脳血管障害
3. 呼吸器疾患 (COPD 喘息 その他) 4. 循環器疾患
5. 腫瘍性疾患 (脳 消化器 呼吸器 その他)
6. パーキンソン病 7. 神経疾患 (パーキンソン病以外) 8. うつ等 9. 糖尿病
10. 認知症 (病名が分かれば下にご記入ください)

11. その他

(6) 歯科治療の有無 (過去6か月間)

(1. あり 2. なし 3. 不詳)

(7) 入院・通院歴

7-1. 平成26年7~9月の間に入院 (1. あり 2. なし)

「1. あり」の場合、期間とその理由 (複数回答可)

延べ () 日間 () 回

0. なし 1. 誤嚥性肺炎 2. 尿路感染 3. 転倒・骨折 4. 脳血管障害
5. 消化器症状 (嘔吐、下痢など) 6. 循環器障害 7. 予定手術 8. 食欲不振
9. その他 ()

7-2. 平成26年10~12月の間に入院 (1. あり 2. なし)

「1. あり」の場合、期間とその理由 (複数回答可)

延べ () 日間 () 回

0. なし 1. 誤嚥性肺炎 2. 尿路感染 3. 転倒・骨折 4. 脳血管障害
5. 消化器症状 (嘔吐、下痢など) 6. 循環器障害 7. 予定手術 8. 食欲不振
9. その他 ()

7-3. 通院歴(過去6か月間) 往診、訪問診療も含む (1.あり 2.なし)

「1.あり」の場合、期間とその理由(複数回答可)

延べ()日間()回

0. なし	1. 誤嚥性肺炎	2. 尿路感染	3. 転倒・骨折	4. 脳血管障害
5. 消化器症状(嘔吐、下痢など)	6. 循環器障害	7. 予定手術	8. 食欲不振	
9. その他()				

(8) 誤嚥性肺炎の発症状況

8-1. 過去6か月の間に誤嚥性肺炎の疑いの症状がありましたか。

(0. なかった 1. 1回あった 2. 複数回あった 3. 不明)

8-2. 過去6か月の間に発熱がありましたか。(37.5度以上、2日以上)

(0. なかった 1. 1~2回 2. 数回 3. 不明)

(9) 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)

(10) 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)

(11) 精神的健康度(WHO-5)(当てはまる番号を1つずつ選んでください。)

最近2週間、入所者は・・・	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 ために	6： まったく ない
a)明るく、楽しい気分でも過ごした。	1	2	3	4	5	6
b)落ち着いた、リラックスした気分で過ごした。	1	2	3	4	5	6
c)意欲的で、活動的に過ごした。	1	2	3	4	5	6
d)ぐっすりと休め、気持ちよくめざめた。	1	2	3	4	5	6
e)日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった。	1	2	3	4	5	6

(12) 喫煙の有無(タバコを吸っていますか。)

1. 現在吸っていないし、過去にも吸ったことはない
2. 現在吸っていないが、過去には吸っていた やめてから()年
3. 現在吸っている 一日()本

(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) 業の種類

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、全く食べようとしな	
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さず。“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。通り返り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は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、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)

(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</p> <p>1=中等度の食事量の減少</p> <p>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</p> <p>1=わからない</p> <p>2=1 ~ 3kg の減少</p> <p>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</p> <p>1= ベッドや車椅子を離れられるが、外出はできない</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>1=中等度の認知症</p> <p>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</p> <p>1=BMI が 19 以上、21 未満</p> <p>2=BMI が 21 以上、23 未満</p> <p>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"/>
<p>スクリーニング値：小計 (最大：14 ポイント)</p> <p>12 ポイント以上：正常。危険なし</p> <p>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 ヶ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 お腹がすいたと感ず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なくても、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