

参 考

各種様式一覧

様式	作成者	様式名
様式 1	歯科医師	歯科健診票
様式 2		歯科健診結果のお知らせ
様式 3	歯科衛生士	口腔機能評価票
様式 4		個別プログラム（1例）
様式 5		口腔ケアカルテ（歯科衛生士用）
様式 6	施設職員	事業協力同意書
様式 7		地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート： DASC21
様式 8		認知症患者のQOL評価指標：DHC
様式 9		認知症行動障害尺度：DBD13
様式 10		簡易栄養状態評価：MNA
様式 11		口腔ケアカルテ（施設職員用）
様式 12		基本的情報調査票
様式 13		参加者リスト

歯 科 健 診 票

実施年月日：平成 年 月 日

ID 番号： (男・女)	生年月日： M・T・S 年 月 日 (歳)	要介護度：介護度 _____
---------------------	------------------------------	----------------

口腔観察票

(上)															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
(下)															

現在 歯 数	本
健全 歯 数 /	本
処 置 歯 数 ○	本
未処置歯数 C	本
喪 失 歯 数 △	本

義 歯 の 状 況	
上 顎	下 顎
1 装着している a 適合 b 不適合・破損等	1 装着している a 適合 b 不適合・破損等
2 装着していない	2 装着していない

<p>【健診結果】</p> <p><input type="checkbox"/> 要 医 療 (内容) <input type="checkbox"/> う 蝕 <input type="checkbox"/> 歯 周 疾 患 <input type="checkbox"/> 義 歯 <input type="checkbox"/> 歯 石 <input type="checkbox"/> そ の 他</p> <p><input type="checkbox"/> 要経過観察</p> <p><input type="checkbox"/> 異常なし</p>

<p>特記事項</p>

【担当歯科医師名： _____】

歯科健診結果のお知らせ



_____様 平成____年____月____日

健診歯科医師名_____

本日の歯科健診の結果は次のとおりです。

□のところを参考にしてください。

【歯や歯ぐきの病気について】

- 歯や歯ぐきに心配なところはないようです。
- 治療が必要なところがあります。歯科医に相談しましょう。
 - むし歯があります 歯石がついています
 - 歯ぐきの炎症があります 入れ歯が合っていないようです

【お口の中の手入れについて】

- お口の中はきれいな状態です。
今までどおり、食後や寝る前はていねいに歯をみがきましょう。
入れ歯を使用している方は、入れ歯をはずして洗いましょう。
- 歯や歯ぐき、入れ歯が少し汚れています。
食後や寝る前はもう少していねいに歯をみがきましょう。
※ 汚れている場所はここです ⇒
※ きれいにみがくために便利なものは ⇒

様のお口ケアの方法

おそうじ+かみかみコース

①自分で磨いてもらう

②唾液腺マッサージ

③歯ブラシで歯を磨く

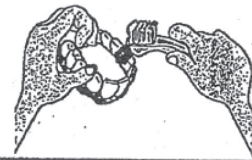
③スポンジブラシで頬内側の清掃・頬伸ばし

④舌ブラシで舌の清掃

⑤お口の体操—空ぶくぶく・にらめっこ

⑥ぶくぶくうがい

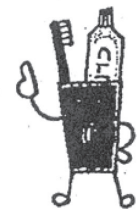
⑦入れ歯の清掃（できれば一緒に）



<口腔ケアグッズ>

歯ブラシ（本人用・介助磨き用）・舌ブラシ

ワンタフトブラシ・スポンジブラシ



生活の中で取り組んで頂きたいこと

頬を膨らまして、空ぶくぶくを行ってください。

歯磨きの後のぶくぶくうがいをしっかり行う



1回目 (/) 担当者氏名 ()	食物残渣	1 全体にあり	2 一部あり ()	3 なし
	歯垢付着	1 全体に付着	2 一部付着あり ()	3 なし
	歯肉腫脹	1 全体に腫脹	2 一部腫脹あり ()	3 なし
	口腔粘膜炎症	1 全体に炎症あり	2 一部炎症あり ()	3 なし
	義歯の汚れ	1 汚れが目立つ	2 少し汚れている	3 なし
	舌の汚れ	1 汚れが目立つ	2 少し汚れている	3 なし
	口臭の有無	1 あ り	2 少しあり	3 なし
	流 涎	1 常 時	2 ときどき	3 なし
2回目 (/) 担当者氏名 ()	食物残渣	1 全体にあり	2 一部あり ()	3 なし
	歯垢付着	1 全体に付着	2 一部付着あり ()	3 なし
	歯肉腫脹	1 全体に腫脹	2 一部腫脹あり ()	3 なし
	口腔粘膜炎症	1 全体に炎症あり	2 一部炎症あり ()	3 なし
	義歯の汚れ	1 汚れが目立つ	2 少し汚れている	3 なし
	舌の汚れ	1 汚れが目立つ	2 少し汚れている	3 なし
	口臭の有無	1 あ り	2 少しあり	3 なし
	流 涎	1 常 時	2 ときどき	3 なし
3回目 (/) 担当者氏名 ()	食物残渣	1 全体にあり	2 一部あり ()	3 なし
	歯垢付着	1 全体に付着	2 一部付着あり ()	3 なし
	歯肉腫脹	1 全体に腫脹	2 一部腫脹あり ()	3 なし
	口腔粘膜炎症	1 全体に炎症あり	2 一部炎症あり ()	3 なし
	義歯の汚れ	1 汚れが目立つ	2 少し汚れている	3 なし
	舌の汚れ	1 汚れが目立つ	2 少し汚れている	3 なし
	口臭の有無	1 あ り	2 少しあり	3 なし
	流 涎	1 常 時	2 ときどき	3 なし
4回目 (/) 担当者氏名 ()	食物残渣	1 全体にあり	2 一部あり ()	3 なし
	歯垢付着	1 全体に付着	2 一部付着あり ()	3 なし
	歯肉腫脹	1 全体に腫脹	2 一部腫脹あり ()	3 なし
	口腔粘膜炎症	1 全体に炎症あり	2 一部炎症あり ()	3 なし
	義歯の汚れ	1 汚れが目立つ	2 少し汚れている	3 なし
	舌の汚れ	1 汚れが目立つ	2 少し汚れている	3 なし
	口臭の有無	1 あ り	2 少しあり	3 なし
	流 涎	1 常 時	2 ときどき	3 なし
5回目 (/) 担当者氏名 ()	食物残渣	1 全体にあり	2 一部あり ()	3 なし
	歯垢付着	1 全体に付着	2 一部付着あり ()	3 なし
	歯肉腫脹	1 全体に腫脹	2 一部腫脹あり ()	3 なし
	口腔粘膜炎症	1 全体に炎症あり	2 一部炎症あり ()	3 なし
	義歯の汚れ	1 汚れが目立つ	2 少し汚れている	3 なし
	舌の汚れ	1 汚れが目立つ	2 少し汚れている	3 なし
	口臭の有無	1 あ り	2 少しあり	3 なし
	流 涎	1 常 時	2 ときどき	3 なし
6回目 (/) 担当者氏名 ()	食物残渣	1 全体にあり	2 一部あり ()	3 なし
	歯垢付着	1 全体に付着	2 一部付着あり ()	3 なし
	歯肉腫脹	1 全体に腫脹	2 一部腫脹あり ()	3 なし
	口腔粘膜炎症	1 全体に炎症あり	2 一部炎症あり ()	3 なし
	義歯の汚れ	1 汚れが目立つ	2 少し汚れている	3 なし
	舌の汚れ	1 汚れが目立つ	2 少し汚れている	3 なし
	口臭の有無	1 あ り	2 少しあり	3 なし
	流 涎	1 常 時	2 ときどき	3 なし

1回目 (/) 担当者氏名 ()	【口腔ケア内容】 【次回担当者への申し送り事項等】
2回目 (/) 担当者氏名 ()	【口腔ケア内容】 【次回担当者への申し送り事項等】
3回目 (/) 担当者氏名 ()	【口腔ケア内容】 【次回担当者への申し送り事項等】
4回目 (/) 担当者氏名 ()	【口腔ケア内容】 【次回担当者への申し送り事項等】
5回目 (/) 担当者氏名 ()	【口腔ケア内容】 【次回担当者への申し送り事項等】
6回目 (/) 担当者氏名 ()	【口腔ケア内容】 【次回担当者への申し送り事項等】

事業協力同意書

(歯・口腔からのアプローチによる認知症の人のQOL向上事業)

「歯・口腔からのアプローチによる認知症の人のQOL向上事業」に
協力することに同意します。

平成 年 月 日

兵庫県健康福祉部健康局健康増進課長

施設名 _____

施設長名 _____ 印

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)

Dementia Assessment Sheet for the Community-based Integrated Care System - 21 items (DASC-21)

記入日 年 月 日

ご本人の氏名:		生年月日:		年 月 日 (歳)		男・女		同居・同居	
本人以外の情報提供者の氏名:		(本人との続柄)		記入者氏名:		(所属・職種)			
A	1点	2点	3点	4点	評価項目		備考欄		
	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	導入の質問 (採点せず)				
B	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる					
1	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	近時記憶				
2	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	記憶				
3	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ					
4	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	時間				
5	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	見当識				
6	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	場所				
7	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	道順				
8	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	問題解決 判断力				
9	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	社会的 判断力				
10	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	買い物				
11	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭外の IADL				
12	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	交通機関				
13	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	金銭管理				
14	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	電話				
15	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	食事の 準備				
16	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	服薬管理				
17	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	入浴				
18	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	身体的 ADL ①				
19	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	身体的 ADL ②				
20	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	着替え				
21	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	排泄				
					整容				
					食事				
					移動				

DASC 21 : (1~21項目まで)の合計点

点/ 84点

© 栗田圭一 地方独立行政法人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 (認知症・うつへの予防と介入の促進)

DHC Dementia Happy Check Home Care Version		氏名：(_____) 日付：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 記載者： _____	
*最近1週間のご本人様の様子を思い出して、最も近いと思われる点数に○をつけてください。			
A	表情の変化	B	会話の様子
0点	話しかけたりして刺激しても、ほとんど表情を変えない。	0点	まったく話さない。 話しかけても、返事をしない。
2点	他者から見て、快、不快が、何とかわかる。	2点	ほとんど話さない。 話しかければ返事をするが、誘導しても会話をつづけようとしない。
4点	誘導の仕方によっては、喜怒哀楽が何とかわかる。	4点	上手に誘導すれば、話を続ける。 自分から話をしたとしても、話題が限られている、あるいは同じことを繰り返す話す。
6点	喜怒哀楽など単純な表情であれば、誘導しなくてもはっきりとわかる。	6点	こちらが話題を提供すれば、それに合わせ話し出す。 それなりに話を合わせられ、誘導の必要はない。
8点	複雑な気持ちまで、何とか伝わる。	8点	挨拶などの刺激で、自ずから話を切り出す。 相手、時間、状況によっては、よく話している。
10点	表情豊かで、素直に自然な表情を表す。 微妙なところまで、表情を使い分ける。	10点	家族がそばを通ったりすると、自分から声をかけ、そのまま会話に入る。 よく家族や知人と会話していたり その姿を見かける。
C	立ち居振る舞い	D	身だしなみへの関心
0点	自分の意思の表出はまったくない。 常にじっとして下を向いており、何かに対して興味を示すことはない。	0点	便など明らかな汚物を指摘されても全く気にしない。 家族が身だしなみを整えても、他のことをしたり嫌がる。
2点	自分の意思はあまりない。 全体に暗い雰囲気があり、歩いたり座ったりしている姿勢など、生気がない。	2点	便など明らかな汚物は、自分で何とかしようとする。 外出時など身だしなみを指摘されても、関心を示さず、家族が整えてもあまり意に介した様子がない。
4点	なにかを尋ねられたりすると、意思を伝えようとするが、積極的に何等かの関わりを自らもとうとすることはない。	4点	外出時など身だしなみを指摘されても、関心は示さないが、家族が整えると感謝等の様子がみられる。
6点	時々自ら意思を表現する。 何等かの興味を持って、多少自ら他者に対して関わりを持とうとする。	6点	外出時など身だしなみを指摘されれば、関心を示し、多少は身だしなみを整えようとする様子がある。
8点	自ら積極的な関わりを持とうとし、自然に手や体が動く。立ち居振る舞いは自然な感じである。	8点	自ら、衣服、頭髪、洗面等、最低限の身だしなみを整えようとする。
10点	手を叩いて喜んだり相手にスキンシップを用いる。 立ち居振る舞いには、生き生きとした感じがある。	10点	髪型や化粧など、自分をよりきれいに美しく見せようとする。
<input checked="" type="checkbox"/>	活動内容	E	活動への参加態度
<input type="checkbox"/>	デイサービスやホームヘルプサービスの活動 (週 ____ 回)	0点	勧誘してもまったく無関心で、他のことをしたり、うろろしたり、昼寝などをしている。
<input type="checkbox"/>	退院やリハビリ活動	2点	連れられて(呼ばれて機械的に)参加しても、動かず話もせず、興味が感じられない。
<input type="checkbox"/>	普段の外出や散歩	4点	連れられて(呼ばれて機械的に)参加し、家族に言われ最低限のことは行う。
<input type="checkbox"/>	家族での日課や家事、買い物、近隣や友人との付き合い、趣味等	6点	連れられて(呼ばれて機械的に)参加するが、参加してしまえば、積極的に楽しんでいる。 仕事は手助けがあっても嫌々している。
<input type="checkbox"/>	報酬のある仕事	8点	自主的ではないが、活動を伝えると、うれしそうに参加する。仕事は一人で何とかするがいやいやまたは義務的である。
<input type="checkbox"/>	その他 (_____)	10点	自ら率先して参加しようとする意思を示す。 仕事や趣味は積極的に楽しんでいる。

認知症行動障害尺度(Dementia Behavior Disturbance Scale: DBD13)認知症初期集中支援チーム版

ID	回答者氏名	年	月	日			
生年月日		記入日					
記入者氏名							
No	質問内容	0点	1点	2点	3点	4点	(備考欄)
1	同じことを何度も何度も聞く	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
2	よく物をなくしたり、置場所を間違えたり、隠したりしている	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
3	日常的な物事に関心を示さない	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
4	特別な理由がないのに夜中起き出す	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
5	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
6	昼間、寝てばかりいる	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
7	やたらに歩き回る	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
8	同じ動作をいつまでも繰り返す	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
9	口汚くものしる	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
10	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
11	世話をされるのを拒否する	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
12	明らかな理由なしに物を貯め込む	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
13	引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
小計							
合計							点

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□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、そしゃく・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 = 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

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 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

スクリーニング値：小計 (最大：14 ポイント)

12-14 ポイント： 栄養状態良好
 8-11 ポイント： 低栄養のおそれあり (At risk)
 0-7 ポイント： 低栄養

「より詳細なアセスメントをご希望の方は、引き続き質問 G~R におすすめください。」

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4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

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)

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
 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 Geront 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: 466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 さらに詳しい情報をお知りになりたい方は、
www.mna-elderly.com にアクセスしてください。

低栄養状態指標スコア

24~30 ポイント	<input type="checkbox"/>	栄養状態良好
17~23.5 ポイント	<input type="checkbox"/>	低栄養のおそれあり (At risk)
17 ポイント未満	<input type="checkbox"/>	低栄養

【〇月分】

〇〇 〇〇様 「口腔ケア」カルテ

様式11

日	曜日	口腔ケア実施状況※1		対象者の状況		特記事項等 (歯・口の状態で気 になること等)
		朝	夕	発熱※2	肺炎による入院 その他の入院	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

日	曜日	口腔ケア実施状況※1		対象者の状況		特記事項等 (歯・口の状態で気 になること等)
		朝	夕	発熱※2	肺炎による入院 その他の入院	
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

日	曜日	口腔ケア実施状況※1		対象者の状況		特記事項等 (歯・口の状態で気 になること等)
		朝	夕	発熱※2	肺炎による入院 その他の入院	
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

※1 口腔ケアの実施状況について、実施した場合は○を記入してください。

※2 37.5℃以上の発熱があった場合に○を記入してください。

歯・口腔ケアからのアプローチによる認知症のQOL向上事業

基本的情報調査項目

対象者氏名	
調査日	平成 年 月 日
調査番号	

【基本的情報】

- ・性別（ 男 ・ 女 ）
- ・年齢（ 歳 ）
- ・生年月日（ T・S・H 年 月 日）
- ・認知症の診断（あてはまるものに☑）
アルツハイマー型認知症 脳血管性認知症 その他（ ）
- ・併存疾患についてご記入下さい。あてはまるもの全てに○をつけてください。

- 0. なし 1. 誤嚥性肺炎 2. 脳血管障害 3. 呼吸器疾患（COPD・喘息等）
- 4. 循環器疾患 5. 腫瘍性疾患（口脳 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. うつ病
- 9. その他（ ）

- ・身長（ cm） 体重（ kg）
- ・過去6ヶ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）
- ・過去6ヶ月の間に発熱がありましたか。（37. 5度以上が2日以上）
 （0. なかった 1. 1回あった 2. 複数回あった 3. 不明）
- ・日常生活自立度（身体）について、あてはまるものに○をご記入ください。
 （ 自立 J A B C ）
※J：障害あり・外出自立 A：外出介助、屋内自立 B：屋内介助、座位可能 C：座位不可
- ・日常生活自立度（認知症）について、あてはまるものに○をご記入ください。
 （ 自立 I II III IV M ）
※I：見守り不要 II：見守り必要 III：時々介護 IV：常に介助 M：専門医療
- ・介護認定に関してご記入ください。

要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

【栄養摂取状態】

- ・食事はどのように摂取されていますか。（複数回答可）
 （ 経口 ・ 経管 ・ 胃瘻 ・ 点滴 ・ その他 ）
- ・食形態（あてはまるものに○）
 （ 常食・刻み食・ソフト食・ミキサー食・その他（ ））

【日常介助の受容状況】（口腔衛生、義歯使用）

■食事介助の拒否

（ 0. 全くなし 1. 時々ある 2. 常時ある 3. 不明 ）

■口腔ケア介助の拒否

（ 0. 全くなし 1. 時々ある 2. 常時ある 3. 不明 ）

■歯磨き（口腔ケア）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 ）

■口腔ケアの時間

（ 0. 1分未満 1. 5分未満 2. 5分以上 3. してない ）

■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 ）

■義歯着脱の自立

（ 0. できる 1. 一部介助 2. できない 3. 不明 4. 義歯不使用 ）

■日常の義歯の使用状況

（ 0. できる 1. 一部介助 2. できない 3. 不明 4. 義歯不使用 ）

■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 ）

■ぶくぶくうがい

（ 0. できる 1. できない 2. 不明 ）

■ガラガラうがい

（ 0. できる 1. できない 2. 不明 ）

歯・口腔からのアプローチによる認知症のQOL向上事業

参加者リスト

施設名	
-----	--

No.	氏	名	ふりがな	居室	性別	年齢	要介護度	日常生活自立度 (認知症)	備 考
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									