

# 口腔機能向上サービスの記録 アセスメント・モニタリング・評価

ふりがな			男 女	明 大 昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名	要介護度・病名等								
	かかりつけ歯科医			あり	なし	入れ歯の使用		あり	なし
サービスの説明 と同意の記録	開始時	平成	年	月	日	同意者：本人・家族・その他（ ）			担当者名：
	継続時	平成	年	月	日	同意者：本人・家族・その他（ ）			担当者名：

## 1. 関連職種等による質問と観察

(実施期間中に少なくとも1回記入。1回目：平成 年 月 日 2回目：平成 年 月 日)

質問項目・観察項目等		評価項目	1回目	2回目
質問	固いものは食べにくいですか	1.いいえ 2.はい		
	お茶や汁物でむせることがありますか	1.いいえ 2.はい		
	口が渇きやすいですか	1.いいえ 2.はい		
	自分の歯また入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか	1.両方できる 2.片方だけできる 3.どちらもできない		
	全体的にみて、過去1ヶ月間のあなたの健康状態はいかがですか	1.最高によい 2.とても良い 3.良い 4.あまり良くない 5.良くない 6.ぜんぜん良くない		
	お口の健康状態はいかがですか	1.よい 2.やや良い 3.ふつう 4.やや悪い 5.悪い		
観察	口臭	1.ない 2.弱い 3.強い		
	自発的な口腔清掃習慣	1.ある 2.多少ある 3.ない		
	むせ	1.ない 2.多少ある 3.ある		
	食事中の食べこぼし	1.ない 2.多少ある 3.多い		
	表情の豊かさ	1.豊富 2.やや豊富 3.ふつう 4.やや乏しい 5.乏しい		
特記事項等 <sup>1</sup>				

## 2. 専門職による課題把握のためのアセスメント、モニタリング

(事前、モニタ、事後それぞれ記入)

事前	平成 年 月 日			モニタリング <sup>2</sup>	平成 年 月 日			事後	平成 年 月 日		
	記入者				記入者				記入者		
	言語聴覚士	歯科衛生士	看護師		言語聴覚士	歯科衛生士	看護師		言語聴覚士	歯科衛生士	看護師
観察・評価等		評価項目						事前	モニタ	事後	
右側の咬筋の緊張の触診(咬合力)		1.強い 2.弱い 3.無し									
左側の咬筋の緊張の触診(咬合力)		1.強い 2.弱い 3.無し									
歯や義歯のごれ		1.ない 2.ある 3.多い									
舌のごれ		1.ない 2.ある 3.多い									
RSSSTの積算時間 (専門家の判断により必要に応じて実施)		1回目( )秒 2回目( )秒 3回目( )秒						1( ) 2( ) 3( )	1( ) 2( ) 3( )	1( ) 2( ) 3( )	
オーラルディアドコキネシス (専門家の判断により必要に応じて実施)		パ( )回/秒 タ( )回/秒 カ( )回/秒						パ( ) タ( ) カ( )	パ( ) タ( ) カ( )	パ( ) タ( ) カ( )	
ブクブクうがい(空ブクブクでも可)		1.できる 2.やや不十分 3.不十分									
特記事項等 <sup>1</sup>											
問題点	かむ	飲み込み	口のかわき	口臭	歯みがき	食べこぼし					
	むせ	会話	その他( )								

1 対象者・利用者の状況により質問項目・観察項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

2 モニタリングは、利用開始日の翌月の結果をモニタリングの欄に記載する。

## 3. 総合評価

口腔機能向上サービスの利用前後の比較であてはまるものをチェック			
食事がよりおいしくなった	薄味がわかるようになった	かめるものが増えた	
むせが減った	口の渇きが減った	かみしめられるようになった	
食事時間が短くなった	食べこぼしが減った	薬が飲みやすくなった	
口の中に食べ物が残らなくなった	話しやすくなった	口臭が減った	
会話が增えた	起きている時間が増えた	元気になった	
その他( )			
事業またはサービスの継続しないことによる口腔機能の著しい低下のおそれ		あり	なし
事業またはサービスの継続の必要性		あり(継続)	なし(終了)
計画変更の必要性		あり	なし
備考			

# 口腔機能の向上サービスの管理指導計画・実施記録

ふりがな		男女	明大昭	年	月	日	生まれ
氏名							

## 1. 口腔機能改善管理指導計画 (平成\_\_年\_\_月\_\_日 作成) <sup>1</sup>

( ) 様のご希望・目標	作成者氏名 (職種)	歯科衛生士 その他( )
備考		

### 実施計画 (実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」にチェックし、記入する)

専門職 実施項目	口腔機能の向上に関する情報提供		口腔体操・嚥下体操	
	口腔清掃の指導		唾液腺マッサージ	
機能訓練	かむ	飲み込み	発音・発声	呼吸
	その他( )			
関連職種 実施項目	口腔体操・嚥下体操	口腔清掃の支援	実施確認	声かけ 介助
	その他( )			
家庭での 実施項目	本人	口腔体操・嚥下体操	口腔清掃の実施	その他
	介護者	口腔清掃の支援	確認 声かけ 介助	その他

## 2. 口腔機能向上サービスの実施記録 <sup>2</sup>

### 専門職の実施 (実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。)

実施日						
担当者名						
口腔機能の向上に関する情報提供						
口腔体操・嚥下体操等						
口腔清掃の指導						
口腔清掃の実施						
唾液腺マッサージ(指導)						
咀嚼機能に関する訓練(指導)						
嚥下機能に関する訓練(指導)						
発音・発声に関する訓練(指導)						
呼吸に関する訓練(指導)						
食事姿勢や食環境についての指導						
特記事項(注意すべき点、利用者の変化等)						

### 関連職種の実施 (実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。)

関連職種 実施項目	口腔体操・嚥下体操	口腔清掃の支援	実施確認	声かけ	介助
	その他( )				
特記事項 (利用者の変化、専門職への質問等)					

1: 内容を通所介護計画、通所リハ計画、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハ計画に記載する場合は不要。  
2: サービスの提供の記録において、口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は不要。