

口腔機能の向上の記録 アセスメント・モニタリング・評価

別紙 1

ふりがな		□男 □女	□明 □大 □昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名	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				
介護認定等	認定	平成	年	月	□ 特定高齢者	要支援 □1 □2	要介護 □1 □2 □3 □4 □5	
変更後	変更	平成	年	月	□ 一般高齢者	□ 特定高齢者	要支援 □1 □2	要介護 □1 □2 □3 □4 □5

1. 事前・事後アセスメント、関連職種等によるモニタリング (番号を事前、モニタ、事後にそれぞれ記入)

事前	平成	年	月	日	モニタリング	平成	年	月	日	事後	平成	年	月	日
	記入者					記入者					記入者			
質問項目・観察項目等					評価項目					事前	モニタ	事後		
質問	①固いものは食べにくいですか					1.いいえ 2.はい								
	②お茶や汁物でむせることがありますか					1.いいえ 2.はい								
	③口の渇きが気になりますか					1.いいえ 2.はい								
	④自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか					1.両方できる 2.片方だけできる 3.どちらもできない								
	⑤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								
	⑥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	⑦口臭					1.ない 2.弱い 3.ある								
	⑧自発的な口腔清掃習慣					1.ある 2.多少ある 3.ない								
	⑨むせ					1.ない 2.多少ある 3.ある								
	⑩食事中の食べこぼし					1.ない 2.多少ある 3.多い								
	⑪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※1														

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 (番号を事前、モニタ、事後それぞれ記入)

事前	平成	年	月	日	モニタリング	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		
①右側の咬筋の緊張の触診(咬合力)					1.強い 2.弱い 3.無し									
②左側の咬筋の緊張の触診(咬合力)					1.強い 2.弱い 3.無し									
③歯や義歯のよこれ					1.ない 2.多少ある 3.ある									
④舌のよこれ					1.ない 2.多少ある 3.ある									
⑤RSSTの積算時間(必要に応じて実施)					1回目( )秒 2回目( )秒 3回目( )秒					1( )	1( )	1( )		
⑥オーラルディアドコキネシス(必要に応じて実施)					パ( )回/秒 ※パ、タ、カをそれぞれ10秒間に言える回数を測定し、1秒あたりに換算 タ( )回/秒 カ( )回/秒					パ( )	パ( )	パ( )		
⑦フクフクうがい(空フクフクでも可)					1.できる 2.やや不十分 3.不十分									
特記事項等※1														
問題点 □ かむ □ 飲み込み □ □のかわき □ □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。

3. 総合評価

□ 口腔機能向上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	□ 噛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
□ □の中に食べ物が残らなくなった	□ 話しやすくなった	□ □臭が減った
□ 会話が増えた	□ 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の必要性	□ なし(終了)	□ あり(継続)
計画変更の必要性	□ なし	□ あり

口腔機能の向上の指導管理計画・実施記録

別紙2

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明						
氏名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大	年	月	日	生まれ		
			<input type="checkbox"/> 昭						

1. 口腔機能の向上指導管理計画 (平成\_\_年\_\_月\_\_日 作成) ※1

( ) さんのご希望・目標	作成者	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 看護師
---------------	-----	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------

◎ 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	<input type="checkbox"/> 口腔機能の向上に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操指導
	<input type="checkbox"/> 歯みがき指導 <input type="checkbox"/> 歯みがきの実施	<input type="checkbox"/> 唾液腺マッサージ
機能訓練	<input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み	<input type="checkbox"/> 発音・発声 <input type="checkbox"/> 呼吸法
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
関連職種 実施項目	<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操 <input type="checkbox"/> 歯みがきの支援	<input type="checkbox"/> 実施確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
家庭での 実施項目	本人 <input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操 <input type="checkbox"/> 歯みがきの実施	<input type="checkbox"/> その他
	介護者 <input type="checkbox"/> 歯みがきの支援 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> その他

2. 口腔機能の向上実施記録 ※2

① 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(健口)体操指導						
口腔清掃指導						
口腔清掃の実施						
唾液腺マッサージ指導						
咀嚼機能訓練						
嚥下機能訓練						
発音・発声に関する訓練						
呼吸法に関する訓練						
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)						

② 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	<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操 <input type="checkbox"/> 歯みがきの支援	<input type="checkbox"/> 実施確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> 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。