

利用開始時・終了時における把握・口腔機能スクリーニング (様式例)

別紙1

記入者： \_\_\_\_\_  
 実施年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名	(ふりがな)	男・女	要介護認定等				
	明・大・昭 年 月 日		<input type="checkbox"/> 非該当	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

(主治医の意見書が入手できた場合は添付する)

		質問項目	評価項目		転記	事前	事後
基本チェックリスト	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい	2 いいえ			
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1 はい	2 いいえ			
	15	口の渇きが気になりますか	1 はい	2 いいえ			
理学的検査		視診による口腔内の衛生状態	1 良好	2 不良			
		反復唾液嚥下テスト (RSST)	1 3回以上	2 3回未満			

※「転記」の欄には、サービス等実施前の基本チェックリスト、生活機能評価の結果を転記する。

TOQ	1	食事が楽しみですか	1 とても楽しみ 4 楽しくない	2 楽しみ 5 全く楽しくない	3 ぶつう		
	2	食事をおいしく食べていますか	1 とてもおいしい 4 あまりおいしくない	2 おいしい 5 おいしくない	3 ぶつう		
	3	しっかりと食事が摂れていますか	1 よく摂れている 4 あまり摂れていない	2 摂れている 5 摂れていない	3 ぶつう		
	4	お口の健康状態はどうか	1 よい 4 あまりよくない	2 まあよい	3 ぶつう 5 よくない		
食事・衛生等	1	食事への意欲はありますか	1 ある	2 あまりない	3 ない		
	2	食事中や食後のむせ	1 ある	2 あまりない	3 ない		
	3	食事中の食べこぼし	1 こぼさない	2 多少はこぼす	3 多量にこぼす		
	4	食事中や食後のタン(痰)のからみ	1 ない	2 時々ある	3 いつもからむ		
	5	食事の量(残食量)	1 なし	2 少量(1/2未満)	3 多量(1/2以上)		
	6	口臭	1 ない	2 弱い	3 強い		
	7	舌、歯、入れ歯などの汚れ	1 ある	2 多少ある	3 ない		
その他	1	今回のサービスなどで好ましい変化が認められたもの	1 食欲 4 その他( )	2 会話	3 笑顔		
	2	生活意識の変化	1 前進( )	2 変化なし	3 後退( )		

実施のための利用者の情報

歯科診療の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 1 週間に1~2回程度の治療(う蝕、歯周病、義歯作成などによる治療が中心) <input type="checkbox"/> 1~数ヶ月に1回程度のメンテナンス等(定期健診なども含む)
口腔機能にかかる 主治医・主治の歯科医師の連絡先	診療所・病院名： 電話番号：
特記事項・その他 (利用者に関する食事のペース、一口の量、手の運動機能、食事の姿勢、食具等の情報等)	



# 解決すべき課題の把握・口腔機能アセスメント（様式例）

別紙2-II

記入者： \_\_\_\_\_ 職種（ 言語聴覚士・ 歯科衛生士・ 看護職員）  
 実施年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

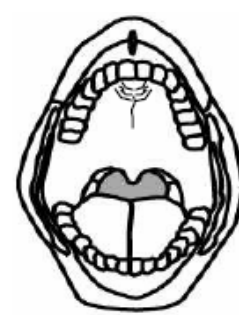
【II】

氏名	(ふりがな) -----	男 ・ 女	病名・障害名
	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
□の中の状態や訴えに関する利用者及び家族の希望			

	質問項目	評価項目	事前	事後
理学的 検査	視診による口腔内の衛生状態	1 良好                      2 不良		
	反復唾液嚥下テスト(RSST)	1 3回以上                      2 3回未満		

衛生	1	食物残渣	1 なし・少量      2 中程度      3 多量		
	2	舌苔	1 なし・少量      2 中程度      3 多量		
	3	義歯あるいは歯の汚れ	1 なし・少量      2 中程度      3 多量		
	4	口腔衛生習慣(声かけの必要性)	1 必要がない      2 必要あり      3 不可		
	5	口腔清掃の自立状況 (支援の必要性)	1 必要がない      2 一部必要      3 必要		
	6	ここ1ヶ月の発熱回数	(    ) 回/月      ※37.8度以上の発熱回数を記入		
機能	1	反復唾液嚥下テスト(RSST)の積算時間	1 回目 (    ) 秒 2 回目 (    ) 秒 3 回目 (    ) 秒	1 (    )    1 (    ) 2 (    )    2 (    ) 3 (    )    3 (    )	
	2	オーラルディアドコキネシス	パ (    ) 回/秒      ※パ、タ、カをそれぞれ10秒間に言える タ (    ) 回/秒      回数の測定し、1秒間あたりに換算 カ (    ) 回/秒	パ (    )    パ (    ) タ (    )    タ (    ) カ (    )    カ (    )	
	3	頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)	1 左右十分可能      2 やや十分      3 不十分		
その他	1	今回のサービス等の満足度	1 満足                      2 やや満足                      3 どちらでもない 4 やや不満                      5 不満		

実施のための利用者の情報

義歯の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯	□口腔内状況  
清掃用具や食事環境の状況		
主治の歯科医師又は連携する歯科医師等からの指示		
特記事項		

( ) さんの口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画（例）

わたしのゴール

--

ゴールに向かう 身近な目標	目標達成のための具体的計画（頻度等も含む。）	実施期間 評価予定

実行や支援にあたって、注意することなど

--

利用者同意サイン		続柄	
----------	--	----	--

計画作成者： \_\_\_\_\_ 職種（ 言語聴覚士・ 歯科衛生士・ 看護職員）  
 初回作成日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 作成(変更)日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※①サービス担当者が実施する計画、②関連職員が実施する計画、③利用者又はその家族等が実施する計画とそれに係る具体的な指導、助言等の文書等を添付する。

## 口腔機能向上サービス・居宅療養管理指導の提供経過記録(実地指導に係る記録) (例)

氏名	(ふりがな).....	男 ・ 女	
訪問先			

実施日	月 日	月 日	月 日	月 日
開始・終了時刻	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
指導の要点				
解決すべき課題の改善等に関する要点				
口腔清掃方法変更の必要性				
関連職種へのケアの状況				
担当者の署名				

※居宅療養管理指導においては、訪問先、訪問日、指導の開始及び終了時刻、歯科医師からの指示等、歯科医師の訪問診療に同行した場合には当該歯科医師の診療開始及び終了時刻等についても記録する。

口腔機能向上サービス・居宅療養管理指導のモニタリング（例）

氏名	(ふりがな)	男・女
----	--------	-----

	質問項目	評価項目	サービス提供前		週・月日		週・月日		週・月日		週・月日	
			月日		月日		月日		月日		月日	
			評価	経過チェック	評価	経過チェック	評価	経過チェック	評価	経過チェック	評価	経過チェック
食事・衛生等	1 食事への意欲はありますか	1 ある 2 あまりない 3 ない		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	2 食事中や食後のむせ	1 ある 2 あまりない 3 ない		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	3 食事中の食べこぼし	1 こぼさない 2 多少はこぼす 3 多量にこぼす		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	4 食事中や食後のタン（痰）のからみ	1 ない 2 時々ある 3 いつもからむ		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	5 食事の量	1 なし 2 少量 3 多量		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	6 口臭	1 ない 2 強い 3 強い		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	7 舌、歯、入れ歯などの汚れ	1 ある 2 あまりない 3 ない		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	1 入れ歯あるいは歯の汚れ	1 なし 2 少しある 3 ある				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	2 食べかすの残留	1 なし 2 少しある 3 ある				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3 舌の汚れ	1 なし 2 少しある 3 ある				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4 口や入れ歯の清掃への声かけ	1 必要がない 2 必要あり 3 不可				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
衛生	1 食物残渣	1 なし・少量 2 中程度 3 多量		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	2 舌苔	1 なし・少量 2 中程度 3 多量		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	3 義歯あるいは歯の汚れ	1 なし・少量 2 中程度 3 多量		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	4 口腔衛生習慣	1 必要がない 2 必要あり 3 不可		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	5 口腔清掃の自立状況	1 必要がない 2 一部必要 3 必要		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	6 ここ1ヶ月の発熱回数	( )回/月		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
機能	1 反復唾液嚥下テストの積算時間	1 回目( )秒 2 回目( )秒 3 回目( )秒	1 ( )秒 2 ( )秒 3 ( )秒	<input type="checkbox"/>	1 ( )秒 2 ( )秒 3 ( )秒	<input type="checkbox"/>	1 ( )秒 2 ( )秒 3 ( )秒	<input type="checkbox"/>	1 ( )秒 2 ( )秒 3 ( )秒	<input type="checkbox"/>	1 ( )秒 2 ( )秒 3 ( )秒	<input type="checkbox"/>
	2 オーラルディアドコネシス	パ( )回/秒 タ( )回/秒 カ( )回/秒	パ( )回 タ( )回 カ( )回	<input type="checkbox"/>	パ( )回 タ( )回 カ( )回	<input type="checkbox"/>	パ( )回 タ( )回 カ( )回	<input type="checkbox"/>	パ( )回 タ( )回 カ( )回	<input type="checkbox"/>	パ( )回 タ( )回 カ( )回	<input type="checkbox"/>
	3 頬の膨らまし	1 左右十分可能 2 やや十分 3 不十分		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
評価												
計画の変更の必要性			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
総合評価												