

特定高齢者・口腔機能向上の記録 アセスメント・評価

別紙1

ふりがな	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名	病名等					
	かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	

※ありの場合は、()に医院名を記入

※ありの場合は、()に部位・種類等を記入

1. 質問と観察

事前	平成 年 月 日	事後	平成 年 月 日
	記入者 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師		記入者 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師

質問事項・観察項目等	評価項目	事前	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の左右の奥歯で、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全体的に見て、過去1ヶ月間のあなた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 (4・5の場合は具体的に問題点を記入)		
	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 (4・5の場合は具体的に問題点を記入)		
観察	⑦口臭	1. ない 2. 多少ある 3. 強い		
	⑧自発的な口腔清掃習慣	1. ある 2. ある程度ある 3. ない		
	⑨むせ	1. ない 2. 時々ある 3. よくある		
	⑩食事中の食べこぼし	1. ない 2. 多少ある 3. 多い		
	⑪表情	1. 豊富 2. やや豊富 3. ふつう 4. やや乏しい 5. 乏しい		

2. 課題把握のためのアセスメント、(番号を事前・事後にそれぞれ記入)

質問事項・観察項目等	評価項目	事前	事後
①咬合時の咬筋の緊張(触診) 右側	1. 強い 2. 弱い 3. なし		
②咬合時の咬筋の緊張(触診) 左側	1. 強い 2. 弱い 3. なし		
③歯や義歯のよごれ (必要に応じて、口腔内写真・染め出し実施)	1. ない 2. 多少ある 3. 多い		
④舌のよごれ	1. ない(全体にピンク色) 2. 多少ある(1/3~1/2程度に付着又は少ない) 3. 多い(2/3以上に付着または量が多い)		
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() 2() 3()	1() 2() 3()
⑥オーラルディアドコキネンシス (必要に応じて実施)	パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	※パ、タ、カをそれぞれ10秒間に言える回数を測定し、1秒間あたりに換算 パ() タ() カ()	パ() タ() カ()
⑦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※1			
問題点	事前	<input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 口の渇き <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯磨き <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> その他()	
	事後	<input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 口の渇き <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯磨き <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> その他()	

※1 対象者・利用者等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開始前後の比較であてはまるものをチェック		
<input type="checkbox"/> 食事がよりおいしくなった	<input type="checkbox"/> 薄味がわかるようになった	<input type="checkbox"/> かめるものが増えた
<input type="checkbox"/> むせが減った	<input type="checkbox"/> 口の渇きが減った	<input type="checkbox"/> 噛みしめられるようになった
<input type="checkbox"/> 食事時間が短くなった	<input type="checkbox"/> 食べこぼしが減った	<input type="checkbox"/> 薬が飲みやすくなった
<input type="checkbox"/> 口の中に食べ物が残らなくなった	<input type="checkbox"/> 話しやすくなった	<input type="checkbox"/> 口臭が減った
<input type="checkbox"/> 会話が増えた	<input type="checkbox"/> 起きている時間が増えた	<input type="checkbox"/> 元気になった
<input type="checkbox"/> その他		
事業またはサービスの継続の必要性	<input type="checkbox"/> なし(終了)	<input type="checkbox"/> あり(継続)
計画変更の必要性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()

特定高齢者・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	年	月	日	生まれ	歳
氏名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大 <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)

() 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"/> 口腔清掃指導	<input type="checkbox"/> 口腔清掃	<input type="checkbox"/> 唾液腺マッサージの指導		
	機能訓練	<input type="checkbox"/> 咀嚼機能	<input type="checkbox"/> 嚥下機能	<input type="checkbox"/> 発音・発声	<input type="checkbox"/> 呼吸
	<input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境についての指導		<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"/> 口腔清掃	<input type="checkbox"/> 唾液腺マッサージ	<input type="checkbox"/> その他 ()

2. 口腔機能の向上実施記録

・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	月 日	月 日	月 日	月 日	月 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					
唾液腺マッサージの指導					
咀嚼機能に関する訓練					
嚥下機能に関する訓練					
発音・発声に関する訓練					
呼吸に関する訓練					
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)

--