資料Ⅱ

サービス対象者の口腔機能を評価するための表

【口腔機能向上サービス・アセスメント表】

◆担当職員名　　・　　（介護職・看護職・歯科衛生士・言語聴覚士）

1)データ No.　　2)検診日　平成　　年　　月　　日　3)　　回目（事前・実施中・事後）

◆基本情報

4）氏名（フリガナ）　（男・女）　5）生年月日：明・大・昭　　年　　月　　日　6）　歳

7)主治歯科医師名	〈診療所名〉	TEL（　）　Fax（　）
8)ケアマネ・保健師名	〈事業所名〉	TEL（　）　Fax（　）
9)主治医名　TEL　（　）		10)主治の歯科衛生士名：
11）要介護度：　支1　支2　介1　介2　介3　介4　介5		
12）日常生活自立度：J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2		13）認知症：　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M

◆口腔機能アセスメント表（下記の項目でサービス対象者を選別します）

14）認定調査3項目（できる or 自立）以外に該当するか　・嚥下　・食事摂取　・口腔清潔

＊一つでも該当すれば ➡ サービス対象者

15）基本チェックリスト　・半年前に比べて固い物が食べにくくなった
・お茶や汁物等でむせることがある
・口の渇きが気になる

＊2項目以上に該当すれば ➡ サービス対象者

＊以下の項目の1に該当したら ➡ サービス対象者

16)口腔内や義歯の衛生状態 ： 1 不良　2 良好	17)口臭 ： 1 強い　2 少しあり　3 なし
18)舌苔 ： 1 多量　2 あり　3 なし	19)頬のふくらまし ：1不十分　2十分
20)咬筋緊張度の触診 ：（右）1 無し or 弱　2 強 （左）1 無し or 弱　2 強	21)舌運動 ： 1 不可能 or 不完全　2 可能

●参考項目（必ずしもアセスメントは不要、必要に応じて行う）

22)オーラルディアドコキネシス（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（　）回／秒　タ（　）回／秒　カ（　）回／秒

23)食事への意欲：1 ない　2 あまりない　3 ある	24)ここ 1 ヶ月の発熱の有無：（　）回／月
25)RSST（30秒間に唾液を嚥下できる回数）：　1 3回未満　2 3回以上	
26)食べこぼし：　1 多量　2 多少　3 なし	27)発声機能 1 明瞭 2 一部不明瞭　3 聞き取り難
28)食物形態：　1 常食　2 軟食　3 きざみ　4 ペースト（流動）　5 経管　6 その他（　）	

◆歯科詳細情報【口腔内の状態と歯式】

29）残存歯数　　本

30）義歯の状態：1 なし　2 良好　3 破損　4 不適合　5 咬合に問題　6 使用せず

31）歯肉炎：1なし　2軽度　3中程度　4重度

(GI)

右

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

左

【升目の内側は歯式、外側は歯牙・歯肉の状態、付加情報・動揺度などを記載して下さい。】

社会福祉法人若竹大寿会・横浜市片倉三枚地域ケアプラザ AME

Copyright © 2009 雨宮和則 All Right Reserved