

口腔機能向上のアセスメント

利用開始時・終了時における把握（様式例 1 P. 88 ）

1 基本チェックリスト

《 項目 》

(13) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか

(14) お茶や汁物等でむせることがありますか

(15) 口の渇きが気になりますか

《 目的・方法 》

◎摂食・嚥下の自覚症状や口腔の乾燥状態について把握。

◎対象者に対し現在の状況を聞き取りで確認する。

2 QOL

《 項目 》

(1) 食事が楽しみですか

(2) 食事をおいしく食べていますか

(3) しっかりと食事が摂れていますか

《 目的・方法 》

◎食に対する意欲・満足度・日常性を把握し、QOLの向上、低栄養の予防に寄与する。

◎介護職員が、対象者に対し、対象者の主観に基づき聞き取りで、5段階評価による回答を求める。

《 留意事項 》

◎対象者の正確な状況を把握するために、回答を誘導しない。

《 項 目 》

(4) お口の健康状態はどうか

《選択肢の解説》

- 1 よい ……口や歯の事で、苦痛や不自由さは感じていない。
- 2 まあよい ……口や歯の事で、苦痛や不自由さはあまり感じていない。
- 3 ふつう ……時折不自由を感じる事があるがいつも気にする程ではない。どちらともいえない状態。
- 4 あまりよくない
……口や歯の事で、しばしば苦痛や不自由を感じている。
口や歯の事で、いつも弱い苦痛や不自由を感じている。
- 5 よくない ……口や歯の事で、いつもひどい苦痛や不自由がある。
いつも口の中に不快感がある。

《目的・方法》

- ◎教育や、動機付けを実施する上で重要な情報になる。
- ◎対象者の口腔の主観的な健康感、満足感を聞き取りで、5段階評価による回答を求める。

《留意事項》

- ◎対象者のお口の疾患や症状の有無を確認するものではない。



《 項 目 》

(5) シャベりにくくなっていませんか

《選択肢の解説》

- 1 ない・・・・・・・・以前と全く変わらない。
- 2 あまりない・・・・あまり気にした事はない。
- 3 ふつう・・・・・・・・ゆっくりしゃべるようになったり、口が乾く時もあるが、気にする程ではない。
- 4 少しある・・・・・・・・話している時、時折、口が乾いたり、舌がもつれることがある。
- 5 ある・・・・・・・・話している時、頻繁に舌がもつれたり、話を途中でやめたりする事がある。

《目的・方法》

◎口腔機能低下の自覚症状を聞き取る為に、5段階評価による回答を求める。

《留意事項》

◎他の疾患の症状でもある為、全身状態に考慮する必要がある。



《 項 目 》

(1) 食事への意欲はありますか

《選択肢の解説》

- 1 ある・・・・・・・・・・食事を積極的にしている。
- 2 あまりない・・・・・・・・周囲の声かけなどの促しが必要。
- 3 ない・・・・・・・・・・食事に興味を示さない。

《目的・方法》

- ◎食事への意欲について、3段階評価による回答を求める。
- ◎介護職員等が評価する、若しくは家族等に回答を求めてもよい。

《留意事項》

- ◎食事形態の変化（軟食化）や、環境による影響もあるので、回答と環境を考慮して計画作成にあたる。
- ◎特定日の状況ではなく、日常で判断する。

《 項 目 》

(2) 食事中や食後のむせ

《選択肢の解説》

- 1 ない・・・・・・・・・・特に認めない。
- 2 あまりない・・・・・・・・時々むせが認められる。
- 3 ある・・・・・・・・・・むせにより食事が中断してしまうことが多い。

《目的・方法》

- ◎むせにより、嚥下障害を推測しうる。
- ◎むせについて、3段階評価による回答を求める。
- ◎介護職員等が評価する、若しくは家族等に回答を求めてもよい。

《留意事項》

- ◎食事中食後の両方を判断し、食事形態、食事姿勢に限らず総合的に判断する。
- ◎むせを認めた場合、疾患（上気道感染等）の場合もあるので、医療との連携を十分に図る。

《 項 目 》

(3) 食事中の食べこぼし

《選択肢》

- 1 こぼさない
- 2 多少はこぼす
- 3 多量にこぼす

《目的・方法》

- ◎食べこぼしにより、口唇閉鎖が不十分であると推測しうる。
- ◎食べこぼしについて、3段階評価による回答を求める。
- ◎介護職員等が評価する、若しくは家族等に回答を求めてもよい。

《留意事項》

- ◎日常により判断するが、口唇閉鎖の不十分が原因である場合と、他の疾患（手の機能や認知症、手と口の協調性等）の場合があるので考慮する。

《 項 目 》

(4) 食事中や食後のタン（痰）のからみ

《選択肢》

- 1 ない
- 2 ときどきある
- 3 いつもからむ

《目的・方法》

- ◎タンのからみの出現は、上気道感染の一つのサインである、また食事中での特異的な出現は、嚥下機能低下を推測しうる。
- ◎タンのからみについて、3段階評価による回答を求める。
- ◎介護職員等が評価する、若しくは家族等に回答を求めてもよい。

《留意事項》

- ◎食事中や食後の、タンからみ音（ごろごろ音）、嘔声（声かすれ）の出現頻度を日常の状態判断する。

《 項 目 》

(5) 食事の量(残食量)

《選択肢》

- 1 なし
- 2 少量(1/2未満)
- 3 多量(1/2以上)

《目的・方法》

- ◎入院時食事量記録の主目的は、栄養摂取状況の把握だが、本事業の主目的は、口腔機能と食形態の適合の状況を把握する。
- ◎食事の残量について、3段階評価による回答を求める。
- ◎介護職員等が評価する、若しくは家族等に回答を求めてもよい。

《留意事項》

- ◎好き嫌いによる残食量は判断に入れず、日常で判断する。

《 項 目 》

(6) 口臭

《選択肢の解説》

- 1 ない・・・口臭を全く、または殆ど感じない。
- 2 弱い・・・口臭はあるが、弱く我慢できる程度。
会話を差し支えない程度の弱い口臭。
- 3 強い・・・会話してすぐに強い口臭を感じ、顔を背けたくなる程度

《目的・方法》

- ◎口腔清掃が、不十分である事や、口腔機能低下が推測しうる。
- ◎アセスメントを行う際に、介護職員等が普通に会話を行っている状態(30cm程度の距離)で3段階評価する。

《留意事項》

- ◎口臭の評価は、対象者に対してデリケートな面がある為、実施には十分な配慮をする。(口頭で質問しない等)

《 項 目 》

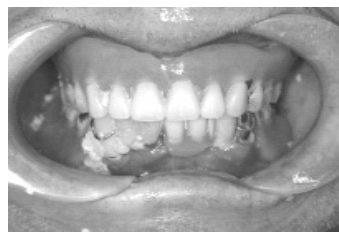
(7) 舌・歯・入れ歯などの汚れ

《選択肢の解説》

- 1 ない・・・・・・・・汚れが確認できない。
- 2 多少ある・・・・・・・・写真より少ないがよく見ると汚れが確認できる。
- 3 ある・・・・・・・・写真と同程度、或いはそれ以上。



【舌 → 3 ある】



【歯 → 3 ある】

《目的・方法》

- ◎口腔内の汚れを把握し、清掃改善や、誤嚥性肺炎の予防をする。
- ◎介護職員等が、対象者に口を開けてもらい、視診で評価する。
- ◎舌、歯、入れ歯の中で最も汚れているものの状態を3段階評価する。

例) 舌→2、歯→2、入れ歯→1 の場合、評価2
舌→2、歯→3、入れ歯→2 の場合、評価3

《留意事項》

- ◎口腔内の汚れは、口腔機能低下が推測しうる現象でもあるので観察は重要である。



4 その他

《 項 目 》

(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

《選択肢の解説》

- 1 食欲・・・食欲が増した。食事時間が適切になった。食事姿勢が良くなった。
食物の種類や固さの幅が広がった。よく噛んで食べるようになった。
- 2 会話・・・会話の量が増えた。楽しそうに会話するようになった。
言葉が聞き取りやすくなった。はっきり発音しようと努力している。
- 3 笑顔・・・笑顔が増えた。表情が豊かになった。
- 4 その他・・・サービス期間中に認められた好ましい変化を記入する。

例) 口腔体操、唾液腺マッサージ、歯みがき等を自発的にしたり、気をつけて行っている。／自分の口腔に興味をもちはじめた。／入れ歯を使うようになった。

《目的・方法》

- ◎プログラム(サービス)の効果を、利用者の主観的評価、又は介護者の客観的評価から把握する。
- ◎好ましい変化について、回答を求める。
- ◎介護職員等が日頃の観察により評価する若しくは家族等に回答を求めてもよい。

《留意事項》

- ◎特定日の状況でなく、日常で判断する。



《 項 目 》

(2) 生活意識の変化

《選択肢の解説》

- 1 前進・・・元気になる、活動量が増加した。積極的になった。
明るくなった。
- 2 やや前進・・・やや元気になる活動量が増加した。やや積極的になった。
やや明るくなった。
- 3 前進なし・・・特に前進が認められない。

《目的・方法》

- ◎プログラム(サービス)の最終的な目標は、食のQOLの維持向上と、利用者の自立支援である。生活の意識の変化に対する、主観的評価や客観的評価を行う事は、口腔機能向上の影響を利用者や介護職員が認識し、終了後の更なる働きかけの誘因となる。
- ◎生活意識の変化について、3段階評価による回答を求める。
- ◎介護職員等が評価する、若しくは家族等に回答を求めてもよい。

《留意事項》

- ◎特定日の状況でなく、日常で判断する。



1 理学的検査

《 項 目 》

視診による口腔内の衛生状態

《選択肢の解説》

- 1 良好・・・衛生における結果が、全て1の場合。
- 2 不良・・・衛生における結果が、2と3を含む場合。

《 項 目 》

反復唾液嚥下テスト (RSST)

《選択肢の解説》

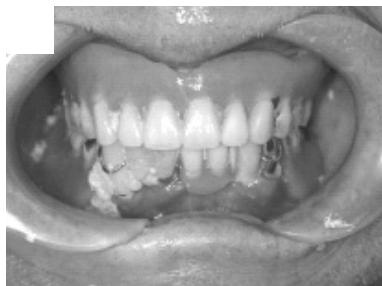
- 1 3回以上・・・機能における測定で30秒間に3回以上嚥下できた。
- 2 3回未満・・・機能における測定で30秒間に3回未満の嚥下であった。



2 衛生

《 項目 》

(1) 食物残渣



【 3 多量 】



【 3 多量 】

《選択肢の解説》

- 1 なし・少量・・・食物残渣が殆ど確認できない。
- 2 中程度・・・食物残渣が有るが、写真程ではない状態。
- 3 多量・・・写真と同程度、或いはそれ以上。

《 目的・方法 》

- ◎口臭予防や、感染症のリスクを低下させる。
- ◎歯科衛生士等が、口腔内の頬粘膜、口蓋などを観察し3段階評価する。

《 留意事項 》

- ◎観察は食後に行うことが望ましい。
- ◎義歯がある場合は装着した状態で行う。
- ◎量的な評価のみを主眼とせず、量や付着状態等により、口腔機能による問題であるか否かなども含め、専門的知識、技術に基づき評価を行う。



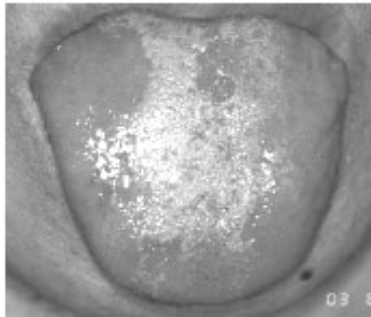
《 項目 》

(2) 舌苔

《選択肢の解説》

- 1 なし・少量・・・・・・・・殆ど確認できない。(うっすら白い)
- 2 中程度・・・・・・・・写真①程度。
- 3 多量・・・・・・・・写真②程度。

①



【 2 中程度 】

②



【 3 多量 】

《 目的・方法 》

- ◎口腔乾燥、唾液分泌低下、舌機能低下、服薬、清掃不良を見出し、口臭予防や、感染症のリスクを低下させる。
- ◎歯科衛生士等が、舌を観察し3段階評価する。
- ◎声かけにより舌を前方に出してもらい評価する。

《 留意事項 》

- ◎舌機能低下により舌の動きが悪い場合は、そのままの状態の評価する。
- ◎量的な評価のみを主眼とせず、量や付着状態により、味覚障害などを引き起こすほどの問題であるか否かなども含め、専門的知識、技術に基づき評価を行う。



《 項 目 》

(3) 義歯あるいは歯の汚れ

《選択肢の解説》

- 1 なし・少量・・・・・・・・汚れが確認できない、或いは多少ある程度。
- 2 中程度・・・・・・・・写真と同程度。
- 3 多量・・・・・・・・写真以上の多くの汚れ。



【 2 中程度 】



【 2 中程度 】

《目的・方法》

- ◎口腔疾患予防、口臭予防、感染症のリスクを低下させる。
- ◎歯科衛生士等が、義歯あるいは歯を観察し、3段階評価する。

《留意事項》

- ◎義歯がある場合は、義歯を外し義歯の歯や内面、維持する金属等の周囲に付着している汚れ（デンチャープラーク）の量や、残存している歯の周囲に付着している汚れ（プラーク）の量を全体的な量として評価する。

《 項 目 》

(4) 口臭

- *1) 利用開始時・終了時における把握（様式例1）「(6) 口臭」を参照（P 70）

《 項 目 》

(5) 口腔衛生習慣 (声かけの必要性)

《選択肢の解説》

- 1 必要がない・・・声かけをしなくても、毎日自発的に歯や入れ歯を磨いている。
- 2 必要あり・・・歯みがきの習慣がない。
時々しか歯みがきをしない。
声かけをしないと歯みがきをしない。
- 3 不可・・・・・・声かけに応じられない。

《目的・方法》

- ◎口腔清掃自立支援、習慣化を効率的に促す為に、プログラム作成の情報にする。
- ◎歯科衛生士等が、口腔清掃を観察し、口腔衛生習慣と自発性について3段階評価する。

《留意事項》

- ◎単なる生活習慣が低下している場合と、気力の低下、あるいは、認知症、脳血管障害などが原因にある場合により、対応が異なる。
- ◎認知症などの一部の対象者は、一見口腔清掃習慣は自立して見えるが、新規の指導が受けられないケースがあるので注意する。

《 項 目 》

(6) 口腔清掃の自立状況 (支援の必要性) 様式例2-Ⅱのみ

《選択肢の解説》

	歯みがき	入れ歯の着脱・清掃	うがい
1. 必要がない	・奥歯の裏側など、全体的にきれいに磨けている	・自分で着脱でき、きれいに磨けている	・ぶくぶくうがいが出来る
2. 一部必要	・磨き残しがある ・歯みがき時間が1分未満 ・用具の準備や移動が出来ない	・あまり外すことがない ・きれいに磨けていない	・水を含むことが出来るが、ぶくぶく出来ない
3. 必要	・自分で出来ない	・自分で着脱出来ない ・自分で磨けない	・うがいが出来ない

《目的・方法》

- ◎支援の必要性を把握することで、指導や援助のあり方を工夫する。
- ◎歯科衛生士等が、口腔衛生行為の、歯みがき、入れ歯の着脱・清掃、うがいについて出来るか否かにより、支援の必要性を3段階評価する。

《留意事項》

- ◎「やっている」かではなく、「出来ている」かを評価する。
- ◎口腔衛生行為の3項目において最も必要性が高い状態を3段階で評価し、何の支援が必要か記載する事が望ましい。

例)

	歯みがき	入れ歯	うがい
1. 必要がない			・出来る
2. 一部必要	・きれいに磨けるが用具の準備が出来ない		
3. 必要		・自分で着脱できない	

判定→3 必要・・・(用具の準備と入れ歯の着脱の支援が必要)

《 項 目 》

(7) ここ1ヶ月の発熱回数 様式例2-IIのみ

《目的・方法》

- ◎肺炎等の既往を評価する目的で、ここ1ヶ月間に37.8℃以上の発熱回数を記入する。

《留意事項》

- ◎対象者、家族、介護職員等に事前に調査の依頼をする必要がある。
- ◎感冒、インフルエンザ流行期は、評価に配慮が必要である。

3 機能 (摂食・嚥下)・その1

《 項目 》

(1) 反復唾液嚥下テスト (RSST) の積算時間

repetitive saliva swallowing test

《判定基準》

正常値・・・3回以上。(ほぼ同じ間隔で嚥下出来るとさらに良い)
3回未満であれば嚥下障害が疑われる。

《 目的 》

◎簡便で正確な嚥下機能のスクリーニング。

《 方法 》

- ◎歯科衛生士等が、対象者を椅子に座らせ「できるだけ何回も“ゴックン”とつばを飲み込む事を繰り返してください」と指示し、のどぼとけの直上に入差し指と中指を横に置き、飲み込んだ際の時間を、積算時間(秒)で記入します。
- ◎30秒間に何回飲み込めるか測定する事を説明し、口の中が著しく乾燥している場合には、少量(1cc程度)の水を口の中に入れてから測定してもよい。



《 準備するもの 》

ストップウォッチ。

《留意事項》

- ◎測定する際、喉頭(のどぼとけ)が持ち上がるが、十分に持ち上がり、戻った状態を指の腹で確認しながら測定します。十分に持ち上がらず、ぴくぴく動く状態は1回とカウントしないでください。
- ◎30秒間にできる嚥下回数の測定だけでなく、積算時間を記入する事で、嚥下の惹起性を把握し、事前事後の評価に役立てます。

《 項 目 》

(2) オーラルディアドコキネシス (パ・タ・カ)

《判定基準》

- | | | |
|---|--------------------|------------------|
| ① | パ・パ・パ・パ・・・ | 6回以上/秒 |
| ② | タ・タ・タ・タ・・・ | 6回以上/秒 |
| ③ | カ・カ・カ・カ・・・ | 8回以上/秒 |
| ④ | パタカ・パタカ・パタカ・パタカ・・・ | 事前事後の回数の変化を評価する。 |

《 目的 》

- ◎ パ・・・口唇の動きを評価。
- ◎ タ・・・舌の前方の動きを評価。
- ◎ カ・・・舌の後方と軟口蓋の動きを評価。
- ◎ パタカ・・・口唇、舌、軟口蓋の協調運動を評価。
- ◎ ①、②、③のような単一の動きができて、④のような複雑な動きの反復運動になると、構音障害や嚥下障害のある方には難しくなります。

《 方法 》

◎歯科衛生士等が対象者に対し、それぞれ、①パ、②タ、③カ、を10秒間連続して発音してもらい、その回数を紙に点を打って記録し、後で回数を数え、1秒間に換算します。

*椅子に座った状態で、「パ、パ、パ・・・とできるだけ早く言ってください」と言います。

*④パタカについては、「パタカ、パタカ、パタカ・・・とはっきり言ってください」と念を押し、10秒間に言えた回数を記録します。

《 準備するもの 》

ペン、白紙、ストップウォッチ。

《留意事項》

- ◎最大努力下のテストである事を理解しなければ、値が低くなるので、教示の際にその旨を伝えてください。
- ◎測定期間中に息継ぎをしてもいい事を伝えてください。
- ◎困難であれば、途中で休憩や、止めても構いませんが、測定値はそれを10秒間の値とします。

《 項 目 》

(3) 頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)

《判定基準》

- 1 左右十分可能・・・連続膨らましが、左右とも上手にできる。
- 2 やや不十分・・・連続膨らましが、左右ともできるが、ややリズムが悪い。
連続膨らましができるが、片方が上手にできない。
- 3 不十分・・・頬を膨らます事ができるが連続はできない。
頬を膨らます事ができない。

《 目的 》

◎口唇の閉鎖機能、軟口蓋や舌後方の動きを評価します。

《 方法 》

◎歯科衛生士等が対象者に対し、頬の連続膨らましを指示し、その状態を3段階で評価します。

◎頬の膨らましは、口唇を閉鎖し、舌の後方を持ち上げ、軟口蓋を下方に保ち、口腔を咽頭と遮断する事で行われます。これらの関連器官の動きを観察してください。

《留意事項》

◎通常の評価の際は、水を使用した観察は行わない。

◎指示が入らない場合は、日常の口腔清掃後のうがい状況を参考に評価しても構いません。



4 その他

《 項 目 》

(1) 今回のサービス等の満足度

《判定基準》

- 1 満足
- 2 やや満足
- 3 どちらでもない
- 4 やや不満
- 5 不満

《目的・方法》

◎プログラム（サービス）の最終的な目標は、食のQOLの維持向上と利用者の自立支援です。満足度の主観的評価や、客観的評価を行う事は、口腔機能向上の影響を、利用者や歯科衛生士等が認識し、終了後の更なる働きかけの誘因となります。

◎歯科衛生士等が対象者に対し、聞き取り調査を行い、本人の主観に基づき5段階評価で回答してもらってください。

《留意事項》

◎回答を誘導しない。



追補) 機能 (摂食・嚥下)・その2)

摂食・嚥下機能の評価については、「Ⅱ機能(摂食・嚥下)その1」に述べた3つの項目(RSST・オーラルディアドコキネシス・頬の膨らまし)が、アセスメントとして基本的に実施する項目となります。

しかし、いきなり「オーラルディアドコキネシス(パタカ)」「反復唾液嚥下テスト」を行なうのではなく、質問紙や普段の唾液嚥下の様子、発声の力や構音の明瞭度を確認しながら、反復唾液嚥下テスト、改訂水のみテスト、フードテストなど他の項目もあわせて行なっていくと、明らかに嚥下障害があるのか否かが分かってきます。

以下に、嚥下機能の評価手順を7項目に分けてあげましたので、適宜必要に応じて実施してください。

- *「1の質問紙」、「4-④のパタカ」、「5の反復唾液嚥下テスト」でチェックが入れば、嚥下障害が疑われます。
- *「5の反復唾液嚥下テスト」で3回未満だった方は、「6の改訂水のみテスト」および「7のフードテスト」を行ない、その結果、明らかに嚥下障害が疑われる場合は、嚥下障害が増悪していかないために、歯科医師、歯科衛生士または言語聴覚士がいる医療機関への受診をすすめてください。

1 質問紙

目的：質問紙による嚥下障害のスクリーニングで、「はい」が1つでもあれば、嚥下障害が疑われます。

方法：口頭による質問で行います。

1 脳梗塞、脳出血になったことはありますか	はい いいえ
2 お茶や味噌汁でむせますか	はい いいえ
3 硬いものが食べにくくなっていますか	はい いいえ
4 しゃべりにくくなっていますか	はい いいえ
5 体重が減ってきていますか(2週間で3%以上) 例：40kg⇒38.8kg以下	はい いいえ

2 唾液嚥下

目的：反復唾液嚥下テストを行なう前に、予備的に飲み込みの様子を把握しておきます。

方法：1回、唾（つば）を飲み込んでもらいます。

椅子に座った状態で、「唾を飲み込んでください」と教示します。

のどぼとけ（喉頭）を見ながら、スムーズに飲み込めるか、どうかを観察します。

3 発声持続時間

目的：咳をする力と湿性さ声（のどに唾液が貯まっていないか）を確認します。湿性さ声がある方は、食べ物や飲みものがのどに残る傾向にあるといえます。

方法：椅子に座った状態で、『「あー」とできるだけ長く、声を出してください』と教示します。

次に、『「しー」とできるだけ長く、声を出してください』と教示します。

判定基準：

- | | | |
|-------|-------|---------------|
| ①「あー」 | | 清明で10秒以上あればよい |
| ②「しー」 | | 清明で10秒以上あればよい |

準備するもの：ストップウォッチ

4 オーラルティアドコキネシス（パ・タ・カ 交互運動）

*P 81 参照

5 反復唾液嚥下テスト（RSST：repetitive saliva swallowing test）

*P 80 参照

6 改訂水飲みテスト (MWST:modified water swallowing test)

目的：3mlの冷水を飲み込んでもらい、飲み込みの様子およびその判定基準により嚥下機能を評価します。

3点以下の場合は、嚥下機能低下が疑われます。

方法：椅維子に座った状態で、

①注射器を用いて、冷水3mlを口腔底（舌の上には入れない）に注ぎ、「飲み込んでください」と教示します。

②飲み込んだ後、反復嚥下を2回行なってもらいます。

③判定基準が4点以上なら最大2施行繰り返してください。

④最低点を評点とします。

- 判定基準：
- 1点 嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫。
 - 2点 嚥下あり、呼吸切迫（不顕性誤嚥の疑い）。
 - 3点 嚥下あり、呼吸良好、むせる and/or 湿性さ声。
 - 4点 嚥下あり、呼吸良好、むせない。
 - 5点 4に加え、反復嚥下が30秒以内に2回可能。

用意するもの：コップ、冷水、シリンジ（注射器）。



7 フードテスト (FT : food test)

目的：茶さじ一杯（約4 g）のプリンを食べてもらい、口腔における食塊形成および咽頭への送り込みを評価します。
4点以下の場合は、嚥下機能低下が疑われます。

方法：椅子に座った状態で、

- ①プリン茶さじ1杯のプリン（約4 g）を舌背前部に置いて、「飲み込んでください」と教示します。
- ②飲み込んだ後、反復嚥下を2回行なってもらいます。
- ③評価基準が4点以上なら最大2施行繰り返してください。
- ④最低点を評点とします。

判定基準：

1点	嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫。
2点	嚥下あり、呼吸切迫（不顕性誤嚥の疑い）。
3点	嚥下あり、呼吸良好、むせる and/or 湿性さ声、口腔内残渣中等度。
4点	嚥下あり、呼吸良好、むせない、口腔内残渣ほぼない。
5点	4点に加え、反復嚥下が30秒以内に2回可能。

用意するもの：プリン、スプーン。



利用開始時・終了時における把握（様式例・岐阜県版）

様式例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	<input type="checkbox"/> 特定高齢者				
			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。

Q O L	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	3.ふつう 5.全く楽しくない		
	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	3.ふつう 5.おいしくない		
	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	3.ふつう 5.摂れていない		
	4	お口の健康状態はどうですか	1.よい 4.あまりよくない	2.まあよい	3.ふつう 5.よくない		
	5	しゃべりにくくなっていませんか	1.ない 4.少しある	2.あまりない	3.ふつう 5.ある		
食 事 ・ 衛 生	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.ない	2.あまりない	3.ある		
	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.ない	2.多少ある	3.ある		
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（様式例・岐阜県版）

様式例2-I

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

【I】

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	口臭	1.ない	2.弱い	3.強い		
	5	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		
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 () 2 () 3 ()	1 () 2 () 3 ()
	2	オーラルディアドコキネシス	パ () 回/秒 タ () 回/秒 カ () 回/秒 パタカ () 回/10秒			パ () タ () カ () パ効 ()	パ () タ () カ () パ効 ()
	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 4.やや不満	2.やや満足	3.どちらでもない .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		
主治医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		

解決すべき課題の把握（様式例・岐阜県版）

様式例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	口臭	1.ない	2.弱い	3.強い		
	5	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		
	6	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		
	7	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 () 2 () 3 ()	1 () 2 () 3 ()
	2	オーラルディアドコキネシス	パ () 回/秒 タ () 回/秒 カ () 回/秒 パタカ () 回/10秒			パ () タ () カ () パ効 ()	パ () タ () カ () パ効 ()
	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 4.やや不満	2.やや満足	3.どちらでもない 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		
主治医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		