

図 8 様式例の記入例

口腔機能向上サービスの記録 アセスメント・モニタリング・評価

別紙 1

ふりがな	しば〇 き〇こ	□男 ■女	□明口大■昭	5年	10月	11日生まれ	78歳
氏名	柴〇 喜〇子	要介護度・病名等		要支援2・高血圧			
		かかりつけ歯科医	■あり □なし		入れ歯の使用	■あり □なし	
サービスの説明 と同意の記録	開始時	平成20年 8月 4日	同意者(本人) 家族・その他()		担当者名:水〇啓〇		
	継続時	平成20年10月26日	同意者(本人) 家族・その他()		担当者名:水〇啓〇		

1. 関連職種等による質問と観察

(実施期間中に少なくとも1回記入。1回目:平成20年 8月4日 2回目:平成20年10月19日)

質問項目・観察項目等		評価項目	1回目	2回目
質問	①固いものは食べにくいですか	1.いいえ 2.はい	1	1
	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	2	2
	③口が濡きやすいですか	1.いいえ 2.はい	2	1
	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	1	1
	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	4	3
	⑥お口の健康状態はいかがですか	1.よい 2.ややよい 3.ふつう 4.やや悪い 5.悪い	3	2
観察	⑦口臭	1.ない 2.弱い 3.強い	2	1
	⑧自発的な口腔清掃習慣	1.ある 2.多少ある 3.ない	2	1
	⑨むせ	1.ない 2.多少ある 3.ある	3	3
	⑩食事の食べこぼし	1.ない 2.多少ある 3.多い	2	1
	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	3	2
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 (事前、モニタ、事後でそれぞれ記入)

事前	平成20年 8月 4日	モニタ リング※ 2	平成20年 9月 15日	事後	平成20年 10月 26日	
	記入者 水〇啓〇 □言語聴覚士 ■歯科衛生士 □看護師		記入者 水〇啓〇 □言語聴覚士 ■歯科衛生士 □看護師		記入者 水〇啓〇 □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		1	1	1
②左側の咬筋の緊張の触診(咬合力)		1強い 2弱い 3無し		1	1	1
③歯や義歯のよごれ		1ない 2ある 3多い		3	2	2
④舌のよごれ		1ない 2ある 3多い		3	2	1
⑤RSS Tの積算時間 (専門職の判断により必要に応じて実施)		1回目()秒 2回目()秒 3回目()秒		1(-) 2(-) 3(-)	1(-) 2(-) 3(-)	1(-) 2(-) 3(-)
⑥オーラルディアドコネシス (専門職の判断により必要に応じて実施)		パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒		パ(-) タ(-) カ(-)	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				
⑧特記事項等※1		軽度の認知症のため⑤⑥は実施せず				
⑨問題点		□ かむ □ 飲み込み ■ 口のかわき ■ 口臭 ■ 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。

※2 モニタリングは、利用開始日の翌月の結果をモニタリングの欄に記載する。

3. 総合評価

①口腔機能向上サービス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	■ 口の濡きが減った	□ 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
□ 口の中に食べ物が残らなくなった	□ 話しやすくなった	■ 口臭が減った
□ 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()		
②事業またはサービスを継続しないことによる口腔機能の著しい低下のおそれ	□ あり	■ なし
③事業またはサービスの継続の必要性	■ あり(継続) □ なし(終了)	
④計画変更の必要性	□ あり ■ なし	
⑤備考		