

高齢者では、口腔乾燥、唾液の分泌の低下、舌をはじめとする口腔機能の低下、口腔清掃の不良等により舌によごれがみられる。舌のよごれは口臭の原因となり良好なコミュニケーションを妨げる。また、味覚にも悪影響をもたらすことがあり、QOLの低下や低栄養を生じる。誤嚥性肺炎をはじめとする呼吸器感染症の原因となることがある。舌の清掃の指導・助言を行うことで、改善が期待できる。

#### ⑤ 反復唾液嚥下テストの積算時間

（専門職種の判断により必要に応じて実施する項目である。認知症等により指示が入りにくく適切な評価が困難な場合は、実施する必要はない。食事の際のむせの有無等を参考に機能評価とする場合は⑤の評価項目の欄に記入する。）

- ・ 歯科衛生士等が、反復唾液嚥下テストに基づき、1回目、2回目、3回目の嚥下運動の惹起時間を測定する。
- ・ 対象者を椅子に座らせ、「できるだけ何回も“ゴックン”とつばをのみ込むことを繰り返してください」と指示し、飲み込んだ際の時間を回数に応じて記録しておく。最大1分間観察して、1回目の飲み込みに要した時間、2回目に要した時間、3回目に要した時間を記録する。
- ・ 飲み込む際には喉頭（のどぼとけ）が約2横指分（横にそろえて2本分くらい：3から4センチ）上に持ち上がる。この評価の際には、のどぼとけの動きを確認しながら行なう。評価者は指の腹を参加者ののどぼとけに軽く当てて、嚥下の際に十分に上方に持ち上がることを確認しながら評価する。ぴくぴくとのどぼとけが動いている状態を1回と評価してはいけない。
- ・ 30秒間に行える嚥下回数を指標とする反復唾液嚥下テストの値が、3回/30秒間未満の場合、誤嚥をおこす可能性が高いといわれている。
- ・ 積算時間の測定により、僅かな機能改善が捉えることができ、事前事後の評価では有効である。
- ・ 最大努力下でのテストであることを利用者が理解しなければ、適切な評価は困難である。

#### ⑥ オーラルディアドコキネシス

（専門職種の判断により必要に応じて実施する項目である。認知症等により指示が入りにくく適切な評価が困難な場合は、実施する必要はない。発話時の発音の明瞭さ、流暢性を参考に機能評価とする場合は⑥の評価項目の欄に記入する。）

きまった音を繰り返し、なるべく早く発音させ、その数やリズムの良さを評価する。10秒間測定して、1秒間に換算する（10秒間の測定が困難な場合には、5秒間測定し、換算することも可能である）。必ず、息継ぎをしても良いことを伝える必要がある。発音された音を聞きながら、発音されるたびに評価者は紙にボールペンなどで点々を打って記録しておき、後からその数を数える。ICレコーダー等で録音し、後から数えても良い。唇の動きを評価するには“ぱ”を、舌の前方の動きを評価するには“た”を、舌の後方の動きを評価するには“か”を用いる。

- ・ 本評価の目的は、舌、口唇、軟口蓋などの運動の速度や巧緻性の評価について発音を

用いて評価しようとするものである。

- ・ 最大努力下でのテストであることを利用者が理解しなければ、適切な評価は困難である。

#### ⑦ ぶくぶくうがい（空（から）ぶくぶくで可）

むせがある場合は空（から）ぶくぶくを実施する。

- ・ 指示が入らない場合は、日常の（施設などでの）口腔清掃後のうがいなどの状況を参考に評価する。三段階で評価する。

#### 判断基準

- 1 できる : 頬を何度も膨らまし、同時に舌も早く動かすことができる。
- 2 不十分 : 頬の膨らましが小さい。舌の動きが遅い。1、2回しか頬を膨らますことができない。
- 3 できない : 唇を閉じることができない。頬を膨らますことができない。舌を動かすことができない。

- ・ うがいテスト、特にリンス（ぶくぶくうがい）テスト方法として行われる。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（舌口蓋閉鎖）、口腔を咽頭と遮断することで行われる。本評価は、これらの関連器官の運動が正常であることのスクリーニングとなり、ぶくぶくうがいที่ไม่十分な場合は、口唇の閉鎖機能が低下、軟口蓋や舌後方の動きの悪化が疑われる。

#### ⑧ 特記事項

脳血管疾患等による麻痺がある場合は記入する。

#### ⑨ 問題点

該当する箇所をチェックする。

### 4.1.3. 総合評価

#### ① 口腔機能向上の利用前後の比較であてはまるものをチェック

口腔機能向上の利用前後の比較で変化が多く報告された事項である。当てはまるものをチェックし、その結果を対象者・利用者、家族、介護職員、介護支援専門員等に説明や伝達を行う。家庭で口腔機能向上の実施項目が継続され、口腔機能向上の効果が持続するためには重要なことである。

#### ② 事業又はサービスを提供しないことによる口腔機能の著しい低下のおそれの有無

あり：事業又はサービスを提供しないことによる口腔機能の著しい低下のおそれがある

なし：事業又はサービスを提供しないことによる口腔機能の著しい低下のおそれがない

#### ③ 事業またはサービスの継続の必要性

あり（継続）：1. 口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者

2. 口腔機能向上サービスを継続しないことにより、口腔機能が著しく低下するおそれのある者

なし（終了）：口腔機能向上の効果が十分であり、自立した状態となった場合等。

#### ④ 計画変更の必要性

あり：事後アセスメントにより対処を強化すべき問題点や新たな目標が生じた場合。

なし：計画を継続することにより、口腔機能の維持向上が期待できると考えられる場合。

⑤ 備考

利用者や家族に口腔機能向上サービス継続について説明を行った日付、サービス継続の同意を得た旨、説明を担当した者の氏名を（ ）に記入する。利用者や家族の署名や捺印は必要ない。

#### 4.2. 口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録 別紙2

1. 口腔機能改善管理指導計画<sup>※1</sup> ※1：内容を通所介護計画、通所リハ計画、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハ計画に記載する場合は不要。

①利用者の氏名を記入する

②作成者氏名を記入する。職種は（ ）に記入する。言語聴覚士：ST 歯科衛生士：DH 看護師：NS等の略語を使用しても良い。

③「こうありたい」姿、「こうしたい」生活などの本人の意向を把握する。利用者の口腔機能にかかわる別紙1の「問題点」の中から最も重要と思われ、利用者とも共有できる内容を1、2点に絞り「問題点を解決して、「こうしたい」という、利用者本人になじむ言葉でサービス計画上に明記し、利用者と家族の了解を得る。

④備考 利用者や家族に口腔機能向上サービスについて説明を行った日付、利用の同意を得た旨、説明を担当した者の氏名を（ ）に記入する。利用者や家族の署名や捺印は必要ない。

◎ 実施計画（実施する項目と必要に応じて「その他」にチェックし、記入する）

別紙1の「問題点」を解決するため必要な実施項目をチェックする。

⑤専門職が実施する項目と必要に応じて「その他」にチェックし、記入する

⑥関連職種が実施する項目と必要に応じて「その他」にチェックし、記入する

⑦家庭で本人や介護者が実施する項目と必要に応じて「その他」にチェックし、記入する

2. 口腔機能向上サービスの実施記録 ※2：サービスの提供の記録において、口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は不要。

① 専門職種の実施（実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。）

② 関連職種の実施（実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。）