

## 口腔ケアアセスメント票

|      |  |
|------|--|
| ふりがな |  |
| 氏 名  |  |

記入者: \_\_\_\_\_

事前: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事後: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

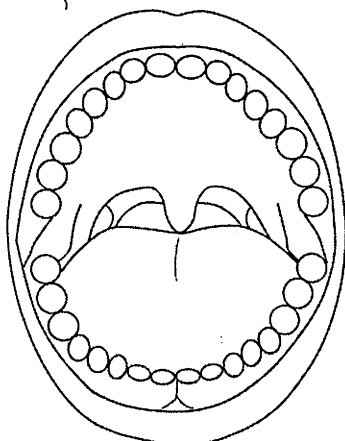
| 質 問 事 項             |    |                         | 評 価 項 目 |       | 事前 | 事後 |
|---------------------|----|-------------------------|---------|-------|----|----|
| 基本<br>リス<br>テッ<br>ク | 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | 1 はい    | 0 いいえ |    |    |
|                     | 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか      | 1 はい    | 0 いいえ |    |    |
|                     | 15 | 口の乾きが気になりますか            | 1 はい    | 0 いいえ |    |    |

※事前の欄には、基本チェックリストの結果を転記する。

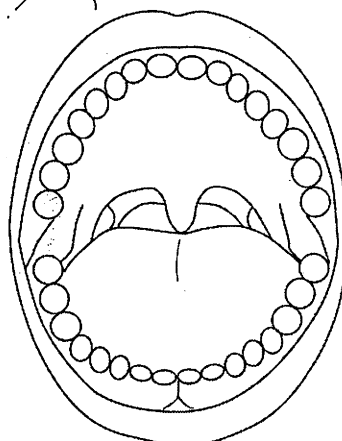
|             |    |                  |                          |                    |                         |  |  |
|-------------|----|------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------|--|--|
| Q<br>O<br>L | 1  | 食事が楽しみですか        | 1 とても楽しみ<br>4 楽しくない      | 2 楽しみ<br>5 全く楽しくない | 3 ふつう                   |  |  |
|             | 2  | 食事をおいしく食べていますか   | 1 とてもおいしい<br>4 あまりおいしくない | 2 おいしい<br>5 おいしくない | 3 ふつう                   |  |  |
|             | 3  | お口の健康状態はどうですか    | 1 よい<br>4 あまりよくない        | 2 まあよい<br>5 よくない   | 3 ふつう                   |  |  |
| 食<br>事      | 4  | 食事中や食後のむせ        | 1 ない                     | 2 あまりない            | 3 ある                    |  |  |
|             | 5  | 食事中や食後の痰のからみ     | 1 ない                     | 2 時々ある             | 3 いつもからむ                |  |  |
| 衛<br>生      | 6  | 食物残渣             | 1 なし・少量                  | 2 中程度              | 3 多量                    |  |  |
|             | 7  | 舌苔               | 1 なし・少量                  | 2 中程度              | 3 多量                    |  |  |
|             | 8  | 歯又は義歯の汚れ         | 1 なし・少量                  | 2 中程度              | 3 多量                    |  |  |
|             | 9  | 口臭               | 1 なし                     | 2 弱い               | 3 強い                    |  |  |
|             | 10 | 口腔清掃の習慣          | 1 毎日(朝・昼・夜)              | 2 磨かない日がある         |                         |  |  |
| 機<br>能      | 11 | 反復唾液嚥下テスト(RSST)  | 1 3回以上                   | 2 3回未満             | ※事前の欄には、生活機能評価の結果を転記する。 |  |  |
|             | 12 | 頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい) | 1 左右十分可能                 | 2 やや不十分            | 3 不十分                   |  |  |

|         |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 義歯の状況   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り<br><input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯<br><input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯 |
| 歯科診療の状況 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り<br><input type="checkbox"/> 1週間に1～2回程度の治療(う蝕、歯周病、義歯作成等の治療が中心)<br><input type="checkbox"/> 1～数ヶ月に1回程度のメンテナンス等(定期健診等も含む)                                                                    |
| 特記事項    |                                                                                                                                                                                                                                                   |

事前 (    /    )



事後 (    /    )



## 口腔機能向上個別計画

様

作成日 年 月 日

わたしのゴール

| ゴールに向かう身近な目標 | 目標達成のための具体的計画（頻度も含む） |  | 実施期間 |
|--------------|----------------------|--|------|
|              | 専門的<br>プログラム         |  |      |
|              | セルフケア<br>プログラム       |  |      |
|              | 専門的<br>プログラム         |  |      |
|              | セルフケア<br>プログラム       |  |      |

実行や支援にあたって注意することなど

|          |  |    |  |
|----------|--|----|--|
| 利用者同意サイン |  | 続柄 |  |
|----------|--|----|--|

計画作成者

(様式 8 - 3)

## 口腔機能向上サービスの経過記録

目標(ゴール)

氏名

|                   | 第2回   | 第3回   | 第4回   | 第5回   | 第6回   |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 実施日               | 月 日   | 月 日   | 月 日   | 月 日   | 月 日   |
| 開始・終了時刻           | : ~ : | : ~ : | : ~ : | : ~ : | : ~ : |
| 指導の要点             |       |       |       |       |       |
| 課題・改善点等           |       |       |       |       |       |
| 口腔清掃方法等<br>変更の必要性 |       |       |       |       |       |
| 特記事項              |       |       |       |       |       |
| 担当者の署名            |       |       |       |       |       |

## 介護予防事業報告書

広島市

地域包括支援センター長 様

作成日 年 月 日

次のとおり報告します。

利用者氏名

| 項 目    |                     | サービス開始時 ( 月 日 ) |            |          | 3ヶ月後 ( 月 日 ) |            |          |
|--------|---------------------|-----------------|------------|----------|--------------|------------|----------|
| 口腔機能向上 | 舌苔 (口腔清掃)           | 1<br>なし・少量      | 2<br>中程度   | 3<br>多量  | 1<br>なし・少量   | 2<br>中程度   | 3<br>多量  |
|        | 歯又は義歯の汚れ (口腔清掃)     | 1<br>なし・少量      | 2<br>中程度   | 3<br>多量  | 1<br>なし・少量   | 2<br>中程度   | 3<br>多量  |
|        | 反復唾液嚥下テスト (摂食・嚥下機能) | 回               |            |          | 回            |            |          |
|        | 頬の膨らまし (摂食・嚥下機能)    | 1<br>十分         | 2<br>やや不十分 | 3<br>不十分 | 1<br>十分      | 2<br>やや不十分 | 3<br>不十分 |
|        | 目標の達成度、サービス継続の必要性等  |                 |            |          |              |            |          |

総合的評価

所属 (事業所)

作成担当者氏名

(様式11-3)

## 特定高齢者介護予防事業利用状況(平成 年 月分)

事業所名

| 氏 名           | 利 用 日 等 |      |       |      |       |      |
|---------------|---------|------|-------|------|-------|------|
|               | 利用日     | サービス | 利用日   | サービス | 利用日   | サービス |
| 明・大・昭 . . . 生 | / ( )   | 口腔   | / ( ) | 口腔   | / ( ) | 口腔   |
|               | 印       |      | 印     |      | 印     |      |
| 明・大・昭 . . . 生 | / ( )   | 口腔   | / ( ) | 口腔   | / ( ) | 口腔   |
|               | 印       |      | 印     |      | 印     |      |
| 明・大・昭 . . . 生 | / ( )   | 口腔   | / ( ) | 口腔   | / ( ) | 口腔   |
|               | 印       |      | 印     |      | 印     |      |
| 明・大・昭 . . . 生 | / ( )   | 口腔   | / ( ) | 口腔   | / ( ) | 口腔   |
|               | 印       |      | 印     |      | 印     |      |
| 明・大・昭 . . . 生 | / ( )   | 口腔   | / ( ) | 口腔   | / ( ) | 口腔   |
|               | 印       |      | 印     |      | 印     |      |
| 明・大・昭 . . . 生 | / ( )   | 口腔   | / ( ) | 口腔   | / ( ) | 口腔   |
|               | 印       |      | 印     |      | 印     |      |

(合計)

|      |   |
|------|---|
| 口腔ケア | 人 |
|------|---|

※延人数を記入してください。