

口腔機能アセスメント票・個別サービス計画書・サービス実施報告書

(初回及び終了回の委託料請求時に様式4「短期集中通所口腔ケアサービス利用状況」とともに写しを事務局に送付)

利用者氏名

初回時： 年 月 日

終了時： 年 月 日

質 問 事 項			評 価 項 目			初回	終了
基本 リス テッ 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		
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 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 4 あまりおいしくない	2 おいしい 5 おいしくない	3 ふつう		
清掃 状況 等	3	食物残渣	1 ほとんどなし	2 中程度	3 多量		
	4	舌苔	1 ほとんどなし	2 中程度	3 多量		
	5	歯垢	1 ほとんどなし	2 中程度	3 多量		
	6	口腔乾燥	1 正常	2 軽度	3 中等度	4 高度	
義 歯	7	清掃	1 良好	2 不良	3 義歯なし		
	8	適合	1 良好	2 不良	3 義歯なし		
臼 歯 部	9	現在歯による咬合	1 左右ともあり	2 左右一方のみあり	3 左右ともなし		
	10	義歯装着による咬合	1 左右ともあり	2 左右一方のみあり	3 左右ともなし		
機 能	11	反復垂液嚥下テスト（RSST）	右欄に嚥下回数を記載				
	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		
※ 舌 圧	13	舌圧計	右欄に舌圧計測結果を記載			kPa	kPa
	14	舌トレーニング用具（緑ペコばんだ）	1 簡単に潰せる	2 潰せる	3 潰せない		
任意 評価	15	オーラルディアドコキネシス 「パ」	右欄に測定結果を記載			回/秒	回/秒
	16	オーラルディアドコキネシス 「タ」	右欄に測定結果を記載			回/秒	回/秒
	17	オーラルディアドコキネシス 「カ」	右欄に測定結果を記載			回/秒	回/秒
	18	咀嚼機能評価面（咬筋筋電図法）	1 左右とも強い	2 左右一方強い	3 弱い又はなし		
	19	舌機能評価面（挺舌）	1 十分	2 不十分	3 不能		

※舌圧計又は舌トレーニング用具による評価を実施した場合は効果判定・評価加算対象

個 別 計 画 (初 回 時)	実施期間 上記初回日から概ね3 か月間	歯科治療 ☐ なし ☐ あり (メンテナンスを含む)	
	目標	目標達成のための具体計画 (頻度も含む)	
(終 了 時 評 価)	目標の達成状況等	総合的評価 ☐ 通いの場等における口腔体操等の継続が必要 ☐ 引き続き当院で専門的ケアの継続が必要 ☐ 所見等	利用効果判定 (アセスメント結果を総合判定) ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化

地域包括支援センター長 (居宅介護支援事業所長) 様

上記のとおり報告します。

歯科医院名

通所口腔ケアサービス経過記録

目標(ゴール)

氏名

回数	実施日	時 間	指導の要点 (課題・改善点等)	特記事項 (口腔状況等)	担当者名
1 回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
2 回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
3 回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
4 回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
5 回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
6 回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
7 回目	月 日	時 分 ～ 時 分			

様式4(短期集中通所口腔ケアサービス)

短期集中通所口腔ケアサービス利用状況(年 月分)

(初回日及び終了日が属する月は、口腔機能アセスメント票(様式2)の写しを添付してください)

歯科医院名 _____

介護保険 被保険者番号	
氏 名	
生年月日	明・大・昭 ・ ・ 生
担当地域包括支援センター 又は居宅介護支援事業所	地域包括支援センター (居宅介護支援事業所)

《サービス初回日》
年 月 日

《サービス終了日》
年 月 日

《利用状況》

実施日	時 間	利用回数	効果判定・評価加算※	利用者 確認印又はサイン
月 日	時 分 ～ 時 分	回目	☐ 舌圧計 ☐ 舌トレーニング用具 (緑ペコぼんだ)	
月 日	時 分 ～ 時 分	回目	☐ 舌圧計 ☐ 舌トレーニング用具 (緑ペコぼんだ)	
月 日	時 分 ～ 時 分	回目	☐ 舌圧計 ☐ 舌トレーニング用具 (緑ペコぼんだ)	

※ サービス利用初回日及び終了日に実施した場合に効果測定・評価加算が算定されます。
実施した場合は☑を記入してください。舌圧計と舌トレーニング用具の両方を実施した場合は、舌圧計のみ算定されま
す。

《利用者負担》 いずれか該当する方に○をつけてください。

1割 ・ 無