

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 チエ 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	反復唾液嚥下テスト（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（緑ペコぱんだ）	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（咬筋触診法）	1 左右とも強い	2 左右一方弱い	3 弱い又はなし		
	19	舌機能評価（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的計画 (頻度も含む)	
評 価 (終了時)	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