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
基本チェックリスト	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		
QOL	1	食事が楽しみですか	1 とても楽しみ　2 楽しみ　3 ふつう 4 楽しくない　5 全く楽しくない		
	2	食事をおいしく食べていますか	1 とてもおいしい　2 おいしい　3 ふつう 4 あまりおいしくない　5 おいしくない		
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（10秒当たりの回数）	回	回
	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（10秒当たりの回数）	回	回
	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（10秒当たりの回数）	回	回
	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】週＿＿日・1日＿＿回 □ 頬・口唇・舌のトレーニング　□ パタカラ体操 □ ペコぱんだ使用　□ その他 □ 頬・口唇マッサージ　（　　） □ 唾液腺マッサージ	
		サービス実施計画：3か月間に（　　）回（初回及び最終回を含む）	
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＿＿＿＿＿＿＿＿

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
基本チェックリスト	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	0	
	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	1	
	15	口の乾きが気になりますか	1　はい　　0　いいえ	1	
QOL	1	食事が楽しみですか	1 とても楽しみ　2 楽しみ　3 ふつう 4 楽しくない　5 全く楽しくない		
	2	食事をおいしく食べていますか	1 とてもおいしい　2 おいしい　3 ふつう 4 あまりおいしくない　5 おいしくない		
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	2	
	5	歯垢	1 ほとんどなし　2 中程度　3 多量	2	
	6	口腔乾燥	1 正常　2 軽度　3 中等度　4 高度	4	
義歯	7	清掃	1 良好　2 不良　3 義歯なし	2	
	8	適合	1 良好　2 不良　3 義歯なし	1	
口腔部	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	3	
	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	1	
機能	11	反復唾液嚥下テスト（RSST）	右欄に嚥下回数を記載	2	
	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	2	
※舌圧	13	舌圧計	右欄に舌圧計測結果を記載	kPa	kPa
			潰せる　2 潰せる　3 潰せない		
任意評価			測定結果を記載（10秒当たりの回数）	◎	◎
			測定結果を記載（10秒当たりの回数）	◎	◎
			測定結果を記載（10秒当たりの回数）	◎	◎
			も強い　2 左右一方弱い　3 弱い又はなし		
			2 不十分　3 不能		

初回は、地域包括支援センターから送付された基本チェックリストから転記する。

・むせを気にせずおいしく食べる。
・むせずに食事ができるようになる。
・楽しく食事ができるようにし、好きな活動を楽しむ。
・水がなくても食べ物を飲み込めるようになる。
・固いもの食べられるようになる。

※舌圧計[illegible]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】週 7 日・１日 1 回 ☑ 頬・口唇・舌のトレーニング　□ パタカラ体操 ☑ ペコぱんだ使用　□ その他（　　） □ 頬・口唇マッサージ ☑ 唾液腺マッサージ	
		サービス実施計画：３か月間に（ 7 ）回（初回及び最終回を含む）	
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

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 □ 舌ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ用具 （緑ペコぱんだ）	
月　　日	時　　分 ～　　時　　分	回目	□ 舌圧計 □ 舌ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ用具 （緑ペコぱんだ）	
月　　日	時　　分 ～　　時　　分	回目	□ 舌圧計 □ 舌ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ用具 （緑ペコぱんだ）	

※ 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