

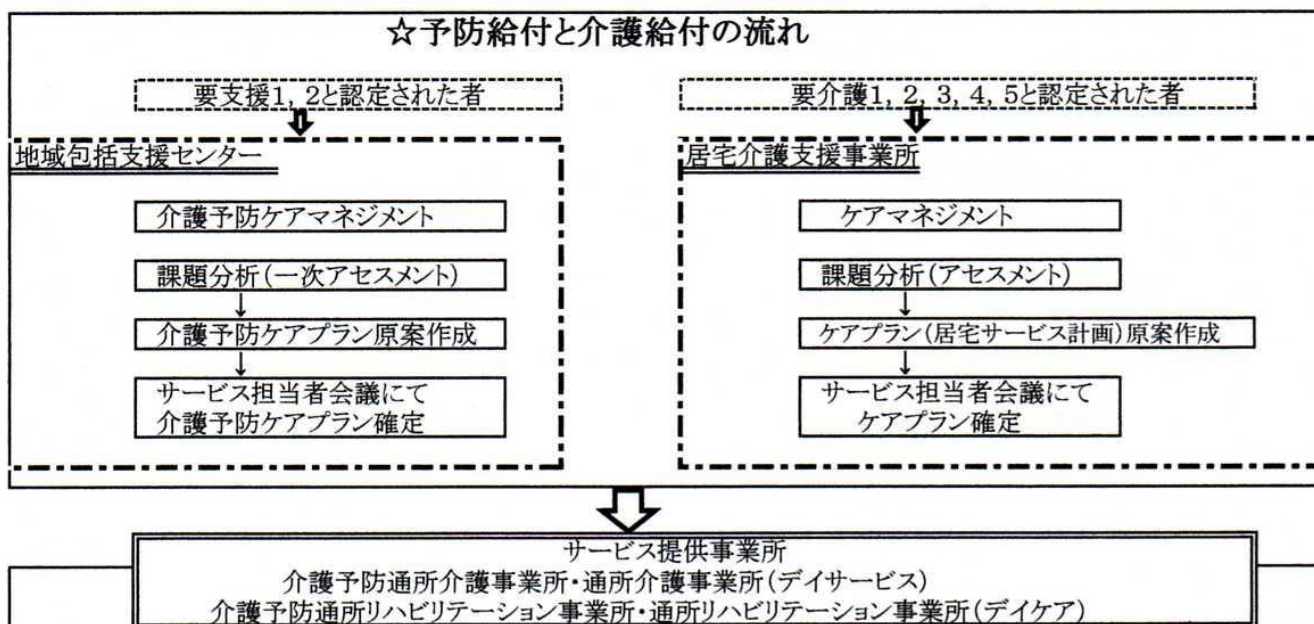
口腔機能向上サービスのためのマニュアル

愛知県歯科衛生士会

～項目～

1. 口腔機能向上サービス提供の流れ(加算をとるための手順)	P. 3
2. 様式	
I－① 口腔機能の向上の記録 アセスメント・モニタリング①	P. 4
I－② 口腔機能の向上の記録 アセスメント・モニタリング②	P. 5
II 口腔機能の向上の指導管理計画・実施記録・評価	P. 6
III 口腔機能向上報告書	P. 7
IV 利用者(ご本人・ご家族)への報告書	P. 8
3. アセスメント・モニタリングの手法および留意点	
関連職種等による質問と観察	P. 9
専門職によるアセスメント・モニタリング	P. 10、11
4. 記録記載時の留意点	
I－① 口腔機能の向上の記録 アセスメント・モニタリング①	P. 12
I－② 口腔機能の向上の記録 アセスメント・モニタリング②	P. 13
II 口腔機能の向上の指導管理計画・実施記録・評価	P. 14
IV 利用者様(ご本人・ご家族)への報告書(記載例)	P. 15
5. 口腔機能向上訓練の実施方法	
I 口腔機能向上訓練を行う時の留意点	P. 16
6. 口腔機能向上訓練の実施方法	P. 17

1. 口腔機能向上サービス提供の流れ



☆口腔機能向上サービスの例

- 【対象者】**
- ・予防給付(要支援1, 2の高齢者で口腔機能の低下している者またはそのおそれのある者)
 - ・介護給付(要介護1~5の高齢者で口腔機能の低下している者またはそのおそれのある者)

- 【口腔機能向上加算】**
- ・予防給付(150単位/月)
 - ・介護給付(150単位/回 ・月2回限度)



- 【担当職種】**
- ・専門的サービス: 専門職種(歯科衛生士、看護師、言語聴覚士)
 - ・基本的サービス: 関連職種(介護職、その他)

- 【実施内容】**
- | | |
|---|--|
| 専門的サービス(月1~2回)
☆口腔機能向上訓練法の指導・実施
☆口腔・義歯清掃法の指導・実施
☆歯科保健の教育・相談など | 基本的サービス(毎回)
☆日常的にできる口腔機能向上訓練の実施
☆日常的な口腔清掃の実施
(セルフケアの介助、自立支援) |
|---|--|

- 【実施手順(3か月間の流れ)**
- ①事前アセスメント(利用者の口腔機能状況と口腔清掃状況を把握する)
 - ②口腔機能改善管理指導管理計画作成
(「介護予防通所介護(またはリハ)計画書」及び「通所介護(またはリハ)計画書」に口腔機能向上の計画が記載されている場合は不要)
 - ③サービス担当者会議開催
 - ④本人または家族の同意
(「介護予防通所介護(またはリハ)計画書」及び「通所介護(またはリハ)予防計画書」に同意を得ている場合は不要)
 - ⑤サービスの提供開始
 - ⑥改善状態などの把握(関連職種が適宜行う)
 - ⑦モニタリング(専門職種が月1回行い、プランの妥当性の検討を行う)
 - ⑧事後アセスメント(専門職種が目標の達成度および口腔機能状況、口腔清掃状況を把握し、評価する)
 - ⑨報告(居宅介護支援事業所および地域包括支援センターのケアマネジャーに報告)
 - ⑩サービスの継続または終了を決定

*参考文献:「口腔機能向上マニュアル」分担研究班作成「口腔機能向上マニュアル」(改定版)

2. 様式 I-①

口腔機能の向上の記録 アセスメント・モニタリング①

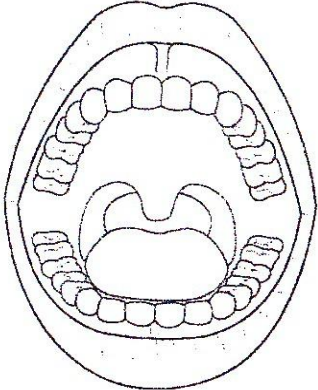
口腔機能の向上の記録 アセスメント・モニタリング

ふりがな		男 女	明 大 昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名		同居 独居	介護状況	家族() その他の介護者()				
介護認定	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	口腔衛生に対する介入	積極的	消極的	なし	()	
開始	平成	年	月					
病歴	誤嚥性肺炎罹患状況		あり ()	なし	服薬状況			
バイタル	平熱	度	血圧	/	脈	呼吸	SpO2	
体重	kg	かかりつけ歯科医		あり()	なし			
過去6か月の体重減少	あり	なし	定期健診	あり()	なし ()			

○関連職種等による質問と観察

質問項目・観察項目等		評価項目	事前	モニタリング	事後
質問	①固いものは食べにくいですか	1. いいえ 2. はい			
	②お茶や汁物でむせることがありますか	1. いいえ 2. はい			
	③口の渇きが気になりますか	1. いいえ 2. はい			
	④自分の歯または入れ歯で左右の奥歯を口 しっかりとかみしめられますか	1.両方できる 2.片方だけできる 3.どちらもできない			
	⑤全体的にみて、過去1ヶ月間の口 あなたの健康状態はいかがですか	1.最高によい 2.とても良い 3.良い口 4.あまり良くない 5.良くない 6.ぜんぜん良くない			
	⑥お口の健康状態はいかがですか	1.よい 2.やや良い 3.ふつう 4.やや悪い 5.悪い			
観察	⑦口臭	1.ない 2.弱い 3.ある			
	⑧自発的な口腔清掃習慣	1.ある 2.多少ある 3.ない			
	⑨むせ	1.ない 2.多少ある 3.ある			
	⑩食事時の食べこぼし	1.ない 2.多少ある 3.多い			
	⑪表情の豊富さ	1.豊富 2.やや豊富 3.ふつう 4.やや乏しい 5.乏しい			

○専門職による口腔内診査(平成 年 月 日)

<p>歯式</p> <hr/>	
<p>義歯 なし あり</p> <p>使用状況</p> <p>上顎 部分床義歯 総義歯</p> <p>下顎 部分床義歯 総義歯</p> <p>常時(就寝時着用 就寝時外す) 食事のみ</p> <p>外出時のみ 使用していない</p>	

2. 様式 I-②

口腔機能の向上の記録 アセスメント・モニタリング②

○専門職によるアセスメント、モニタリング

事前	平成 年 月 日			モニタリング	平成 年 月 日			事後	平成 年 月 日		
	ST	DH	NS		ST	DH	NS		ST	DH	NS
	記入者				記入者				記入者		
観察・評価等		評価項目				事前	モニタリング	事後			
口腔衛生状態	プラーク	1ほとんどない	2中程度	3著しい							
	食物残渣	1ない	2中程度	3著しい							
	舌苔	1ない	2薄い	3厚い							
	乾燥	1ない	2わずか	3ある							
	口臭	1ない	2弱い	3ある							
義歯の状況	上顎	1なし	2部分床義歯	3総義歯							
	下顎	1なし	2部分床義歯	3総義歯							
	汚れ	1ない	2中程度	3著しい							
RSSTの積算時間口 (必要に応じて実施)	1回目	秒			1()	1()	1()				
	2回目	秒			2()	2()	2()				
	3回目	秒			3()	3()	3()				
オーラルディアドコキネシス口 (必要に応じて実施)	パ				パ()	パ()	パ()				
	タ				タ()	タ()	タ()				
	カ				カ()	カ()	カ()				
発声継続時間					秒	秒	秒				
ブクブクうがい(空ブクブクでも可)		1できる	2やや不十分	3不十分							
頸部聴診(3ccの水嚥下後、聴診) ☆水分嚥下禁止の場合は呼吸音聴取	1清聴	2残留音・複数回嚥下	3むせ・呼吸切迫あり								
	4清聴☆	5弱い雑音あり☆	6強い雑音あり☆								
咬筋の緊張の触診 (咬合力)	右側	1強い	2弱い	3なし							
	左側	1強い	2弱い	3なし							
舌の運動機能	突出	1できる	2やや不十分	3不十分							
	上方	舌尖の上口唇付け									
		1できる	2やや不十分	3不十分							
	下方	舌尖の下口唇越え									
		1できる	2やや不十分	3不十分							
	右側	舌尖の右側口角越え									
		1口角より外側	2口角								
		3口角より右斜め下方(外側)	4不十分								
左側	舌尖の左側口角越え										
	1口角より外側	2口角									
	3口角より右斜め下方(外側)	4不十分									
診査時の対応の様子	1言葉だけで理解可能	2模倣により可能									
	3評価内容により理解不十分	4理解不可能									
特記事項											
問題点	かむ	飲み込み	口渇	口臭	清掃	食べこぼし	ムセ	呼吸	会話	その他()	

2. 様式 II

口腔機能の向上の指導管理計画・実施記録・評価(様式)

口腔機能の向上の指導管理計画・実施記録・評価

ふりがな		作成者	ST	DH	Ns						
氏名		男	女	明	大	昭	年	月	日	生まれ	歳
口腔機能の向上 指導管理計画(本人の目標)		平成	年	月	日	作成					

○ 実施計画

専門職 実施項目	口腔機能の向上に関する情報提供				口腔(健口)体操指導							
	口腔清掃指導				口腔清掃の実施							
機能 訓練	かむ	飲み込み	発音・発声	呼吸法								
関連職種□	口腔(健口)体操				口腔清掃の支援		実施確認		声かけ		介助□	
実施項目	その他()											
家庭での 実施項目	本人	口腔(健口)体操			口腔清掃の実施			その他()□				
	介護者	口腔清掃の支援		確認		声かけ		介助		その他()		

本計画書において説明を受け、この内容に同意し(継続・中止)を希望します。

同意日	平成	年	月	日	お本人様・ご家族サイン
-----	----	---	---	---	-------------

○ 口腔機能の向上実施記録

専門職の実施内容

実施日		担当者名									
口腔機能の向上に関する情報提供											
口腔清掃指導・実施	歯みがき	歯ブラシ									
		歯間ブラシ									
		フロス・糸ようじ									
		ワンタフトブラシ									
		その他									
	義歯磨き										
	舌磨き										
	うがい										
	その他										
口腔機能の訓練	口腔(健口)体操指導										
	唾液腺マッサージ指導										
	咀嚼機能訓練										
	嚥下機能訓練										
	発音・発声に関する訓練										
	呼吸法に関する訓練										
	食事姿勢・食環境についての指導										
特記事項											

関連職種の実施内容

関連職種	口腔(健口)体操	口腔清掃の支援	実施確認	声かけ	介助□
実施項目	その他()				
特記事項(利用者の変化、専門職種への質問)					

○ 総合評価

①問題点に良い変化があったものをチェック	かむ	飲み込み	口渇	口臭	清掃	食べこぼし	ムセ	呼吸	会話	その他()	
②事業およびサービスの中止による口腔機能の著しい低下のおそれ										あり	なし
③事業およびサービスの継続の必要性										あり	なし
④計画変更の必要性										あり	なし
⑤備考											

2. 様式 Ⅲ 口腔機能向上報告書

平成 年 月 日 作成
施設名
施設長

利用者 様の口腔機能向上報告書 (様式Ⅲ)

当センターにおいて実施いたしました口腔機能向上指導につきまして、下記のように報告いたします

1. 実施期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日

観察・評価等		評価項目			事前	モニタリング	事後			
口腔衛生状態	プラーク	1ほとんどない	2中程度	3著しい						
	食物残渣	1ない	2中程度	3著しい						
	舌苔	1ない	2薄い	3厚い						
	乾燥	1ない	2わずか	3ある						
	口臭	1ない	2弱い	3ある						
義歯の状況	上顎	1なし	2部分床義歯	3総義歯						
	下顎	1なし	2部分床義歯	3総義歯						
	汚れ	1ない	2中程度	3著しい						
RSSTの積算時間口 (必要に応じて実施)	1回目	秒			1()	1()	1()			
	2回目	秒			2()	2()	2()			
	3回目	秒			3()	3()	3()			
オーラルディアドコキネシス口 (必要に応じて実施)	パ				パ()	パ()	パ()			
	タ				タ()	タ()	タ()			
	カ				カ()	カ()	カ()			
発声継続時間					秒	秒	秒			
ブクブクがい(空ブクブクでも可)		1できる	2やや不十分	3不十分						
頭部聴診(3ccの水嚥下後、聴診) ★水分嚥下禁止の場合は呼吸音聴取		1清聴	2残留音・複数回嚥下	3むせ・呼吸切迫あり						
		4清聴☆	5弱い雑音あり☆	6強い雑音あり☆						
咬筋の緊張の触診 (咬合力)	右側	1強い	2弱い	3なし						
	左側	1強い	2弱い	3なし						
舌の運動機能	突出	1できる	2やや不十分	3不十分						
	上方	舌尖の上口唇付け								
		1できる	2やや不十分	3不十分						
	下方	舌尖の下口唇越え								
		1できる	2やや不十分	3不十分						
	右側	舌尖の右側口角越え								
	1口角より外側	2口角								
	3口角より右斜め下方(外側)			4不十分						
	左側	舌尖の左側口角越え								
		1口角より外側	2口角							
	3口角より右斜め下方(外側)			4不十分						
診査時の対応の様子		1言葉だけで理解可能		2模倣により可能						
		3評価内容により理解不十分		4理解不可能						
特記事項										
問題点	かむ	飲み込み	口渇	口臭	清掃	食べこぼし	ムセ	呼吸	会話	その他(

今後の取り組み	1 : 改善がみられたので指導は終了します 2 : 改善はみられたが、さらなる改善が期待できるので指導の継続をお勧めします 3 : 今回は改善がみられなかったが、指導の継続で改善が期待できます 4 : 改善は期待できないので、指導を終了します
---------	--

2. 様式 IV 利用者様(ご本人・ご家族)への報告書

平成 年 月 日

様のお口の状態について

本日 お口を見せていただきました。

清掃状況について	
お口の機能について	
専門職からの アドバイス	

ST DH NS

3. アセスメント・モニタリングの手法および留意点 (関連職種等による質問と観察)

①固いものは食べにくいですか	「はい」の場合どんな食べ物が食べにくいかチェック 肉・魚貝・繊維質の野菜など
②お茶や汁物でむせることはありますか	本人が「いいえ」でも介護職員がみて「はい」の場合は⑨に記載 (本人の自覚をチェックする)
③口の渇きが気になりますか	喉の渇きを答えることが多いので「お口の中がパサパサして いますか」などと言葉をかえてみる
④自分の歯または入れ歯で左右の奥歯 をしっかりとかみしめられますか	・噛める歯があるかどうかを診る ・「両方の奥歯でかみしめてください」と声掛けし、観察する
⑤全体的にみて、過去1カ月間の あなたの健康状態はいかがですか	「最近の体の調子はどうですか？」などとたずねる。
⑥お口の健康状態はいかがですか	「お口で痛いところ、気になるところはありますか？」 入れ歯が合わない、ゆるい、歯がぐらぐらする、歯茎が痛い ところがありますか？など具体例をあげて尋ねる
⑦口臭	30cmくらいの距離で感じるか？
⑧自発的な口腔衛生習慣	声掛けしなくても行っているか？
⑨むせ	食事中にムセるかを日頃よく知っている介護職員に聞くとよい すでにお茶や汁物にトロミがついているかもチェックする
⑩食事の食べこぼし	一度お口に取り入れたものがポロポロとこぼれるのか、お口に 入れるまでに（体の不自由などで）こぼれるのかチェック 口からこぼれる場合でも、一口量が多い、スプーンが大きい など食事環境を整えることで改善できる場合があるので これらは特記事項に記載し、口唇の筋力が衰えての食べこぼしと 区別する
⑪表情の豊かさ	介護職員に聞く

3. アセスメント・モニタリングの手法および留意点 (専門職種によるアセスメントモニタリング)

①歯や義歯の汚れ	「お口の中を見せてくださいね。入れ歯を使っていますか？ 入れ歯をはずしてもらってもいいですか？」などと声掛けをする。
②R S S Tの積算時間 (必要に応じて実施)	「30秒間に何回ゴクンが出来るか、飲み込む力を測ります。 喉に手を当てますね。苦しくないですか？私が“はい”と言ったら つばを何回でも続けてゴクンと飲み込んでください」 「よろしいですか？・・・はい、飲み込んでください」 と言ってタイマーを押す。 途中で「唾がないので飲み込めない」などと言われたら 「だいじょうぶですよ、がんばって飲み込んでくださいね」 「もう1回がんばれますか？」などと声掛けをしながら、 最長1分間まで測る。終わったあとは不安になるので、「お疲れさまでした。 お茶を飲んで深呼吸しましょう」とリラックスさせてあげると良い。
③オーラルディアドコキネシス (必要に応じて実施)	「これから「パ」「タ」「カ」とい発音を10秒間に何回言えるか をそれぞれ調べていきます。できるだけはっきりと、頑張って早く言っ ていただきたいと思います。10秒は案外長いので、 途中で息苦しいようなら息継ぎをして行ってください」 まず、「パパパ・・・と言ってください」とどんな感じで言うのか見本を 見せると良い。 「それでは、始めます。よーいスタート」と言ってタイマーを押す。 終わったら、「大丈夫ですか？息苦しくはないですか？」と声を掛け 確認する。「タ」「カ」も同様に行う。 検査終了後、頑張っていたいただいた事をねぎらい、上手に言えている ことなどを伝えて不安にさせないようにする。
④発声継続時間	「あ」音などを体調（血圧など）に留意しながら、無理のない程度にで きるだけ長く発声してもらおう
⑤ブクブクうがい (空ブクブクでも可)	「私のまねをして頬を動かしてください」と言って見本を示すと良い。
⑥頸部聴診 (3ccの水嚥下後、聴診) ☆水分嚥下禁止の場合は 呼吸音聴取	頸部に聴診器を当てる旨を伝えてから、聴診器を輪状軟骨直下気管外側 上の皮膚面に当て呼吸音を聞く。 その後水分をご自分で口に入れてもらい「ごっくんと呑み込んでくださ いね」と声掛けする。 嚥下音を聞き分けたのち呼吸音を聴診し嚥下前との相違を判定する。 嚥下後のむせなどの誤嚥反応が著しい場合は直ちに中止して、喝出・吸 引を必要に応じて行う。以後は水分無しで行う
⑦咬筋の緊張の触診 (咬合力)	「かむ力のもととなる筋肉の強さを調べます。お顔を触ります がよろしいですか？」と声掛けをする。 両頬を手のひらでつつみ、「アーと言ってください。次は奥歯で ぐっとかんでください。」と言いながら咬筋の硬さを診る 向かい合わせで、同じように歯科衛生士も「アー、ン」と言って 見本をみせると良い。

⑧舌の運動機能	<p>突出： 手鏡を見てもらいながら 「お口を少し開いた状態で舌をべーっと前にまっすぐ出してください」と声掛けをする。</p> <p>上方： 舌を突出させて、舌尖で上口唇を触ってもらう。下口唇などで持ち上げないように声掛けする。</p> <p>下方： 「あっかんべーっとする様に、舌をおもいっきり出してください」と言って見本をみせると良い</p> <p>左右の口角超え： 舌尖を左右の口角外側に出してもらう。歯科衛生士も同じように見本を見せながら行うと良い。</p> <p>どれも舌尖の位置や状態を記入をしておくとうわかりやすい</p>
⑨診査時の対応の様子	例) 指示が入らない、認知症がある、難聴であるなどを記入すると良い
⑩特記事項	アセスメント採取時のエピソードなどを記入すると良い

すべての検査が終了したら、「今日は、お口の様子をいろいろみさせていただいてありがとうございました。〇〇さんが、いつまでも安全においしくお口から食事ができるように、これからお口の体操や、食後の歯磨きを一緒に頑張りましょう。」など、一人で頑張るのではなく、みんなで支援することを、お話し、安心してもらおう。

4. 記録記載時の留意点

I-① 口腔機能の向上の記録 アセスメント・モニタリング

口腔機能の向上の記録 アセスメント・モニタリング

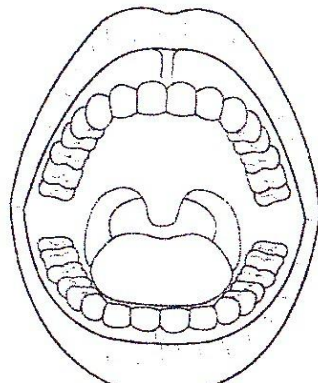
(様式 I-②)

ふりがな		男女	明 大 昭	年 月 日 生まれ	歳
氏名		同居 独居	介護状況 家族() その他の介護者()		
介護認定	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	口腔衛生に対する介入 積極的 消極的 なし			
開始	平成 年 月	()			
病歴	服薬状況				
誤嚥性肺炎罹患状況 あり (回) なし					
バイタル	平熱 度	血圧 /	脈	呼吸	SpO2
体重	kg	かかりつけ歯科医 あり()なし			
過去6か月の体重減少	あり なし	定期健診 あり(か月毎)なし			

○関連職種等による質問と観察

質問項目・観察項目等	評価項目	事前	モニタリング	事後
①固い機能歯ではない咬合力の指標	1. いいえ 2. はい			
②お茶の飲み残しがありますか	1. いいえ 2. はい			
③口の乾燥が気になりますか	1. いいえ 2. はい			
④自分の歯または入れ歯で左右の奥歯を口 しっかりとかみしめられますか	1.両方できる 2.片方だけできる 3.どちらもできない			
⑤全体的にみて、咀嚼時に口の あなたの健康が30cm位の距離で	1.最高によい 2.とてよい 3.良い口 4.あまり良くない 5.良くない 6.ぜんぜん良くない			
⑥お口の健康状態が良いかですか	1.よい 2.やや良い 3.ふつう 4.やや悪い 5.悪い			
⑦口臭	1.ない 2.弱い 3.ある			
⑧自発的な口腔清掃習慣	1.ある 2.多少ある 3.ない			
⑨むせ	1.ない 2.多少ある 3.ある			
⑩食事の食べこぼし	1.ない 2.多少ある 3.多い			
⑪表情の豊富さ	1.豊富 2.やや豊富 3.ふつう 4.やや乏しい 5.乏しい			

○専門職による口腔内診査(平成 年 月 日)

歯式					
義歯	なし	あり	上顎	部分床義歯	
使用状況			下顎	部分床義歯	総義歯
			常時(就寝時着用 就寝時外す)		食事時のみ
			外出時のみ		使用していない

4. 記録記載時の留意点

I-② 専門職によるアセスメント・モニタリング

○専門職によるアセスメント、モニタリング

(様式 I-②)

事前	平成 年 月 日			モニタ リング	平成 年 月 日			事後	平成 年 月 日		
	ST	DH	NS		ST	DH	NS		ST	DH	NS
	記入者				記入者				記入者		
観察・評価等		評価項目			事前	モニタリング	事後				
口腔衛生状態	プラーク	1ほとんどない	2中程度	3著しい							
	食物残渣	1ない	2中程度	3著しい							
	舌苔	1ない	2薄い	3厚い							
	乾燥	1ない	2わずか	3ある							
	口臭	1ない	2弱い	3ある							
義歯の状況	上顎	1なし	2部分床義歯	3総義歯							
	下顎	1なし	2部分床義歯	3総義歯							
	汚れ	1ない	2中程度	3著しい							
RSSTの積算時間口 (必要に応じて実施)		1回目	秒		1()	1()	1()				
		2回目	秒		2()	2()	2()				
		3回目	秒		3()	3()	3()				
オーラルディアドコキネシス口 (必要に応じて実施)		パ			パ()	パ()	パ()				
		タ			タ()	タ()	タ()				
		カ			カ()	カ()	カ()				
発声継続時間					秒	秒	秒				
ブクブクうがい(空ブクブクでも可)		1できる	2やや不十分	3不十分							
頭部聴診(3ccの水嚙下後、聴診) ☆水分嚙下禁止の場合は呼吸音聴取		1清聴	2残留音・複数回嚙下	3むせ・呼吸切迫あり							
		4清聴☆	5弱い雑音あり☆	6強い雑音あり☆							
咬筋の緊張の触診 (咬合力)	右側		1	2	3なし						
	左側		1	2	3なし						
舌の運動機能	突出		1	2	3不十分						
	上方	舌尖の上口唇付け	1できる	2やや不十分	3不十分						
	下方	舌尖の下口唇越え	1できる	2やや不十分	3不十分						
	右側	舌尖の右側口角越え	1口角より外側	2口角							
			3口角より右斜め下方(外側)	4不十分							
	左側	舌尖の左側口角越え	1口角より外側	2口角							
			3口角より右斜め下方(外側)	4不十分							
診査時の対応の様子		1言葉だけで理解可能	2模倣により可能								
		3評価内容により理解不十分	4理解不可能								
特記事項											
問題点	かむ	飲み込み	口渇	口臭	清掃	食べこぼし	ムセ	呼吸	会話	その他()	

4. 記録記載時の留意点

Ⅱ 口腔機能の向上の指導管理計画・実施記録・評価

口腔機能の向上の指導管理計画・実施記録・評価

ふりがな		作成者	ST	DH	Ns	
氏名		男	女	明	大	昭
		年	月	日	生まれ	歳
口腔機能の向上 指導管理計画(本人の目標)		平成	年	月	日	作成

○ 実施計画

専門職 実施項目	口腔機能の向上に関する情報提供		口腔(健口)体操指導			
	口腔清掃指導		口腔清掃の実施		唾液腺マッサージ	
機能 訓練	かむ	飲み込み	発音・発声	呼吸法		
	その他()					
関連職種 実施項目	口腔(健口)体操	口腔清掃の支援	実施確認	声かけ	介助	口
	その他()					
家庭での 実施項目	本人	口腔(健口)体操	口腔清掃の実施	その他()		
	介護者	口腔清掃の支援	確認	声かけ	介助	その他()

本計画書において説明を受け、この内容に同意し(継続・中止)を希望します。

同意日	平成	年	月	日	お本人様・ご家族サイン
-----	----	---	---	---	-------------

○ 口腔機能の向上実施記録

専門職の実施内容

実施日	担当者名					
口腔機能の向上に関する情報提供						
口腔清掃指導・実施	歯みがき	歯ブラシ				
		歯間ブラシ				
		フロス・糸ようじ				
		ワンタフトブラシ				
		その他				
口腔機能の訓練	義歯磨き					
	舌磨き					
	うがい					
	その他					
	口腔(健口)体操指導					
	唾液腺マッサージ指導					
	咀嚼機能訓練					
嚥下機能訓練						
発音・発声に関する訓練						
呼吸法に関する訓練						
食事姿勢・食環境についての指導						
特記事項	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px; display: inline-block;"> 大切！ </div>					

関連職種の実施内容

関連職種	口腔(健口)体操	口腔清掃の支援	実施確認	声かけ	介助	口
実施項目	その他()					
特記事項(利用者の変化、専門職種への質問)						

○ 総合評価

①問題点に良い変化があったものをチェック	かむ	飲み込み	口渇	口臭	清掃	食べこぼし	ムセ	呼吸	会話	その他()	
②事業およびサービスの中止による口腔機能の著しい低下のおそれ										あり	なし
③事業およびサービスの継続の必要性										あり	なし
④計画変更の必要性										あり	なし
⑤備考											

4. 記録記載時の留意点(記載例)

IV 利用者様(ご本人・ご家族)への報告書

*専門用語や診断するような言葉はさける
～の疑いがあります。～と思われます。などと表現すると良い

平成 〇〇年 〇月 〇〇日

様のお口の状態について

本日 お口を見せていただきました。

清掃状況について	<ul style="list-style-type: none">・磨き残しが多くみられます・とくに奥歯(入れ歯、など)に磨き残しがあります・入れ歯とバネのかかる歯のまわりに汚れが多くみられます など
お口の機能や歯や歯茎の状態について	<ul style="list-style-type: none">・歯ぐきが赤く腫れています・飲み込みに問題があるようです など 自覚症状として <ul style="list-style-type: none">・お口が頻繁に渇くようです・むせることがよくあるそうです・入れ歯がガタガタしてうまく噛めないようです・硬いものがあまり噛めないようです・下の前歯(歯ぐき)が痛いそうです など
歯科衛生士からのアドバイス	<ul style="list-style-type: none">・食後はなるべく丁寧に歯磨きをしましょう・舌も磨きましょう。食事がよりおいしくなります・入れ歯は外して歯ブラシなどで磨きましょう・入れ歯は就寝中は外して水をはった容器の中に浸けておき、入れ歯洗浄剤をまめに使うと良いです・歯間ブラシを使うとよりきれいに磨けます・お口の体操のリーフレットをお渡ししました。ご自宅でも行ってみましょう・だ液腺マッサージをしましょう・ブクブクうがいをしっかりしましょう。汚れ取りとお口の機能訓練になります・歯周病(むし歯)があると思われます。歯科受診をおすすめします など

ST DH NS

5. 口腔機能向上訓練を行う時の留意点

- * 実施前には必ず、訓練の目的や効果を対象者に説明する。
- * 常に対象者の体調をみながら行う。気がのらない時もあるので無理はしない。
- * あれもこれもは負担になるため、家や、デイサービス・デイケアで、ひとつの事（口腔体操など）を繰り返し行い、簡単にできるようになる喜びを感じてもらう。
- * 介護職員、看護師にも口腔体操などを覚えてもらい一緒に行ってもらおう。
（歯科衛生士が訪問しない日は、デイサービス・デイケアのスタッフがついて行うものなので、無理なく短時間でできるものが良い）
- * 訪問の度（毎回）、対象者に「どうですか？できてますか？」と声掛けする。
介護職員や看護師に普段の様子も教えてもらうと良い。
- * 対象者のお口の状態、口腔機能の状態、指導（アドバイス）内容を、本人・家族にお知らせし、デイサービス・デイケアに記録として残すと連携が取りやすい。

6. 訓練の実施方法

訓練方法	訓練内容	対応する症状
口腔清掃	歯・口腔粘膜・舌などの清掃 義歯の清掃など	嚥下反射の低下 唾液分泌の低下 口唇閉鎖力の低下 身体機能の低下 口腔感覚の低下など
嚥下体操	深呼吸 首・肩の運動 口唇・頬の体操 舌の体操 発音訓練 唾液腺マッサージなど	嚥下反射の低下 唾液分泌の低下 口唇閉鎖力の低下 身体機能の低下など
嚥下訓練	咳嗽訓練 含嗽 アイスマッサージなど	嚥下反射の低下 唾液分泌の低下 口唇閉鎖力の低下など
食支援	姿勢・食形態・食具の改善など	嚥下反射の低下 身体機能の低下など