

# IV 口腔機能の向上プログラムの流れ



厚生労働省から提示された様式例「解決すべき課題の把握・口腔機能アセスメント（様式例）」（平成18年3月31日老老発第0331008号）を参考に、「口腔機能の向上」プログラムを実施する上での評価方法及びトレーニングメニュー等をご紹介します。

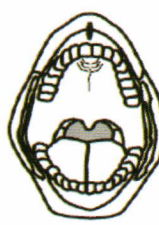
**解決すべき課題の把握・口腔機能アセスメント（様式例）** 参考

記入者： \_\_\_\_\_ 職種（ 言語聴覚士・ 歯科衛生士・ 看護職員）  
 実施年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	病名・障害名	
	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
口の中の状態や訴えに関する利用者及び家族の希望				

	質問項目	評価項目	事前	事後
理学的 検査	視診による口腔内の衛生状態	1 良好                      2 不良		
	反復唾液嚥下テスト(RSST)	1 3回以上                      2 3回未満		
衛生	1 食物残渣	1 なし・少量    2 中程度    3 多量		
	2 舌苔	1 なし・少量    2 中程度    3 多量		
	3 義歯あるいは歯の汚れ	1 なし・少量    2 中程度    3 多量		
	4 口腔衛生習慣(声かけの必要性)	1 必要がない    2 必要あり    3 不可		
機能	1 反復唾液嚥下テスト(RSST)の積算時間	1回目( )秒 2回目( )秒 3回目( )秒	1( ) 2( ) 3( )	1( ) 2( ) 3( )
	2 オーラルディアドコネシス	パ( )回/秒 タ( )回/秒 カ( )回/秒	※パ、タ、カをそれぞれ10秒間に言える回数を測定し、1秒間あたりに換算	パ( ) パ( ) タ( ) タ( ) カ( ) カ( )
	3 頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)	1 左右十分可能    2 やや十分    3 不十分		
	4 ボタンブルテスト		N	N
	5 舌突出長さ		mm	mm
	6 左右口角間の長さ		イ( ) ウ( ) mm	イ( ) ウ( ) mm
	7 咀嚼能力判定試験	1 黄緑 2 黄 3 薄桃 4 濃桃 5 赤		
その他	1 今回のサービス等の満足度	1 満足                      2 やや満足                      3 どちらでもない 4 やや不満                      5 不満		

実施のための利用者の情報

義歯の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯	口腔内状況 
清掃用具や食事環境の状況		
主治の歯科医師又は連携する歯科医師等からの指示		
特記事項		

(一部改変)

※太枠内は厚生労働省から提示された様式例に追加した部分です。

