

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。

参 考

解決すべき課題の把握・口腔機能アセスメント（様式例）

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 () 1 () 2 () 2 () 3 () 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	ボタンプルテスト		N	N
	5	舌突出長さ		mm	mm
	6	左右口角間の長さ		イ () イ () ウ () ウ () mm mm	
	7	咀嚼しやく能力判定試験	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	☐ なし ☐ 有り ☐ 上顎 ☐ 全部床義歯 ☐ 部分床義歯 ☐ 下顎 ☐ 全部床義歯 ☐ 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。

