

3) スタッフの職種

スタッフは5名であり、看護師2名、歯科衛生士1名、2級ヘルパー2名、介護福祉士2名である(職種の重複あり)。「運動器の機能向上」は看護師または介護予防筋力向上トレーニング指導者研修修了者が担当し、「口腔機能の向上」は歯科衛生士が担当している。歯科衛生士の勤務体系は常勤で、以前には同じ法人内のデイサービスで「口腔機能の向上」を実施していた経験があり、「口腔機能の向上」実施に精通している。

2. 「口腔機能の向上」への取り組み、実施状況

1) 「口腔機能の向上」実施内容

「口腔機能の向上」には、毎回8名程度の参加があり、口腔体操は「運動器の機能向上」後に5分程度の時間をかけて利用者全員で行われている。それに対し、口腔清掃指導では個別に時間を取り、利用者のニーズにあった指導を行っている。「口腔機能の向上」は歯科衛生士が直接行っているため、口腔の健康状態が詳細に把握され、きめ細かいサービスが行われている。利用者の口腔の健康状態は約1か月ごとに口腔機能向上経過記録表に記録され、食物残渣、歯の汚れ、義歯の汚れ、歯肉の腫れ、舌苔などの状態や指導内容の変化がわかるように記録される。

2) 口腔体操の実施内容

口腔体操の実施メニューは豊富であり、唾液腺マッサージ、舌体操をはじめ、構音発声、頬筋のマッサージ、頬の膨らまし、空嚥下の訓練、口輪筋体操などが行われている。常勤の歯科衛生士はデイサービスにおける「口腔機能の向上」の指導実績があるため、様々な実施メニューが利用者に提供されている。

3) 今後の課題

経験のある常勤歯科衛生士が「口腔機能の向上」に直接携わっており、各職種のスタッフ間の連携も取れているため、「口腔機能の向上」の実施における課題はあまりないようであった。しかし、一人暮らしのサービス利用者が自宅で口腔体操や口腔ケアを行うための動機づけが難しいとの意見もみられた。

3. サービス利用者調査

「口腔機能の向上」サービス利用者に対して診査を行った結果は次ページの表の通りであった。「口腔機能の向上」実施前と実施中に行ったアセスメントの類似した項目を比較すると、口の健康状態がよくないと感じていたサービス利用者でも、「口

腔機能の向上」実施後数ヶ月経過すると口の中で気がかりなことはないと回答していた。また、歯の汚れについては2名で減少傾向がみられたが、清掃習慣にはほとんど変化がなかったことがわかった。さらに、食べこぼしは2名で改善傾向が認められた。

「口腔機能の向上」実施前、実施後のアセスメント結果

		対象者番号						
		1	2	3	4	5		
		「口腔機能の向上」実施期間（月）						
		4	5	6	2	5		
口腔の健康感	口の健康状態	5段階評価 1:よくない～5:よい	実施前	1	3	2	2	5
	口の中で気がかりなこと	3段階評価 1:ある～3:ない	実施中	3	3	3	3	3
口腔乾燥	口の渇きによる食事や会話への支障	3段階評価 1:いつもある～3:ない	実施前	3	3	3	2	3
	口の渇き	3段階評価 1:ある～3:ない	実施中	3	3	2	3	3
歯の汚れ	清掃状況	3段階評価 1:不十分～3:十分	実施前	1	2	1	1	2
	歯の汚れ	3段階評価 1:多量～3:ほとんどなし	実施中	2	2	2	1	2
清掃習慣	歯や入れ歯の清掃	5段階評価 1:していない～5:毎日	実施前	5	5	5	1	5
	口腔清掃	4段階評価 1:週2回以下～4:毎日	実施中	4	4	4	1	4
食べこぼし	食事時の食べこぼし	3段階評価 1:大量～3:こぼさない	実施前	3	2	2	3	3
	食べこぼし	3段階評価 1:ある～3:ない	実施中	3	3	3	3	3

D. 考察

1. 施設概要

本施設は「通い」サービスの利用定員が10名、「宿泊」サービスの利用定員は3名となっており、サービス利用者に対して個別に柔軟に対応できる体制が取られている。そのため、経験のある歯科衛生士であれば個別の口腔清掃指導が行えるだけの時間が確保できたと考えられる。また、一般高齢者向けの公開講座（口腔機能の向上や体操等）やサークル活動（趣味講座）にも力を入れており、一般の高齢者にも口腔機能の向上をはじめとする介護予防についての情報が伝わるように工夫されていた。

2. 「口腔機能の向上」への取り組み、実施状況

デイサービスで「口腔機能の向上」の指導経験がある歯科衛生士が本施設での「口腔機能の向上」に直接携わっているため、サービス利用者の口腔の健康状態が個別によく把握されていた。特に3か月ごとのアセスメントは歯科衛生士が行っており、口腔機能の評価がより専門的な視点から行われていたと考えられる。また、利用者ごと

の「口腔機能の向上」の経過記録表も歯科衛生士により正確に記載され、利用者の口腔の健康状態の微細な変化がより明確化されることが考えられた。これらのことで、サービス利用者のニーズが個別に把握でき、それに対して柔軟に対応することが可能になると思われる。

3. サービス利用者調査

少人数のサービス利用者に対して歯科衛生士が「口腔機能の向上」を専門的な視点から実施した結果、口腔の健康感、歯の汚れ、食べこぼしなどのアセスメント項目で改善傾向にあると考えられる利用者がいた。しかし、口腔乾燥や清掃習慣については、データからはあまり改善傾向が認められていなかった。特に歯の汚れについては2名で減少傾向がみられていたが、清掃習慣にはほとんど変化がなく、施設からの聞き取り調査でも指摘されていた「一人暮らしのサービス利用者に対するセルフケアの習慣づけが難しいこと」を裏付ける結果であると考えられた。

E. 結論

本調査の結果、当該施設では「口腔機能の向上」が常勤の歯科衛生士を中心に他職種のスタッフと連携して円滑に行われており、口腔アセスメントや「口腔機能の向上」実施経過記録が専門的な視点から詳細に記録されていた。そのため、サービス利用者の口腔の健康状態が把握しやすく、利用者のニーズへの個別の対応が可能となっていた。今後の課題として、一人暮らしのサービス利用者はセルフケアが根付きにくく、習慣化が難しいことが挙げられていた。

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究補助金（長寿科学総合 研究事業）

口腔機能の向上の実施体制と評価に関する研究

分担研究報告書（平成 19 年度）

口腔機能の向上様式例の改良に関する研究

主任研究者 大原 里子（東京医科歯科大学）
分担研究者 植田耕一郎（日本大学）
北原 稔（神奈川県茅ヶ崎保健福祉事務所）
平田 創一郎（東京歯科大学）
研究協力者 関根佳代子（神奈川県労働衛生福祉協会）
南 二郎（埼玉県）
宮下 順子（八王子市保健所）
日本歯科衛生士会

研究要旨

現行の 5 種の様式例を改良し、事務負担を軽減することにより「口腔機能の向上」の円滑な実施が促進されと考えられるため、様式例を必要な項目を集約した利用しやすいものに改良することを目的としてこの研究を実施した。また、要支援者や要介護者の口腔機能向上が必要と判断される要件を明確にすることにより、「口腔機能の向上」の対象者が増加すると考えられるため、口腔機能チェックリストを試作した。

平成 20 年 1 月に、日本歯科衛生士会に所属し、「口腔機能の向上」サービスを実際に担当している歯科衛生士を対象に、現行の様式例の改良に関する意見と独自に工夫して使用している様式例を収集した。それらの意見と独自に工夫して使用している様式例から現行の様式例を修正したものを試作し、さらに意見を収集し様式例の改良を行った。

その結果作成された様式例改良案（口腔機能の向上の記録 A 票、口腔機能の向上の記録 B 票）は、必要性の高い項目は維持しながら、種類と量を大きく削減し、記入方法も簡略化したものとなった。さらに、主観的健康観や表情の豊かさ等の変化がみられることが多い項目が追加されたため、介護職、利用者、家族の理解も得やすいものとなっている。

様式例の改良案に関して、多数の関係者から高い評価を受け、できるだけ早期に利用したいとの希望と変更開始時期に関する問い合わせが多数寄せられている。

本研究で作成した様式例改良案は必要性が高い項目は維持された、簡潔でわかりやすく使用しやすいものであり、事務負担は半分以下に軽減される。この様式例改良案を使用することにより、口腔機能向上の普及を妨げている大きな阻害要因が解消され、「口腔機能の向上」の円滑な実施が促進されと考えられる。また、要支援者や要介護者の口腔機能向上が必要と判断される要件を明確にしたリスト等の使用により、「口腔機能の向上」の利用者が増加すると考えられる。

A. 研究目的

平成18年度から地域支援事業、予防給付、介護給付に「口腔機能の向上」が新規メニューとして導入されたが、その実績は低い状況に止まっている。現在、「口腔機能の向上」において、地域支援事業、予防給付、介護給付それぞれ5種の様式例の記入が必要とされている。記入を要する書類の種類や量が多いことが「口腔機能の向上」の円滑な実施の大きな阻害要因であることが、平成18年度の研究において判明した。そのため、様式例を改善し、事務負担を軽減することにより「口腔機能の向上」の円滑な実施が促進され则认为られる。この研究は現行の様式例を必要な項目を集約した利用しやすいものに改良することを目的としている。

B. 研究方法

1. 対象

日本歯科衛生士会に所属し、「口腔機能の向上」サービスを実際に担当している東京都、神奈川県、新潟県、愛知県、愛媛県、長崎県の歯科衛生士。

2. 調査期間と方法

平成20年1月に、日本歯科衛生士会の協力により、現行の様式例（参考資料1：別紙1、別紙2-I、別紙2-II、別紙3、別紙4、別紙5）の改良に関する意見を収集した。メールまたはFAXにて回収を行った。歯科衛生士本人からの意見だけでなく、歯科衛生士が口腔機能の向上を実施する際に関係者（看護職、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、介護職、事業所職員、行政職等）から受けた意見等についても収集した。意見は歯科衛生士個人あるいは県の歯科衛生士会がまとめたものがメールまたはFAXにより回収された。また、専門職が独自に工夫して使用している様式例を収集した（参考資料2）。その意見と独自に工夫して使用している様式例から現行の様式例を修正したものを試作した。試作した様式例を専門職に提示し、再度意見を収集した。それらの意見をもとにさらに様式例を改良した。

3. 質問項目

回答は記名とし、調査項目は、1. 様式例から省略することが望ましいと考える項目とその理由。2. 様式例の表記を改変することが望ましいと考える項目とその理由。3. 様式例に追加することが望ましいと考える項目とその理由。4. その他様式例に関する意見等（歯科衛生士本人の意見及び歯科衛生士が口腔機能の向上を実施する際に関係者（看護職、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、介護職、事業所職員、行政職等）から受けた意見等。

（倫理面への配慮）

調査項目は、「口腔機能の向上」において、地域支援事業、予防給付、介護給付それぞれ5種の様式例に対する意見であり、サービス利用者等に介入を行うものではない。また、調査結果は集計され、個人情報に含まれない。

C. 調査結果

意見の主要な内容

1. 様式例から省略することが望ましいと考える項目とその理由。

- ①様式例記入に多くの時間がかかるので、簡素化が必要。
- ②各様式例に重複するものがあるので省略が必要。
- ③歯や義歯の汚れを介護職が正確に評価するのは困難である。
- ④食事のおいしさや楽しみに関する質問は口腔機能の状態が悪い人でもほとんどが楽しい、おいしいと答え、変化がみられないので省略が可能。
- ⑤オーラルディアドコネシスは静かな場所の確保が困難であり、特に認知症の利用者の実施が困難である。

2. 様式例の表記を改変することが望ましいと考える項目とその理由。

- ①文字で記入する部分が多く時間が多くかかるので、頻度の高いものはチェックする形式が合理的である。
- ②アセスメントやモニタリングで問題の無い良い状況の場合の選択肢は1に、悪い状況の選択肢は2～5統一する。一目で変化が良い方向か悪い方向かわかりやすく、介護職、利用者、家族にも説明しやすい。
- ③特定高齢者、要支援者と要介護者に使用する様式例が異なるので、書類の記入保存の利便性から共通して使用できる様式例が必要。
- ④要介護者は月2回、3ヶ月で6回のサービスを実施するので、実施記録は6回記入できることが必要。
- ⑤RSSTは認知症の要介護者に実施は困難であるので必要に応じて実施するものとする必要がある。

3. 様式例に追加することが望ましいと考える項目とその理由。

- ①主観的健康観は変化がみられることが多く、介護職、利用者、家族の理解も得やすいので追加が必要。
- ②表情の豊富さの変化は特に介護職から指摘されることが多く、介護職、利用者、家族の理解も得やすいので追加が必要。
- ③ブクブクうがいができることは口唇の閉鎖機能、頬筋や舌の運動機能等を総合的に評価できるので、追加が必要。
- ④総合評価の欄に終了、継続、計画変更の必要性の追加を希望。

4. その他様式例に関する意見等の内容

- ①サービス提供事業所からの意見として様式例の記入に時間がかかり、専門職種を雇用して口腔機能向上加算サービスを行うのは採算が合わない。しかし、利用者の表情が豊かになり、同じ食事をよりおいしく食べているという、利用者の満足度のために無理をして実施している。是非事務負担を軽減して欲しい。
- ②サービス提供事業所からの意見として、県の指導の際に、記入漏れを指摘され今後は返還の対象にもなりうると言われたので、口腔機能向上加算をやめる予定である。
- ③加算を請求すると事務負担が大きく、指導で書類の不備を指摘されるリスクが大きいため、口腔機能向上加算サービスに相当するものを実施しているが、請求はしていないとの意見があった。

調査結果を参考に現行の様式例を修正したものを作成した。作成方針として以下の項目を重視した。

1. 変化を評価しやすい等の必要性の高い項目は維持する。
2. 特定高齢者、要支援者と要介護者に共通して使用できる様式例とする。
3. 現行の5種類A4で5枚の文書の種類と量を減少させる。
4. 頻度の高いものはチェックする形式にして、記入時間の短縮と必要事項の記入漏れ防止を図る。
5. 各様式例に重複している項目は省略する。
6. 変化がほとんどみられない項目は省略する。
7. アセスメントやモニタリングで問題の無い良い状況の場合の選択肢は1に、悪い状況の選択肢は2～5に統一する。
8. 変化がみられることが多く、介護職、利用者、家族の理解も得やすい項目は追加する。
9. サービス提供事業所において実施が困難な項目は省略する。
10. 認知症の要介護者等に実施が困難である項目は、必要に応じて実施するものとする。
11. 追加して評価する項目等にも対応できるものとする。
12. 専門職、看護職、介護職が情報を一目で共有できる様式例とする。

試作した様式例を再度専門職に提示し、意見を収集しさらに様式例を改良した。

その結果、様式例改良案（口腔機能の向上の記録A票、口腔機能の向上の記録B票）が作成された。

D. 考察

今回の調査により、現行の様式例による記入を要する書類の種類や量が多く、事務負担が大きいことが「口腔機能の向上」の円滑な実施の大きな阻害要因であることが、「口腔

機能の向上」サービスを実際に担当している歯科衛生士に対する調査からも確認された。さらに、事務負担はサービス提供事業所の実施の阻害要因となるだけでなく、現在「口腔機能向上加算サービス」を実施している事業所が、都道府県の指導で書類の不備を指摘され、その実施を取りやめる要因ともなっている。口腔機能向上加算サービスを届け出ている事業所の割合は少なくないものの、実際に加算サービスを実施する事業所が少ないことが、口腔機能向上の普及を妨げている大きな要因である。従って、様式例を改良し、事務負担を軽減し、加算サービスを実際に提供する事業所の増加を図ることは緊急の課題である。

本研究で作成した様式例改良案は5種類から2種類（口腔機能の向上の記録A票、口腔機能の向上の記録B票）に種類を削減し、認知症の要介護者等に実施が困難である項目は、必要に応じて実施するものとすることにより、共通して使用できるものである。また、特記事項の欄を設けて、追加して評価する項目等にも対応できるものとなっている。文書の量はA4で5枚から2枚に60%削減し、頻度の高いものはチェックする形式にしたため、記入時間はより短縮し、必要事項の記入漏れも防止される。また、A4で2枚になったため、A4両面で1枚または、A3の1枚にすることが可能であり、使用と保存に便利なものとなった。アセスメントやモニタリングで問題の無い良い状況の場合の選択肢は1に、悪い状況の選択肢は2～5に統一し、介護職、利用者、家族が理解しやすいものとなり、専門職、看護職、介護職が情報を共有できる様式例となっている。さらに、主観的健康観や表情の豊かさ等の変化がみられることが多い項目が追加されたため、介護職、利用者、家族の理解も得やすいものとなっている。また、口腔機能の向上の記録A票の上部半分のA5の部分に、口腔機能の向上指導管理計画を集約したため、その部分をA4へ拡大コピーすることにより、高齢者にも見やすい大きな字の口腔機能の向上指導管理計画を利用者に渡すことが可能となる工夫も施されている。

様式例の改良案に関して意見収集の対象となった歯科衛生士だけでなく、その周囲の関係者からも必要性が高い項目は維持され、簡潔でわかりやすく使用しやすいとの高い評価を受けている。できるだけ早期に利用したいとの希望と変更開始時期に関する問い合わせが多数寄せられている。

また、本研究により試作した、要支援者や要介護者の口腔機能向上が必要と判断される要件を明確にした口腔機能チェックリストを、今後、実際に試用する介護支援専門員からの意見により改良して実用性を確保し、効果を検証する必要があると思われる。

E. 結論

本研究で作成した様式例改良案は必要性が高い項目が維持された、簡潔でわかりやすく使用しやすいものであり、事務負担は現行の40%以下に軽減される。この様式例改良案を使用することにより、口腔機能向上の普及を妨げている大きな阻害要因が解消され、口腔機能の向上の円滑な実施が促進されると考えられる。また、要支援者や要介護者の口腔

機能向上が必要と判断される要件を明確にしたリスト等の使用により、「口腔機能の向上」の利用者が増加すると考えられる。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

なし

参考文献

1) 厚生労働省老健局老人保健課長通知 「口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成18年3月31日付け老老発第0331008号）

口腔機能の向上の記録 A表

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ	歳	
氏名	病名等 かかりつけ歯科医(有り 無し) 入れ歯の使用(有り 無し)								
介護認定等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 特定高齢者	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5
変更後	<input type="checkbox"/> 一般高齢者	<input type="checkbox"/> 特定高齢者	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5

口腔機能の向上指導管理計画

職種 言語聴覚士 歯科衛生士 看護師

() さんのご希望・目標	作成者	年	月	日	作成
---------------	-----	---	---	---	----

問題点	<input type="checkbox"/> かむ	<input type="checkbox"/> 飲み込み	<input type="checkbox"/> 口のかわき	<input type="checkbox"/> 口臭	<input type="checkbox"/> 歯みがき	<input type="checkbox"/> 食べこぼし
	<input type="checkbox"/> むせ	<input type="checkbox"/> 会話	<input type="checkbox"/> その他			

◎実施計画：実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」にチェックし、記入する

専門職 実施項目	<input type="checkbox"/> 口腔機能の向上に関する情報提供		<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操指導		
	<input type="checkbox"/> 歯みがき指導		<input type="checkbox"/> 歯みがきの実施		
	<input type="checkbox"/> 機能訓練		<input type="checkbox"/> 唾液腺マッサージ		
	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 呼吸法		
関連職種 実施項目	<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操		<input type="checkbox"/> 歯みがきの支援実施確認		
	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 声かけ		
家庭での 実施項目	本人	<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操		<input type="checkbox"/> 歯みがきの実施	
	介護者	<input type="checkbox"/> 歯みがきの支援		<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 確認	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> その他	

私は口腔機能の向上について説明を受け、口腔機能の向上の事業参加・サービス利用に同意します。
平成 年 月 日 署名または捺印

1. 事前・事後アセスメント、関連職種等によるモニタリング

記入年月日・記入者名 事前 モニタリング 事後

質問項目・観察項目等		評価項目	事前	モニタ	事後
質問	固いものは食べにくいですか	1いいえ 2はい			
	口の渇きが気になりますか	1いいえ 2はい			
	お体の健康状態はどうか	1よい 2やや良い 3ふつう 4やや悪い 5悪い			
	お口の健康状態はどうか	1よい 2やや良い 3ふつう 4やや悪い 5悪い			
観察	口臭	1ない 2弱い 3ある			
	自発的な口腔清掃習慣	1ある 2多少ある 3ない			
	むせ	1ない 2多少ある 3ある			
	食事の食べこぼし	1ない 2多少ある 3多い			
	表情の豊かさ	1豊富 2やや豊富 3ふつう 4やや乏しい 5乏しい			

2. 専門職による課題把握のためのアセスメント、モニタリング

職種 言語聴覚士 歯科衛生士 看護師

記入年月日・記入者名 事前 モニタリング 事後

観察・評価等	評価項目	事前	モニタ	事後
左右臼歯部での噛みしめの可否	1両側可 2片側可 3不可			
歯や義歯のよごれ	1ない 2多少ある 3ある			
舌のよごれ	1ない 2多少ある 3ある			
RSST(必要に応じて実施)	30秒間の嚙下回数を記入			
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			
特記事項				

□口腔機能の向上の記録 B表

ふりがな		<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	明							
氏名		<input type="checkbox"/>	女	<input type="checkbox"/>	大		年		月		日	生まれ
				<input type="checkbox"/>	昭							

3. □口腔機能の向上実施記録

①**専門職の実施** ※実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。

実施日							
担当者名							
<input type="checkbox"/> 口腔機能の向上に関する情報提供							
<input type="checkbox"/> 口腔(健□)体操指導							
<input type="checkbox"/> 口腔清掃指導							
<input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施							
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							
食事姿勢や食環境についての指導							
特記事項（・ 意すべき点、利用者の変・ 等）							

②**関連職種の実施** ※実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。

関連職種	<input type="checkbox"/>	□ 口腔(健□)体操	歯みがきの支援	<input type="checkbox"/>	確認	<input type="checkbox"/>	声かけ	<input type="checkbox"/>	介助
実施項目	<input type="checkbox"/>	その他							
特記事項（利用者の変化、専門職への質問等）									

4. 総合評価

事業またはサービスの継続の必要性	無し（終了）	有り（継続）
計画変更の必要性	無し	有り

利用開始時・終了時における把握（様式例）

様式例 1

記入者： _____
 実施年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名	(ふりがな)	男・女	要介護認定等				
	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日		<input type="checkbox"/> 非該当 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				

(主治医の意見書が入手できた場合は添付する)

		質問項目	評価項目		転記	事前	事後
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	2 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	2 いいえ			
	15	口の渇きが気になりますか	1 はい	2 いいえ			
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			

※「転記」の欄には、サービス等実施前の基本チェックリスト、生活機能評価の結果を転記する。

QOL	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		
	3	しっかりと食事が摂れていますか	1 よく摂れている 4 あまり摂れていない	2 摂れている 5 摂れていない	3 ふつう		
	4	お口の健康状態はどうか	1 よい 4 あまりよくない	2 まあよい	3 ふつう 5 よくない		
食事・衛生等	1	食事への意欲はありますか	1 ある	2 あまりない	3 ない		
	2	食事中や食後のむせ	1 ある	2 あまりない	3 ない		
	3	食事中の食べこぼし	1 こぼさない	2 多少はこぼす	3 多量にこぼす		
	4	食事中や食後のタン(痰)のからみ	1 ない	2 時々ある	3 いつもからむ		
	5	食事の量(残食量)	1 なし	2 少量(1/2 未満)	3 多量(1/2 以上)		
	6	口臭	1 ない	2 弱い	3 強い		
	7	舌、歯、入れ歯などの汚れ	1 ある	2 多少ある	3 ない		
その他	1	今回のサービスなどで好ましい変化が認められたもの	1 食欲 4 その他()	2 会話	3 笑顔		
	2	生活意識の変化	1 前進()	2 変化なし	3 後退()		

実施のための利用者の情報

歯科診療の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 1週間に1~2回程度の治療(う蝕、歯周病、義歯作成などによる治療が中心) <input type="checkbox"/> 1~数ヶ月に1回程度のメンテナンス等(定期健診なども含む)
<input type="checkbox"/> 口腔機能にかかる 主治医・主治の歯科医師の連絡先	診療所・病院名： 電話番号：
特記事項・その他 (利用者に関する食事のペース、一口の量、手の運動機能、食事の姿勢、食具等の情報等)	

解決すべき課題の把握(様式例)

様式例2-I

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

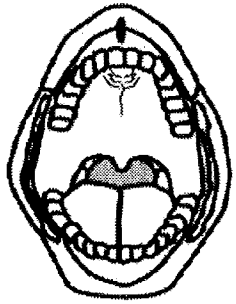
【I】

氏名	(ふりがな)	男・女	・名・・名
	明・大・昭 年 月 日		
□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キネシス	パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	※パ、タ、カをそれぞれ10秒間に言える回数の測定し、1秒間あたりに換算		パ() タ() カ()	パ() タ() 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		
その他	1	今回のサービス等の満足度	1 満足 4 やや不満	2 やや満足 5 不満	3 どちらでもない		

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	□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		

解決すべき課題の把握(様式例)

様式例2-Ⅱ

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

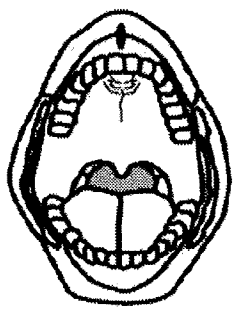
【Ⅱ】

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	病名・障害名
	明・大・昭 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 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		
	5	口腔清掃の自立状況 (支援の必要性)	1 必要がない	2 一部必要	3 必要		
	6	ここ1ヶ月の発熱回数	()回/月	※37.8度以上の発熱回数を記入			
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キネシス	パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	※パ、タ、カをそれぞれ10秒間に言える回数の測定し、1秒間あたりに換算		パ() タ() カ()	パ() タ() 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		
その他	1	今回のサービス等の満足度	1 満足 4 やや不満	2 やや満足 5 不満	3 どちらでもない		

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	□ 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		

()さんの個別サービス計画・口腔機能改善管理指導計画(例)

わたしのゴール

ゴールに向かう 身近な目標	目標達成のための具体的計画(頻度等も含む。)	実施期間 評価予定

実行や支援にあたって、注意することなど

利用者同意サイン		続柄	
----------	--	----	--

計画作成者: _____ 職種 言語聴覚士 歯科衛生士 看護職員
 初回作成日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
 作成(変更)日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

※①サービス担当者が実施する計画、②関連職員が実施する計画、③利用者又はその家族等が実施する計画とそれに係る具体的な指導、助言等の文書等を添付する。

口腔機能向上サービスの提供経過記録(例)

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	

訪問先			

実施日	月 日	月 日	月 日	月 日
開始・終了時刻	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
指導の要点				
解決すべき課題の改善等に関する要点				
口腔清掃方法変更の必要性				
関連職種のケアの状況				
担当者の署名				

口腔機能向上サービスのモニタリング(例)

氏名	(ふりがな)	男・女	

	質問項目	評価項目	サービス提供前		週・月日		週・月日		週・月日		週・月日		
			月日		月日		月日		月日		月日		
			評価	モニタリング	評価	モニタリング	評価	モニタリング	評価	モニタリング	評価	モニタリング	
関連職種によるモニタリング	食事・衛生等	1 食事への意欲はありますか	1 あり 2 あまりない 3 ない	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		2 食事中や食後のむせ	1 あり 2 あまりない 3 ない	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		3 食事中の食べこぼし	1 こぼさない 2 多少はこぼす 3 多量にこぼす	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		4 食事中や食後のタン(痰)のからみ	1 ない 2 時々ある 3 いつもからむ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		5 食事の量	1 なし 2 少量 3 多量	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		6 口臭	1 ない 2 弱い 3 強い	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		7 舌、歯、入れ歯などの汚れ	1 あり 2 多少ある 3 ない	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	言語聴覚士・歯科衛生士・看護職員によるモニタリング	衛生	1 入れ歯あるいは歯の汚れ	1 なし 2 少しある 3 ある	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			2 食べかすの残留	1 なし 2 少しある 3 ある	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			3 舌の汚れ	1 なし 2 少しある 3 ある	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			4 □や入れ歯の清掃への声かけ	1 必要がない 2 必要あり 3 不可	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			1 食物残渣	1 なし・少量 2 中程度 3 多量	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			2 舌苔	1 なし・少量 2 中程度 3 多量	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
機能	機能	3 義歯あるいは歯の汚れ	1 なし・少量 2 中程度 3 多量	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		4 □衛生習慣	1 必要がない 2 必要あり 3 不可	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		5 □腔清掃の自立状況	1 必要がない 2 一部必要 3 必要	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		6 ここ1ヶ月の発熱回数	()回/月	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		1 反復唾液嚥下テストの構算時間	1 回目()秒 2 回目()秒 3 回目()秒	1()秒 2()秒 3()秒	<input type="checkbox"/>	1()秒 2()秒 3()秒	<input type="checkbox"/>	1()秒 2()秒 3()秒	<input type="checkbox"/>	1()秒 2()秒 3()秒	<input type="checkbox"/>	1()秒 2()秒 3()秒	
		2 オーラルディアドコネン	パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	パ()回 タ()回 カ()回	<input type="checkbox"/>	パ()回 タ()回 カ()回	<input type="checkbox"/>	パ()回 タ()回 カ()回	<input type="checkbox"/>	パ()回 タ()回 カ()回	<input type="checkbox"/>	パ()回 タ()回 カ()回	
3 頬の膨らまし	1 左右十分可能 2 やや十分 3 不十分	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
評価													
計画の変更の必要性			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
総合評価													

要支援者及び要介護者用口腔機能のチェックリスト試案

要支援者、要介護者共通項目

- | | | |
|---------------------|--------------|--------|
| ①固いものが食べにくくなりましたか | 1. いいえ | 2. はい |
| ②お茶や汁物等でむせることがありますか | 1. いいえ | 2. はい |
| ③口の渴きが気になりますか | 1. いいえ | 2. はい |
| ④左右の奥歯でかみしめができますか | 1. はい(両方できる) | 2. いいえ |
| ⑤話すときに舌がひっかかりますか。 | 1. いいえ | 2. はい |
| ⑥薬は無理なく飲み込めますか。 | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑦口臭が気になりますか。 | 1. いいえ | 2. はい |
| ⑧薄味がよくわかりますか。 | 1. はい | 2. いいえ |

要介護者のみの項目

- | | | |
|----------------------|--------|-------|
| ⑨嚥下障害がありますか。 | 1. いいえ | 2. はい |
| ⑩食べこぼしがありますか | 1. いいえ | 2. はい |
| ⑪食後に口の中に食べ物が残りやすいですか | 1. いいえ | 2. はい |
| ⑫食事にかかる時間は長くなりましたか | 1. いいえ | 2. はい |
| ⑬体重が減りましたか | 1. いいえ | 2. はい |
| ⑭発熱しやすいですか | 1. いいえ | 2. はい |
| ⑮肺炎にかかったことがありますか | 1. いいえ | 2. はい |

観察項目 要支援者・要介護者共通

- | | | |
|---------------------------|--------|-------|
| ⑯面接の際に対象者の口臭が認められますか | 1. いいえ | 2. はい |
| ⑰対象者の歯や入れ歯に汚れや食べ物が認められますか | 1. いいえ | 2. はい |

2が1つでもある場合は口腔機能が低下している可能性が強いので、口腔機能向上サービスの必要である

口腔機能の向上説明用資料案（咀嚼機能低下）

- ① 固いものが食べにくくなりましたか 1. はい
④ 左右の奥歯でかみしめができますか 1. できない
⑪ 食事にかかる時間は長くなりましたか 1. はい

固いものをかむときには口や頬の筋肉が大きな力を出します。柔らかいものばかり食べていると筋肉の力がますます弱くなります。かむ力が弱くなると食事に長い時間がかかるようになります。口腔機能の向上の健口(口腔)体操やかむ練習でかむ筋肉を鍛えると、筋肉の力が強くなります。

よくかむことにはこんな効果があります。

1. 元気な笑顔になります

かむときに働く口の周りや頬の筋肉は笑顔になるときも働くので、かむことにより顔の表情筋のトレーニングにもなります。

2. 食べ物がおいしくなります

食べ物本来の味はかみ砕かれて唾液に溶け出してから、舌の味を感じる器官(味蕾)で感じられます。かんだときに感じる歯触り、食感はおいしさの大きな要素です。

3. つば(唾液)が多く出ます

かむことにより口や頬の筋肉がよく動き、その刺激で唾液が多く出ます。高齢になると唾液が少なくなりがちなので、出る量を増やすことが大切です。

4. 胃腸での消化吸収を助けます

よくかむことにより食べ物が細かく砕かれて、胃での消化が楽にできるようになります。かむ刺激が脳に伝わると、胃液が出るようになります。

5. 言葉の発音がはっきりします

発音に関係する唇や舌の筋肉がよくかむことにより鍛えられます。

6. 脳が刺激されます

ガムをかむと眠気が少なくなることからわかるように、かむことにより脳が刺激を受け、活発に働くようになります。

口腔機能の向上説明用資料案（嚥下機能低下）

- ②お茶や汁物等でむせることがありますか 1. はい
- ⑥薬が飲み込みにくくなりましたか 1. はい
- ⑨食べこぼしがありますか 1. はい
- ⑩食後に口の中に食べ物が残りやすいですか 1. はい

飲み込む時にも神経や筋肉が働きます。飲み込む時に働く神経や筋肉が衰えると飲み込みにくくなり、むせやすくなります。口を閉じる力が落ちると食べこぼしが多くなります。飲み込む力が衰えたり、舌や頬の動きが悪くなると、飲み込んだ後でも口の中に食べ物が残るようになります。

飲み込みには口の中で行われる働きも重要です。その働きが不十分になると、飲み込みにくくなり、むせやすくなります。口腔機能の向上により、飲み込みやすいように準備ができ、飲み込むときのむせが減って、薬も飲み込みやすくなります。口を閉じる力も強くなり、舌や頬の動きも良くなります。

口の中で行われる飲み込みに関係する働き

1. 飲食物をかみ砕く

大きな固まりよりも小さくかみ砕かれた食べ物の方が、飲み込みやすくなります。口腔機能の向上の健口（口腔）体操やかむ練習で、かむ機能を高め、飲み込みやすくなります。

2. つば（唾液）と混ぜ合わせて飲み込みやすい形にする

口が渴いていると飲み込みが難しくなります。食事の時もお茶や水などで飲み込むようになり、飲み込む筋肉がさらに弱くなる悪循環になることがあります。口腔機能の向上の健口（口腔）体操や唾液腺マッサージにより唾液の出る量が増え、飲み込みやすくなります。

3. 舌が飲食物を口の中からのど（咽頭）に送り込む

口が開いた状態では飲み込むことができません。口がとじていない場合は舌が口の開いた部分をふさいで飲み込むようになります。舌が正しく動くためには口がしっかり閉じていることが必要です。奥歯がかんだ状態の方が飲み込みやすくなります。口腔機能の向上の健口（口腔）体操や舌の体操により、口を閉じる力や舌の力、頬の力を強くすることができ、飲み込みやすくなります。