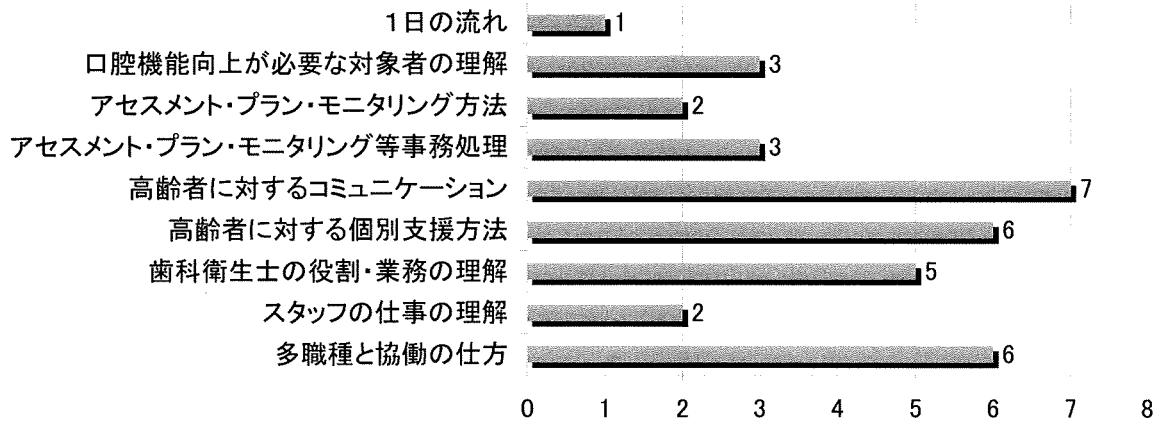
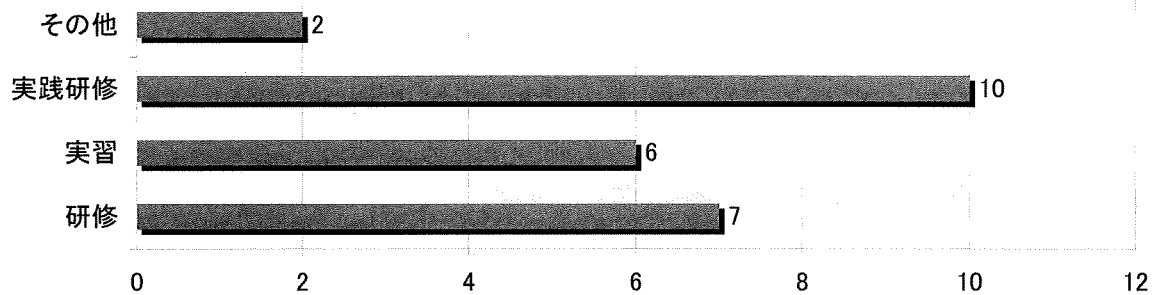


見学会 歯科衛生士アンケート

歯科衛生士が施設見学で学べたこと



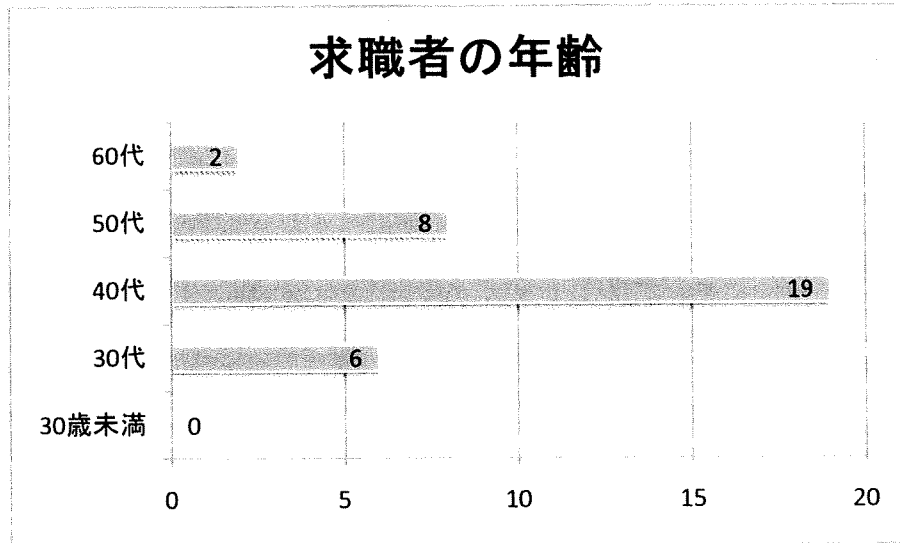
口腔機能向上サービスができるDHを育成するためにひつような研修は



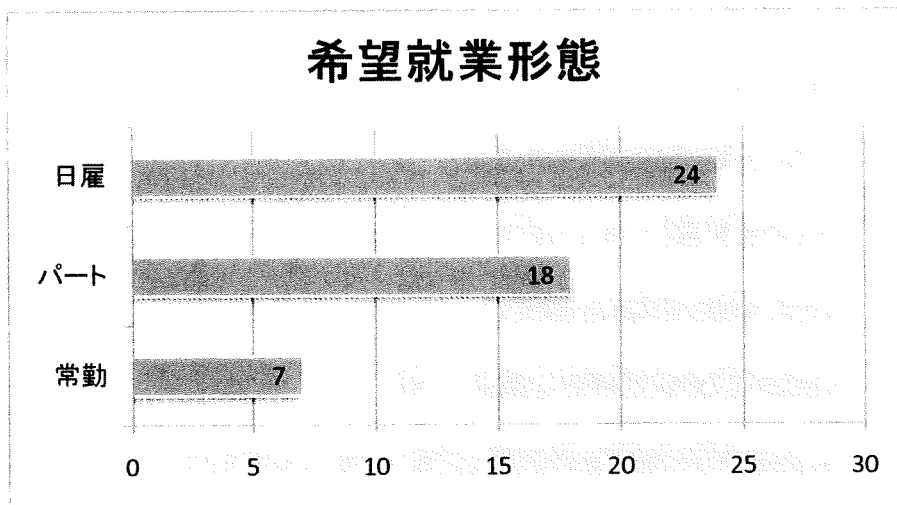
口腔機能向上業務求職者について

福岡県歯科衛生士会が主催または協力した、口腔ケア関係研修会の受講者の中で求職票を提出した者、35名について年齢・希望就業形態・希望業務内容・受講研修・業務経験などをまとめた。

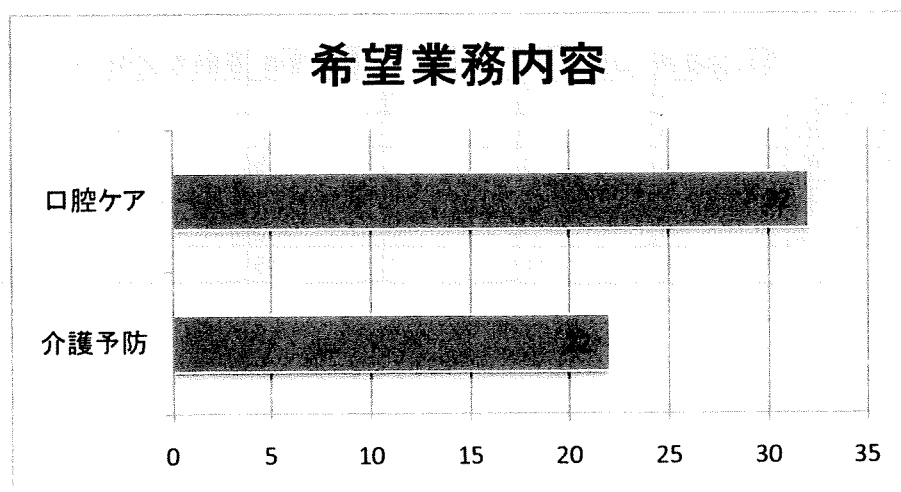
年齢	人数
30歳未満	0
30代	6
40代	19
50代	8
60代	2
計	35



就業形態	人数
常勤	7
パート	18
日雇	24

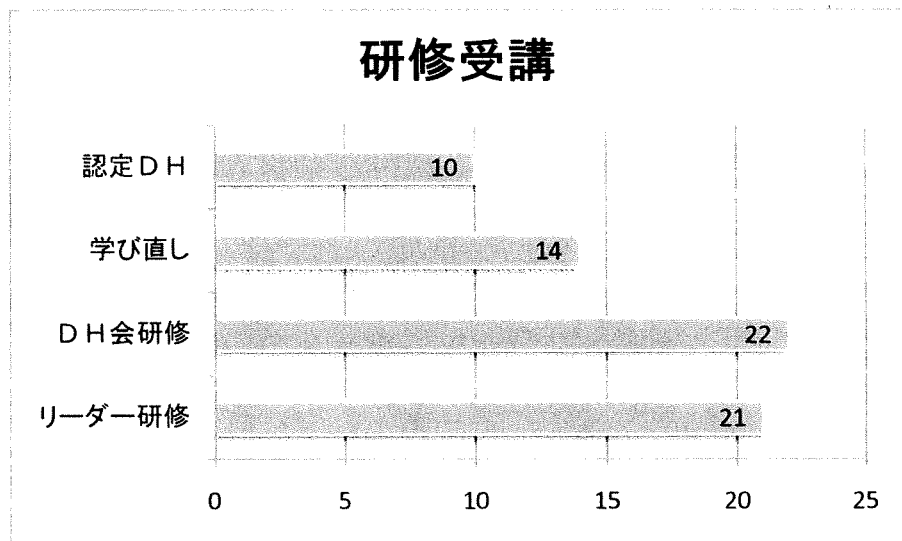


希望業務	人数
介護予防	22
口腔ケア	32

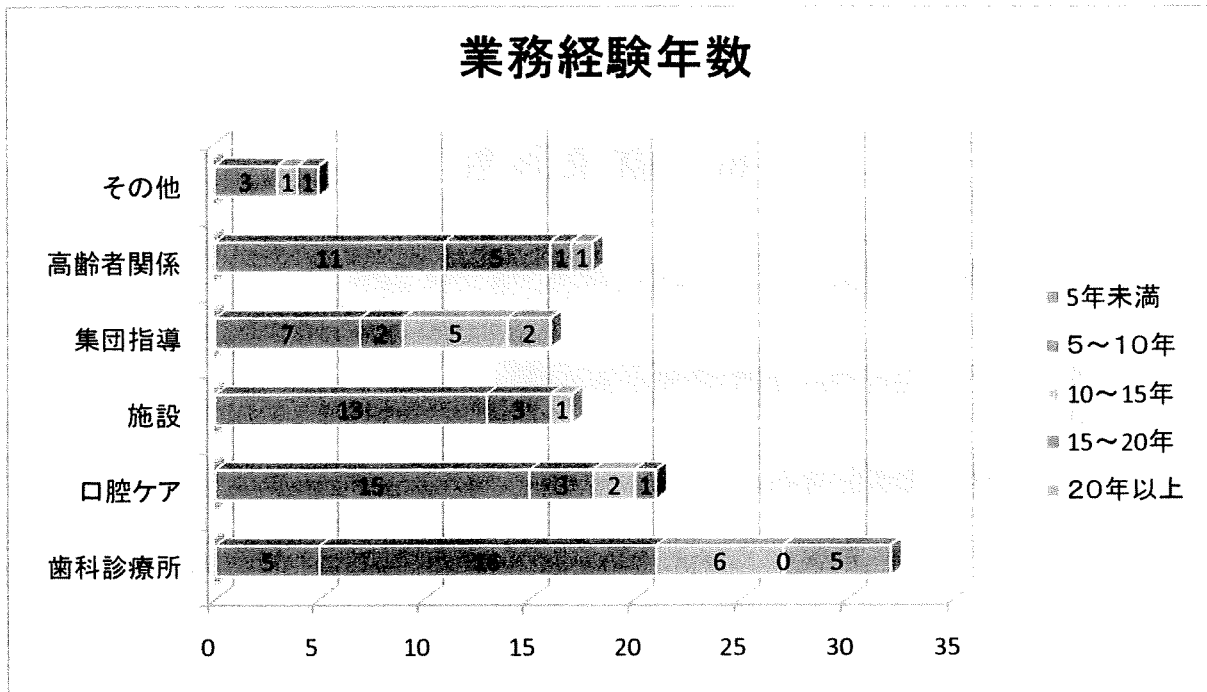


研修受講

受講研修	人数
リーダー研	21
DH会研修	22
学び直し	14
認定研修	10



業務経験年数



	歯科診療所	口腔ケア	施設	集団指導	高齢者関係	その他
5年未満	5	15	13	7	11	3
5~10年	16	3	3	2	5	
10~15年	6	2	1	5		1
15~20年	0	1			1	1
20年以上	5			2	1	
計	32	21	17	16	18	5

【通所施設での 口腔機能向上モデル事業】

1. 実績報告書
2. フローチャート
3. サービスのタイムテーブル
4. 記録などの様式（4枚）
5. アセスメント風景（写真）
6. 実施記録（2枚）
7. 施設スタッフ研修プログラム
及び写真
8. 事業アンケート内容及び結果
9. モデル事業実施後の職員アンケート
内容及び結果

21年度口腔機能向上サービス実施報告書

報告者	天本 和子
実施場所	ふれあいの園 デイサービスセンター
実施期間	平成21年11月～平成22年2月

サービス事業所職員による対象者の選出(厚生労働省のアセスメント票による)を行ったところ
 専門職によるアセスメント対象者は23名、内18人が対象者となった。

(要支援1 2人、要支援2 1人 要介護1 4人、要介護2 5人、要介護3 4人、要介護4 2人)

口腔機能向上サービスの実施

月日	曜日	内容	対象者数	歯科衛生士数	内容
12月8日	火	事前アセスメント	5	2	
12月14日	月	事前アセスメント	10	2	
12月16日	水	事前アセスメント	5	2	
12月17日	木	事前アセスメント	3	1	
12月22日	火	口腔機能向上サービス	4	2	
12月23日	水	口腔機能向上サービス	6	2	
12月28日	月	口腔機能向上サービス	5	2	
1月5日	火	口腔機能向上サービス	3	1	
1月20日	水	口腔機能向上サービス	9	2	
1月21日	木	口腔機能向上サービス	5	1	
1月25日	月	口腔機能向上サービス	3	1	
2月1日	月	口腔機能向上サービス	7	2	
2月2日	火	口腔機能向上サービス	6	1	
2月3日	水	事後アセスメント	4	1	サービスのみの人1名
2月15日	月	事後アセスメント	5	1	
2月18日	木	事後アセスメント	2	1	
2月22日	月	事後アセスメント	8	2	
合計数			90	26	

実施に伴うその他の事項

月日	曜日	内容	対象者数	歯科衛生士数	内容
11月10日	火	モデル事業の説明		2	
11月17日	火	実施内容打ち合わせ		3	
11/17～	火	対象者の選定			事業所職員による
12月3日	木	アセスメント対象者の決定		2	
1月30日	土	スタッフ研修会	10	2	

口腔機能向上フローチャート

口腔機能向上プログラムの対象者選定

1. ディケアスタッフが簡易評価票を用いて評価する。
↓
2. 簡易評価票を基に歯科衛生士がアセスメントを行う。
↓
3. 家族での日常生活・ディケアでの状況・ご本人、家族のニーズを考慮し、口腔機能向上での介入の有無を検討する。

口腔機能向上プログラムの流れ

1. ケアマネジャーに連絡し、現状報告とケアプランに組み込まれるか確認する。
↓
2. 口腔機能向上サービスの記録の書類（事前アセスメント）を作成する。
↓
3. ご家族に「口腔機能についてのお尋ね」を渡し、記入していただく、
↓
4. 事前アセスメント・アンケートを基に「口腔機能サービスの管理指導計画」を作成する。
↓
5. サービス担当者会議
↓
6. 本人又は家族の同意・・・本人又は家族が口腔機能向上サービスに同意した旨を記録用紙に記載する。
↓
7. サービスの提供開始
↓
8. モニタリング・・・月に1回
↓
9. 事後アセスメント・・・3ヶ月毎に評価を行い、目標の達成及び口腔清掃状況を把握
↓
10. 担当ケアマネジャーおよび包括支援センターにサービスの継続か否かを報告
↓ 継続の場合
11. 本人又は家族の継続の同意・・・本人または家族が口腔機能サービスの継続に同意した旨を記録用紙に記載する。

ふれあいの園 ディサービスセンター（通所介護）

口腔機能向上加算タイムテーブル

アセスメント

時間	内容	備考
10:00～	準備	対象者数 5～10人 歯科衛生士 2人
10:30～	担当者ミーティング アセスメント	
11:45～	食前の健口体操 昼食摂食状況の観察	
12:30～	口腔清掃状況のアセスメント	
13:00～	計画書の作成	
15:00		

1日目～

時間	内容	備考
10:00～	準備 担当者ミーティング モニタリング 口腔機能リハビリテーション	
11:45～	食前の健口体操 昼食摂食状況の観察と指導	
12:30～	口腔清掃の指導及び介助	
13:15～	伝達事項の整理 実施記録記入	
14:00		

(社)福岡県歯科衛生士会

ふりがな		□男 □女	□明 □大 □昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名	要介護度・病名等							
	かかりつけ歯科医	□あり □なし	入れ歯の使用	□あり □なし				

サービスの説明 と同意の記録	開始時	平成	年	月	日	同意者	本人 家族 その他 ()	担当者名
	継続時	平成	年	月	日	同意者	本人 家族 その他 ()	担当者名

1 関連職種等による質問と観察

(実施期間中に少なくとも1回記入。1回目：平成 年 月 日 2回目：平成 年 月 日)

質問項目・観察項目等		評価項目	1回目	2回目
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口が渇きやすいですか	1 いいえ 2 はい		
	④自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	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 4 あまり良くない 5 良くない 6 全然良くない		
	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 強い		
	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		
特記事項等(※1)				

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(番号を事前・モニタリング・事後それぞれ記入)

事前	平成 年 月 日		モニタリング※2	平成 年 月 日		事後	平成 年 月 日	
	記入者			記入者			記入者	
	□言語聴覚士 □歯科衛生士 □看護師		2	□言語聴覚士 □歯科衛生士 □看護師			□言語聴覚士 □歯科衛生士 □看護師	
観察・評価等		評価項目			事前	モニタリング	事後	
①右側の咬筋の緊張の触診(咬合力)		1 強い 2 弱い 3 無し						
①左側の咬筋の緊張の触診(咬合力)		1 強い 2 弱い 3 無し						
③歯や義歯の汚れ		1 ない 2 ある 3 多い						
④舌の汚れ		1 ない 2 ある 3 多い						
⑤RSSTの積算時間 (専門家の判断により必要に応じて実施)		1回目: 秒 2回目: 秒 3回目: 秒			1() 2() 3()	1() 2() 3()	1() 2() 3()	
⑥オーラルディアドコキネシス (専門家の判断により必要に応じて実施)		パ()回/秒 ※パ、タ、カをそれぞれ10秒間に言 タ()回/秒 える回数を測定し、1秒あたりに換 カ()回/秒 算。			パ() タ() カ()	パ() タ() カ()	パ() タ() カ()	
⑦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						
⑧特記事項等(※1)								
⑨問題点		□ かむ □ 飲み込み □ 口のかわき □ 口臭 □ 歯みがき □ 食べこぼし □ むせ □ 会話 □ その他 ()						

※1 対象者・利用者の状況により質問項目・観察項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

※2 モニタリングは利用開始日の翌月の結果をモニタリングの欄に記載する

3 総合評価

①口腔機能向上サービスの利用前後の比較であてはまるものをチェック		
□ 食事がよりおいしくなった	□ 薄味がわかるようになった	□ かめるものが増えた
□ むせが減った	□ 口の渇きが減った	□ 噛みしめられるようになった
□ 食事時間が短くなった	□ 食べこぼしが減った	□ 薬が飲みやすくなった
□ 口の中に食べ物が残らなくなった	□ 話しやすくなった	□ 口臭が減った
□ 会話が増えた	□ 起きている時間が増えた	□ 元気になった
□ その他 ()		
②事業またはサービスを継続しないことによる口腔機能の著しい低下のおそれ	□ あり	□ なし
③事業又はサービス継続の必要性	□ あり	□ なし(終了)
④計画変更の必要性	□ あり	□ なし
⑤備考		

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明 治			
氏 名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大 正	年	月	日生まれ
			<input type="checkbox"/> 昭 和			

1 口腔機能改善管理指導計画（平成__年__月__日作成）※1

①()様のご希望・目標	②作成者氏名（職種） ()
③	
④備考	

◎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)

⑤専門職 実施項目	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施 <input type="checkbox"/> 唾液腺マッサージ	
	機能訓練 <input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 発音・発声 <input type="checkbox"/> 呼吸	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
⑥関連職種 実施項目	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の支援 <input type="checkbox"/> 実施確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
⑦家庭での 実施項目	本人 <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施 <input type="checkbox"/> その他 唾液腺マッサージ	
	介護者 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の支援 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他	

2 口腔機能向上サービスの実施記※2

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)

実施日					
担当者名					
口腔機能向上に関する情報提供					
口腔体操・嚥下体操等					
口腔清掃の指導					
口腔清掃の実施					
唾液腺マッサージ（指導）					
咀嚼機能に関する訓練（指導）					
嚥下機能に関する訓練（指導）					
発音・発声に関する訓練（指導）					
呼吸に関する訓練（指導）					
食事姿勢や食環境についての指導					

特記事項（注意すべき点・利用者の変化等）

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）

関連職種 実施項目	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操等 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の支援 <input type="checkbox"/> 実施確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> その他 ()

特記事項（利用者の変化・専門職への質問等）

※1：内容を通所介護計画、通所リハ計画、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハ計画に記載する場合は不要。
 ※2：サービスの提供の記録において、口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は不要。

口腔機能の向上の事前アセスメント(DH)

利用者名		介護度	現疾患・障害・服薬
		自立度	
生年月日	年 月 日	認知度	
実施日	平成 年 月 日	記入者	

口腔内においての状態や訴え 本人 家族の希望

I 口腔内所見

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

II 口腔の状態

- う蝕 1. なし 2. あり(本)
- 歯周疾患 1. なし 2. あり(出血・腫脹・退縮・動揺)
- 粘膜異常 1. なし 2. あり()
- その他の異常

[特記事項]

III 機能の評価

- 開口 1. 三横指 2. 二横指 3. 一横指以下
- 舌の動き 前後 1. 口から1cm程出る 2. 口唇をなめることができる 3. 口唇まで出ない
- 左右 1. 両方可能 2. 片方は可() 3. できない、不十分
- 上下 1. 両方可能 2. 片方は可() 3. できない、不十分

[特記事項]

IV 口腔内評価

- 食物残渣 1. なし 2. 1・2カ所 3. 3カ所以上 4. 多量
- 歯垢 1. なし 2. 1/3以下 3. 1/3～2/3 4. 2/3以上
- 義歯清掃状態 1. 良い 2. 普通 3. 不良
- 舌苔 1. なし 2. 少し 3. 明確 4. 多量
- 口腔内乾燥 1. なし 2. 粘性 3. 泡状 4. 乾燥
- 口臭 1. なし 2. 少し 3. 明確 4. 顕著

[特記事項]

口腔清掃自立支援の必要性

- 声かけの必要性 1. なし 2. あり
- 介助の必要性 1. なし 2. あり(移動・用具準備)
- 習慣性の支援 1. 持続支援 2. 要向上 現状(週・日) 回
- 実行性の支援 1. 励まし 2. 実施介助

[特記事項]

義歯清掃自立支援の必要性

- 声かけの必要性 1. なし 2. あり
- 介助の必要性 1. なし 2. あり(用具準備・着脱)
- 習慣性の支援 1. 持続の支援 2. 要向上 現状(週・日) 回
- 実行性の支援 1. 励まし 2. 実施介助(介助磨き、洗浄剤使用)

[特記事項]

食事摂食状況

- 姿勢 () [特記事項]
- 一口量 1. 少ない 2. 適量 3. 多い
- 食べる速さ 1. 速い 2. 普通 3. 遅い
- 時間 1. 10分内 2. 15分内 3. 20分内 4. 30分内

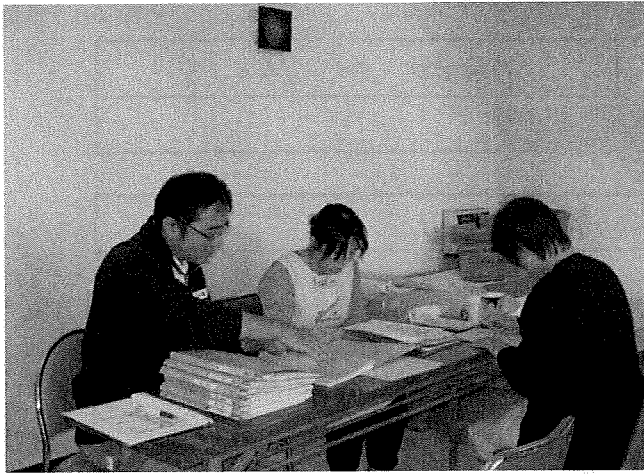
[特記事項]

口腔機能向上加算実施記録

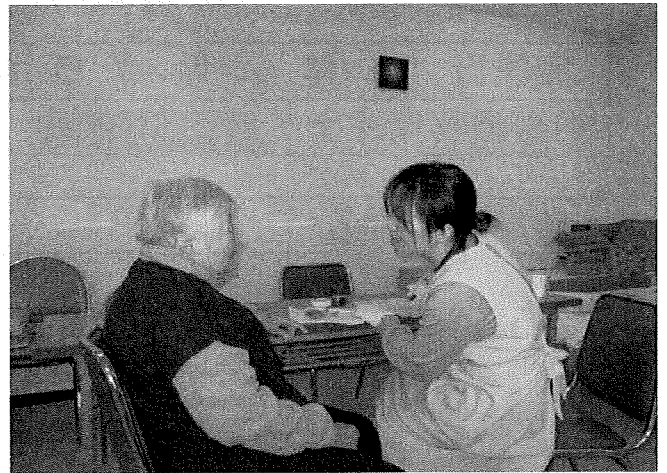
実施日	年	月	日()	時間	～				
担当歯科衛生士									
実施対象者名		記録							
1		午前 午後	<input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
2		午前 午後	<input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
3		午前 午後	<input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
4		午前 午後	<input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
5		午前 午後	<input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
6		午前 午後	<input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
7		午前 午後	<input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
8		午前 午後	<input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
9		午前 午後	<input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
10		午前 午後	<input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>

伝達事項等

アセスメント風景



施設職員との打合せ



問診



口腔機能をアセスメント



口腔機能をアセスメント



摂食状況のアセスメント



食後の清掃をアセスメント

口腔機能向上加算実施記録

実施日	2/年 12月 28 日	時間	10:00 ~ 14:15
担当歯科衛生士	[Redacted]		

実施対象者名	特記
1 [Redacted]	腹式呼吸(術)。口体操、口唇トレーニング実施、副食と召上がった声かけ。
2 [Redacted]	水谷前に義歯清掃を指導。腹式呼吸(息吐き方)、口体操、舌の下指す。
3 [Redacted]	食前に下液腺マカシの指導。歯磨きの仕方と指すはじりも拒否される。
4 [Redacted]	食前に舌の運動、嚥下体操を指導。自身の事理解はできているが、家庭(74歳)で指導。
5 [Redacted]	午後お茶の時間、歯磨きの仕方、義歯の清掃指導。
6	
7	
8	
9	
10	

伝達事項等

- [Redacted]... トリカを使用しやすく相談。
- [Redacted]... 歯ブラシと歯ブラシケースの交換を促した。
- [Redacted]... 自立して理解度も高いので、困り事がある場合はこまめに説明して家庭で嚥下体操を(してもらう)指導。
- [Redacted]... お口の中を見せることや体操が(してもらう)事に対して拒否がある。今日歯磨きは声かけをして、最後の方に自分から行かせる実行された。(アサメト時は、歯磨きも水で...)。
- [Redacted]... 歯ブラシを持ってこられて歯磨きの仕方を知りたいと、意欲的でした。(歯ブラシが歯科医院で購入されたというのだが、大きすぎて使えない)

口腔機能向上加算実施記録

実施日	20年 2月 1日 (月)	時間	10:00 ~						
担当歯科衛生士	()								
実施対象者名	記録								
1	[Redacted]	午前 午後	<input checked="" type="checkbox"/> 清掃 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> うがい <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
2	[Redacted]	午前 午後	<input checked="" type="checkbox"/> 清掃 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> うがい <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
3	[Redacted]	午前 午後	<input checked="" type="checkbox"/> 清掃 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
4	[Redacted]	午前 午後	<input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
5	[Redacted]	午前 午後	<input checked="" type="checkbox"/> 清掃 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
6	[Redacted]	午前 午後	<input checked="" type="checkbox"/> 清掃 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
7	[Redacted]	午前 午後	<input type="checkbox"/> 清掃 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
8		午前 午後	<input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
9		午前 午後	<input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>
10		午前 午後	<input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 発声・発音 <input type="checkbox"/>

伝達事項等

- ① モニタリング実施 (上記 7名) [Redacted] 欠席者 2/15. 01. 2/22 に モニタリング実施
- ② カージオの読み取り、江藤 課長へ連絡 資料送付にて頂くよう促す (梨花、久保、中島)
- ③ [Redacted] の右上の小工の部分入水車の脱着の仕方をスタッフへ説明
- ④ [Redacted] 歯ブラシの交換を促した
- ⑤ [Redacted] 歯ブラシの交換を家族へ伝えて頂くようスタッフへ伝える
- ⑥ 見学者 1名 あり ([Redacted] さん)
- ⑦ 食前の健口体操 → 研修会の資料に載せた
- ⑧ 午後のアソビで 教養 冊子に 言わせて いる

「ふれあいの園ディサービスセンター」職員研修

日時	平成22年1月30日(土) 17:00~18:30
担当者	橋爪 和恵 江崎 カヨコ
対象者	ディサービスの職員 10人

時間	内容	準備品
17:00~	担当者集合、準備 ミーティング	ホワイトボード 資料
17:30~	挨拶、本日の流れ 「高齢者が一生おいしく楽しく安全な食生活を営むために」 1. 口腔機能向上について ① 基本チェックリスト(13、14、15)の説明 ② 口腔衛生について 2. 誤嚥性肺炎の予防について 3. 健口体操の実習	資料プリント 媒体:プリント
18:00~	4. 口腔清掃の実習 ・・染めだし・相互ブラッシング実習・・ ① うがいの仕方 ② ブラッシングの仕方 ③ 介助みがきの仕方 ④ 義歯の磨き方 5. 職員アンケートの回答 ① ブラッシングの仕方が難しい(出血への対応) ② 口臭の対策 6. 日頃のサービスプログラムへのアドバイス レクリエーションの内容に歌や数を数えるなどの声だしを入れる	顎模型・媒体・プリント 清掃補助具の見本 染めだし液・綿棒・紙コップ・牛乳パック・歯ブラシ・手鏡・箱ティッシュ・ごみ袋・グローブ・うがいの水
18:30	終了・片付け	



職員研修会前アンケート

1. あなた自身のことについてお尋ねします。

- 1) 年齢： ・ 10代 (1人) ・ 30代 (4人) ・ 40代 (4人) ・ 50代 (1人)
- 2) 性別： (男-2人 ・ 女-8人)
- 3) 資格： ・ 看護師 (3人) ・ 介護福祉士 (2人) ・ 社会福祉士 ・ 社会福祉主事 (1人)
・ 相談員 (1人) ・ ヘルパー (2) 級 (2人) ・ その他 (CM栄養士-1人) ※ 複数可
- 4) 看護、介護職としての勤務年数： ・ 1年⇒1人 ・ 2年⇒1人 ・ 5年⇒1人 ・ 7年⇒1人
・ 10年⇒3人 ・ 14年⇒1人 ・ 20年⇒2人

2. これまでの口腔ケア経歴についてお尋ねします。

- 1) 患者 (利用者) の口腔内の直接的ケアに関わってきた年数
・ 記入無し⇒1人 ・ 1年⇒6人 ・ 2年⇒1人 ・ 5年⇒1人 ・ 6年⇒1人
- 2) あなたの家族の歯磨きをしたことはありますか？ (はい⇒7人 ・ いいえ⇒3人 ・ おぼえていない)
- 3) 口腔ケアをして喜ばれたことがありますか？ (はい⇒10人 ・ いいえ ・ おぼえていない)
- 4) 今まで口腔ケアに関する研修に参加したことがありますか？ (はい⇒2人 ・ いいえ⇒8人
・ おぼえていない)
- 5) 4) で、はいと答えた方にお尋ねします。
 1. その回数はおおよそ (1回⇒2人 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回以上)
 2. 口腔ケアの実技を含む研修を受けたことはありますか？ (はい ・ いいえ⇒2人 ・ おぼえていない)

3. 口腔ケアの実技について知りたいことはなんですか？当てはまるものにすべてに○をつけて下さい。

- | | | |
|-----------------|-------------|------------------------|
| (9人) 口腔内の清潔保持 | (7人) ブラッシング | (5人) 清拭 (ガーゼ・脱脂綿などによる) |
| (4人) 含嗽 | (7人) 口臭緩和 | (4人) 口腔乾燥緩和 |
| (4人) 口腔周囲のマッサージ | | (2人) 口唇のストレッチング |
| (3人) 摂食訓練 | (5人) 嚥下訓練 | |

4. その他、何かありましたらお書き下さい。

・無し

ご協力ありがとうございました。

(社) 福岡県歯科衛生士会

モデル事業終了後の職員アンケート

昨年12月より実施いたしました「介護予防における口腔機能向上の推進に関する」モデル事業は、2月をもちまして無事に終了致しました。

皆様には対象者の選定・アセスメントの聞き取りを始め、歯科衛生士の見学者の受け入れなど、多岐にわたりご協力いただき誠にありがとうございました。

今後、事業を確立するためにも皆様の率直なご意見を伺いたく、大変御手数ですが下記のアンケートにご回答をよろしくお願い申し上げます。

1. 歯科衛生士が介入して対象者の方に変化はありましたか？

・はい () ・いいえ ()

1-1. はいと答えた方に質問です。具体的にどのようなことですか？

--

2. 歯科衛生士が介入して職員の方に変化はありましたか？

・はい () ・いいえ ()

2-1. はいと答えた方に質問です。具体的にどのようなことですか？

--

3. 歯科衛生士が介入して良かった点はなんですか？

--

4. 歯科衛生士が介入して不満に思った点はなんですか？

--

5. 研修会をうけてどのように変わりましたか？又他に聞きたかったことはないですか？

--

6. 今後、歯科衛生士に希望することはなんですか？

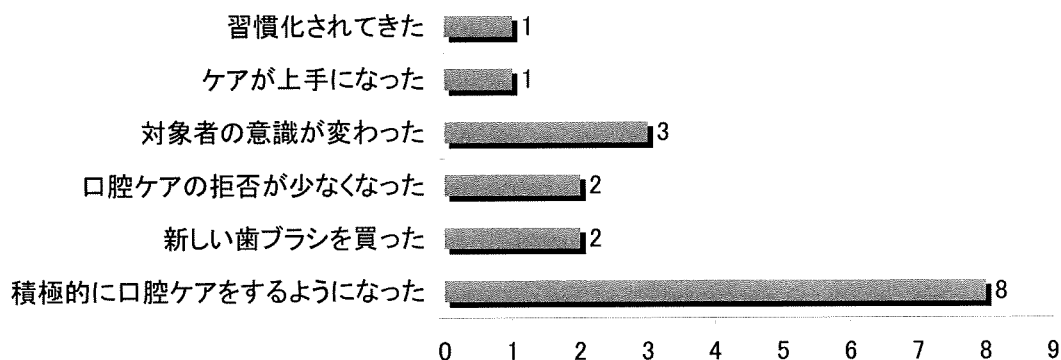
--

ご協力ありがとうございました。

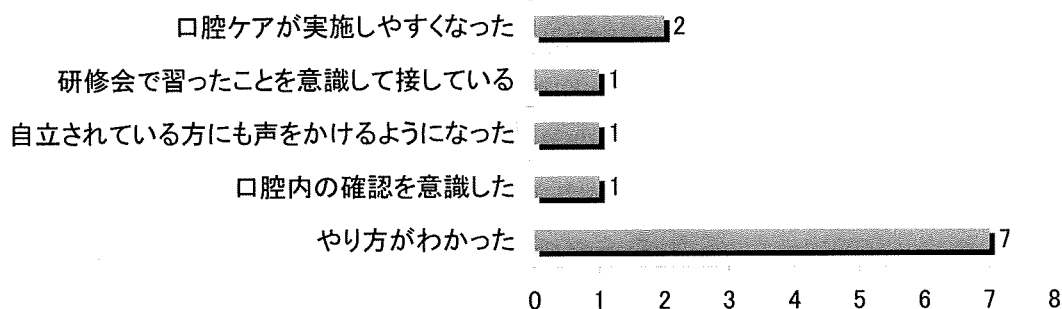
福岡県歯科衛生士会；モデル事業委員会

モデル事業実施後のアンケート(3月実施)

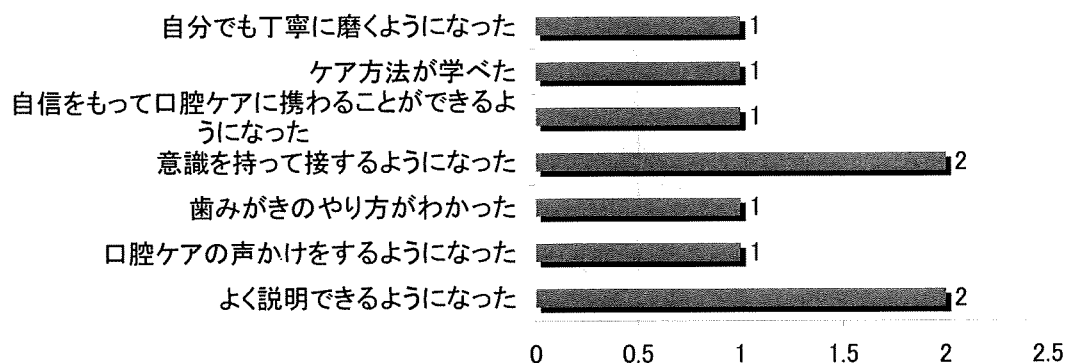
DHの介入で対象者の変化はありましたか



DHの介入で職員の方に変化はありましたか



研修会を受けてどのように変わりましたか



【通所施設へのアピール事業】

1. 県南地区通所事業所への送付物

イ) 送付書

ロ) アンケート内容

ハ) パンフレット

ニ) 相談票

2. 相談窓口実績

3. アンケート結果

（注）送付物（パンフレット）は、送付先が複数ある場合は、送付枚数を記載する。

送付先
送付枚数
送付日
送付内容
送付先
送付枚数
送付日
送付内容
送付先
送付枚数
送付日
送付内容

介護予防サービス事業者各位

社団法人 福岡県歯科衛生士会
会長 安河内 ひとみ
厚生労働科学研究プロジェクトチーム

口腔機能向上のアンケートへの協力をお願い（依頼）

麗春の候、貴社ますますご盛栄のこととお慶び申し上げます。日頃より本会の活動に際しましてはご理解ご協力を賜り感謝申し上げます。

さて、福岡県歯科衛生士会では、より良い口腔機能向上サービスのための人材育成に力をいれていますが、福岡県内で口腔機能向上サービスを実施してられる事業所はまだ少ないようです。そこで今回、厚生労働科学研究の一環として介護予防サービスを提供しておられる事業者の方々のご意見を伺い、口腔機能向上サービスの人材育成や普及に活かしていく手がかりとしたいと思いアンケートを企画しました。お仕事でお忙しいこととは存じますがご協力をよろしくお願いいたします。

また、口腔機能向上サービスについての相談窓口を開設することにいたしました。同封の相談用紙にご相談内容を記入してファックスしていただきますと、相談窓口の開設日に電話での回答をさせていただきます。また開設日には電話での相談も実施いたしておりますので、ご利用ください。

また口腔機能向上サービスの内容や人材確保に関するパンフレットを作成しましたので同封いたします。

いつまでもおいしく安全な食生活を守り、また会話を楽しむための口腔機能の維持、向上にお役に立てれば幸いです。

送付内容

- 1 アンケート
- 2 パンフレット
- 3 相談票