

# 解決すべき課題の把握・口腔機能アセスメント（様式例）

別紙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	病名・障害名
	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 (    )    1 (    ) 2 (    )    2 (    ) 3 (    )    3 (    )	
	2	オーラルディアドコキネシス	パ (    ) 回/秒      ※パ、タ、カをそれぞれ10秒間に言える タ (    ) 回/秒      回数の測定し、1秒間あたりに換算 カ (    ) 回/秒	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		
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	□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・口腔機能アセスメント（様式例）

別紙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

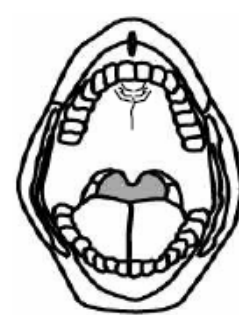
【II】

氏名	(ふりがな) -----	男 ・ 女	病名・障害名
	明・大・昭                      年                      月                      日		
□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		
	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(    )      1(    ) 2(    )      2(    ) 3(    )      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(    )      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		
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		