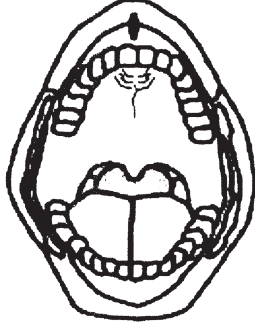


【口腔機能の向上 アセスメント票】（事前・事後）

評価担当者（ ） 職 種（ 看・歯・言 ）

氏 名 年 月 日生（ ）歳	（男・女）	病名／障害名（ ） 要介護認定 { 非該当・要支援(1・2) 他() }
日常生活自立度（ J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 ） 認知自立度（ I II IIa IIb III IIIb IV M ）		
A □の中の状態や訴え、本人・家族の希望		
B □の中の清潔度(問題項目に☑) <input type="checkbox"/> □の乾燥 { なし、わずか(乾燥感)、関連症状(口唇乾燥等)、顕著 } <input type="checkbox"/> 食べかす(洗口テスト等で判断) { -(なし)、±(少し)、+(明確)、++(多量) } <input type="checkbox"/> 舌の汚れ { -(なし)、±(少し)、+(明確)、++(多量) } <input type="checkbox"/> □ 臭 { -(なし)、±(少し)、+(明確)、++(顕著) } <input type="checkbox"/> 歯ブラシへの汚れの付着 { -(なし)、±(少し)、+(明確)、++(多量) }	【特記事項】 	
C 歯科の病気等 <input type="checkbox"/> 噛める歯(入れ歯を含む) { 両方の奥歯で噛める、片方の奥歯で噛める、奥歯で噛めない } 自分の歯の数（ ）本、入れ歯 { なし、あり（上・下・両方） } 入れ歯使用時の痛み { なし、あり（ ） } <input type="checkbox"/> むし歯 { なし、あり（ 本程度） 痛み（なし、あり） } <input type="checkbox"/> 歯周病(歯槽膿漏) { なし、症状あり（出血、腫れ、退縮、ぐらぐらする歯、他()) } <input type="checkbox"/> □の粘膜の異常 { なし、あり（ ） } <input type="checkbox"/> その他歯科の異常 { なし、あり（ ） }	【特記事項】	
D □の清掃自立支援の必要性 D1 歯磨き <input type="checkbox"/> 自発性 → 声かけの必要性（なし、あり） <input type="checkbox"/> 基本介助の必要性 { なし、あり（ 移動・用具準備 ） } <input type="checkbox"/> 習慣性の支援 { 持続の支援、要向上 } 現状（週・日） _____ 回 <input type="checkbox"/> 実行性の支援 { 励まし、実施介助等（ 部位到達性、動き・操作性、持続時間 ） } <input type="checkbox"/> その他（ ）	【特記事項】	
D2 入れ歯の清掃(入れ歯のある方のみ回答して下さい) <input type="checkbox"/> 自発性 → 声かけの必要性（なし、あり） <input type="checkbox"/> 基本介助の必要性 { なし、あり（ 用具準備・着脱 ） } <input type="checkbox"/> 習慣性の支援 { 持続の支援、要向上 } 現状（週・日） _____ 回 <input type="checkbox"/> 実行性の支援 { 励まし、実施介助等（ 介助磨き、洗浄剤使用、他（ ） ） } <input type="checkbox"/> その他（ ）	【特記事項】	

D3 うがい <input type="checkbox"/> 自発性 → 声かけの必要性（なし、あり） <input type="checkbox"/> 基本介助の必要性 { なし、あり（ 姿勢・用具準備 ） } <input type="checkbox"/> 習慣性の支援 { 持続の支援、要向上 } <input type="checkbox"/> 器用さの支援 { 励まし、実施介助等（ 容器介助、給排水介助、機械洗浄 ） } <input type="checkbox"/> その他（ ）	【特記事項】
E □の機能の評価(問題項目に☑) <input type="checkbox"/> 開口 { 2横指以上、1横指以下 } <input type="checkbox"/> 頬膨らまし { 左右十分可能、やや不十分、不十分 } <input type="checkbox"/> 発音(パ・タ・カ・ラ) { 明瞭、一部不明瞭()、聞きとり難 } <input type="checkbox"/> 噛み切れる食品レベル（ 1 2 3 4 5 6 ） {以下の食品群から最も上位のレベルで選択} <input type="checkbox"/> むせ(飲水時) { なし、時々むせる、むせが多い } <input type="checkbox"/> 食べこぼしや口の端からのもれ { なし、もれのみ、時々こぼす、多い } <input type="checkbox"/> その他、食事中に気になる口に関する問題 { なし、あり（ ） } <input type="checkbox"/> うがい { しっかり口を閉じて可能、口の閉じ方や勢いにやや不安、軽く含む程度、不可 } <input type="checkbox"/> 反復嚥下テスト RSST(唾液を30秒以内で努力嚥下) { 3回以上（ ）回、2回以下 }	【特記事項】
レベル1 { さきいか・たくあん } レベル2 { 豚肉ももゆで・生にんじん・セロリ } レベル3 { 油揚げ・酢だこ・白菜の漬物・乾ぶどう } レベル4 { ご飯・りんご・つみれ・ゆでたアスパラ } レベル5 { バナナ・煮豆・コーンビーフ・ウエハース } レベル6 { レベル5の食品も噛めない }	
F 気道感染等 <input type="checkbox"/> 過去3ヶ月の発熱 { なし、ある（ ）回程度（原因： ） } <input type="checkbox"/> 過去1年間のインフルエンザ罹患 { なし、ある（状況 ） } <input type="checkbox"/> 過去1年間のその他の既往 { なし、ある（状況 ） }	【特記事項】
G 低栄養等 <input type="checkbox"/> 低栄養所見等 { BMI(18.5未満)、体重減少、食事摂取量(75%以下)、その他() } <input type="checkbox"/> アルブミン値 (g/dl) { 正常(3.5以上)、軽度(3.4~3.1)、中度(3.0~2.1)、高度(2.0以下) }	【特記事項】
備 考	

記入上の注意

- のチェックは評価担当の専門職(歯科衛生士・看護師・言語聴覚士等)が確認後、問題項目に記入する。
- 網掛け選択肢は問題とする項目で、これに該当した項目の□をチェックし、支援内容を検討する。
- B「歯ブラシの歯垢付着」とは、対象者の前歯(もしくは臼歯)歯面を数回刷掃介助した時の、毛先への歯垢等の付着状況。