

口腔機能向上の記録 アセスメント・評価表

氏名

|   |                          |   |   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|---|--------------------------|---|---|------|----------------------|----------------------|-----------|----------------|--|--|--|
| 口の中の状態に関する参加者及び家族の希望                      |                          |  |   |      |                      | (事前)<br>/            | (事後)<br>/ |                |  |  |  |
| 口腔内の状態                                    | 現在歯: 有 ( 本 ) ・ 無         |   |   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 咬合: 両側臼歯・片側臼歯のみ・前歯のみ・なし  |   |   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | むし歯: 有 ・ 無               |   |   |      |                      |                      |           | 痛み: 有 ・ 時々 ・ 無 |  |  |  |
|   | 歯周病: 有 ・ 無               |   |   |      |                      |                      |           | 痛み: 有 ・ 時々 ・ 無 |  |  |  |
|   | 症状: 出血 ・ 腫れ ・ 動揺歯        |   |   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
| 義歯: 有 ・ 無 ( 上 ・ 下 ・ 両方 )                  |                          |   |   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
| 義歯の適合: 適合 ・ 不適合                           |                          |   |   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
| 衛生  | 歯や義歯のよごれ                 | 0. ない、少ない 1. 多少ある 2. 多い   |   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 舌のよごれ                    | 0. ない、少ない 1. 多少ある 2. 多い   |   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 口臭                       | 0. ない 1. 弱い 2. ある   |   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 口腔乾燥                     | 0. なし 1. やや乾燥(糸引き) 2. 強い乾燥  |   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
| 摂食・嚥下                                     | オーラルディアドコキネシス (必要に応じて実施) | パ( )回/秒<br>タ( )回/秒<br>カ( )回/秒   | パ、タ、カをそれぞれ10秒間に言える回数の測定をし、1秒間あたりに換算する。息継ぎしていただいてよいことをつたえる             |      | パ( )<br>タ( )<br>カ( ) | パ( )<br>タ( )<br>カ( ) |           |                |  |  |  |
|   | RSSTの積算時間 (必要に応じて実施)     | 1回目( )秒<br>2回目( )秒<br>3回目( )秒   | 30秒間に3回嚥下できるか確認、嚥下時の時間を記録。1分まで測定する。口腔の乾燥がある方は、少量の水で口をすすいでもらってからテストを行う |      | 1( )<br>2( )<br>3( ) | 1( )<br>2( )<br>3( ) |           |                |  |  |  |
|   | 頬の膨らまし                   | 0. できる 1. やや不十分 2. 不十分  |   |      |                      | 左<br>上               | 右<br>下    |                |  |  |  |
|   | 舌の動き                     | 0. できる 1. やや不十分 2. 不十分  |   |      |                      | 左<br>上               | 右<br>下    |                |  |  |  |
| 咀嚼力判定ガム 1・2・3・4・5                         |                          |   |   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
| 基本チェック                                    | 1                        | 固いものが食べにくい  | 1 はい 0 いいえ  |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 2                        | お茶や汁物でむせることがある  | 1 はい 0 いいえ  |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 3                        | 口の渇きが気になる   | 1 はい 0 いいえ  |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
| QOL                                       | 4                        | お口の健康状態は?   | 0 よい 1 ぶつう 2 よくない   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 5                        | 食事をおいしく食べていますか?   | 0 おいしい 1 ぶつう 2 おいしくない   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
| 摂食・嚥下について                                 | 6                        | よだれがよくでる  | 0 ない 1 時々ある 2 いつもある   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 7                        | 食べこぼすことがある  | 0 こぼさない 1 多少こぼす 2 多量にこぼす  |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 8                        | 食べ物が飲み込みにくい   | 0 ない 1 時々ある 2 いつもある   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 9                        | 食べ物がのどに残った感じがする   | 0 ない 1 時々ある 2 いつもある   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 10                       | 食べ物でむせる   | 0 ない 1 時々ある 2 いつもある   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 11                       | 食事中や食後に、タンがからんだり、声がかすれる   | 0 ない 1 時々ある 2 いつもある   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 12                       | 食事中に鼻水がでる   | 0 ない 1 時々ある 2 いつもある   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
| 口腔乾燥・口臭など                                 | 13                       | 口臭が気になる   | 0 ない 1 時々ある 2 いつもある   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 14                       | 睡眠中に口の渇きで目が覚める  | 0 ない 1 時々ある 2 いつもある   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 15                       | 乾いた食品が食べにくい   | 0 ない 1 時々ある 2 いつもある   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 16                       | 味覚がおかしい   | 0 ない 1 時々ある 2 いつもある   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 17                       | 上手くしゃべることが出来ない  | 0 ない 1 時々ある 2 いつもある   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 18                       | 入れ歯で、口の中が傷つく  | 0 ない 1 時々ある 2 いつもある   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
| 歯と舌の清掃                                    | 19                       | 歯みがきは、1日何回していますか?   |   |      | 回                    | 回                    |           |                |  |  |  |
|   | 20                       | 歯を磨く時に、歯みがき粉を使っていますか?   | 0 はい 1 いいえ  |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 21                       | 舌の清掃やマッサージをしていますか?  | 0 はい 1 いいえ  |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 22                       | 定期的に歯科医院で検診や歯の清掃を受けてますか?  | 0 はい 1 いいえ  |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
| 入れ歯の方                                     | 23                       | 入れ歯の清掃は、1日何回していますか?   |   |      | 回                    | 回                    |           |                |  |  |  |
|   | 24                       | 入れ歯は、ブラシを使って洗っていますか?  | 0 はい 1 いいえ  |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 25                       | 入れ歯は、ヌルヌルがとれるまで洗っていますか?   | 0 はい 1 いいえ  |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 26                       | 入れ歯洗浄剤(ポリデント等)を使っていますか?   | 0 はい 1 いいえ  |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 27                       | 入れ歯は、就寝前までお口の中に入れてありますか?  | 0 はい 1 いいえ  |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 28                       | 入れ歯は、はずして寝ていますか?  | 0 はい 1 いいえ  |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
| 現在歯科医院にかかっていますか? かかっている方は、医院名と理由を教えてください。 |                          |   |   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
| お口の中の状態で、何が気になること、知りたいこと                  |                          |   |   |      |                      |                      |           |                |  |  |  |
| 問題点                                       | 口の渇き、口臭                  | むせ(水分)  | むせ(食物)  | 飲み込み | かむ                   | 義歯不適合                |           |                |  |  |  |
|   | 歯の汚れ                     | 義歯の汚れ   | 舌の汚れ  | 会話   | 鼻咽腔閉鎖不全              |                      |           |                |  |  |  |
| 評価  | 食事がよりおいしくなった             |   | 会話が増えた  |      | 起きている時間が増えた          |                      |           |                |  |  |  |
|   | 元気になった                   |   | かみしめられるようになった   |      | かめるものが増えた            |                      |           |                |  |  |  |
|   | 食べこぼしが減った                |   | むせが減った  |      | 口の中に食べ物が残らなくなった      |                      |           |                |  |  |  |
|   | 食事時間が短くなった               |   | 話しやすくなった  |      | 薬が飲みやすくなった           |                      |           |                |  |  |  |
|   | 口の渇きが減った                 |   | 薄味がわかるようになった  |      | 口臭が減った               |                      |           |                |  |  |  |