

教室名: 口腔機能向上の記録 アセスメント・モニタリング・評価

口の中の状態に関する参加者及び家族の希望		NO <span style="margin-left: 100px;">氏名</span> <span style="margin-left: 100px;">氏名</span>								
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		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">記入日</td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%; text-align: center;">/</td> <td style="width:15%; text-align: center;">/</td> <td style="width:15%; text-align: center;">/</td> </tr> </table>		記入日		/	/	/
記入日		/	/	/						
質問・観察・評価項目等		評価項目		包括	事前	モニタ	事後			
質問	固いものは食べにくいですか		1. はい 0. いいえ							
	お茶や汁物でむせることがありますか		1. はい 0. いいえ							
	口の渴きが気になりますか		1. はい 0. いいえ							
	お口の健康状態はいかがですか		0. よい 1. ふう 2. 悪い		/		/			
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							
特記事項 1										
摂食・嚥下	オーラルディアドコネシス (必要に応じて実施)		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( ) タ( ) カ( )	/	パ( ) タ( ) カ( )	
	RSSTの積算時間 (必要に応じて実施)		1回目( )秒 2回目( )秒 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		回	1( ) 2( ) 3( )	1( ) 2( ) 3( )	1( ) 2( ) 3( )	
	右側の咬筋の緊張の触診		0. 強い 2. 弱い 2. 無し		/		/			
	左側の咬筋の緊張の触診		0. 強い 2. 弱い 2. 無し		/		/			
特記事項 1										
観察	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		/		/			
	頬の膨らまし		0. できる 1. やや不十分 2. 不十分		/	左 右 左 右	/	左 右 左 右		
	舌の動き		0. できる 1. やや不十分 2. 不十分		/	左 右 上 下	/	左 右 上 下		
試食	むせ 0. ない 1. 多少ある 2. ある		食事中的食べこぼし 0. ない 1. 多少ある 2. 多い							
	食事中的一口量、スピード		食事中的姿勢							
	咀嚼力判定ガム 1・2・3・4・5				記入日( / / )					
問題点										
		口の渴き、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				
3. 総合評価 口腔機能向上の利用開始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		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						
口の渴きが減った		薄味がわかるようになった		口臭が減った						
事業またはサービスの継続の必要性		なし(終了)		あり(継続)						
計画変更の必要性		なし		あり						

1 対象者・利用者等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。