

# 口腔機能向上サービスに関する 課題把握・アセスメント・モニタリング・評価票

フリガナ		□男 □女		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

## 1. 関連職種等により把握された課題等(該当する項目をチェック)

(記入日:、記入者: )

<input type="checkbox"/> かみにくさ <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口のかわき <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 義歯(痛み・動揺・清掃状態・管理状態) <input type="checkbox"/> その他 ( )
---

## 2. 事前・事後アセスメント・モニタリング

(アセスメント、モニタリングでそれぞれ記入)

事前 ※1	モニタ リング ※2	事後 ※2	事前	モニタリング	事後評価
記入者	記入者	記入者			
観察・評価等					
①課題の確認・把握		固いもののかみにくさ	1ない 2ある		
		お茶や汁物等によるむせ	1ない 2ある		
		口のかわき	1ない 2ある		
②咬筋の触診(咬合力)			1強い 2弱い 3無し		
③歯や義歯のよごれ			1ない 2ある 3多い		
④舌のよごれ			1ない 2ある 3多い		
⑤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		
(以下の⑥と⑦の評価は専門職の判断により必要に応じて実施)					
⑥RSST(※30秒間の喉頭挙上の回数)		( )回/30秒	( )回/30秒	( )回/30秒	( )回/30秒
⑦オーラルディアドコキネシス		パ( )回/10秒	パ( )回	パ( )回	パ( )回
		タ( )回/10秒	タ( )回	タ( )回	タ( )回
		カ( )回/10秒	カ( )回	カ( )回	カ( )回
⑧特記事項等※3					
⑨問題点		<input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 口のかわき <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

※1 事前・事後アセスメントについては、把握された課題やモニタリング結果を確認した上で行う。

※2 モニタリングについては、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 対象者・利用者の状況により観察・評価に係る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。

## 3. 総合評価※4

①日常生活における口腔機能向上サービスの利用前後を比較した場合の特記すべき事項	
②サービスを継続しないことによる口腔機能の低下のおそれ	□あり □なし

### 【総合評価結果】

①サービス継続の必要性	□あり(継続) □なし(終了)	②計画変更の必要性	□あり □なし
-------------	-----------------	-----------	---------

備考:

--

※4 総合評価については、関連職種は、サービス担当者で連携して行うこと。