


改定版



# 口腔ケアに 携わる人のための ハンドブック

～口腔機能の向上をめざして～



平成20年 3月  
山口県・(社)山口県歯科医師会

## 発刊にあたって

山口県歯科医師会  
会長 右田 信 行

平成18年4月より従来の介護サービス事業が一部改正され、口腔機能の向上プログラムなどが取り入れられた新介護予防サービスがスタートしました。

新介護予防サービスでは、介護の必要な方を対象としたこれまでのサービスから、予防にも重点をおき、健康な一般高齢者や少し生活機能の低下が見え始めた方にも範囲が広がられました。

すべての高齢者の生活機能の低下防止を図ることが目的とされ、特に ①運動器の機能向上 ②栄養改善 ③口腔機能の向上に重点をおくサービスになりました。

口腔機能の向上は、栄養改善や筋力の向上を促して転倒防止や閉じこもりの予防に役立ちます。また、気道感染の予防にも効果があり、高齢者の死亡原因のトップである肺炎の予防にも有効です。介護や介護予防を考える上で、口腔機能の向上は不可欠な要素として位置づけられています。

しかし、新たな介護予防サービス事業が制度化されたとはいえ、口腔ケアサービスへの取り組みを始めようとするとき様々な疑問が見えてきます。どう計画を立て、何をすればいいのか、申請にはどのような書類が必要なのか、どう書けばいいのか・・・等々。

そこで、山口県歯科医師会では、山口県の委託を受け、口腔機能の向上プログラムを実施する上で必要不可欠な知識やポイント、また、口腔ケアの手順や流れをできるだけわかりやすくまとめたハンドブックを作成しました。介護の現場で口腔ケアに携わる方々に実践に即したものとして活用いただける内容となっていると確信しております。

口腔ケアサービスが幅広く進められ、県民のみなさまが健康で豊かな人生を過ごせるよう、このハンドブックが少しでもお役に立てれば幸いです。

# 口腔ケアに携わる人のためのハンドブック

## 目次

1. お口の中を観察してみよう	2
2. 入れ歯を観察してみよう	4
3. 口腔機能の向上サービスを受けるまでの流れ	5
1) サービスを受けるまでの流れ	5
2) 要介護認定申請書様式例	6
3) 特定高齢者の決定の手順	8
◆基本チェックリスト	9
◆生活機能評価	11
◆口腔機能関連の項目について	12
4. 口腔機能の向上に関する介護報酬一覧表	13
5. 口腔機能の向上サービスに使用する書類の流れ(新予防給付・介護給付)	14
6. 口腔ケアプラン作成時の書類および記入例	15
1) 利用開始時の把握	16
(1) 利用開始時・終了時における把握・口腔機能スクリーニング	16
(2) 解決すべき課題の把握・口腔機能アセスメント	18
(3) ( )さんの口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画	22
① 個別サービス計画・口腔機能改善管理指導計画の作成時のポイント	24
② ( )さんの口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画 記入例	25
(4) 具体的な指導、助言等の添付文書	30
① サービス担当者が実施する計画例	31
② 関連職種が実施する計画例	32
③ 利用者または家族等が実施する計画例	33
2) 利用中の経過記録	34
(1) 口腔機能向上サービス・居宅療養管理指導の提供経過記録(実地指導に係る記録)	34
(2) 口腔機能向上サービス・居宅療養管理指導のモニタリング	36
3) 利用終了時の把握	38
(1) 利用開始時・終了時における把握・口腔機能スクリーニング	38
(2) 解決すべき課題の把握・口腔機能アセスメント	40
7. 口腔機能の向上プログラムメニュー	44
1) サービス内容	45
2) 口腔機能の向上のためのサービススケジュール例	46
3) 1回毎のタイムスケジュール例	47
4) 食べる前の準備体操	48
5) 食べた後の口腔清掃	49
8. 機能評価とそれに対応するリハビリメニュー	50
1) 反復唾液嚥下テスト(RSST)	50
2) オーラルディアドコキネシス	51
3) 頬膨らまし(空ぶくぶくうがい)	53
要介護度の高い方への経路摂取の開始、嚥下障害スクリーニングについて	54
9. お口のお手入れをしましょう	55
10. お口の体操をやってみましょう	61
11. お口の問題チェックリスト	63
12. ケアマネタイム協力医療機関一覧	64

# 1 お口の中を観察してみましょう

お口の中にはさまざまなトラブルがあります



8020達成者  
85歳男性 (32歯保有)



きれいな舌



全部床義歯(総義歯)を  
入れた方のきれいな粘  
膜(上顎)

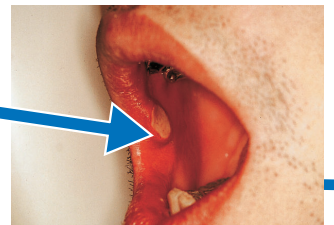
歯が欠けて  
いませんか？



上あごにネバネバした汚れ  
は付いていませんか？

特に麻痺側に食べ物のカスが  
べっとりついていませんか？

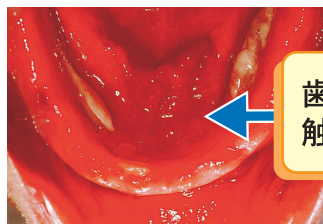
口内炎は  
ありませんか？



白い苔のような  
汚れ(舌苔)は  
付いていませんか？



歯ぐきに傷ができていたり、  
触ると痛くありませんか？



バネのかかる歯が  
欠けていませんか？

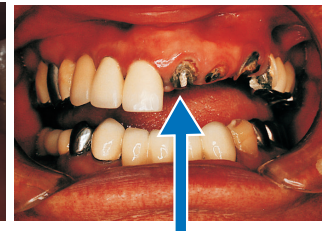


むし歯は  
ありませんか？

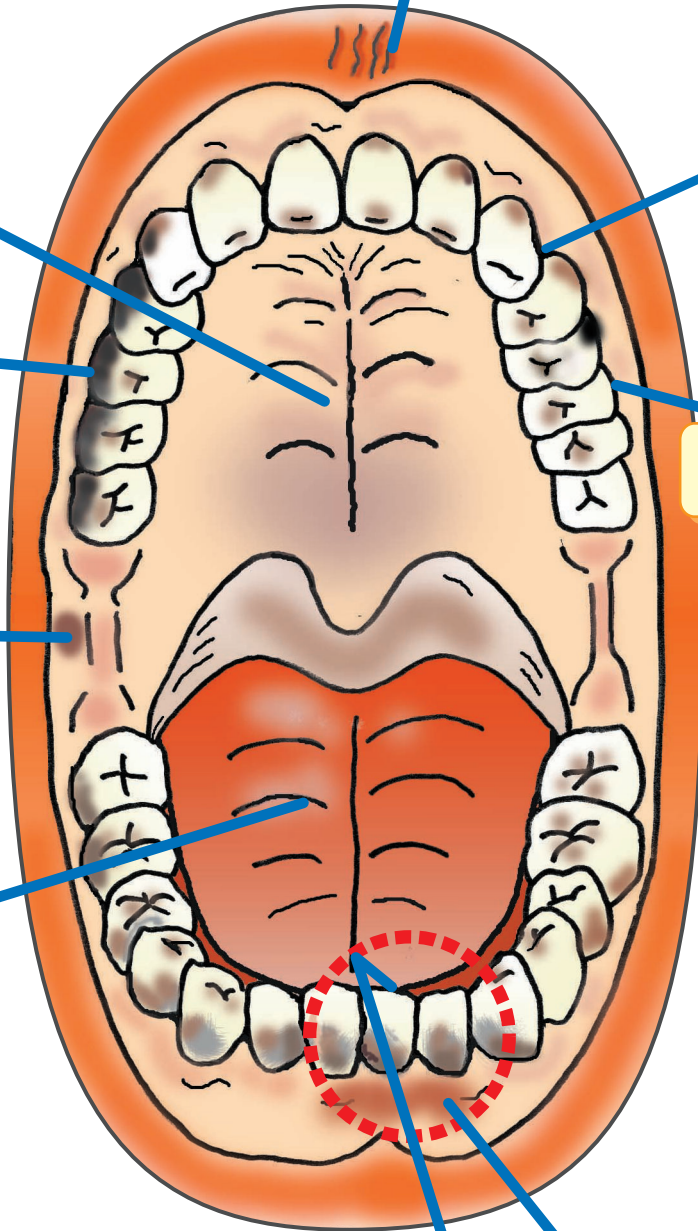
くちびるが乾いて  
ひび割れていませんか？



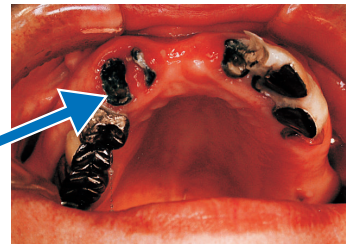
歯のつけ根が  
黒くなって  
いませんか？



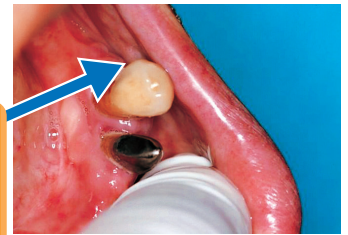
冠がはずれて  
いませんか？



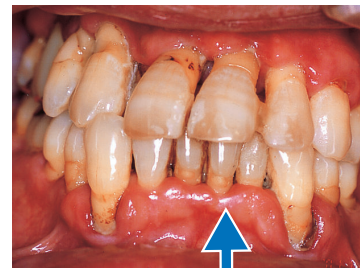
歯が折れていませんか？



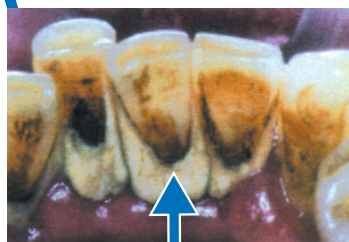
(隣の歯が抜けて)  
1本だけ残っている  
歯の周りに汚れが付  
いていませんか？



歯ぐきがぶよぶよしていませんか？  
赤く腫れて出血していませんか？  
歯がグラグラしていませんか？



口臭はありませんか？



歯石は付いて  
いませんか？

※便利なチェックリストはP61にあります。ご利用下さい。

## 2 入れ歯を観察してみましょう



全部床義歯(総義歯)



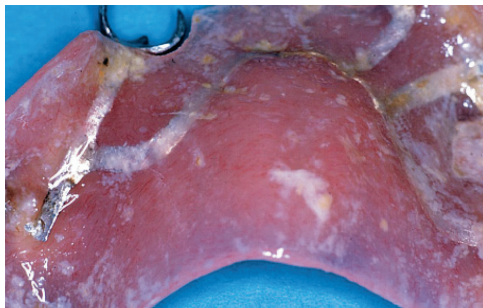
部分床義歯



●入れ歯が壊れていませんか？



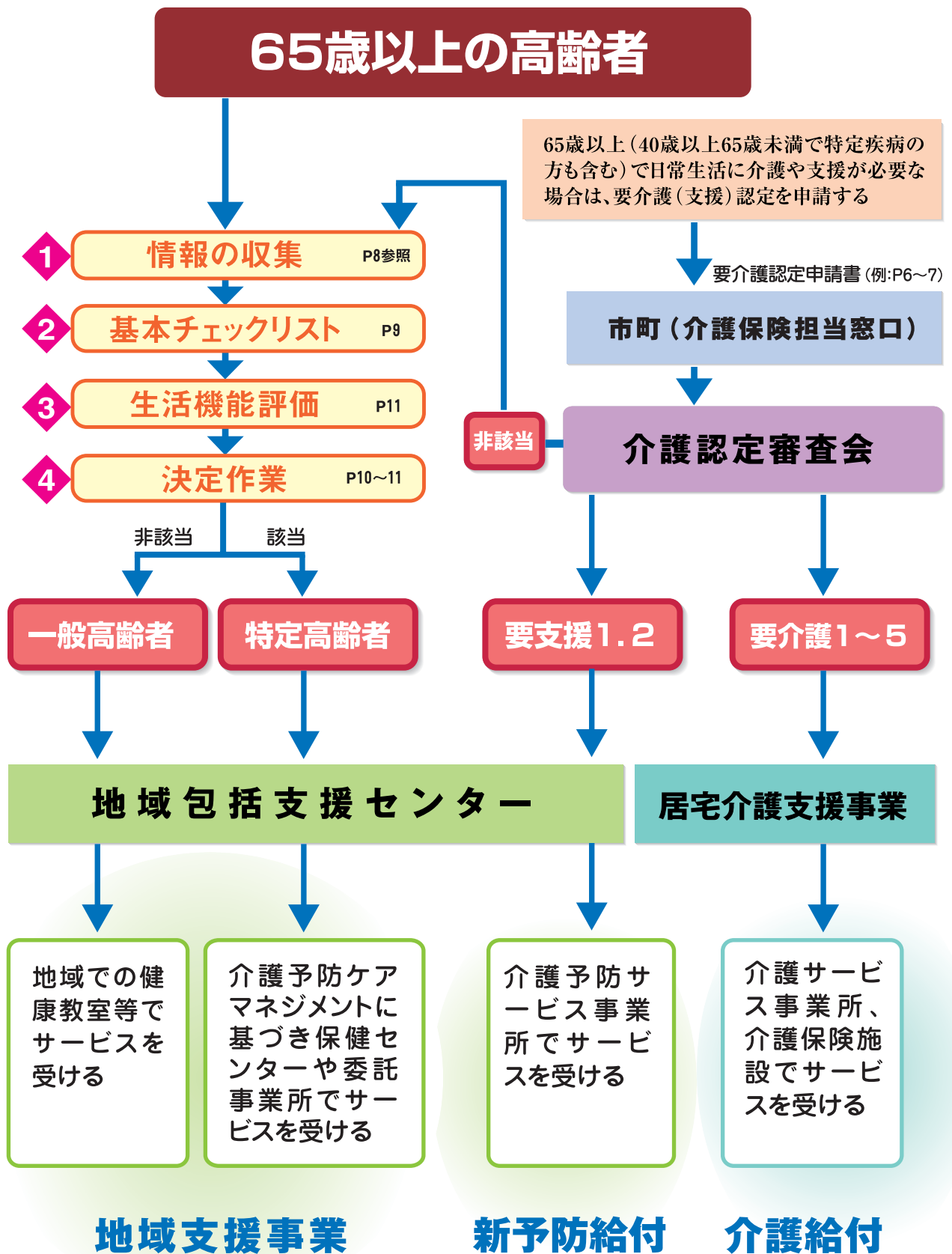
●入れ歯が汚れていませんか？



●入れ歯がガタついたり落ちたりしませんか？

### 3 口腔機能の向上サービスを受けるまでの流れ

#### 1) サービスを受けるまでの流れ



2) 要介護認定申請書様式例

山口市

被保険者番号

<p>要介護認定・要支援認定 介護保険&lt;要介護更新認定・要支援更新認定&gt;申請書 要介護認定変更</p>																		
山口市長 様 次のおり申請します。						申請年月日	平成	年	月	日								
申請者氏名						本人との関係												
提出代行者 名称	(居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・地域包括支援センター)					【担当者名	】											
申請者住所	①〒					☺												
(代行の場合、事業所の電話番号をご記入ください。) *申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要																		
被 保 険 者	フリガナ					生年月日	明・大・昭	年	月	日								
	氏名					性別	男	・	女									
	住所	②〒																
	☺																	
	前回の要介護認定結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	経過介護	有効期限	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日
	変更申請の理由																	
	(変更申請の場合のみ記入)																	
入院入所中の方の調査希望場所	③施設等の名称					☺												
訪問調査 希望等	場所	山口市																
(申請書記載住所に訪問調査希望の場合番号)																		
	日時	平成	年	月	日	平成	年	月	日	平成	年	月	日					
		9時30分	11時	14時	15時30分	9時30分	11時	14時	15時30分	9時30分	11時	14時	15時30分					
主治医	主治医の氏名						医療機関名											
	所在地	〒																
☺																		
2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入																		
医療保険者名						医療保険被保険者証記号番号												
特定疾病名																		
介護サービス計画を作成するために必要があるとき又は、高齢者福祉サービスの利用に際し必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人又は主治医、地域包括支援センターの職員に提示することに同意します。																		
										本人氏名								
山口市確認欄										(代筆者氏名)								
システム入力	被保険者証回収	資格者証発行																



周南市

介護保険〔要介護認定等（新規・更新）〕申請書

周南市長  
次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号		申請年月日	平成 年 月 日	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	住所	〒 電話番号			
	現在の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5	経過的要介護	要支援状態区分 1 2	
		有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
	※ 現在介護保険施設・医療機関等入所（院）中のかたはご記入下さい。				
施設名		入所（院）期間	年 月 日～ 年 月 日		
所在地					

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

提 出 代 行 者	名 称	該当に〇（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護養老型医療施設） 事業所の印 (担当介護支援専門員名： )
	住 所	〒 電話番号

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成するため必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、認定結果及び主治医意見書を、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人に提示することを同意します。

又、主治医意見書を記載した医師及び認定調査に従事した調査員に、認定結果を提示することに同意します。

本人署名 \_\_\_\_\_ 代理人署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

連絡先 氏名	続柄 ( ) ☎		
訪問調査時の立ち会い	・ 希望する ・ 希望しない	立会人が上記連絡先氏名と違う場合	氏名 続柄 ☎

※ 介護保険関係書類の送付先の変更がある方は裏面「介護保険送付先変更届」にご記入下さい

### 3) 特定高齢者の決定の手順

特定高齢者の決定方法が、平成 19 年 4 月から変更になりました

#### 1 情報の収集

---

まず、特定高齢者に関する情報の収集をします

次に掲げる方法等により特定高齢者に関する情報の収集に努めるものとする

- a. 要介護認定の担当部局との連携による把握
- b. 訪問活動を実施している保険部局との連携による把握
- c. 医療機関からの情報提供による把握
- d. 民生委員等からの情報提供による把握
- e. 地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携による把握
- f. 本人、家族等からの相談による把握
- g. 特定健康診査等の担当部局との連携による把握
- h. その他市町村が適当と認める方法による把握

平成 20 年からは、新しく始まる「特定健診 (40 才～74 才に実施)」等においても、特定高齢者に関する情報を収集します。

又、75 才以上を対象に、後期高齢者医療広域連合が行う「健康診査」や、各市町が独自に行う「基本チェックリストの実施」等においても、情報の収集が行われます。

#### 2 基本チェックリスト

---

1 に基づいて特定高齢者の候補者を選定します

1 により把握された高齢者については「基本チェックリスト」を用いて判定を行い、次のいずれかに該当する者を特定高齢者の候補者として選定する

- a. 1 から 20 までの項目のうち 10 項目以上に該当する者
- b. 6 から 10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当する者
- c. 11 及び 12 の 2 項目すべてに該当する者
- d. 13 から 15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当する者

-----  
特定高齢者の候補者に選定された者については、3 の生活機能評価の受診を勧奨するものとする

## ◆ 基本チェックリスト

		回 答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長            cm            体重            kg (BMI =            ) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

### 口腔機能関連の項目

13: かむこと  
(咀嚼機能)

14: のみこみ  
(嚥下機能)

15: きれいさ  
(口腔衛生)  
にかかわる項目

(注) BMI (＝体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m)) が 18.5 未満の場合に該当とする。

## 3 生活機能評価

### 2 で選ばれた候補者は、生活機能評価を受けます

◆により把握された特定高齢者の候補者に対し、問診、身体計測、理学的検査、血圧測定、循環器検査、貧血検査及び血液化学検査を実施する

#### (1) 生活機能チェック

- a. **問診**  
現状の症状、既往歴、家族歴、嗜好、生活機能に関する項目（基本チェックリスト）等を聴取する
- b. **身体計測**  
身長及び体重を測定し、BMIを算定する
- c. **理学的検査**  
視診（口腔内を含む）、打聴診、触診（関節を含む）を実施する
- d. **血圧測定**  
聴診法又は自動血圧計により、収縮期血圧及び拡張期血圧を測定する

#### (2) 生活機能検査

- a. **理学的検査**  
反復唾液嚥下テスト〔参照P50〕を実施する
- b. **循環器検査**  
安静時の標準12誘導心電図を記録する
- c. **貧血検査**  
血液中の赤血球、血色素量（ヘモグロビン値）及びヘマトクリット値を測定する
- d. **血液化学検査**  
血清アルブミン検査を実施する

※詳しくは各市町の担当窓口へお問い合わせ下さい

## 4 決定方法

### 以上の 2 3 の評価を踏まえて特定高齢者が決定されます

「特定高齢者の候補者」に選定された者について、生活機能評価の結果等を踏まえて、以下の1～6により特定高齢者を決定する

#### 1. 運動器の機能向上

基本チェックリスト6～10の5項目のうち3項目以上に該当する者

#### 2. 栄養改善

以下の①及び②に該当する者又は③に該当する者

- ①基本チェックリスト11に該当
- ②BMIが18.5未満
- ③血清アルブミン値が3.8 g/dl以下

#### 3. 口腔機能の向上

以下の①、②又は③のいずれかに該当する者

- ①基本チェックリスト13～15の3項目のうち2項目以上に該当
- ②視診により口腔内の衛生状態に問題を確認
- ③反復唾液嚥下テストが3回未満

#### 4. 閉じこもり予防・支援

基本チェックリスト16に該当する者（17にも該当する場合は特に要注意）

## 5.認知症予防・支援

基本チェックリスト 18～20のいずれかに該当する者

## 6.うつ予防・支援

基本チェックリスト 21～25で2項目以上該当する者

※なお、認知症及びうつについては、特定高齢者に該当しない場合においても、可能な限り精神保健福祉対策の健康相談等により、治療の必要性等についてアセスメントを実施し、適宜、受診勧奨や経過観察等を行うものとする

## ◆生活機能評価

項目	生活機能低下の 早期発見に資する項目	安全管理に 関する項目
<b>問診</b>		
自覚症状・既往歴 等	○（全般）	○（全般）
<u>生活機能に関する項目（基本チェックリスト参照）</u>	○（全般）	○（全般）
<b>身体計測</b>		
身長	○（栄養）	
体重	○（栄養）	
BMI	○（栄養）	
<b>理学的検査</b>		
<b>視診（<u>口腔内を含む。</u>）</b>	○（全般）	
打聴診	○（全般）	
触診（ <u>関節を含む。</u> ）	○（全般）	
<b>※反復唾液嚥下テスト（RSST）</b>	○（口腔）	
<b>血圧測定</b>		
血圧		○（運動器）
<b>循環器検査</b>		
※心電図検査		○（運動器）
<b>※貧血検査</b>		
赤血球		○（運動器）
ヘモグロビン値		○（運動器）
ヘマトクリット値		○（運動器）
<b>血液化学検査</b>		
<b>※血清アルブミン検査</b>	○（栄養）	

視診による歯垢・食物残渣、舌苔及び口臭（他覚臭）の診査

反復唾液嚥下テスト（RSST）  
30秒間で何回唾液を飲み込めるかを測定（P50参照）

下線部なしの項目は現行の老人保健事業の基本健康診査の項目を活用して実施する項目（但し、※印は医師が選択して実施する項目）

下線部付きは、新たに基本健康診査に追加して実施する項目

## ◆口腔機能関連の項目について

基本チェックリストでの口腔機能向上の関連項目では

- 1 3 半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか
- 1 4 お茶や汁物等でむせることがありますか
- 1 5 口の渴きが気になりますか

特定高齢者の候補者選びでは上記 3項目のうち2項目 が該当する者を選ぶ

生活機能評価項目では

口腔内の視診で歯や義歯の汚れ、舌苔の有無、口臭の有無等を診査する



口腔内の汚れ



舌苔の付着



義歯の汚れ

反復唾液嚥下テスト（RSST）は・・・P50 参照

30秒間に何回唾を飲み込めるかという測定  
触診で嚥下時の喉頭挙上を確認しながら、可能な空嚥下の回数<sup>カラ</sup>を診査する

30秒間に2回以下であると嚥下障害の疑い



人差し指を横においてゴクンの動きを確認します

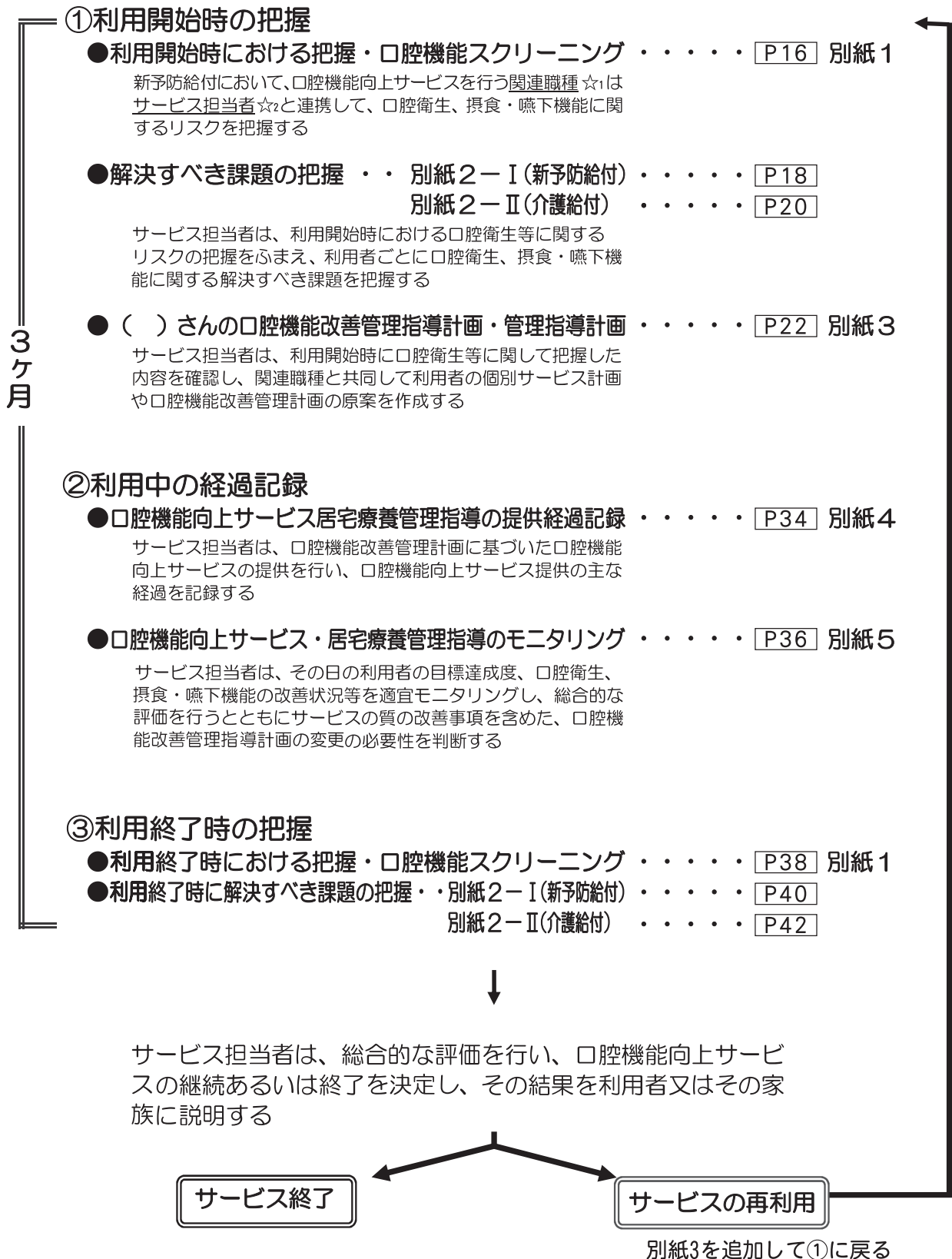
## 4 口腔機能の向上に関する介護報酬一覧表

地域支援事業	①一般高齢者	一般高齢者施策	口腔機能の向上にかかる委託料は市町によって異なります
	②特定高齢者	特定高齢者施策	

新予防給付	③要支援1・2	サービス名	単位数	実施担当者
		介護予防通所介護費		
		口腔機能向上加算	100 単位 / 1 ヶ月	歯科衛生士、看護職員 言語聴覚士等
		介護予防通所リハビリテーション費		
		口腔機能向上加算	100 単位 / 1 ヶ月	歯科衛生士、看護職員 言語聴覚士等
		介護予防居宅療養管理指導費（Ⅰ）	500 単位 / 回 （1 ヶ月に 2 回まで）	歯科医師（または医師）
		歯科衛生士等介護予防居宅療養管理指導費	350 単位 / 回 （1 ヶ月に 4 回まで）	歯科衛生士、看護職員 言語聴覚士等

介護給付	④要介護1～5	通所介護費		
		口腔機能向上加算	100 単位 （3 ヶ月以内の期間に限り 1 月に 2 回を限度として加算できる。ただし、3 ヶ月ごとの口腔機能の評価の結果、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定可）	歯科衛生士、看護職員 言語聴覚士等
		通所リハビリテーション費		
		口腔機能向上加算	100 単位 （3 ヶ月以内の期間に限り 1 月に 2 回を限度として加算できる。ただし、3 ヶ月ごとの口腔機能の評価の結果、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定可）	歯科衛生士、看護職員 言語聴覚士等
		居宅療養管理指導費（Ⅰ）	500 単位 / 回 （1 ヶ月に 2 回まで）	歯科医師（または医師）
		歯科衛生士等居宅療養管理指導費	350 単位 / 回 （1 ヶ月に 4 回まで）	歯科衛生士等

## 5 口腔機能の向上サービスに使用する書類の流れ(新予防給付・介護給付)



☆1関連職種 : 介護職員・生活相談員・機能訓練指導員等(介護予防通所介護事業所)  
 : 介護職員・理学療法士・作業療法士等(介護予防通所リハビリテーション事業所)  
 ☆2 サービス担当者: 歯科衛生士・言語聴覚士・看護職員等



## 6 口腔ケアプラン作成時の書類および記入例

<p>左ページ</p>  <p>様式書類</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>	<p>右ページ</p>  <p>記入例</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
--	---

( 該当ページP16～P23  
P34～P43 )

「口腔機能の向上マニュアル」(口腔機能の向上についての研究班H18.3)の様式に従い、左ページには様式書類、右ページには、その記入例を示しています。様式については定形のものではなく、あくまでも一例です。サービス事業所ごとに使いやすい様式を用いて結構です。

記入例の内容は、要支援2を想定しています。

別紙2-II は、要介護を想定しています。

特定高齢者の場合、各市町との話し合いにより、書類の省略が可能となる場合があります。

# 1) 利用開始時の把握

## (1) 利用開始時・終了時における把握・口腔機能スクリーニング

別紙1

記入者：

実施年月日： 年 月 日

氏名	(ふりがな)	男・女	要介護認定等				
	明・大・昭 年 月 日		<input type="checkbox"/> 非該当 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				

(主治医の意見書が入手できた場合は添付する)

		質問項目	評価項目		転記	事前	事後
基本チェックリスト	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい	2 いいえ			
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1 はい	2 いいえ			
	15	口の渇きが気になりますか	1 はい	2 いいえ			
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			

※「転記」の欄には、サービス等実施前の基本チェックリスト、生活機能評価の結果を転記する。

QOL	1	食事が楽しみですか	1 とても楽しみ 4 楽しくない	2 楽しみ 5 全く楽しくない	3 ふつう		
	2	食事をおいしく食べていますか	1 とてもおいしい 4 あまりおいしくない	2 おいしい 5 おいしくない	3 ふつう		
	3	しっかりと食事が摂れていますか	1 よく摂れている 4 あまり摂れていない	2 摂れている 5 摂れていない	3 ふつう		
	4	お口の健康状態はどうですか	1 よい 4 あまりよくない	2 まあよい	3 ふつう 5 よくない		
食事・衛生等	1	食事への意欲はありますか	1 ある	2 あまりない	3 ない		
	2	食事中や食後のむせ	1 ある	2 あまりない	3 ない		
	3	食事中の食べこぼし	1 こぼさない	2 多少はこぼす	3 多量にこぼす		
	4	食事中や食後のタン(痰)のからみ	1 ない	2 時々ある	3 いつもからむ		
	5	食事の量(残食量)	1 なし	2 少量(1/2未満)	3 多量(1/2以上)		
	6	口臭	1 ない	2 弱い	3 強い		
	7	舌、歯、入れ歯などの汚れ	1 ある	2 多少ある	3 ない		
その他	1	今回のサービスなどで好ましい変化が認められたもの	1 食欲 4 その他( )	2 会話	3 笑顔		
	2	生活意識の変化	1 前進( )	2 変化なし	3 後退( )		

### 実施のための利用者の情報

歯科診療の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 1週間に1~2回程度の治療(う蝕、歯周病、義歯作成などによる治療が中心) <input type="checkbox"/> 1~数ヶ月に1回程度のメンテナンス等(定期健診なども含む)
口腔機能にかかる 主治医・主治の歯科医師の連絡先	診療所・病院名： 電話番号：
特記事項・その他 (利用者に関する食事のペース、一口の量、手の運動機能、食事の姿勢、食具等の情報等)	

# 利用開始時における記入例

## 利用開始時・終了時における把握・口腔機能スクリーニング

別紙1

記入者： \_\_\_\_\_

実施年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名	(ふりがな) <b>○△×子</b>	男 ・ 女	要介護認定等	
	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日		<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2
			<input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

(主治医の意見書が入手できた場合は添付する)

		質問項目	評価項目		転記	事前	事後
基本 チェック リスト	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい	2 いいえ	1	1	
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1 はい	2 いいえ	1	1	
	15	口の渇きが気になりますか	1 はい	2 いいえ	1	1	
理学的 検査		視診による口腔内の衛生状態	1 良好	2 不良	2	/	/
		反復唾液嚥下テスト (RSST)	1 3回以上	2 3回未満	2	/	/

※「転記」の欄には、サービス等実施前の基本チェックリスト、生活機能評価の結果を転記する。

QOL	1	食事が楽しみですか	1 とても楽しみ 4 楽しくない	2 楽しみ 5 全く楽しくない	3 ぶつう	4	
	2	食事をおいしく食べていますか	1 とてもおいしい 4 あまりおいしくない	2 おいしい	3 ぶつう 5 おいしくない	4	
	3	しっかりと食事が摂れていますか	1 よく摂れている 4 あまり摂れていない	2 摂れている	3 ぶつう 5 摂れていない	4	
	4	お口の健康状態はどうか	1 よい 4 あまりよくない	2 まあよい	3 ぶつう 5 よくない	4	
食事・衛生等	1	食事への意欲はありますか	1 ある	2 あまりない	3 ない	2	
	2	食事中や食後のむせ	1 ある	2 あまりない	3 ない	1	
	3	食事中の食べこぼし	1 こぼさない	2 多少はこぼす	3 多量にこぼす	2	
	4	食事中や食後のタン(痰)のからみ	1 ない	2 時々ある	3 いつもからむ	2	
	5	食事の量(残食量)	1 なし	2 少量(1/2未満)	3 多量(1/2以上)	2	
	6	口臭	1 ない	2 弱い	3 強い	3	
	7	舌、歯、入れ歯などの汚れ	1 ある	2 多少ある	3 ない	1	
その他	1	今回のサービスなどで好ましい変化が認められたもの	1 食欲 4 その他( )	2 会話	3 笑顔	/	/
	2	生活意識の変化	1 前進 ( )	2 変化なし	3 後退 ( )	/	/

### 実施のための利用者の情報

歯科診療の状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 1週間に1~2回程度の治療(う蝕、歯周病、義歯作成などによる治療が中心) <input type="checkbox"/> 1~数ヶ月に1回程度のメンテナンス等(定期健診なども含む)
口腔機能にかかる 主治医・主治の歯科医師の連絡先	診療所・病院名： <b>〇〇歯科</b> 電話番号： _____
特記事項・その他 (利用者に関する食事のペース、一口の量、手の運動機能、食事の姿勢、食具等の情報等)	

## (2) 解決すべき課題の把握・口腔機能アセスメント

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

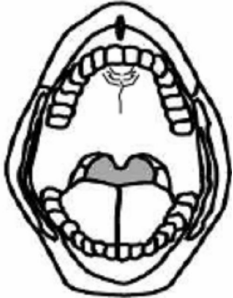
【I】

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	病名・障害名
	明・大・昭 _____年 _____月 _____日		
口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 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 4 やや不満	2 やや満足 5 不満	3 どちらでもない		

### 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	<input type="checkbox"/> 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		

# 利用開始時における記入例（新予防給付）

## 解決すべき課題の把握・口腔機能アセスメント

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

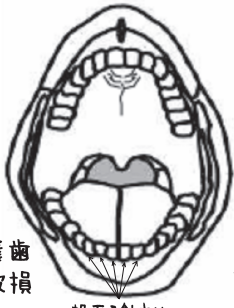
【I】

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	病名・障害名
	○△×子		
口の中の状態や訴えに関する利用者及び家族の希望		家族と同じ献立で食事が一緒に摂れるようになる	

	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		2	
	反復唾液嚥下テスト(RSST)	1 3回以上	2 3回未満		2	

衛生	1	食物残渣	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	2		
	2	舌苔	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	2		
	3	義歯あるいは歯の汚れ	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	2		
	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	2		
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(15) 2(25) 3( )	1( ) 2( ) 3( )	P50参照
	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(1.0) タ(1.1) カ(0.8)	パ( ) タ( ) カ( )	P51参照
	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	2		P52参照
その他	1	今回のサービス等の満足度	1 満足 4 やや不満	2 やや満足 5 不満	3 どちらでもない			

### 実施のための利用者の情報

義歯の状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 上顎 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 部分床義歯	口腔内状況 上顎→無歯顎 全顎床義歯にヒビ割れ 
清掃用具や食事環境の状況	歯ブラシを使用して1日1回朝だけ掃除している	
主治の歯科医師又は連携する歯科医師等からの指示	むし歯の治療と義歯の修理が必要である	
特記事項		
	部分床義歯 クラスプ破損 根面う蝕あり 3つ3のみ 残存	

# 解決すべき課題の把握・口腔機能アセスメント

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

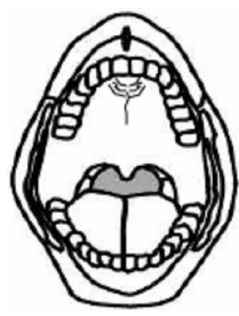
【Ⅱ】

氏名	(ふりがな)	男・女	病名・障害名
	明・大・昭 年 月 日		
口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 4 やや不満	2 やや満足 5 不満	3 どちらでもない		

## 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		

# 利用開始時における記入例（介護給付）

## 解決すべき課題の把握・口腔機能アセスメント

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】

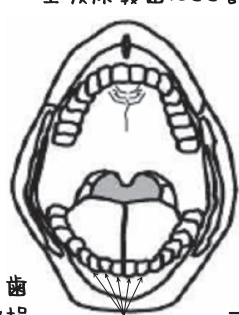
氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	病名・障害名	
	○△×子			
	明・大・昭	年	月	日

口の中の状態や訴えに関する利用者及び家族の希望 **むせて食事が中断しないで、できるようになる**

	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	<b>2</b>	
	反復唾液嚥下テスト(RSST)	1 3回以上                      2 3回未満	<b>2</b>	

衛生	1	食物残渣	1 なし・少量      2 中程度      3 多量	<b>3</b>	
	2	舌苔	1 なし・少量      2 中程度      3 多量	<b>3</b>	
	3	義歯あるいは歯の汚れ	1 なし・少量      2 中程度      3 多量	<b>3</b>	
	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	<b>2</b>	
	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	<b>3</b>	
	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	<b>2</b>	
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	<b>1(20)</b> <b>2(30)</b> <b>3( )</b>	1( ) 2( ) 3( ) <small>P50参照</small>
	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 <b>パ(0.7)</b> <b>タ(0.8)</b> <b>カ(0.6)</b>	パ( ) タ( ) <small>P51参照</small> 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	<b>3</b>	<small>P52参照</small>
その他	1	今回のサービス等の満足度	1 満足                      2 やや満足 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 checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 上顎 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 部分床義歯	口腔内状況 上顎→無歯顎 全顎床義歯にヒビ割れ  下顎 部分床義歯 クラスプ破損 根面う蝕あり      3本のみ残存
清掃用具や食事環境の状況	歯ブラシのみを使用して1日1回朝だけ掃除している	
主治の歯科医師又は連携する歯科医師等からの指示	むし歯の治療と義歯の修理が必要である	
特記事項		

言語聴覚士・歯科衛生士・看護職員

(3) ( )さんの口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画

別紙3

わたしのゴール

--

ゴールに向かう 身近な目標	目標達成のための具体的計画(頻度等も含む。)	実施期間 評価予定

実行や支援にあたって、注意することなど

--

利用者同意サイン		続柄	
----------	--	----	--

計画作成者： \_\_\_\_\_ 職種 (  言語聴覚士・ 歯科衛生士・ 看護職員 )  
初回作成日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
作成(変更)日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※①サービス担当者が実施する計画、②関連職員が実施する計画、③利用者又はその家族等が実施する計画とそれに係る具体的な指導、助言等の文書等を添付する。



## 口腔機能向上のための身近な目標 記入例

( OΔ ×子 ) さんの口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画

別紙 3

### わたしのゴール

家族と同じ献立で食事が一緒に摂れるようになる

記入例 (A)P25～P26

ゴールに向かう 身近な目標	目標達成のための具体的計画( 頻度等も含む。) <span style="color: pink; font-size: small;">記入例 (B)P26～P28</span>	実施期間 評価予定
食べこぼしがないようにする	お口の健康体操などの機能訓練を食前に行い準備をしておく( 毎日)	3ヶ月で 成果判定
飲み込みが楽に行えるようになる	ゴックン体操などで訓練する( 毎日)	"
口腔内を清潔に保つ	セルフケア：1日3回歯みがき、義歯の洗浄の習慣を付ける( 毎日) 基本的サービス：デイサービス等で口腔ケアプログラムを行う( 毎回) 専門的サービス：歯科衛生士が口腔ケアを指導する( 月1回)	"
食品の種類と調理方法の改善	管理栄養士と相談して食べやすい食品の選別等の食事指導を行う	"

### 実行や支援にあたって、注意することなど

無理をしてむせを生じないように注意深くトレーニングを進める。 記入例 (C)P28～P29  
 歯科医院への受診必要性あり。

利用者同意サイン	OΔ O子	続柄	娘
----------	-------	----	---

計画作成者： \_\_\_\_\_ 職種 (  言語聴覚士・ 歯科衛生士・ 看護職員 )  
 初回作成日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 作成( 変更 )日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※①サービス担当者が実施する計画、②関連職員が実施する計画、③利用者又はその家族等が実施する計画とそれに係る具体的な指導、助言等の文書等を添付する。

→ 参考 P30～P33

### (3)－① 個別サービス計画・口腔機能改善管理指導計画の作成時のポイント

サービス担当者は、事前アセスメントを行った後、「口腔機能の向上」のための個別サービス計画・口腔機能改善管理指導計画を作成する

#### ○個別サービス計画・口腔機能改善管理指導計画作成の手順と記入の要領

- ① まず、「こうありたい」姿、「こうしたい」生活などの本人の意向を把握する。その際、地域包括支援センターの介護予防ケアプランを参考にするとともに、摂食・嚥下機能や口腔清掃自立などの口腔機能を、生活機能のレベルでとらえ反映させる。
- ② ①の意向に照らし、利用者の口腔機能の低下の原因となっている疾患や障害について、その改善の可能性、悪化の危険性をアセスメントする。とくに、利用者や家族が、問題に対してどのように感じているか、ケアにどの様に反応しているかなど、本人のみならず家族や担当介護職や関係者からも情報収集する。また、意欲形成や習慣形成に影響する過去の習慣や認識あるいは利用者の価値観、人間関係や社会参加など、その他の要因も整理する必要がある。
- ③ 以上①、②をふまえ、利用者の口腔機能にかかわる「課題」の中から最も重要と思われる、利用者とも共有できる内容を1、2点に絞り「②の問題を解決して、①のようになりたい」という、利用者本人になじむ言葉でサービス計画上に明記し、利用者と家族の了解を得る。
- ④ 上記③の課題を解決するための目標と援助内容は、「援助したらどうなるのか」の具体的なイメージとして利用者や家族と共に設定する。つまり、援助によって具体的に「\*\*\*のような生活を送ることができるようになる」「〇〇することができるようになる」など、利用者を主語とした形で記述する。この全体としての長期目標の下に、決めた期間の中での段階的な短期目標や、種々の摂食・嚥下機能の面の目標や口腔衛生や清掃自立面など項目別の短期目標などを設定する。これら「〇〇することができるようになる」等の目標は本人にとっても努力目標となる。したがって、実現可能な範囲で設定する必要があり、援助するものとして、可能性など専門的な判断をふまえるとともに、悪化の危険性もどの程度あるかなど、生活の中でとらえておく必要がある。また、短期目標を送付するための援助内容、留意事項、担当者、頻度、期間等を定める必要がある。

個別サービス計画・口腔機能改善管理指導計画作成時には、他の市町村事業や種々の地域資源、市民活動などのインフォーマルサービスなども、目標達成に必要な援助内容を加味検討し、幅広く計画に盛り込む必要がある。

出典：口腔機能向上プログラムマニュアル（厚労省）

### (3) -② ( ) さんの口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画 記入例

(軽度のものから重度のものまで挙げてみました)

#### A. わたしのゴールの記入例

##### 食事

---

- ・自分で食事ができるようになる
- ・常食が食べられるようになる
- ・義歯を入れて食べられるようになる
- ・飲み込みの練習をして食物が飲み込めるようになる
- ・咳きこまずに缶コーヒーを飲み干せるようになる
- ・食事の姿勢に気をつけて、正しい姿勢で食べられるようになる
- ・食べこぼしなく食事ができるようになる
- ・口の中に食事が残らないようになる
- ・食事がおいしく食べられるようになる
- ・食事が楽しみになる
- ・食事の量が増える
- ・朝食の時間には食欲があるようになる
- ・家族や知人と一緒に食事ができるようになる
- ・冷たいビールの喉越しを楽しめるようになる
- ・飲み物を少しずつだが飲み込めるようになる
- ・コップから飲み物がとれるようになる
- ・体をおこして、食べられるようになる
- ・経口摂取ができるようになる
- ・食事の際、食物が口の中に上手に入れられるようになる
- ・辛い物や甘い物など、味を楽しむ食事ができるようになる
- ・できるだけいろいろな食品が食べられるようになる
- ・自分でスプーンやはしを使って食べられるようになる
- ・自分でコップを持てるようになる
- ・ほんの少しでも1日1回口からものを食べる
- ・ゼリーを食べられるようになる

##### 口腔ケア

---

- ・食後は洗面に行き歯みがきをする、食後は入れ歯を外して掃除する
- ・お口の中の清掃が自分でできるようになる
- ・入れ歯の清掃法を学び清潔な入れ歯で過ごせるようになる
- ・残っている歯を丁寧に清掃し、さわやかなお口で過ごせるようになる
- ・口臭を減らし、家族や友達と楽しく会話ができるようになる
- ・自分で口の中がきれいに清掃できるようになる
- ・入れ歯が洗えるようになる

## 訓練その他

---

- ・きちんと言葉を発音し、歯切れ良く話ができるようになる
- ・正常な発音ができるようになる
- ・口腔の廃用萎縮を防ぐ
- ・きちんと発音して会話が楽しめるようになる
- ・全身的な活動力を向上させる
- ・病気をしない強い体を作る
- ・吹き矢（ゲーム）で10点が取れるようになる
- ・口の中を治療してむし歯を治す、入れ歯を作る
- ・大声を出して笑えるようになる
- ・会話中、よだれを出さずに話す
- ・もう一度、好きなトランペットが吹けるようになる
- ・経鼻管チューブを外せるようになる

## B. 目標達成のための具体的計画の記入例

### 食事

---

- ・発音練習をして食べ物を上手に飲み込めるようになる
- ・リラクゼーション、ストレッチング、食べる前の準備体操を習慣にする
- ・食事の性状の調節に気をつける
- ・口唇及び頬の筋力のトレーニングをして口腔内に食物をスムーズに取り込めるようになる
- ・食事を摂取する際の姿勢に気をつけて毎食後にチェックしていく
- ・毎食後、舌が機能的に働いている事を確認すると同時に、舌の筋力を増すトレーニングをして送り込みがスムーズになるようにする
- ・栄養士による食事指導を受ける
- ・スプーン、コップの取手を握りやすい物にする
- ・食事前に奥舌に冷刺激をする（アイスマッサージをする）
- ・柔らかい物から、徐々に硬い物へと、しっかり食べて飲み込む食事へと移行させる
- ・少量、頻回の食事、1度に45分以上かかる場合は1度中断し、休憩する
- ・飲み込みの後、少量の水を与えてさらに飲み込む
- ・毎食時、発音練習することで摂食に関する筋肉を活性化させる
- ・決まった介助者が決まった時間に飲み込みを確認して次の食塊を口に持っていく
- ・本人が自分でくわえ、捕食するまで口前で待つ

## 口腔ケア

---

- ・ 毎食後義歯を口から外し口腔内の清掃と共に義歯を清掃する習慣をつける
- ・ 歯ブラシまたは舌専用ブラシを用いて舌苔を取るようになる
- ・ 残存歯を本人に良く確認させ清掃道具を指定し毎食後ていねいに清掃する習慣づけを行う
- ・ 歯科衛生士による専門的口腔ケアの実施（月1回）
- ・ 入れ歯専用ブラシを備えつける（または固定する）
- ・ 本人自身が器質的口腔ケア（ブラッシング）を習得する
- ・ 介助者が器質的口腔ケア（ブラッシング）を習得する
- ・ 歯科医院でブラッシングについて学習する（方法、タイミング）
- ・ やわらかい歯ブラシで清掃を行う
- ・ 看護職員が、毎食後に歯磨きの補助を行う
- ・ 介護サービス業者による機能的口腔ケアの実施（毎回）をする

## 訓練その他

---

- ・ 大きく息を吸ってしっかり息を止めて食物を飲み込み、勢いよく息を吐く
- ・ ブローイングの訓練（口をとがらせて吹く、ストローを吹く）
- ・ 随意的な咳（随時咳）をさせる
- ・ 複数回嚥下、一回について何度も嚥下するように指導し咽頭残留の除去に気をつける
- ・ 「むせ」や「食べこぼし」を少なくする為に舌の体操を行う
- ・ 唾液腺のマッサージを食前に行う
- ・ むせのメカニズムと、食品の注意点、飲み込む時の正しい姿勢を教える
- ・ 「パ」「タ」「カ」「ラ」等 飲み込みに関連した口の動きをする言葉の発音練習をする
- ・ 嚥下を意識した呼吸訓練を取り入れる
- ・ 口腔機能体操を行う
- ・ 口腔機能を具体的に説明し、特に食べる楽しみについての重要性を理解できるようレクチャーする
- ・ 口腔周囲筋を強化する
- ・ かかりつけ歯科医への受診を促し、口腔清掃指導を依頼しその指導が習慣化するための支援をする
- ・ 歯科医院を受診する
- ・ 本人の社会的活動を向上させる（閉じこもり防止）
- ・ イスに座る時の姿勢を正しくする（高さ・深さ・背もたれ）
- ・ 好きな曲のテープを用意して歌える環境をつくる
- ・ サロンでカラオケを大きな声で歌う
- ・ 食事の前に“お口の体操”をすることで口腔周囲筋をマッサージし、咀嚼筋の活性化を図る
- ・ ゲーム、歌、音読などを取り入れる（具体的に〇〇ゲームをするなど）
- ・ 体位の調節を工夫する（座位、リクライニング位、半側臥位など）

- ・のどのアイスマッサージ、口蓋、咽頭の嚥下反射誘発部位を冷水で浸した綿棒で刺激し、空嚥下させる
- ・誤嚥性肺炎に気をつけながら訓練を行う
- ・〇〇が□□時に訪問して△△分間、口腔清掃を行う
- ・〇〇が□□時に訪問して△△分間 体を動かす

## C. 実行や支援にあたって注意することの記入例

### 食事

---

- ・食事中の姿勢に注意する
- ・1回嚥下の後は必ず空嚥下をする
- ・1回嚥下の後、水1ccを口に入れ空嚥下する
- ・刻み食は食べにくいのでトロミ食を採用する
- ・食味を楽しめるよう、味を3種以上分けてつくる、温度の違う食べ物を用意する
- ・液体と固形物の混ざった物を出さない
- ・食事に集中できるよう周囲の環境を整える
- ・食物は刺激物の少ない軟らかく、消化しやすい物にする
- ・一口食べた後に少し水を飲ませ嚥下する習慣をつける
- ・食事の際、足がしっかりと床についていることや、肘から先が安定してテーブルにのせられていることを確認する
- ・食後2時間は座位またはリクライニング位を保つようにする

### 口腔ケア

---

- ・口腔清掃では家族や介護職員による介助が必要
- ・家族が口腔清掃などを研修する機会が必要である
- ・完璧な清掃を目指すのではなく、ある程度本人が清掃できるようにし、余り多くの用具を使用しない
- ・歯肉出血の状況を確認する
- ・歯肉が腫れているところは強く磨かないように気をつける
- ・過度のブラッシングによる口腔粘膜の傷や出血に注意する
- ・残存歯が少数なく、歯ブラシがあまりうまく当たっていない場所があるので注意する
- ・舌苔を取り除く、使われている歯ブラシで困難な場合は専用ブラシを用いてもらう
- ・麻痺側を上にしてやや側臥位で行うようにする
- ・歯ブラシを握る力が弱いので柄の太い物にかえるかビニールテープを巻くなど工夫する
- ・ブラシを口に入れる前に声かけをし、口唇をさわることで準備をする

## 訓練その他

---

- ・ 規則的な食事や歯みがきなど、生活にリズムを作る
- ・ 麻痺側を上、健側を下にして傾いた姿勢で嚥下する
- ・ 舌のストレッチ訓練をする、本人ができない場合は介護者がガーゼ等で行う
- ・ 誤嚥は朝食の一口目が多いのでよく食前体操をする習慣をつけさせる
- ・ 義歯にはとがった部分（金具等）があるので清掃時に破損やけがをしないように注意する
- ・ 筋力トレーニングに無理がないか確認する
- ・ 歯科医師との連携をとり、リハビリ内容を計画する
- ・ 歯科衛生士の器質的口腔ケア指導が必要である
- ・ 栄養士による食事指導が必要である
- ・ 全身状態の管理と本人の実行能力を把握する
- ・ 全身疾患とそれから由来する口腔内症状の関連性を把握する
- ・ 本人の精神状態の管理に注意する
- ・ 機能低下の原因と悪化リスクについて説明する
- ・ 家族への説明と理解協力をお願いする
- ・ 疲れないように時間、回数を制限する
- ・ 運動介助は無理の無いようにゆっくりと行う
- ・ 意識レベルの確認をする（覚醒しているか確認する）
- ・ 30度の仰臥位頸部前屈位をとる
- ・ 構音訓練中の流涎防止のため、氷を包んだタオルで顎下部から肩にかけてマッサージする
- ・ 介護度が高いので、リハビリ中は常に介助者に付き添ってもらおう
- ・ 生活機能（居宅、ベッド、介助者、家族、人間関係）について配慮する

#### (4) 具体的な指導、助言等の添付文書

##### ① サービス担当者が実施する計画 (P31 参照)

〈専門的サービス〉

担当：歯科衛生士 1ヶ月1～2回

- 〈計画〉・口腔内診査を行い問題点を列挙して分析する  
※必要があれば歯科医院への受診を勧める  
・口腔清掃用具の選別と使用しやすい工夫を行う  
・清掃状況の観察を行い具体的な手法を指導する

担当：言語聴覚士 1ヶ月1～2回

- 〈計画〉・食事の状況を観察して嚥下機能の状況を把握し、問題点を分析する

担当：看護職員 1ヶ月1～2回

- 〈計画〉・管理栄養士と連携して、計画・食事形態、味付け、摂食方法、体位などの対処方法を立案する

##### ② 関連職種が実施する計画 (P32 参照)

〈基本的サービス〉

担当：デイサービス等の介護職員 通所日に毎回

- 〈計画〉・器質的口腔ケア ・口腔清掃の自立支援（手用ブラシ・電動ブラシ・舌ブラシ・歯間ブラシ・フロス 等）  
・機能的口腔ケア ・集団で口腔機能体操を実施する  
・ゲーム集を用い楽しみながら機能訓練をする等

##### ③ 利用者又は家族等が実施する計画 (P33 参照)

〈セルフケア〉

担当：家族 毎日

- 〈計画〉・食後の口腔清掃を忘れないように声かけをする  
・本人が清掃した後のチェックをする  
・みがき残しがある場合は介助みがきをする

担当：本人 毎日

- 〈計画〉・自分で口の中がきれいに清掃できるよう努力する  
・入れ歯が洗えるようになる



## (4)-① サービス担当者が実施する計画例

### 口腔機能向上の為のサービス計画・個別計画書

		利用者・家族	管理者	作成者	
確認欄					
作成日	年 月 日	説明確認日 年 月 日			
利用者氏名	○△ ×子		住所		
生年月日	年 月 日( 歳)	要介護	支1 <del>支2</del>	1 2 3 4 5	
利用者及び家族の意向	家族と同じ献立で一緒に食事が摂れるようになる				
総合的な援助方針	1. 肉体的な活動性の低下に対しては、運動器の機能向上教室などに行き機能訓練を行う 2. 精神的な閉じこもり傾向に対しては、外出の機会を増やしたり市のボランティアセンターに相談する				
口腔機能に関わる解決すべき課題	1. 義歯を含めた口腔内の清掃状態が良くない 2. むし歯や義歯の破損がある				
口腔機能の向上の目標	1. 歯科医院を受診して治療をしてもらう 2. 口腔の手入れ方法を学ぶ 3. 口の中の活動性を向上させる				
基本的な留意点	全身状態のチェックとプログラムのペース配分を考える				
具体的な援助内容	1. 歯科衛生士による相談と指導 2. 言語聴覚士による嚥下機能 3. 管理栄養士による献立指導 <div style="text-align: right; color: red;">※サービス担当者</div>				
短期目標	援助内容	留意事項	担当	頻度	期間
口腔内をきれいにする	口腔内診査 清掃方法の指導	清掃器具の選別と使いやすさ 清掃状況の判定と具体的な手法を指導する	歯科衛生士	1~2月	3ヶ月
食べ残しをなくす	嚥下機能の状態を観察して問題点を分析する 食べやすい食物形態を指導する	食事の状況を観察する 食物の形状・味付け・体位など	言語聴覚士 管理栄養士	1~2月 1~2月	3ヶ月 3ヶ月
備考					

## (4)-② 関連職種が実施する計画例

### 口腔機能向上の為のサービス計画・個別計画書

		利用者・家族	管理者	作成者	
確認欄					
作成日	年 月 日	説明確認日	年 月 日		
利用者氏名	○△ × 子	住所			
生年月日	年 月 日( 歳)	要介護	支1	支2 1 2 3 4 5	
利用者及び家族の意向	家族と同じ献立で一緒に食事が摂れるようになる				
総合的な援助方針	1. 肉体的な活動性の低下に対しては運動器の機能向上教室などに行き機能訓練を行う 2. 精神的な閉じこもり傾向に対しては外出の機会を増やしたり市のボランティアセンターに相談する				
口腔機能に関わる解決すべき課題	1. 義歯を含めた口腔内の清掃状態が良くない 2. むし歯や義歯の破損がある				
口腔機能の向上の目標	1. 歯科医院を受診して治療をしてもらう 2. 口腔の手入れ方法を学ぶ 3. 口の中の活動性を向上させる				
基本的な留意点	全身状態のチェックとプログラムのペース配分を考える				
具体的な援助内容	デイサービスで健口体操と口腔内の清掃指導を行う <div style="text-align: right;">※関連職種</div>				
短期目標	援助内容	留意事項	担当	頻度	期間
(機能的口腔ケア) 口腔内の活動性を向上させる	健口体操	集団で楽しく行う	介護職員	毎回	3ヶ月
	歯みがきの声かけ	歯みがきをすることを習慣づけをする	〃	〃	〃
(器質的口腔ケア) 口腔内をキレイに保つ	歯みがき中の見守り	目標のところに歯ブラシが当たっているか監視する	〃	〃	〃
	終了後の汚れのチェック	食物残渣や汚れが残っていないかチェックする	〃	〃	〃
	義歯清掃の見守り	義歯が自分で清掃できるように指導する	〃	〃	〃
備考					

### (4)-③ 利用者または家族等が実施する計画例

#### 口腔機能向上の為のサービス計画・個別計画書

		利用者・家族	管理者	作成者	
確認欄					
作成日	年 月 日	説明確認日 年 月 日			
利用者氏名	○△ ×子	住所			
生年月日	年 月 日( 歳)	要介護	支1 <del>支2</del>	1 2 3 4 5	
利用者及び家族の意向	家族と同じ献立で一緒に食事が摂れるようになる				
総合的な援助方針	1. 肉体的な活動性の低下に対しては運動器の機能向上教室などに行き機能訓練を行う 2. 精神的な閉じこもり傾向に対しては外出の機会を増やしたり市のボランティアセンターに相談する				
口腔機能に関わる解決すべき課題	1. 義歯を含めた口腔内の清掃状態が良くない 2. むし歯や義歯の破損がある				
口腔機能の向上の目標	1. 歯科医院を受診して治療をしてもらう 2. 口腔の手入れ方法を学ぶ 3. 口の中の活動性を向上させる				
基本的な留意点	全身状態のチェックとプログラムのペース配分を考える				
具体的な援助内容	家族の見守りで口腔内と義歯の洗浄を行う <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">※利用者または家族</span>				
短期目標	援助内容	留意事項	担当	頻度	期間
口の中をきれいに保つ	歯みがきの声かけをする	習慣付けをする	家族	毎日	3ヶ月
義歯をきれいにみがく	歯ブラシによる口腔内の清掃 義歯ブラシによる入れ歯の清掃	見守りを行う 自分で清掃できるように指導する	同上	毎日	3ヶ月
備考					

## 2) 利用中の経過記録

### (1) 口腔機能向上サービス・居宅療養管理指導の提供経過記録 (実地指導に係る記録)

別紙 4

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	
訪問先			

実施日	月 日	月 日	月 日	月 日
開始・終了時刻	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
指導の要点				
解決すべき課題の改善等に関する要点				
口腔清掃方法変更の必要性				
関連職種のカアの状況				
担当者の署名				

※居宅療養管理指導においては、訪問先、訪問日、指導の開始及び終了時刻、歯科医師からの指示等、歯科医師の訪問診療に同行した場合には当該歯科医師の診療開始及び終了時刻等についても記録する。

## 口腔機能向上サービスの経過記録 記入例

### 口腔機能向上サービス・居宅療養管理指導の提供経過記録（実地指導に係る記録）

別紙 4

氏名	(ふりがな) ○△ × 子	男・女	
訪問先			

実施日	第1週 月 日	第8週 月 日	第12週 月 日	月 日
開始・終了時刻	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
指導の要点	清掃方法の指導と管理方法の説明 セルフケア（1日3回歯みがき） デイサービス（毎回） 専門的サービス（月1～2回）	口腔清掃状況のチェックとみがき残しの部分への対処法を指導 機能訓練の指導	3ヶ月の上達度の報告と今後の改善点の示唆 口腔ケアの継続的な必要性の解説	
解決すべき課題の改善等に関する要点	清掃器具の購入準備 デイサービスへの申し込み（下記）	少しずつ自立できるように努力する 口腔ケアの習慣づけを定着させる	介助者なしでも実施できるよう意識を高める	
口腔清掃方法変更の必要性	歯の清掃は歯ブラシと歯間ブラシの指導をする 義歯は義歯用ブラシと洗浄剤の指導 舌は舌ブラシを使って汚れを取る	セルフケアは歯みがき時間を延長する デイサービスでもできるだけ自分で歯みがきと義歯をみがく	歯ブラシ・歯間ブラシインタースペースブラシ等を上手に使いこなせるようになる 口腔内と義歯の汚れを確認しながら自分で磨く	
関連職種等のケアの状況	介護職員への教育指導（実施方法を徹底指導する）	・機能的口腔ケア 集団で健口体操をする ・器質的口腔ケア 見守りと汚れのチェック、仕上げみがきを行っている	健口体操メニューが全部こなせるようになった 概ね一人で口腔内と義歯の清掃ができるようになった	
医療機関との連携	歯科医院受診の予約を取る	歯科医院での治療を継続する	歯科医院でのメンテナンスを依頼する	
食事指導	管理栄養士による献立指導	食事形態の変化（刻み食→常食へ移行）	食事形態の変化（常食の定着）	
担当者の署名				3・6・10週については記入例省略

※居宅療養管理指導においては、訪問先、訪問日、指導の開始及び終了時刻、歯科医師からの指示等、歯科医師の訪問診療に同行した場合には当該歯科医師の診療開始及び終了時刻等についても記録する。

(2) 口腔機能向上サービス・居宅療養管理指導のモニタリング

別紙5

氏名	(ふりがな)	男・女	

	質問項目	評価項目	サービス提供前		週・月日		週・月日		週・月日		週・月日		
			月日		月日		月日		月日		月日		
			評価	問診チェック	評価	問診チェック	評価	問診チェック	評価	問診チェック	評価	問診チェック	
関連職種によるモニタリング	食事・衛生等	1 食事への意欲はありますか	1 ある 2 あまりない 3 ない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		2 食事中や食後のむせ	1 ある 2 あまりない 3 ない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3 食事中の食べこぼし	1 こぼさない 2 多少はこぼす 3 多量にこぼす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4 食事中や食後のタン(痰)のからみ	1 ない 2 時々ある 3 いつもからむ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5 食事の量	1 なし 2 少量 3 多量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		6 口臭	1 ない 2 弱い 3 強い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7 舌、歯、入れ歯などの汚れ	1 ある 2 あまりない 3 ない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	衛生	1 入れ歯あるいは歯の汚れ	1 なし 2 少しある 3 ある			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2 食べかすの残留	1 なし 2 少しある 3 ある			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3 舌の汚れ	1 なし 2 少しある 3 ある			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4 ロヤ入れ歯の清掃への声かけ	1 必要がない 2 必要あり 3 不可			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1 食物残渣	1 なし・少量 2 中程度 3 多量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2 舌苔	1 なし・少量 2 中程度 3 多量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
機能	3 義歯あるいは歯の汚れ	1 なし・少量 2 中程度 3 多量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4 口腔衛生習慣	1 必要がない 2 必要あり 3 不可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5 口腔清掃の自立状況	1 必要がない 2 一部必要 3 必要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6 ここ1ヶ月の発熱回数	( )回/月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1 反復唾液嚥下テストの積算時間	1回目( )秒 2回目( )秒 3回目( )秒	1( )秒 2( )秒 3( )秒	<input type="checkbox"/>	1( )秒 2( )秒 3( )秒	<input type="checkbox"/>	1( )秒 2( )秒 3( )秒	<input type="checkbox"/>	1( )秒 2( )秒 3( )秒	<input type="checkbox"/>	1( )秒 2( )秒 3( )秒	<input type="checkbox"/>	
	2 オーラルディアドコネシス	パ( )回/秒 タ( )回/秒 カ( )回/秒	パ( )回 タ( )回 カ( )回	<input type="checkbox"/>	パ( )回 タ( )回 カ( )回	<input type="checkbox"/>	パ( )回 タ( )回 カ( )回	<input type="checkbox"/>	パ( )回 タ( )回 カ( )回	<input type="checkbox"/>	パ( )回 タ( )回 カ( )回	<input type="checkbox"/>	
	3 頬の膨らまし	1 左右十分可能 2 やや十分 3 不十分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
評価													
計画の変更の必要性			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
総合評価													

# 口腔機能向上の目標達成度・総合評価 記入例

## 口腔機能向上サービス・居宅療養管理指導のモニタリング

別紙 5

氏名	(ふりがな)	男・女
	○△ × 子	

関連職種によるモニタリング	質問項目	評価項目	サービス提供前		1週・月日		4週・月日		8週・月日		12週・月日	
			○月△日		月 日		月 日		月 日		月 日	
			評価	目標チェック	評価	目標チェック	評価	目標チェック	評価	目標チェック	評価	目標チェック
食事・衛生等	1 食事への意欲はありますか	1 ある 2 あまりない 3 ない	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	2 食事中や食後のむせ	1 ある 2 あまりない 3 ない	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	3 食事中の食べこぼし	1 こぼさない 2 多少はこぼす 3 多量にこぼす	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	4 食事中や食後のタン(痰)のからみ	1 ない 2 時々ある 3 いつもからむ	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	5 食事の量	1 なし 2 少量 3 多量	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	6 口臭	1 ない 2 弱い 3 強い	3	<input checked="" type="checkbox"/>	3	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	7 舌、歯、入れ歯などの汚れ	1 ある 2 あまりない 3 ない	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
衛生	1 入れ歯あるいは歯の汚れ	1 なし 2 少しある 3 ある			3	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	2 食べかすの残留	1 なし 2 少しある 3 ある			3	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	3 舌の汚れ	1 なし 2 少しある 3 ある			3	<input checked="" type="checkbox"/>	3	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	4 ロヤ入れ歯の清掃への声かけ	1 必要がない 2 必要あり 3 不可			2	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
機能	1 食物残渣	1 なし・少量 2 中程度 3 多量	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	2 舌苔	1 なし・少量 2 中程度 3 多量	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	3 義歯あるいは歯の汚れ	1 なし・少量 2 中程度 3 多量	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	4 口腔衛生習慣	1 必要がない 2 必要あり 3 不可	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	5 口腔清掃の自立状況	1 必要がない 2 一部必要 3 必要	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	6 ここ1ヶ月の発熱回数	( )回/月	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
機能	1 反復唾液嚥下テストの積算時間	1回目( )秒 2回目( )秒 3回目( )秒	1(15)秒 2(25)秒 3( )秒	<input checked="" type="checkbox"/>	1( )秒 2( )秒 3( )秒	<input checked="" type="checkbox"/>	1( )秒 2( )秒 3( )秒	<input type="checkbox"/>	1(10)秒 2(20)秒 3(30)秒	<input type="checkbox"/>	1(10)秒 2(20)秒 3(30)秒	<input type="checkbox"/>
	2 オーラルディアドコネシス	パ( )回/秒 タ( )回/秒 カ( )回/秒	パ(10)回 タ(11)回 カ(08)回	<input type="checkbox"/>	パ( )回 タ( )回 カ( )回	<input type="checkbox"/>	パ( )回 タ( )回 カ( )回	<input type="checkbox"/>	パ(13)回 タ(15)回 カ(10)回	<input type="checkbox"/>	パ(18)回 タ(20)回 カ(13)回	<input type="checkbox"/>
	3 頬の膨らまし	1 左右十分可能 2 やや十分 3 不十分	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
評価												
計画の変更の必要性			<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
総合評価	計画通り実践できて、サービス提供前の状況も改善向上して良い結果が得られている											

言語聴覚士・歯科衛生士・看護職員・介護職員

### 3) 利用終了時の把握

#### (1) 利用開始時・終了時における把握・口腔機能スクリーニング

別紙 1

記入者： \_\_\_\_\_  
 実施年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名	(ふりがな)	男・女	要介護認定等				
	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日		<input type="checkbox"/> 非該当	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

(主治医の意見書が入ってきた場合は添付する)

		質問項目	評価項目		転記	事前	事後
基本チェックリスト	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい	2 いいえ			
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1 はい	2 いいえ			
	15	口の渇きが気になりますか	1 はい	2 いいえ			
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 (RSS T)	1 3回以上	2 3回未満			

※「転記」の欄には、サービス等実施前の基本チェックリスト、生活機能評価の結果を転記する。

QOL	1	食事が楽しみですか	1 とても楽しみ 4 楽しくない	2 楽しみ 5 全く楽しくない	3 ふう		
	2	食事をおいしく食べていますか	1 とてもおいしい 4 あまりおいしくない	2 おいしい 5 おいしくない	3 ふう		
	3	しっかりと食事が摂れていますか	1 よく摂れている 4 あまり摂れていない	2 摂れている 5 摂れていない	3 ふう		
	4	お口の健康状態はどうですか	1 よい 4 あまりよくない	2 まあよい	3 ふう 5 よくない		
食事・衛生等	1	食事への意欲はありますか	1 ある	2 あまりない	3 ない		
	2	食事中や食後のむせ	1 ある	2 あまりない	3 ない		
	3	食事中の食べこぼし	1 こぼさない	2 多少はこぼす	3 多量にこぼす		
	4	食事中や食後のタン(痰)のからみ	1 ない	2 時々ある	3 いつもからむ		
	5	食事の量(残食量)	1 なし	2 少量(1/2未満)	3 多量(1/2以上)		
	6	口臭	1 ない	2 弱い	3 強い		
	7	舌、歯、入れ歯などの汚れ	1 ある	2 多少ある	3 ない		
その他	1	今回のサービスなどで好ましい変化が認められたもの	1 食欲 4 その他( )	2 会話	3 笑顔		
	2	生活意識の変化	1 前進( )	2 変化なし	3 後退( )		

#### 実施のための利用者の情報

歯科診療の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 1週間に1~2回程度の治療(う蝕、歯周病、義歯作成などによる治療が中心) <input type="checkbox"/> 1~数ヶ月に1回程度のメンテナンス等(定期健診なども含む)
口腔機能にかかる 主治医・主治の歯科医師の連絡先	診療所・病院名： 電話番号：
特記事項・その他 (利用者に関する食事のペース、一口の量、手の運動機能、食事の姿勢、食具等の情報等)	



# 利用終了時における記入例

## 利用開始時・終了時における把握・口腔機能スクリーニング

別紙 1

記入者： \_\_\_\_\_  
 実施年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名	(ふりがな) ○△ × 子	男 ・ 女	要介護認定等
	明・大・昭          年          月          日		<input type="checkbox"/> 非該当 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

(主治医の意見書が入手できた場合は添付する)

		質問項目	評価項目	転記	事前	事後
基本チェックリスト	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい          2 いいえ		1	2
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1 はい          2 いいえ		1	2
	15	口の渇きが気になりますか	1 はい          2 いいえ		1	2
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		/	/

※「転記」の欄には、サービス等実施前の基本チェックリスト、生活機能評価の結果を転記する。

QOL	1	食事が楽しみですか	1 とても楽しみ      2 楽しみ      3 ぶつう 4 楽しくない      5 全く楽しくない		4	2
	2	食事をおいしく食べていますか	1 とてもおいしい      2 おいしい      3 ぶつう 4 あまりおいしくない      5 おいしくない		4	2
	3	しっかりと食事が摂れていますか	1 よく摂れている      2 摂れている      3 ぶつう 4 あまり摂れていない      5 摂れていない		4	2
	4	お口の健康状態はどうか	1 よい          2 まあよい      3 ぶつう 4 あまりよくない      5 よくない		4	2
食事・衛生等	1	食事への意欲はありますか	1 ある          2 あまりない      3 ない		2	1
	2	食事中や食後のむせ	1 ある          2 あまりない      3 ない		1	3
	3	食事中の食べこぼし	1 こぼさない      2 多少はこぼす      3 多量にこぼす		2	1
	4	食事中や食後のタン(痰)のからみ	1 ない          2 時々ある      3 いつもからむ		2	1
	5	食事の量(残食量)	1 なし          2 少量(1/2未満)      3 多量(1/2以上)		2	1
	6	口臭	1 ない          2 弱い          3 強い		3	1
	7	舌、歯、入れ歯などの汚れ	1 ある          2 多少ある      3 ない		1	3
その他	1	今回のサービスなどで好ましい変化が認められたもの	1 食欲          2 会話          3 笑顔 4 その他( )		/	1,2,3,4
	2	生活意識の変化	1 前進          2 変化なし      3 後退 ( )		/	1

### 実施のための利用者の情報

歯科診療の状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 1週間に1~2回程度の治療(う蝕、歯周病、義歯作成などによる治療が中心) <input checked="" type="checkbox"/> 1~数ヶ月に1回程度のメンテナンス等(定期健診なども含む)
口腔機能にかかる主治医・主治の歯科医師の連絡先	診療所・病院名： ○○歯科 電話番号： _____
特記事項・その他 (利用者に関する食事のペース、一口の量、手の運動機能、食事の姿勢、食具等の情報等)	

## (2) 解決すべき課題の把握・口腔機能アセスメント

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

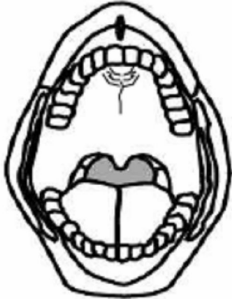
【I】

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	病名・障害名
	明・大・昭 年 月 日		
口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 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 4 やや不満	2 やや満足 5 不満	3 どちらでもない	

### 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		

# 利用終了時における記入例（新予防給付）

## 解決すべき課題の把握・口腔機能アセスメント

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
	○△ ×子		
明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日		(女)	
口の中の状態や訴えに関する利用者及び家族の希望		家族と同じ献立で楽しく食事が一緒に摂れるようになる	

	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		2	1
	反復唾液嚥下テスト(RSST)	1 3回以上	2 3回未満		2	1

衛生	1	食物残渣	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	2	1
	2	舌苔	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	2	1
	3	義歯あるいは歯の汚れ	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	2	1
	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	2	1
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(15) 2(25) 3( )	1(10) 2(20) 3(30)
	2	オーラルディアドコネシス	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(1.0) タ(1.1) カ(0.8)	パ(1.8) タ(2.0) カ(1.3)
	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	2	1
その他	1	今回のサービス等の満足度	1 満足 4 やや不満	2 やや満足 5 不満	3 どちらでもない		1

### 実施のための利用者の情報

義歯の状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 上顎 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 部分床義歯	口腔内状況 上顎→全部床義歯新製  下顎 部分床義歯修理 根面う蝕の治療済み
清掃用具や食事環境の状況	口腔内は、歯ブラシ、歯間ブラシ、舌ブラシを使用して1日3回食後に掃除している 同時に義歯も義歯ブラシと洗剤で掃除している	
主治の歯科医師又は連携する歯科医師等からの指示	3ヶ月に1度メンテナンスと術者みがきが必要である	
特記事項		

# 解決すべき課題の把握・口腔機能アセスメント

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

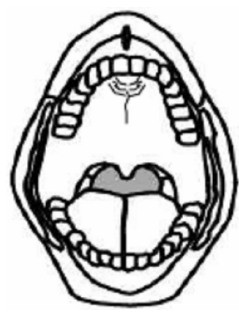
【II】

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	病名・障害名
	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
口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 4 やや不満	2 やや満足 5 不満	3 どちらでもない		

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		

# 終了時における記入例（介護給付）

## 解決すべき課題の把握・口腔機能アセスメント

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

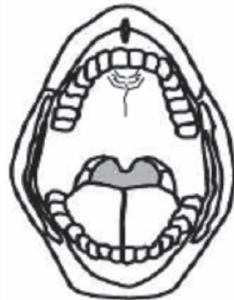
【II】

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	病名・障害名
	○△ ×子		
明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日		(女)	
口の中の状態や訴えに関する利用者及び家族の希望		むせて食事が「中斷しないで」できるようになる	

	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		2	1
	反復唾液嚥下テスト(RSST)	1 3回以上	2 3回未満		2	1

衛生	1	食物残渣	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	3	1
	2	舌苔	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	3	1
	3	義歯あるいは歯の汚れ	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	3	1
	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	2	1
	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	3	1
	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		2	0
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(20) 2(30) 3( )	1(10) 2(20) 3(30)
	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(0.7) タ(0.8) カ(0.6)	パ(1.8) タ(2.0) カ(1.3)
	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	3	1
その他	1	今回のサービス等の満足度	1 満足 4 やや不満	2 やや満足 5 不満	3 どちらでもない		1

### 実施のための利用者の情報

義歯の状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 上顎 <input checked="" type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯 <input type="checkbox"/> 下顎 <input checked="" type="checkbox"/> 全部床義歯 <input checked="" type="checkbox"/> 部分床義歯	口腔内状況 上顎→全部床義歯新製  下顎 部分床義歯 修理 根面う蝕の治療済み
清掃用具や食事環境の状況	口腔内は、歯ブラシ、歯間ブラシ、舌ブラシを使用して1日3回食後に掃除している 同時に義歯も義歯用ブラシと洗剤で掃除している	
主治の歯科医師又は連携する歯科医師等からの指示	3ヶ月に1度メンテナンスと術着みがきが必要である	
特記事項		



## 1) サービス内容

	居宅にて	通所介護施設・通所リハビリテーション施設にて	
	セルフケア	基本的サービス	専門的サービス
いつ	毎日	週2回通所日に毎回	1ヶ月に1～2回
期間		3ヶ月	3ヶ月
どこで	居宅	通所介護施設 通所リハ施設	通所介護施設 通所リハ施設
誰が	利用者と周囲のかた	関連職種 介護職員・生活相談員 機能訓練指導員 理学療法士・作業療法士 等	サービス担当者 歯科衛生士・言語聴覚士 看護職員等
何を	セルフケア 日常的清掃 摂食・嚥下訓練の実行	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 口腔清掃の実施 <ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔清掃の自立支援</li> <li>・日常的な口腔清掃の介助</li> </ul> </li> <li>2. 日常的にできる口腔機能向上のための訓練の実施</li> <li>3. セルフケアプログラム、関連職種によるプログラムの実施</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 口腔機能の向上の教育 <ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔清掃の必要性について</li> <li>・摂食・嚥下機能の維持、増進の重要性について</li> <li>・味覚障害の予防法について</li> <li>・口腔乾燥の予防法について</li> <li>・気道感染予防について</li> <li>・低栄養予防について</li> </ul> </li> <li>2. 口腔清掃の指導 <ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔、義歯清掃法の習得</li> <li>・歯ブラシ、舌ブラシ等の使用方法について</li> <li>・口腔粘膜清掃法について</li> <li>・洗口剤、義歯洗浄剤、歯垢染色液、清掃器具（歯間ブラシ・電動ブラシ等）の使用法について</li> </ul> </li> <li>3. 口腔清掃の実際 <ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔清掃自立支援</li> <li>・日常的な口腔清掃の介助</li> </ul> </li> <li>4. 摂食・嚥下機能に関するリハビリテーションの指導・実施 <ul style="list-style-type: none"> <li>・咀嚼筋、口腔周囲筋、咽頭筋、摂食・嚥下器官等の運動等の訓練の指導・実施</li> <li>・日常的にできる口腔機能の向上のための訓練の指導・実施</li> </ul> </li> <li>5. セルフプログラムの策定 <ul style="list-style-type: none"> <li>・個々の特性を踏まえた日常的に行う居宅や施設でのプログラムの策定</li> <li>・プログラムの本人や関連職種への指導と管理</li> </ul> </li> </ol>

## 2) 口腔機能の向上のためのサービススケジュール例

サービス提供方法		居宅		通所介護 通所リハ	
		基本的サービス			専門的 サービス
		セルフケア プログラム			
		毎日	毎回	月1~2回	
第1週	火				
	水	○			
	木	○			
	金	○	○		第1回目事前 アセスメント
	土	○			
	日	○			
	月	○			
第2週	火	○	○		基本的サービス
	水	○			
	木	○			
	金	○	○		
	土	○			
	日	○			
	月	○			
第3週	火	○	○		
	水	○			第2回目
	木	○			
	金	○	○		
	土	○			
	日	○			
	月	○			
第4週	火	○	○		
	水	○			
	木	○			
	金	○	○		
	土	○			
	日	○			
	月	○			
第5週	火	○	○		
	水	○			
	木	○			
	金	○	○		
	土	○			
	日	○			第3回目
	月	○			
第6週	火	○	○		
	水	○			
	木	○			
	金	○	○		
	土	○			
	日	○			
	月	○			
第7週	火	○	○		
	水	○			
	木	○			
	金	○	○		
	土	○			
	日	○			
	月	○			

サービス提供方法		居宅		通所介護 通所リハ	
		基本的サービス			専門的 サービス
		セルフケア プログラム			
		毎日	毎回	月1~2回	
第8週	火	○	○		
	水	○			
	木	○			第4回目
	金	○	○		
	土	○			
	日	○			
	月	○			
第9週	火	○	○		
	水	○			
	木	○			
	金	○	○		
	土	○			
	日	○			
	月	○			
第10週	火	○	○		
	水	○			第5回目
	木	○			
	金	○	○		
	土	○			
	日	○			
	月	○			
第11週	火	○	○		
	水	○			
	木	○			
	金	○	○		
	土	○			
	日	○			
	月	○			
第12週	火	○	○		
	水	○			
	木	○			
	金	○	○		第6回目事後 アセスメント
	土	○			
	日	○			
	月	○			



### 3) 1 回毎のタイムスケジュール例

時間	専門的サービス					基本的サービス
	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	
10:30	アセスメント準備 サービス説明 (対象者・家族)	準備	準備	準備	アセスメント準備 サービス説明 (対象者・家族)	準備  口腔清掃の実施 ・ 日常的口腔清掃 (セルフケアの介助)  食べる前の準備体操 <b>食事観察・指導</b> 食べた後の口腔清掃 (セルフケアプログラムの確認)  片付け・撤収
11:00	事前アセスメント確認 アセスメント [QOL・衛生・機能] <b>別紙1・別紙2-1・II</b>	個別サービスの計画の同意 指導内容 前回の復習 気道感染について 口腔内・歯菌の清掃方法	指導内容 前回の復習 表情筋・咀嚼筋につ いて 舌の機能と役割につ いて	指導内容 前回の復習 咀嚼機能と嚥下機能 の関係 唾液の働きについて	指導内容 前回の復習 口腔機能の廃用性症 候群について	
12:00	プログラム全体の説明 当日サービスの説明 口腔内観察 食べる前の準備体操 <b>食事観察・指導</b>	指導内容 前回の復習 食べる前の準備体操 <b>食事観察・指導</b>	指導内容 前回の準備体操 <b>食事観察・指導</b>	指導内容 前回の準備体操 <b>食事観察・指導</b>	指導内容 前回の準備体操 <b>食事観察・指導</b>	
13:00	食べた後の口腔清掃 口腔内清掃指導 食後の口腔清掃の観察・確認 (セルフプログラムの指導)	食べた後の口腔清掃 口腔内清掃指導 集団指導	食べた後の口腔清掃 口腔内清掃指導 個別指導	食べた後の口腔清掃 口腔内清掃指導 自立度のチェック 個別指導	食べた後の口腔清掃 口腔内清掃指導 自立目標 習慣化	
13:20	片付け・撤収 アセスメント終了後 アセスメント票の整理集計 個別サービスの計画立案 <b>別紙3</b>	片付け・撤収	片付け・撤収	片付け・撤収	片付け・撤収	
					後日 対象者への報告書提出 地域包括支援センターへの報告	

別紙 4

モニタリング 別紙5

## 4) 食べる前の準備体操（健口体操、食前体操、ゴックン体操）など

### ポイント

- ◆ 全身から局所そして嚥下へと、徐々に直接食事に関連する機能に向かったの流れを作る
- ◆ 利用者が機能向上の訓練に楽しく実践できモチベーションを高めるような内容が望まれる
- ◆ 適確な媒体や教材の使用が、利用者の理解を助け、習慣形成の刺激となる
- ◆ 食事中は個々の利用者の口腔機能をアセスメントする絶好の機会である

### 実施内容

#### 1. 深呼吸（腹式呼吸と口すぼめ呼吸）

おなかに手をあてておき、おなかが膨らむようにしながら（腹式呼吸）、鼻から息を吸い込む 吐くときは、口をすぼめて（口すぼめ呼吸）ゆっくりと吐き、おなかがへこむようにする ゆっくり、数回繰り返す

#### 2. 全身のストレッチ（ゆったり座って行う）

- ① 足の体操…膝を曲げたまま、左右交互に上に上げる等
- ② 腰の体操…上半身を左右交互にひねる
- ③ 首の体操…深呼吸を繰り返しながら左右に傾ける（8回）
- ④ 肩の体操…首をすぼめる様にして、肩を上げてから、ストンと力を抜く
- ⑤ 背筋を伸ばす体操…両腕を上にあげて、背筋を伸ばし、左右に倒す

#### 3. 手指の体操（グーパー体操等）

- ① 両腕を肩の高さで真っすぐ前に突き出し手のひらは下に向け、指をいっぱいに広げてジャンケンのパーの形をつくる
- ② 手のひらは下に向けたまま、今度は、指を曲げてジャンケンのグーの形を作る
- ③ パーとグーをできるだけ早く繰り返す、つまり、手の握り開きを行う

#### 4. 顔の体操（顔じゃんけん）

胸の前で手も顔に合わせて同じように「じゃんけん」

- ① 「グーの口」目をしっかり閉じ口元をギュッと結ぶ
- ② 「チョキの顔」目をパッチリ、口はタコ（チュウー）
- ③ 「パーの顔」眉をぐっと上げ、目を大きく開いて、口をア～ン

#### 5. 舌の体操（音楽に合わせて）

舌を出したり引っ込めたりする、前を出し左右に動かす、口の周囲を舐めるようにグルーと回すことを繰り返す

#### 6. 発声訓練（同音連続発声、異音組合せ発声）

「パ・パ・パ・パ」、「ラ・ラ・ラ・ラ」…「パ・タ・カ・ラ」を1分間連続大きく発声する

#### 7. 唾液腺マッサージ

- ① 耳下腺へのマッサージ 人差し指から小指までの4本の指を頬に当て、上の奥歯のあたりを、後ろから前に向かってまわす
- ② 顎下腺へのマッサージ 親指を顎の骨の内側の柔らかい部分に当て、耳の下から顎の下まで8か所くらい順番に押す
- ③ 舌下腺へのマッサージ 両手の親指を揃えて、顎の真下から舌を突き上げるように、ゆっくりグーッと押す

#### 8. 嚥下体操

呼吸を整え、唾液をゴックン（続けて2回）

#### 9. 深呼吸

最後にもう一度、腹式呼吸と口すぼめ呼吸で深呼吸を行う

## 5) 食べた後の口腔清掃

### ポイント

- ◆ 食後の食卓に“ついたて”を設けるなど、小集団の場での身体清潔として、個々の参加者の自尊心に配慮した環境づくりが重要となる
- ◆ 口腔清掃自立度の低下に着目して、的確な媒体や教材を使用して食事から保健指導の場への雰囲気を変え、習慣性や巧緻性を楽しく維持向上できるような内容が望まれる
- ◆ 小集団での実践状況を観察することで、個々の利用者の清掃自立上の支援課題を把握して、個別アプローチを実施することができる

### 準備品

- ◆ 歯ブラシ・コップ・タオル・ティッシュ・手鏡・ついたて・ガーグルベイスン

### 実施内容

1. お茶飲みとブクブクうがい  
頬の右、左、右、左と動かす方向の声かけ
2. 鏡を見ながら口腔内の汚れの自己チェック（義歯をはずして）  
位置を知らせながら確認する声かけ（歯間部・歯頸部・頬と歯茎の間・舌の上下・口腔前庭等）
3. 舌の清掃  
鏡で観察しながら、舌ブラシ等を使用して、舌の奥歯から前方へ拭く
4. 歯みがき体操（歯みがき動作・自己点検の支援等）  
奥歯から順番にみがく場所の声かけをし、みがき残し部分の無い事を自己認識させる  
無歯顎者も歯肉や頬粘膜、舌に歯ブラシを当て、マッサージするように声かけ
5. 自分流歯みがき
6. 義歯の清掃  
義歯洗浄剤

### 個別アプローチ（主に歯科衛生士や看護職員等が担当）

1. 口腔清掃アセスメント、口腔観察  
グループ間を回りながら、集団アプローチの実施状況や口腔清掃自立度（うがい・義歯着脱・口腔清掃状況）等を観察し確認する
2. ワンポイントアドバイスと実施指導  
口腔観察、全身状況や口腔清掃自立度に基づいた歯みがき方法や清掃器具の選択等について
3. 口腔アセスメント票への追加記載

〈片付け→スタッフミーティング→記録・報告〉

## 8 機能評価とそれに対応するリハビリメニュー(P19,21,41,43参照)

### 1) 反復唾液嚥下テスト (RSST)

嚥下機能をみるスクリーニング方法です。30秒間に何回唾液を飲み込めるかを測定します。

積算時間を測定する場合は、検査を開始してから、何秒後に1回目の嚥下が生じたか、2回目・3回目というように時間を記録していきます。嚥下回数だけでは僅かな機能改善を促えることができませんが、積算時間測定ではそれが可能となります。

(積算時間は最大1分間まで測定します)

嚥下の惹起性を見る検査方法のため、認知障害など指示の入らない方に不適當ですが、指示の入る方には安全で感受性の高い検査です。

テストの方法(事前に口腔ケアをして、嚥下を数回させてから計測に入る)

①頸部をやや前屈させた姿勢をとる(座位)

②喉頭隆起および舌骨相当部に指腹をあて、唾液を連続して嚥下(空嚥下)を指示する

③指腹により嚥下の回数をカウントする

→喉頭隆起と舌骨は嚥下運動に伴って指腹を乗り越え、上前方に移動し、また元の位置に戻る

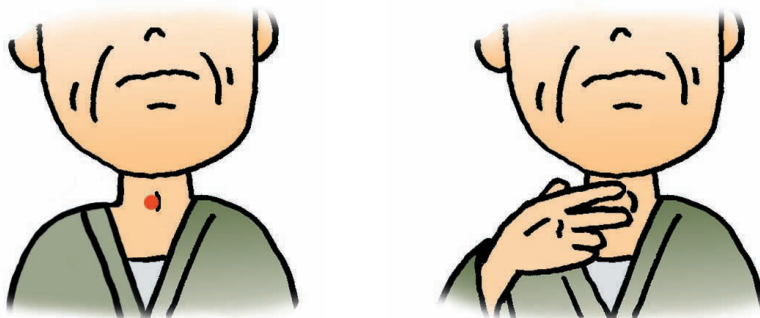
④30秒間に触診が出来た嚥下回数を観察値とする

.....

口渇により唾液がでない場合には、1cc程度の水を口腔底または舌背に滴下してもかまいません。頸部聴診を用いて嚥下回数を測定すると微弱な嚥下運動を正確に捉えることができます。肥満傾向の方は、触診では判断できないこともあります。

評価は、30秒間に3回以上で“良好”、2回以下で“不良”(健常者7~8回)

(不完全な喉頭挙上は回数に入れない)



日本歯科医師会のHPで介護予防ビデオ  
「介護予防における口腔機能向上サービス～RSSTとオーラルディアドコキネシス～」をご参考下さい。  
<http://www.jda.or.jp/>

喉頭隆起と舌骨相当部分に指腹を当て、唾液(空)嚥下運動を繰り返させる

#### ●嚥下訓練の方法として

アイスマッサージ(寒冷刺激法).....軟口蓋、奥舌、舌根部のアイスマッサージをする寒冷刺激のあと、すぐ「ゴクン」させるとよい

嚥下体操、空嚥下訓練、うなずき嚥下

横向き嚥下.....健側を下方にしてゴクン(逆もありうる)

交互嚥下.....ゼリーなどと交互に嚥下

● 喉頭挙上訓練の方法として

(食道入口部の開大、喉頭閉鎖機能の改善とリハビリテーション)

メンデルゾーン手技(喉頭挙上訓練)..... 喉頭を人為的に持ち上げる  
 喉頭が最大挙上した位置でしばらく止める

ファルセット訓練(裏声訓練)

シャキア訓練

(Shaker's exercise)(頭部挙上訓練)

嚥下パターン訓練(息止め嚥下)..... 息を吸って、止めて、唾液や空気を  
 (息こらえ嚥下) 嚥下してすぐに咳をする

咳嗽訓練..... 深呼吸後、息をこらえてすばやく呼気を出す

2) オーラルディアドコネシス

発音を用いて、舌、口唇、軟口蓋などの運動の速度や巧緻性の評価を行う方法です。「パ」「タ」「カ」などの決まった音を繰り返し、なるべく早く発音させ、その数やリズムの良さを評価します。その数を10秒間測定して、1秒間に換算して記録します。

行う際には必ず息継ぎをしても良いことを伝えます。

「パ」は口唇の動きを、「タ」は舌の前方の動きを、「カ」は舌の後方の動きを評価します。

舌や口唇・軟口蓋の動きが悪くなると、食塊の送り込みが悪くなります。それらに対応する訓練法として、構音訓練や呼吸訓練があります。

● 構音訓練の方法として(口腔諸器管を円滑化するリハビリテーション)

舌の運動訓練..... スプーンなどで舌を押し舌背を挙上させる訓練  
 舌尖挙上訓練、舌出し訓練

舌の他動訓練..... 舌を強引に引き出す、又持ち上げるなど

嚥下体操..... 舌体操

頬粘膜や口唇のマッサージ..... 電動ブラシなどを応用して刺激する

咀嚼訓練、かみしめ訓練..... ガーゼやするめなどを咬ませる運動

口唇、頬の運動訓練..... 「ウー」「イー」などの発声

口腔ケア ..... 清掃することも訓練になる

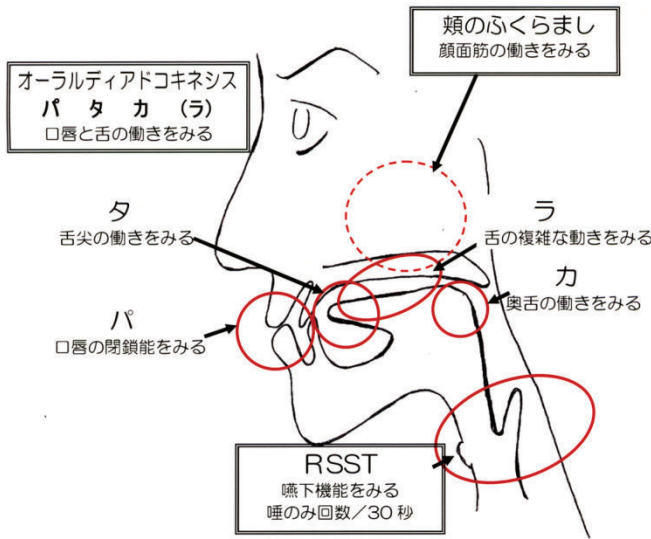
(回)

	標準	特定高齢者
パ	6.5	4.5
タ	6.5	4.5
カ	6.2	4.2

●呼吸訓練の方法として(喀痰の喀出、鼻咽腔閉鎖不全の改善リハビリテーション)

- 嚔下パターン訓練(息止め嚔下)..... 息を吸って、止めて、唾液や空気を嚔下し  
(息こらえ嚔下) すぐ咳をする
- ブローイング訓練(口すぼめ呼吸)..... 鼻から吸って、口をすぼめて「フー」と吐く
- プッシング訓練..... 「エイッ」と声を出しながら机、壁などを強く押す
- 腹式(深)呼吸訓練、胸郭可動訓練
- ハフティング..... ゆっくり「フツ、フツ、フツ」
- ファルセット訓練..... 声をはりあげ裏声で大きく歌う
- 咳嗽訓練..... 深呼吸後、息をこらえてすばやく呼吸を出す

呼吸訓練の一例  
 1, 深呼吸  
 2, ブローイング  
 ストロー吹き  
 3, 頬ふくらまし  
 4, 咳払い



構音器官のテスト

パ=「ファ」に聞こえる…口唇の閉鎖不全

タ=「ア」に聞こえる …舌尖の挙上不十分

「ナ」に聞こえる …軟口蓋の挙上不全

カ=「ア」に聞こえる …奥舌の挙上不十分

パンダのたからもの

「パ」が「ファ」に聞こえる…口唇の閉鎖不全

「バ」が「マ」に聞こえる …軟口蓋の挙上不全

「ダ」が「ア」に聞こえる …舌尖の挙上不十分

「ダ」が「ナ」に聞こえる …軟口蓋の挙上不全

「ノ」が「オ」に聞こえる …舌尖の挙上不十分

「カ」が「ア」に聞こえる …奥舌の挙上不十分

「ラ」が「ア」に聞こえる …舌尖の挙上不十分

「モ」が「オ」に聞こえる …口唇の閉鎖不全

3) **頬膨らまし** (空ぶくぶくうがい)……口唇閉鎖訓練、鼻咽腔閉鎖訓練(顔面筋の機能訓練)

頬膨らましは、口唇を閉鎖して舌の後方を持ち上げ、軟口蓋を下方に保ち(舌口蓋閉鎖)、口腔を咽頭と遮断することで行われます。頬膨らましが不十分な場合は、口唇の閉鎖機能が低下しているのか、軟口蓋や舌後方の動きが悪いかによります。

● 鼻咽腔閉鎖訓練の方法として

ブローイング訓練(頬ふくらまし訓練)

咳嗽訓練(咳をする訓練)

プッシング訓練(声門閉鎖の強化)

ストロー吹き

口すぼめ吹き



①頬をふくらます



②頬をへこませます

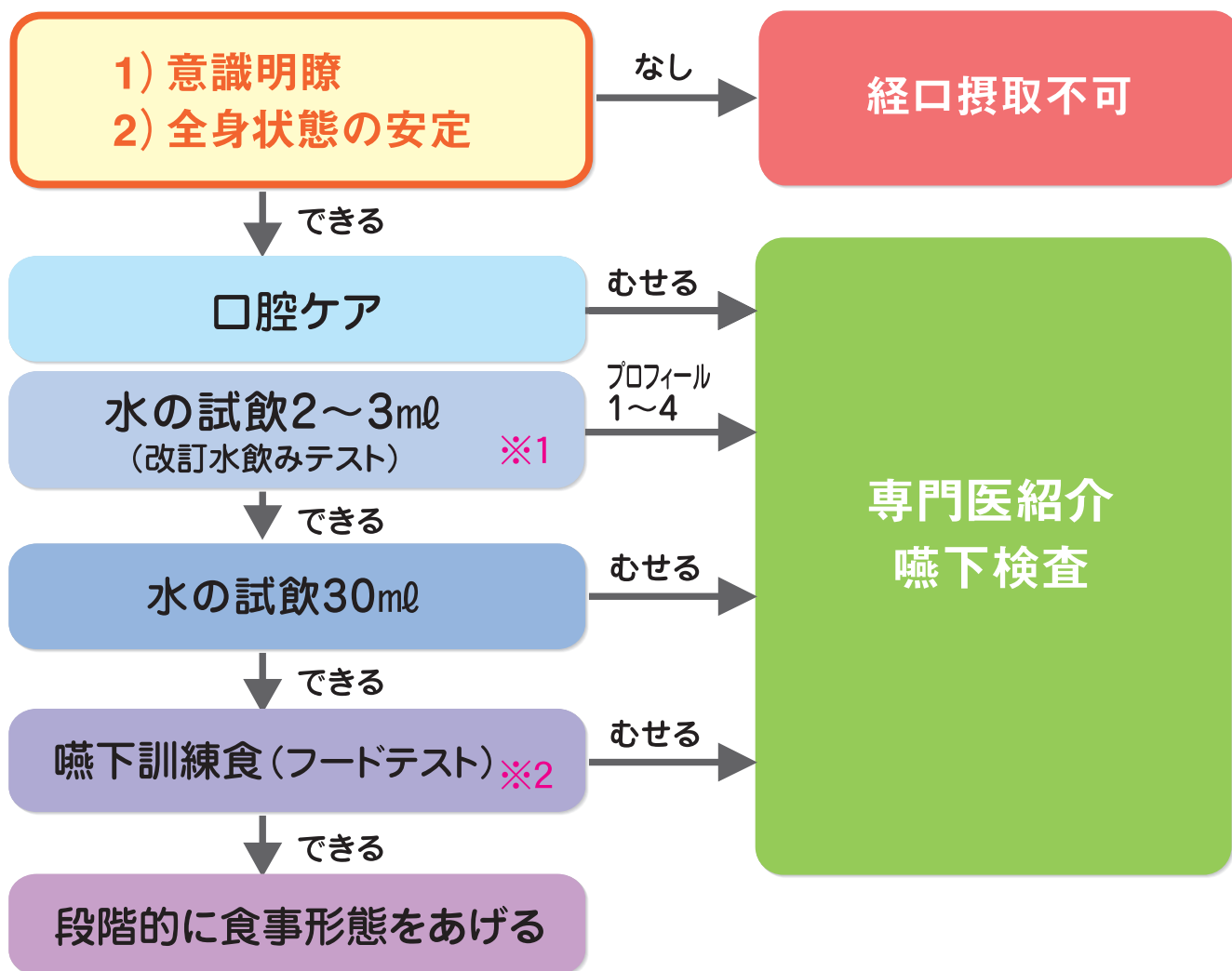
● 顔面筋の機能訓練の方法として

電動ブラシによる頬粘膜や顔面筋の刺激

## 要介護度の高い方への 経口摂取の開始、嚥下障害スクリーニングについて

(医師、歯科医師との相談のもと行うこと)

### 経口摂取開始の基準の確認



**注意** むせがなくても、誤嚥している場合がある。水を飲む前後で呼吸音に変化がないか確認すること。

発声できる場合は、発声させ湿性嚙声がないか確認する。  
しっせい させい※3

※1

#### 改訂水飲みテスト (冷水3cc) プロフィール

- 1 嚥下なし
- 2 嚥下あり(むせないが、呼吸変化あり)
- 3 嚥下あり(むせるか湿性嚙声あり)
- 4 嚥下あり、上記所見なし、追加嚥下2回不能
- 5 嚥下あり、追加嚥下2回が30秒以内に可能

※2

#### フードテスト (市販プリン4g) プロフィール

- 1 嚥下なし
- 2 嚥下あり(むせないが、呼吸変化あり)
- 3 嚥下あり(むせるか湿性嚙声あり)
- 4 嚥下あり、上記所見なし、追加嚥下2回不能
- 5 嚥下あり、追加嚥下2回が30秒以内に可能

※3 湿性嚙声…湿ったガラガラ声。咽頭部の残留やむせがみられない誤嚥を疑います



## 9 お口のお手入れをしましょう(要支援要介護の方に限らず)

### 口腔内の掃除

◆自分で清掃ができて歯が残っている方

#### ●歯ブラシを使って

口腔ケアの基本は「歯みがき」です

口腔内の状態にあわせて1本1本ていねいにみがきましょう

口腔ケアの際は、必ず義歯を外しましょう

みがき残しがないように  
順番にみがきましょう



奥歯は歯ブラシでかき  
出すように



歯の側面は直角に当てて  
なるべく細かく

敏感な前歯をさけて奥歯から  
みがきはじめましょう

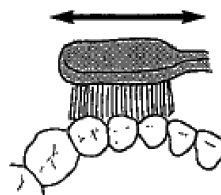


前歯の裏側は歯ブラシ  
をたてに使う



舌、頬粘膜や残根歯周辺の清  
掃にも適しています

注意  
大きく動かさない！  
力を入れすぎない！



◆自分でできるが通常の歯ブラシの把持が困難な方



他にも持ちやすく改良され  
たものや、歯ブラシのグリッ  
プが握りやすくなっている  
ものもあります

● 歯ブラシの動作に問題がある方は電動歯ブラシをお勧めします



自動的に一定の動きをするので、ふつうの歯ブラシではうまくみがけない人などは、電動歯ブラシのほうが効果的なことがあります。使用する人の状態にあったものを選ぶことが大切です。できれば歯科医師や歯科衛生士の指導を受けてから使用するのがよいでしょう。

◆ 介護が必要な方

自分で歯みがきができない方も歯ブラシでみがいてあげましょう。

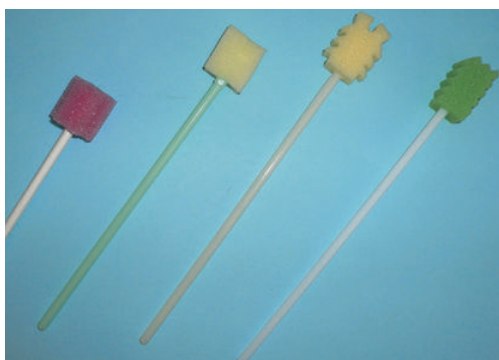


歯周病等による炎症、口腔内感覚の過敏、少ない開口量などにより、一般の歯ブラシの適用が難しい方のための介助用歯ブラシ

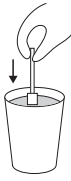
● スポンジブラシを使ったの口腔ケア

粘膜(頬粘膜、歯肉、口蓋粘膜)に付着した食べかすなどの除去を行います  
粘膜を傷つける危険性が低いという長所があります

順番を決めて行うようにすると取り残しなく  
口の中全体効率良く清掃できます



口腔ケア用のディスプレイ  
ブルスポンジブラシです



スポンジは乾燥したまま使用すると粘膜に傷が付くことがありますので  
使用前には必ず水に浸してから使用してください  
水分が多すぎると誤嚥を起こしやすいので絞ってから使用してください



口腔内の奥から手前にスポンジを回転させながら、汚れをぬぐい取ります  
スポンジに付着した汚れはペーパータオル等で拭き取ります



拭き取った後は、コップ等に入れたうがい液(水)で洗い落としながら使用  
します

## ●うがいをしましょう

うがいができない場合は吸い口や注射筒の水流や水圧を利用して、洗口しましょう



顔を横に向け、下側の頬  
に水がたまるような角度  
を保つ



顎が上がると誤嚥し  
やすいので注意

## ●口腔内のうがい(洗口液)

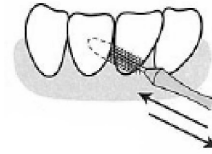


高齢になると口のかわきを自覚する人が多くなります  
唾液腺の萎縮や薬の副作用などの原因があげられます  
こまめに水分を補給したり、うがいの回数を増やしましょう  
また、用途に応じて洗口液・人工唾液などを使いましょう

低刺激の洗口液(左)  
口腔乾燥時のうるおいスプレー(右)

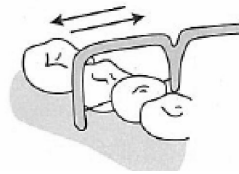
◆補助用具

●歯間ブラシ



歯と歯の間に歯間ブラシを入れてみがきます  
無理に押し込まないように注意しましょう

●デンタルフロス



歯間ブラシが入らない歯と歯  
の間の清掃に使用します  
歯肉を傷つけないように前後  
左右に動かしながら使用します

●舌ブラシ



舌苔は細菌の温床となっているばかりではな  
く口臭の原因物質も舌苔から発生するといわ  
れています

介助者が清掃する場合は舌尖部をガーゼで把  
持し無理に引き出しすぎないようにし、やさし  
く奥から手前に掻き出すように行います

## ◆ 義歯を入れている方:義歯の清掃

食事が終わったら義歯をはずして、口腔内と義歯の両方をきれいにしましょう

### ● 介助者が義歯を着脱する場合の注意点

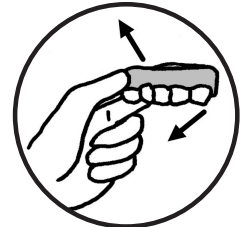
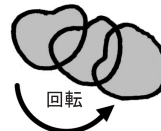
#### ① 総入れ歯の場合



口を大きく開けすぎないにして、指で口唇を横に広げます

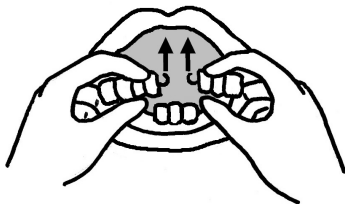


回転させながらはずします



前歯の部分を上少し押し上げあごと入れ歯の間に空気を入れるようにしてはずします

#### ② 部分入れ歯の場合



はずし方  
バネに指をかけてはずしましょう

入れ方  
バネをかける歯の位置に合わせて指で最後まで入れましょう。(無理にかんで入れないで下さい)

### ● 義歯の手入れのポイント

- ① 流水で流しながら、専用ブラシ等を使用して洗います
- ② 部分入れ歯は、バネの部分を小さなブラシを使ってきれいにします

義歯用ブラシ



万一落としてもこわれないように、水をはった洗面器の上で洗いましょう

#### ○ 保管方法

入れ歯は乾燥させると変型したり、われやすくなるので寝る時や使用しない時には、水を入れた容器に保管しましょう

#### ○ 洗浄剤

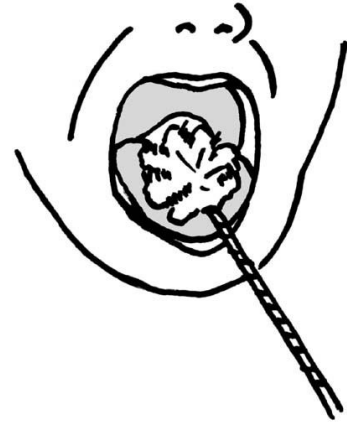
入れ歯は食べカスだけでなく細菌も付着しています。洗浄剤の使用も効果的です



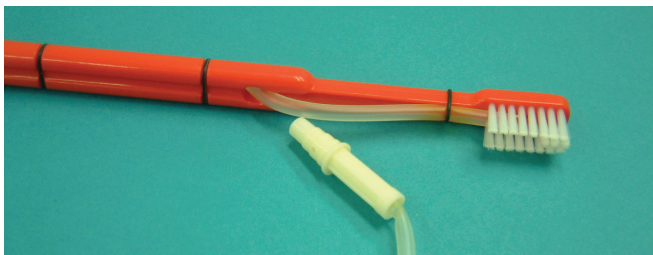
### ◆顎堤や粘膜の清掃用具



お口の中に溜まってしまふ唾液やタン、  
食物残渣を効果的に取り除きます



### ◆含嗽の困難な方、ブラッシング時に誤嚥の恐れのある方



うがいができない方や誤嚥の恐れのある方はブラッ  
ッシング中の水分・汚れを吸飲できるものを使用され  
ると安全に清掃できます



携帯用の簡易吸引器  
家庭用電源で使用できます

## 10 お口の体操をやってみましょう

### 食べる前の準備体操

手や足と同じように、お口もリハビリ体操が必要です

口腔内に  
食べかすが  
残らない

嚥下時の  
ムセが  
少なくなる

発音が  
良くなる

唾液の分泌が  
良くなる

表情が  
豊かになる

#### ◆一人で口体操を行うのが難しい方

舌を動かす時は、舌の先を直接持つと滑りやすいので、ガーゼなどにくるんで持つとよいでしょう

#### 舌の運動



舌を指先で軽くつかんで  
引っ張ります



舌をつかんだまま、  
右、左に動かします

#### 口の運動



指で唇を尖らせます



指で唇を引っ張ります

#### 頬の運動

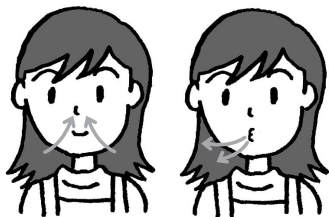


指で頬を引っ張り  
膨らませます



# お口の体操

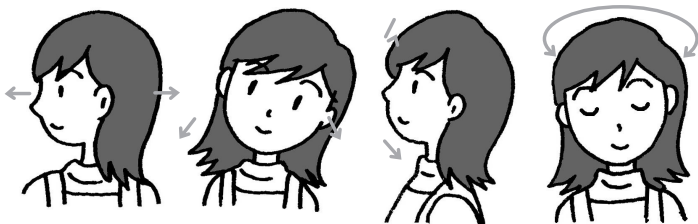
## 深呼吸



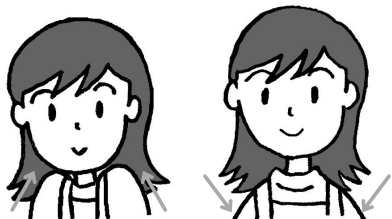
鼻から大きく息を吸って、ちょっと止めて、口をすぼめて吐く

## 首の運動

- 1) 左右を向く 左→正面→右→正面
- 2) 左右に傾ける 左→正面→右→正面
- 3) 上下を向く 下→正面→上→正面
- 4) 回す 左回り→右回り



## 肩の運動



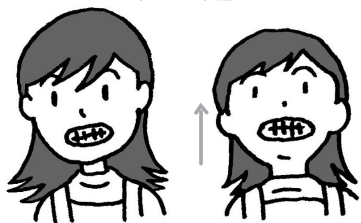
- 1) ゆっくり上げ、ストンと下ろす
- 2) 腕を回す 前回し→後ろ回し

## 頬の運動

- 1) 片方ずつ頬を膨らませる 左→右
- 2) 両方膨らませて両手をあて、ぷっつつぶす



## 頬の運動



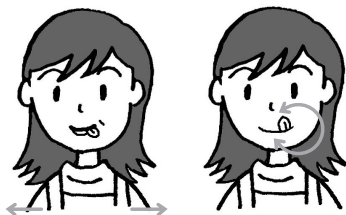
- 1) 口を尖らせて「ウー」
- 2) 口を横に広げて「イー」
- 3) 上を向いて口を横に広げて「イー」

## 耳下腺のマッサージ



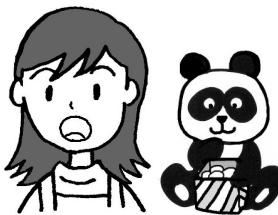
両手を頬にあて、ゆっくり円を書くようにマッサージ  
前回し→後ろ回し

## 舌の運動



- 1) 前に出す
- 2) 左右に動かす
- 3) 唇をゆっくりなめる

## 発音



大きな声で、ゆっくりと口や舌を動かす  
「パ」「タ」「カ」「ラ」  
「パンダのたからもの」



## 11 お口の問題チェックリスト

氏名 ( ) 年齢 ( ) 歳

		はい	いいえ
1. 歯や歯ぐきの問題	1 歯に穴があいている・歯が欠けている		
	2 歯の根元が黒くなっている		
	3 熱い、冷たいものでしみる		
	4 かぶせたものや、つめたものがはずれている		
	5 歯ぐきが赤く腫れている・ウミがでる		
	6 ブラッシング時に歯ぐきから出血がみられる		
	7 グラグラする歯がある		
	8 口内炎がある		
2. お口の清掃の問題	1 歯の周囲に汚れがたくさんある		
	2 口臭が強くなる		
	3 ベロ(舌)の上に白い苔(コケ)みたいなものがついている		
	4 麻痺した方に食べかすが残っている		
	5 最近、発熱を繰り返している(誤嚥性肺炎の疑い)		
3. 入れ歯の問題	1 入れ歯が口をあけると落ちてくる・はずれやすい		
	2 入れ歯にヒビがあったり、壊れている		
	3 入れ歯が汚い		
	4 入れ歯を入れると痛がる		
	5 入れ歯を入れても、うまく噛めない		
4. 食事のチェック (嚥下機能)	1 食事に時間がかかるようになった		
	2 食事をしたり、水を飲んだときにむせることが多くなった		

ひとつでもチェック事項があった場合は、  
かかりつけ歯科医にご相談されることをお勧めします

(チェックリストをコピーして持参されれば、相談に便利です)

## 12 ケアマネタイム協力医療機関一覧

### ケアマネタイム(口腔ケアマネジメントタイム)とは

介護や介護予防における歯と口の健康維持改善のための  
相談窓口のことです

1. 口腔ケアプラン
  2. 専門的口腔ケア
  3. 居宅療養管理指導
  4. 歯科訪問診療（往診）
- 等についてご相談ください

介護や介護予防の中で口腔ケアの大切さが認識されてきました。実際に口の中の  
こと、ケアや治療に取り組む際には、まず、歯科医師や歯科衛生士との連携が必要と  
なります。

ケアマネタイムとは、介護に携わる方々が、歯科医師と相談するための時間のこ  
とです。

山口県歯科医師会では「ケアマネタイム」に協力してもらえる歯科医師を募り、一  
覧表を作成いたしました。**電話またはFaxで問い合わせの上ご相談ください。**

No	市町村	医療機関名	主治医 (窓口担当)	開設曜日	対応可能な曜日、時間	TEL/FAX
1	下関市	植田歯科医院	植田英澄	随時	随時	083-766-0200 / 083-766-0200
2	下関市	佐々木歯科医院	佐々木猛	随時	随時	083-786-1818 / なし
3	下関市	佐々木歯科医院角島診療所	佐々木猛	随時	随時	083-786-0738 / なし
4	下関市	滝部歯科医院	幸本達則	火曜日	12:30 ~ 13:00	083-782-0191 / 083-782-0191
5	下関市	中村歯科診療所	中村 颯	随時	随時	083-766-0039 / 083-766-0770
6	下関市	重田歯科医院	重田幸司郎、加藤由紀	随時	随時	083-222-2245 / 083-231-2090
7	下関市	竹中歯科医院	竹中 健	水曜日	13:00 ~ 14:00	083-222-7226 / 083-222-7226
8	下関市	西嶋歯科医院	西嶋浩樹	随時	随時	083-258-0094 / 083-258-0094
9	下関市	橋本歯科	橋本誠一郎	火曜日	14:00 ~ 14:30	083-220-7663 / 083-220-7663
10	下関市	福田歯科医院	福田伸和	随時	随時	083-246-2210 / 083-246-1721
11	下関市	升本歯科診療所	升本 明	火曜日	11:00 ~ 11:30	083-231-8608 / 083-231-8608
12	下関市	山口歯科医院	山口仁史	随時	随時	083-222-5542 / 083-222-5548
13	宇部市	愛歯科診療所	石田雅司	随時	随時	0836-58-5880 / 0836-58-5872
14	宇部市	神原歯科医院	伊藤憲央	火曜日	12:00 ~ 13:00	0836-37-0808 / 0836-37-0818
15	宇部市	厚南歯科医院	椎木 稔	随時	随時	0836-41-1110 / 0836-41-1110
16	宇部市	ばん歯科クリニック	潘 成哲	随時	随時	0836-37-2355 / 0836-37-2355
17	宇部市	文京台デンタルクリニック	梶井泰樹	随時	随時	0836-21-2222 / 0836-21-2222
18	宇部市	みさき歯科	神吉ゆかり	随時	随時	0836-37-2750 / 0836-37-2751
19	宇部市	毛利歯科医院	毛利邦生	随時	9:00 ~ 18:00	0836-32-2778 / 0836-32-2778
20	宇部市	山下歯科医院	山下公明	木曜日	15:00 ~ 16:00	0836-58-2500 / 0836-58-6149
21	宇部市	山根歯科医院	山根 進	随時	随時	0836-21-5512 / 0836-22-1370
22	山口市	上田歯科医院	上田 博	水曜日	13:00 ~ 13:30	083-923-3345 / 083-923-3346
23	山口市	西京歯科医院	山本英次	随時	随時	083-928-2282 / 083-928-2288
24	山口市	県庁内 miwa 歯科	三輪栄次郎	水・木曜日	14:00 ~ 15:30	083-921-8148 / 083-921-8147
25	山口市	長崎歯科医院	長崎孝司	随時	随時	083-923-0808 / 083-923-0813
26	山口市	野中歯科医院	野中清貴	随時	随時	083-923-7733 / 083-923-7737
27	山口市	ふくなが歯科医院	福永恭紀	随時	随時	083-927-5777 / 083-927-5779
28	山口市	藤井歯科医院	藤井寛昭	随時	随時	083-925-6640 / 083-925-6640
29	山口市	ふるや歯科	古谷眞澄	木曜日	15:00 ~ 15:30	083-927-3958 / 083-927-3958
30	山口市	ほそだ歯科	細田 裕	火曜日	11:30 ~ 12:00	083-934-3711 / 083-934-3712
31	山口市	miwa 歯科クリニック	三輪栄一	水、木曜日	14:00 ~ 17:00	083-922-2020 / 083-924-8888
32	山口市	アイベックスデンタルクリニック	青木克己	土曜日	14:00 ~ 16:00	083-973-0648 / 083-973-0648
33	山口市	阿知須歯科	戸井正樹	随時	随時	0836-65-2021 / 0836-65-2118
34	山口市	岡医院	田辺 均	随時	随時	083-973-5222 / 083-972-8667
35	山口市	加藤歯科医院	加藤気白	木曜日	14:30 ~	083-972-2104 / 083-972-2104
36	山口市	新谷歯科医院	新谷史子	木曜日	13:30 ~ 14:00	083-973-3333 / 083-973-3669
37	山口市	ふなつ歯科	船津和典	随時	随時	083-986-3700 / 083-986-3700
38	山口市	やすもと歯科医院	安元重実	水曜日	12:00 ~ 13:00	083-989-5888 / 083-989-5887
39	山口市	山内歯科小郡	山内高史	随時	随時	083-972-2415 / 083-973-4789
40	萩市	井上歯科医院	井上信義	随時	随時	0838-25-1687 / 0838-25-2128
41	萩市	おか歯科医院	岡 達郎	随時	随時	0838-22-8241 / 0838-22-3981
42	萩市	澤村歯科医院	澤村直明	随時	随時	0838-22-1223 / 0838-22-1223
43	萩市	高雄歯科医院	高雄一寿	随時	随時	0838-22-1548 / 0838-26-2323
44	萩市	登城歯科医院	登城宏司	随時	随時	0838-26-2525 / 0838-26-2211
45	萩市	萩見島歯科診療所	南 博朗	木曜日	16:00 ~ 16:30	0838-23-3150 / 0838-23-3150
46	萩市	ないとう歯科医院	内藤隆昭	随時	随時	0838-25-4145 / 0838-26-6099
47	萩市	まつうら歯科医院	松浦好江	随時	随時	0838-26-1182 / 0838-26-1183
48	萩市	松隈歯科医院	松隈 敬	随時	随時	0838-24-2088 / 0838-24-2077
49	萩市	南崎歯科医院	南崎信樹	随時	随時	0838-22-3718 / 0838-22-9309
50	萩市	村上歯科医院	村上康子	随時	随時	0838-25-2828 / 0838-25-2828
51	萩市	もんでん歯科医院	門田晴江	随時	随時	0838-22-0016 / 0838-22-0016
52	萩市	小原歯科医院	小原 洋	随時	随時	08387-6-3178 / 08387-6-3184
53	萩市	田万川歯科	石川千春	水曜日	13:00 ~ 13:30	08387-2-0062 / 08387-2-0062
54	萩市	仁保歯科医院	仁保光昭	随時	随時	08387-6-3007 / 08387-6-3958
55	萩市	細田歯科医院	細田 裕	月曜日	12:00 ~ 13:00	08388-8-0677 / 08388-8-0759
56	防府市	城島歯科医院	城島 浩	随時	随時	0835-24-4242 / 0835-24-4259
57	防府市	深野歯科医院	深野 稔	随時	随時	0835-22-0757 / 0835-22-0773
58	防府市	松本歯科医院	松本英樹	金曜日	10:00 ~ 15:00	0835-22-2070 / 0835-24-5870
59	防府市	右田歯科医院	右田信行	木曜日	11:00 ~ 15:00	0835-24-0123 / 0835-24-0123
60	防府市	牟礼歯科医院	上野純男	木曜日	9:00 ~ 9:30	0835-24-4833 / 0835-21-9480
61	防府市	山野歯科医院	山野貴教・英理	金曜日	9:00 ~ 17:00	0835-38-0619 / 0835-38-0619
62	下松市	青柳歯科医院	青柳和就	木曜日	13:00 ~ 13:30	0833-44-1881 / 0833-44-1881
63	下松市	かねしげ歯科クリニック	兼重順一	随時	随時	0833-46-3131 / 0833-46-3131
64	下松市	下松病院歯科	中嶋正博	木曜日	13:00 ~ 14:00	0833-41-1881 / 0833-41-2423
65	下松市	諏訪歯科医院	諏訪一郎	随時	随時	0833-41-0603 / 0833-48-4063
66	下松市	田中歯科医院	田中 悟	随時	随時	0833-44-1900 / 0833-44-1900
67	下松市	花田歯科医院	花田康一	木曜日	12:45 ~ 13:15	0833-41-5050 / 0833-41-5050
68	下松市	福永歯科クリニック	福永 學	随時	随時	0833-41-0968 / 0833-41-0968

No.	市町村	医療機関名	主治医(窓口担当)	開設曜日	対応可能な曜日、時間	TEL/FAX
69	下松市	古川町武居歯科医院	武居良裕	随時	随時	0833-44-2323 / 0833-44-5323
70	下松市	和田歯科医院	和田 猛	木曜日	13:00 ~ 13:30	0833-44-1110 / 0833-44-2390
71	岩国市	あかざき歯科医院	赤崎友彦	随時	随時	0827-31-7119 / 0827-31-7119
72	岩国市	いずみ歯科医院	松前 泉	随時	13:00 ~ 13:30	0827-29-4618 / 0827-29-4619
73	岩国市	恩田歯科診療所	恩田宏司	火曜日	18:00 ~ 18:30	0827-22-7760 / 0827-22-7701
74	岩国市	香坂歯科医院	香坂陽介	水曜日	14:00 ~ 16:00	0827-31-7391 / 0827-31-7399
75	岩国市	早野歯科医院	早野元晴	随時	随時	0827-24-2355 / 0827-24-2155
76	岩国市	みちよ歯科医院	新村満代	随時	随時	0827-21-3355 / 0827-21-3355
77	岩国市	もうこ歯科医院	望戸彰拡	金曜日	13:00 ~ 14:30	0827-21-4618 / 0827-21-8051
78	岩国市	安田歯科医院	安田年光	土曜日	12:00 ~ 12:30	0827-43-1818 / 0827-43-1848
79	岩国市	山元歯科医院	山元祥輝	随時	随時	0827-21-1180 / 0827-21-5733
80	岩国市	大矢歯科	大矢泰慶	随時	随時	0827-63-1182 / 0827-63-5525
81	岩国市	林歯科医院	林 誠	水曜日	13:30 ~ 15:00	0827-82-5885 / 0827-82-5889
82	岩国市	藤政病院	藤政孝志	木曜日	12:00 ~ 13:00	0827-84-1137 / 0827-84-0676
83	岩国市	栢尾歯科クリニック	栢尾隆一	火曜日	13:00 ~ 13:30	0827-63-0700 / 0827-62-0700
84	岩国市	松田歯科医院	松田好正	火曜日	13:30 ~ 14:00	0827-95-0118 / 0827-95-0119
85	岩国市	楊井歯科医院	楊井 孝	随時	随時	0827-72-2330 / 0827-72-3355
86	岩国市	山中歯科医院	山中友之	火曜日	14:00 ~ 15:00	0827-82-2227 / 0827-82-2362
87	光市	大和歯科医院	大和泰久	随時	随時	0820-48-4978 / 0820-48-5118
88	長門市	杉山歯科医院	杉山博資	随時	随時	0837-22-0803 / 0837-22-1481
89	長門市	田中歯科医院	田中克典	随時	随時	0837-22-6480 / 0837-22-5596
90	長門市	西嶋歯科医院	西嶋俊弘	金曜日	13:00 ~ 13:30	0837-22-4542 / 0837-22-4543
91	柳井市	戸田歯科医院	戸田信彦	随時	随時	0820-45-3562 / 0820-45-3313
92	柳井市	白銀歯科医院	白銀万里子	随時	随時	0820-22-9811 / 0820-22-1652
93	柳井市	廣實歯科医院	廣實厚夫	随時	随時	0820-22-0474 / 0820-22-5451
94	美祢市	つじ歯科クリニック	辻 龍雄	随時	随時	0837-54-1000 / 0837-54-1001
95	美祢市	秋芳歯科医院	五嶋賢司	木曜日	11:30 ~ 12:00	0837-62-1716 / 0837-62-1716
96	周南市	愛歯科診療所	長藤正博	随時	随時	0834-62-6001 / 0834-62-6002
97	周南市	石田歯科診療所	石田智之	随時	随時	0834-21-2516 / 0834-21-2516
98	周南市	おもかわ歯科医院	表川実哉	随時	随時	0834-63-1772 / 0834-63-2077
99	周南市	兼石歯科医院	兼石隆司	随時	随時	0834-22-0050 / 0834-22-0050
100	周南市	クラタ歯科	蔵田 聡	随時	随時	0834-22-1785 / 0834-22-1747
101	周南市	クラタ歯科	蔵田克彦	月・水曜日	随時	0834-28-1685 / 0834-28-1685
102	周南市	こやま歯科医院	小山茂幸	随時	随時	0834-22-6622 / 0834-22-6633
103	周南市	近藤歯科医院	近藤帥典	随時	随時	0834-21-2578 / 0834-31-5754
104	周南市	さいとう歯科医院	齋藤 信	随時	随時	0834-63-7773 / 0834-63-7776
105	周南市	佐々木歯科医院	佐々木浩	随時	随時	0834-83-4114 / 0834-83-4130
106	周南市	神内歯科クリニック	神内正人	随時	随時	0834-25-3129 / 0834-25-3126
107	周南市	水津歯科クリニック	水津修司	木曜日	12:00 ~ 14:00	0834-62-0480 / 0834-62-1480
108	周南市	タナカ歯科医院	田中 彰	随時	随時	0834-64-1147 / 0834-64-1146
109	周南市	友村歯科医院	友村忠善	随時	随時	0834-31-0123 / 0834-31-0123
110	周南市	なかたまり歯科	中玉利剛	随時	随時	0834-61-2111 / 0834-61-2121
111	周南市	福岡歯科医院	福岡道明	随時	午後~未定	0834-31-9900 / 0834-31-9378
112	周南市	ほんだ歯科	本田 哲	随時	随時	0834-21-0830 / 0834-21-0830
113	周南市	松下歯科医院	松下伸一	随時	随時	0834-28-7721 / 0834-28-7720
114	周南市	松原歯科医院	松原正治	随時	随時	0834-31-8201 / 0834-31-8200
115	山陽小野田市	岡野歯科医院	岡野洋三	木曜日	9:00 ~ 12:00	0836-83-7866 / 0836-83-8702
116	山陽小野田市	かねひろ歯科医院	金弘 智	土曜日	13:00 ~ 17:00	0836-72-2466 / 0836-72-2466
117	山陽小野田市	嶋本歯科医院	嶋本達家	金曜日	12:00 ~ 12:30	0836-83-2098 / 0836-83-2098
118	山陽小野田市	田中歯科医院	田中譲治	随時	随時	0836-83-2378 / 0836-84-3800
119	山陽小野田市	田中デンタルクリニック	田中裕基	随時	随時	0836-84-3600 / 0836-84-3565
120	山陽小野田市	松永歯科医院	松永佑一	随時	随時	0836-83-3511 / 0836-83-3511
121	山陽小野田市	山口歯科クリニック	山口 透	随時	随時	0836-83-0118 / 0836-83-0118
122	山陽小野田市	山田歯科医院	山田文隆	随時	随時	0836-83-2410 / 0836-83-2410
123	山陽小野田市	山陽歯科	藤井征郎	金曜日	15:30 ~ 16:00	0836-72-0030 / 0836-72-0030
124	山陽小野田市	船木歯科クリニック	中野誠一	随時	随時	0836-67-1131 / 0836-67-2438
125	周防大島町	河合歯科医院	中村瑞美	水曜日	11:30 ~ 12:00	0820-78-0006 / 0820-78-2081
126	周防大島町	貞平歯科医院	貞平和彦	水曜日	14:30 ~ 15:30	0820-74-3467 / 0820-74-3581
127	周防大島町	杉原歯科医院	杉原利英	木曜日	14:00 ~ 16:00	0820-74-2109 / 0820-74-2109
128	周防大島町	豊田歯科医院	豊田次郎	水曜日	14:30 ~ 15:30	0820-74-2614 / 0820-74-2614
129	周防大島町	中村歯科医院	中村一雄	随時	随時	0820-74-2500 / 0820-74-5015
130	田布施町	やまもと歯科医院	山本一秀	随時	随時	0820-53-0648 / 0820-53-0660
131	平生町	ひろなか歯科	弘中亮治	随時	随時	0820-56-7080 / 0820-56-7082
132	阿武町	和田歯科医院	和田守雄	随時	随時	08388-2-2065 / 08388-2-3203
133	阿東町	おおた歯科医院	大田紀文	木曜日	14:00 ~ 15:00	083-956-0770 / 083-956-0788
134	阿東町	高村歯科医院	高村 昭	水曜日	11:00 ~ 12:00	083-956-0611 / 083-957-0600
135	阿東町	たなか歯科医院	田中貴恵子	火曜日	14:00 ~ 17:00	083-954-1020 / 083-954-1055

## おわりに

新しく介護予防サービス事業が施行されて2年が経ちました。しかしながら口腔機能の向上プログラムが各施設の現場において適切に活用されにくい状況にあるといわれています。

山口県歯科医師会 口腔保健センター委員会では、口腔ケアに携わる多くの方々に、口腔機能の向上プログラムの流れを理解していただけるように「口腔ケアに携わる人のためのハンドブック」を作成いたしました。

作成にあたり、できるだけわかりやすくすること、書類は制度上求められているものにとどめることに留意しました。

ハンドブックに示しました口腔機能の向上サービスを受けるまでの流れや、使用する書類の記入例・使用例などを参考にされることで、口腔機能の向上プログラムメニューが円滑に導入される事を期待しております。

本冊子が介護の現場で歯科医師、歯科衛生士と口腔ケアに携わる方々の連携の深まりや、より良い口腔機能の向上サービスの提供に役立ちましたら幸いです。

最後に、ハンドブック作成にあたりご協力頂きました皆様に厚くお礼申し上げます。

山口県歯科医師会 口腔保健センター委員会  
理事 弘中亮治

### 【参考資料】

---

「口腔機能向上マニュアル」	口腔機能向上についての研究班(厚生労働省)
『実践 介護予防 口腔機能向上マニュアル』	東京都高齢者研究福祉振興財団
『5分でできる口腔ケア』	医歯薬出版
『介護予防と口腔機能向上』	医歯薬出版
「日歯公報」	日本歯科医師会
『介護予防のための口腔機能向上マニュアル』	建帛社
『口の体操グループゲーム集-構音障害を中心に』	金原出版

口腔ケアに携わる人のためのハンドブック  
～口腔機能の向上をめざして～

平成19年3月 初版発行  
平成20年3月改訂版発行

---

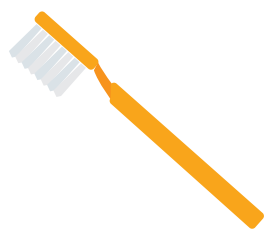
発行：山口県健康福祉部 健康増進課

〒753-8501 山口市滝町1番1号  
TEL 083-933-2950 FAX 083-933-2969  
ホームページ [http://www.pref.yamaguchi.lg.jp/  
cms/a15200/index/index.html](http://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a15200/index/index.html)

社団法人 山口県歯科医師会

〒753-0811 山口市吉敷3238  
TEL 083-928-8020 FAX 083-928-8025  
ホームページ <http://www.ygda.or.jp/>

8020運動推進特別事業の一環として作成しました。



口腔ケアに  
携わる人のための  
ハンドブック