

口腔機能向上

第5章 口腔機能向上プログラム

1 事業の趣旨

「食べる」ことは高齢者のみならず、人にとって日常生活の中で最大の楽しみであり、必要不可欠な行為です。「食べる」という行為は、単に栄養摂取だけではなく、目で色彩や形を感じ、鼻で香りを感じ、口で温度や味覚、食感を感じながら行う行為です。その結果、脳を刺激し、また「咬む」という運動により脳への血流を増加させることとなります。

従って、口腔機能を向上させることは、食を通じた心身の健康維持はもちろん、誤嚥性肺炎¹の予防、認知症の進行の抑制、QOLの向上、ひいては人や社会と積極的にかかわっていける高齢化社会に繋がっていくものであります。

口腔機能向上支援は、いつまでもおいしく、楽しく、安全な食生活の営みを目指します。

本事業は以下の3つの軸から構成されています。

図表5-1 口腔機能向上支援の3つの軸

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 口腔機能向上の必要性についての教育② 口腔清掃の自立支援③ 摂食・嚥下²機能等の向上支援 |
|---|

(1) 高齢期に低下していく口腔機能

- ・ **むし歯や歯周病・義歯不適合など器質的低下**
痛みや咬合力（咬む力）低下による食欲不振や好みの偏り
- ・ **食べこぼし・流涎（よだれ）**
口唇の開鎖不全により食物や唾液が口からこぼれ出る
- ・ **食事の時間が長い**
義歯の不適合や嚥下機能の低下により飲み込みづらくなる
- ・ **食事の時にむせる**
嚥下機能低下による誤嚥の可能性はある
- ・ **食欲の低下**
嚥下機能低下により食事そのものが苦痛
- ・ **言葉が聞き取れない**
口唇や舌の機能低下によりコミュニケーションがとれにくくなる
- ・ **口腔乾燥**
薬や加齢、ストレスなどの影響で唾液分泌の低下をまねき、飲み込みづらくなる

¹ 誤嚥性肺炎：食物や細菌が唾液や胃液と共に肺に流れ込んで生じる肺炎

² 摂食・嚥下：食物を見てから咬んで飲み込むまでの一連の動き

(2) 口腔機能の低下がもたらすもの

- ・ 誤嚥性肺炎
- ・ 窒息
- ・ 構音障害
- ・ 低栄養
- ・ 脱水
- ・ うつ・閉じこもり・認知症

(3) 口腔機能の向上プログラムの効果

- ・ **むし歯・歯周病の予防**
口腔内の健康が維持でき、清涼感も得られるため、気分や情緒の安定につながる
- ・ **口臭予防**
家族や友人達との積極的なコミュニケーションにつながる
- ・ **唾液分泌促進**
十分な唾液を分泌することで会話や飲み込みなどがスムーズになる
- ・ **風邪・インフルエンザ予防**
外部からのウィルスに対し、抵抗力を高める
- ・ **誤嚥性肺炎の予防**
口腔内常在菌の異常増殖を抑制することで、肺炎のリスクを弱める
- ・ **味覚の回復**
舌や粘膜の清掃・刺激により、食べ物の味が分かるようになる
- ・ **構音の改善**
口唇や舌を訓練することによりはっきりと発音できるようになる
- ・ **低栄養予防**
なんでも食べられることで、栄養の偏りを防止する
- ・ **運動機能の回復**
噛み合わせが安定することで身体のバランスを保つことができ、転倒予防につながる
- ・ **認知症の予防**
噛むという行為により脳への血流を促し、脳細胞をより刺激する
- ・ **生活意欲の回復やうつ・閉じこもり予防**
食や会話を通して生活のリズムが改善され、社会に対して積極的になる

2 一次予防事業

(1) 実施体制

一次予防事業における口腔機能向上事業は、全ての高齢者が生涯にわたって自己実現を目指すことを支援し、あわせて高齢者の活動的な社会への参画が図られるような「地域づくり・まちづくり」を目指すものです。

健康教育等の一次予防を強化し、口腔機能向上について普及啓発することは、地域全体の歯科保健の意識向上につながるものであることから、あらゆる機会をとおして事業の推進を図る必要があります。

ア 実施者

歯科衛生士等が看護職員、介護職員等と協働し、実施において地域の特性や資源をいかして事業を行います。

イ 実施場所

- ・ 保健センター、公民館、福祉施設等
- ・ 通所が困難な事例については、適宜、訪問により実施
- ・ 委託基準を満たした診療所（歯科診療所も含む）、医療機関等

(2) 実施内容

ア 介護予防普及啓発

介護予防としての口腔機能向上プログラムについては、高齢者を含む一般住民に、その意義や内容などがほとんど理解されていない現状にあることから、関係専門職団体、地区社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ等の地域高齢者団体、その他関連の会等の場を活用し、口腔機能向上関連の意義・内容・効果等について十分に情報提供する等、地域における普及啓発をする必要があります。

また、高齢者や保健福祉関係者、介護保険事業者等を対象に、加齢に伴う口腔機能低下を予防し改善するプログラムの意義・方法・効果について、以下のような内容を含み、参加者が日々の生活や事業の中で具体的な行動に結びつくような講演会やキャンペーン活動等を実施し、普及啓発をします。

- ・ 口腔機能向上に関するクイズ、実習、体験教育などの工夫
- ・ パンフレットの作成・配布、ビデオ等の視聴覚媒体の活用

イ 地域介護予防活動支援

地域介護予防活動支援とは、地域住民同士の交流や自主的な活動を支援し、介護予防を地域で広く展開していくための支援です。

事業内容としては、以下の3つのものが考えられますが、市町村において効果があると認めるものを適宜実施します。

- ・ 介護予防に関するボランティアなどの人材を育成するための研修
- ・ 介護予防に資する地域活動組織の育成及び支援
- ・ 社会参加活動を通じた介護予防に資する地域活動の実施

ウ 口腔機能向上セルフケア媒体の活用

一般の高齢者が日常生活の中で実践できるセルフケアとしての口腔機能向上プログラムを浸透させるには、講演会や健康教育活動のみならず、工夫し自己管理用の「口腔機能自己チェックシート」などの媒体の活用により意識向上を図ります。

媒体例 口腔機能自己チェックシート

〈口腔機能自己チェックシート〉

①から⑫まで、あてはまる方に○をつけてください。

- | | | |
|--|---|--------|
| ① 固いものが食べにくいですか | 1. はい | 2. いいえ |
| ② 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 |
| ③ 口がかわきやすいですか | 1. はい | 2. いいえ |
| ④ 菓が飲み込みにくくなりましたか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑤ 話すときに舌がひっかかりますか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑥ 口臭が気になりますか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑦ 食事にかかる時間は長くなりましたか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑧ 薄味がわかりにくくなりましたか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑨ 食べこぼしがありますか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑩ 食後に口の中に食べ物が残りやすいですか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑪ 自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか | 1 a. どちらもできない 1 b. 片方だけできる 2. 両方できる | |
| 1 a、1 b のいずれかがある場合は口腔機能低下の可能性が高く注意が必要です。 | | |
| ⑫ 定期的に歯科医院を受診していますか | 1. はい | 2. いいえ |

※ 「チェック項目①～③に2個以上該当の場合は二次予防対象者になります。

※ ④～⑫のうち複数にチェックがあれば口腔機能の低下が疑われます。

3 二次予防事業

二次予防における口腔機能向上事業は、口腔機能が低下しているおそれがあり、介護認定を受けていない高齢者を対象として、要支援・要介護状態に陥らないよう、自分らしい生活の確立と自己実現を支援するものです。

(1) 事前準備

ア 実施場所

- ・ 保健センター、公民館、福祉施設等
- ・ 通所が困難な事例については、適宜、訪問により実施
- ・ 委託基準を満たした診療所（歯科診療所も含む）、医療施設等

事業実施に際してふさわしい専用の部屋等のスペースを利用し、口腔清掃の指導を実施するにあたっては、実施スペースに水道設備（洗面台等）があることが望ましいが、ガーグルベースンや手鏡等があれば机上でも実施可能です。

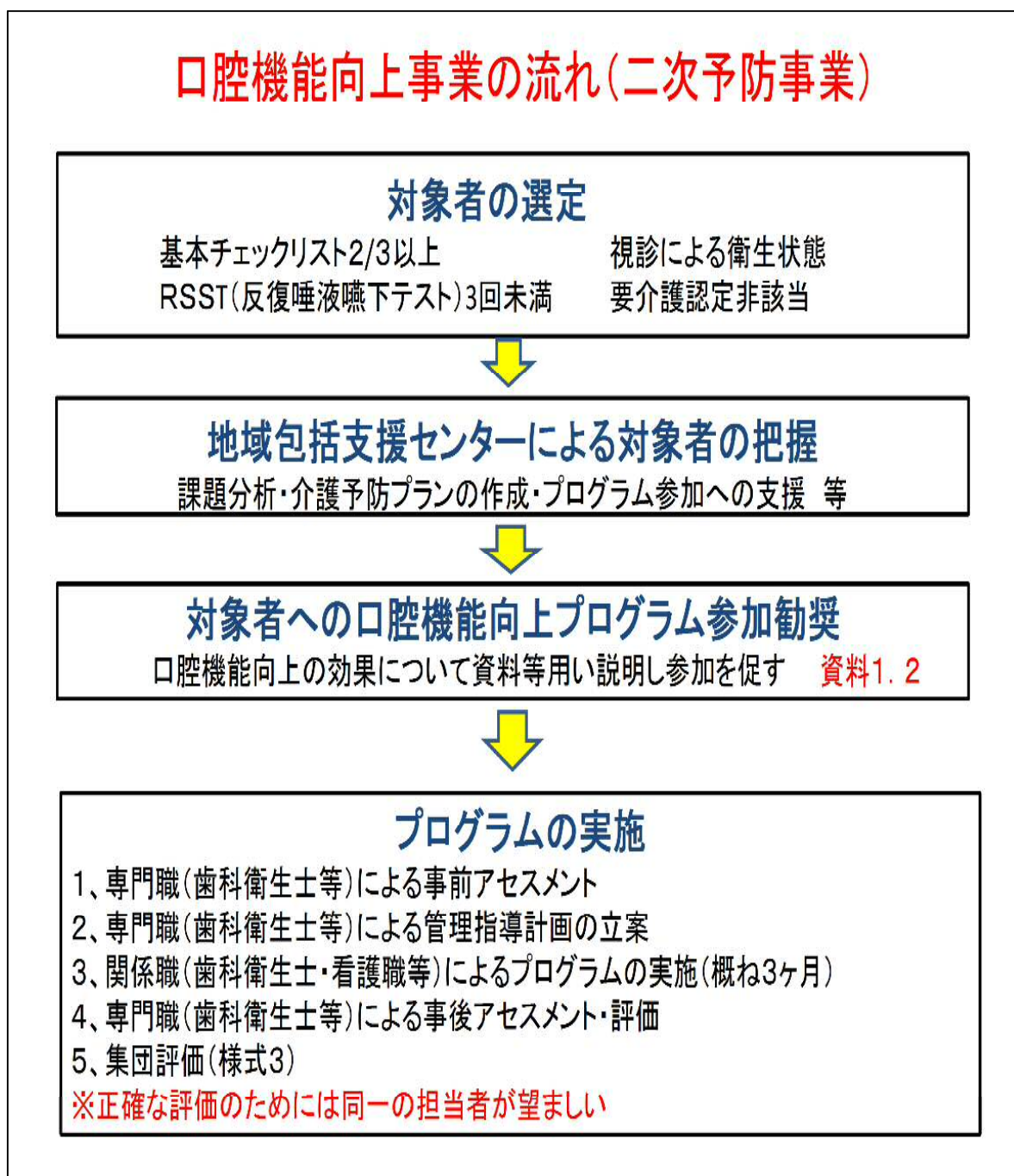
イ 実施担当者

歯科衛生士等が看護職員、介護職員等と協働して実施します。

担当者の心がけとして、口腔機能の低下予防や機能向上を通じて、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援し、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう支援することが重要です。

ウ 二次予防事業の流れ

図表 5-2 口腔機能向上事業の流れ



エ 対象者の選定

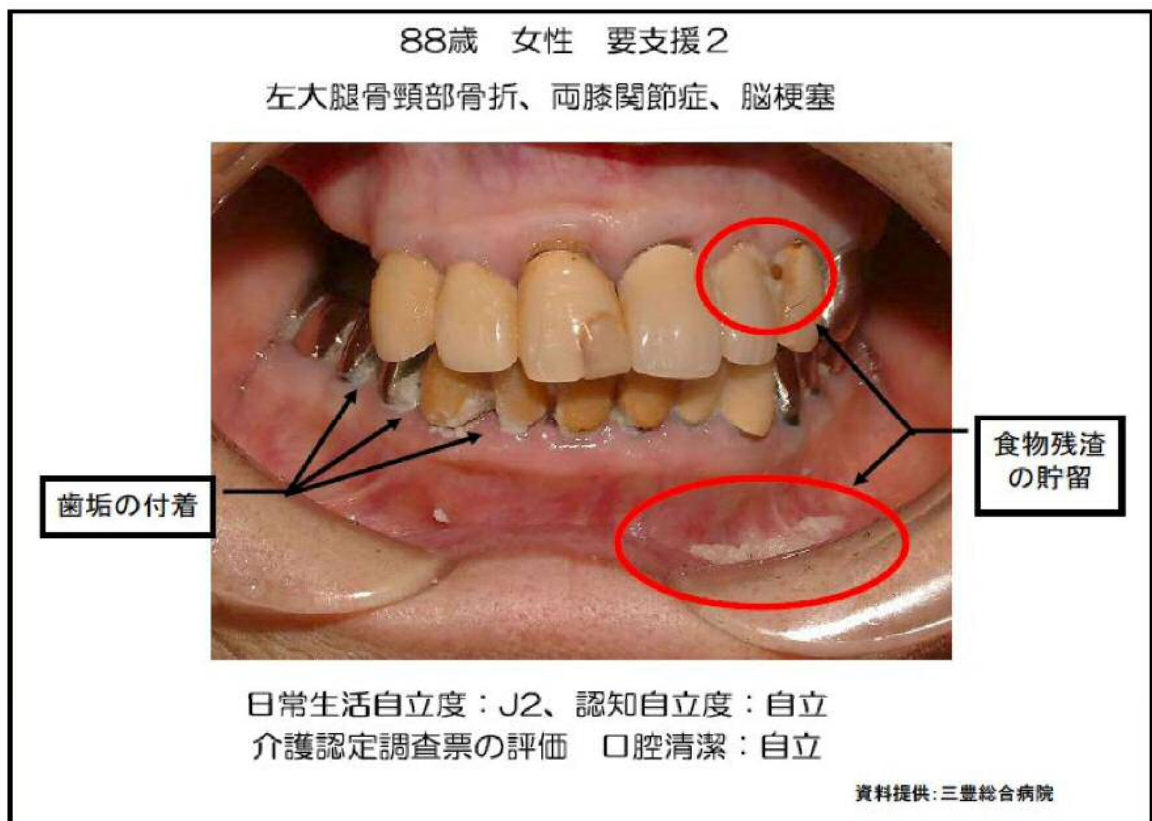
基本チェックリスト等により二次予防事業の対象者と決定した者のうち、口腔機能が低下している者（基本チェックリストのNo. 13～15のうち、2つ以上に該当する者）又は市町村の判断で口腔機能が低下しているおそれのあると判断した者（下記の②③に該当する人など）。なお、介護認定等を受けていた者が「非該当」と判定された場合、基本チェックリストを実施しなくても、二次予防事業の対象とすることができます。

新たに要介護認定等の申請を行った者が非該当と判定された場合は、基本チェックリストの実施などにより二次予防事業への参加が必要と認められた者が対象者となります。

図表5-3 対象者の選定

- ① 基本チェックリストにおいて「口腔機能向上」関連のNo. 13、14、15の3項目中、2項目以上該当する者
- ② 視診により口腔内の衛生状態の問題が確認された者（図表5-4）
- ③ 反復唾液嚥下テストが3回未満の者

図表5-4



オ 二次予防事業対象者へ事業参加のための説明

二次予防事業への対象者に対し、専門職種等は、口腔機能向上の個別プログラムが、対象者の生きがいや自己実現にどのように関連し、効果があるのか、参加者やその家族にリーフレット等を用いて説明します。このことが、摂食・嚥下機能の向上訓練や口腔清掃を継続的に実行するための有力な動機づけになります。

また、摂食・嚥下機能の向上のための口の体操や口腔清掃が、参加者の生活習慣の一部として定着するように、本人や家族に対して情報を提供します。

○参考資料

1 「口腔ケアノート」



公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
ホームページ

2 「お口の健康マニュアル」



鹿児島県ホームページ
鹿児島県歯科医師会ホームページ

カ 口腔機能向上プログラム対象者の決定と各関係機関の役割

口腔機能向上プログラムの対象者決定後、各関係機関は役割をもって支援を行います。

(ア) 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、二次予防事業対象者の把握事業の結果、決定された二次予防事業対象者の課題分析を行い、本人の自己実現に向けた介護予防ケアプランを作成します。本人・家族の意志に基づいてプログラム参加を支援し、その実施状況を評価するという一連のマネジメントを行います。

(イ) 市町村（受託事業所）

通所型を基本として確実かつ集中的に口腔機能向上プログラムを行います。地域包括支援センターが作成する介護予防ケアプランに基づき、歯科衛生士、保健師（看護師）、言語聴覚士等の担当者は、事前アセスメントにより参加者の課題やサービス提供上の注意点等を把握して、個別サービス計画（様式2「口腔機能向上サービスの指導管理計画・実施記録」）を作成します。

(2) 事前アセスメント・管理指導計画の作成

ア 事前アセスメント（様式1）

介護予防プランや口腔機能に関する対象者の情報を基に、歯科衛生士等による事前アセスメントを行い、課題等を把握します。事前アセスメントを行うための評価項目と評価をする意義・目的を図表5-5に示します。事前アセスメントに係る記録等は様式1「口腔機能向上に関する記録」に記入します。

図表5-5 事前アセスメントの内容

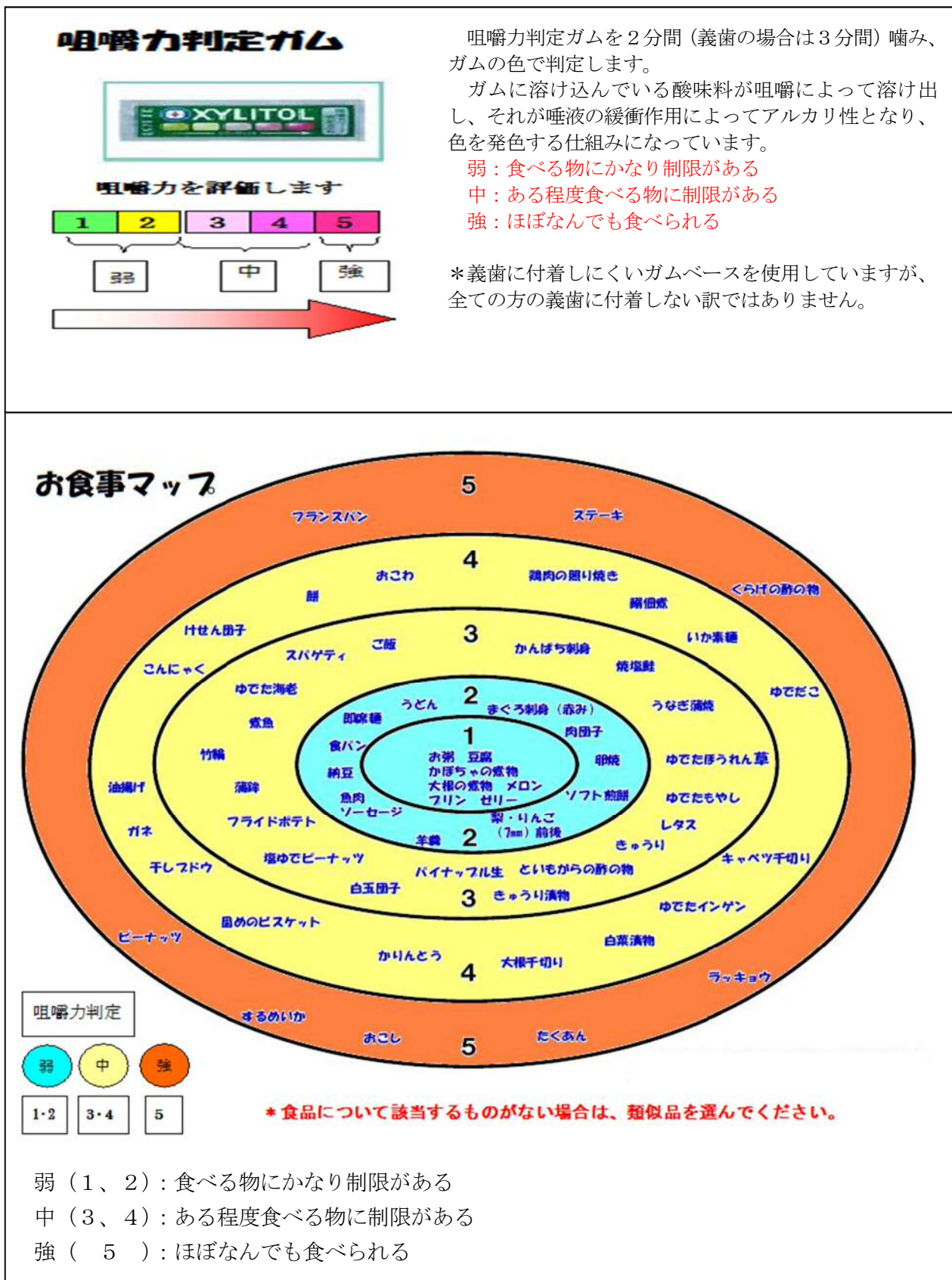
内 容		目 的
①課題の確認・把握（基本チェックリスト3項目の課題確認）	かみにくさ	咀嚼機能 ³ の問い。
	むせ	嚥下（飲み込み）機能の問い。
	口のかわき	口がかわくと口腔内の細菌叢が変わるため肺炎や上気道感染のリスクに関する問い。
②咀嚼力（ガムテスト・お食事マップ） *図表5-5参照		咀嚼力の判定を、ガムテスト又はお食事マップに評価する。
③歯や義歯の汚れ		口腔の清掃状態を評価する。
④舌のよごれ		口腔の清掃状態を評価する。舌苔 ⁴ が認められれば、舌の運動機能や全身的な状態（舌診）についても推測できる。
⑤頬の膨らまし		頬の膨らましによる、口唇、口腔機能周辺筋の機能を評価する。
⑥RSST （反復唾液嚥下テスト）		30秒間に空嚥下（生唾を飲む）が何回できるかを観察する。3回以上できれば問題ないが、2回以下の場合は、嚥下機能が低下していることを目安になる。
⑦オーラルディアドコキネシス		10秒間に何回、「パ」が言えるか測定する（口唇の機能を評価）。その他に「タ（舌の先端部分の機能評価）」「カ（舌根部や咽頭機能の評価）」についても同様におこない、主に咀嚼機能の巧緻性 ⁵ について評価をする。 基準値 パ：6.5 タ：6.6 カ：6.2
特記事項		上記（①～⑦）の中で、あるいはそれら以外に特記すべき事項があれば記す。（問題点ばかりではなく、肯定的な事項を記すのも良い。）また、対象者・利用者の状況により質問、観察が実施できない場合は、特記事項の欄に理由を記す。

³ 咀嚼機能：食物を口の中に入れ、咬んで、唾液と混和し、飲み込むまでの機能

⁴ 舌苔：舌の中央部に見られる細菌や食べかす、粘膜のかすが付着した灰白色のもの

⁵ 巧緻性：うまさ、上手さ、能力

図表5-6 ガムテスト・お食事マップ



イ 管理指導計画の立案（様式2）

事前アセスメントの結果、実施担当者（歯科衛生士等）は、個別サービス計画（様式2「口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録」）を作成します。

専門職が実施する「専門職の実施事項（専門的サービス）」、関係職種が実施する「関係職種又は専門職種の実施項目（基本的サービス）」及び本人が居宅等で実施する「家庭での実施事項（セルフケア）」を立案します。本人に説明し、同意のもとに事業実施計画の内容を決定します。

(3) プログラムの実施

ア 実施記録（様式2）

項目ごとに実施した内容を表の中より選んで様式2に記載します。

(ア) 口腔機能向上に関する健康教育

当該事業への積極的な参加を図るためには、おいしく食べて、楽しく話し、よく笑うなどの基になる口腔機能を維持・向上させる必要があることを高齢者に理解しやすいように図表やビデオ、パンフレット、実際の体験者の事例なども交えて説明し、理解を得る必要があります。

図表5-7 健康教育 実施内容例

- ① 高齢期の口腔の特徴について
- ② 口の機能について
- ③ 口および口腔周囲の組織とその役割について
- ④ 口腔疾患について
- ⑤ 口腔疾患と全身の健康との関連について
- ⑥ 口腔乾燥・口臭・唾液について
- ⑦ 舌苔について
- ⑧ 義歯について
- ⑨ 咀嚼について
- ⑩ 摂食・嚥下のメカニズムについて
- ⑪ 摂食・嚥下障害について
- ⑫ 誤嚥性肺炎について
- ⑬ 低栄養予防について
- ⑭ 生活不活発病について
- ⑮ その他

(イ) 摂食・嚥下機能に関する訓練(指導)

担当者は、以下の摂食・嚥下機能等の基本的な知識を学んだ上で、対象者がそれらの機能向上訓練等を、セルフケアとして日常生活の場で継続実施できるようプログラムを実施します。

- ・ 加齢にともない低下する摂食・嚥下機能のメカニズム
- ・ 摂食・嚥下機能の低下により生じやすいむせや誤嚥・窒息あるいは肺炎
- ・ 摂食・嚥下機能の低下と食事環境との関連とその改善策

図表5-8 摂食・嚥下機能に関する訓練 実施内容例

① 日常的にできる口腔機能向上のための訓練の指導・実施 (口腔体操・嚥下体操・顔面体操・唾液腺マッサージなど)
② 咀嚼機能の向上訓練の指導・実施 (舌・口唇・頬の機能の向上訓練、咀嚼機能の向上訓練など)
③ 嚥下機能の向上訓練の指導・実施 (息こらえ嚥下訓練、頭部挙上訓練、喉頭挙上訓練など)
④ 口腔感覚に対する刺激訓練の指導・実施 (電動歯ブラシを使った振動刺激訓練、アイスマッサージなど)
⑤ その他

※ 訓練の方法等については、「参考資料」(P112～)をご確認ください。

(ウ) 口腔衛生に関する指導(歯・義歯・舌等～支援・実施含む)

口腔の清潔を保つ習慣は口腔疾患を予防するのみならず、高齢期には心身への生活刺激ともなる上、インフルエンザ等の気道からの感染を防ぐ効果が大きく、また口腔清掃が咳や嚥下の反射機能などの口腔機能を向上する効果もあります。これらを踏まえ日常的な口腔清掃の意義と必要性について分かりやすく説明し、動機づけや習慣づけを行います。

図表5-9 口腔衛生に関する指導 実施内容例

① 口腔(舌清掃を含む)および義歯清掃法の指導・実施
② 口腔清掃の習慣化支援 (歯磨きカレンダー配布など)
③ 口腔清掃用具の選び方と使用方法の指導・実施
④ 洗口剤、義歯洗浄剤、歯磨剤などの使用方法の指導・実施
⑤ その他

(エ) 発音・発声・呼吸に関する訓練(指導)

構音機能の維持・向上を目的とし、ひいては咀嚼や嚥下機能に関する訓練、及び指導を行います。

図表5-10 発音・発声・呼吸に関する訓練(指導) 実施内容例

- | |
|---|
| ① 腹式呼吸、口すぼめ呼吸等の指導・実施 |
| ② 発声練習、構音訓練等の指導・実施 |
| ③ ブローイング訓練 ⁶ 、プッシング訓練 ⁷ 、咳訓練等の指導・実施 |
| ④ 呼吸筋、呼吸補助筋訓練の指導・実施 |
| ⑤ その他 |

(オ) 食事姿勢や食環境についての指導

食事の時の姿勢や適切な食具の選択など、その機能を十分発揮し向上できるような環境面への援助や指導助言を実施することです。

図表5-11 食事姿勢や食環境についての指導 実施内容例

- | |
|--------------------------------|
| ① 基本姿勢と食卓・椅子の選択に関する指導・実施 |
| ② 誤嚥防止姿勢に関する指導・実施 |
| ③ 食具・食器の選択、工夫に関する指導・実施 |
| ④ 咀嚼機能低下、嚥下機能低下に対する食事の工夫の指導・実施 |
| ⑤ その他 |

(カ) その他

事前アセスメント、モニタリング、事後アセスメント等を実施した際に記入します。

図表5-12 その他 実施内容例

- | |
|---|
| ① 事前アセスメント実施 |
| ② モニタリング実施 |
| ③ 事後アセスメント実施 |
| ④ その他
アセスメント・モニタリングの結果報告、指導計画の内容説明など |

イ プログラムの実施期間、回数

プログラムは、3か月で6回以上を目途とします。

⁶ ブローイング訓練：コップやペットボトルに水を入れ、ストローでぶくぶくと泡立つように息を吹く訓練

⁷ プッシング訓練：押す、持ち上げるといった運動と共に声を出す訓練

ウ 実施の記録

プログラムの実施内容は毎回記録します。(様式2の2)
実施内容は、各項目から該当する番号を記入します。

エ 事後評価

様式1の事前・事後アセスメント・モニタリングにて評価を行います。

オ 総合評価

様式1の総合評価にて向上・維持・低下チェックをいれます。

カ 地域包括支援センターへの報告

二次予防事業を委託により実施している場合、プログラム実施事業所は、事後アセスメントやモニタリングの結果等を含め、プログラムの実施結果を地域包括支援センターへ報告する必要があります。

4 予防給付における口腔機能向上プログラム

要支援1及び要支援2に対する口腔機能向上プログラムの目的は、介護予防サービス計画において設定された利用者の目標のための支援であって、提供されるプログラムはあくまでも手段であることに留意して実施します。保険給付としての口腔機能向上プログラムは、算定要件を遵守します。

(1) 対象者の選定

要支援1及び要支援2の認定を受けた者であり、地域包括支援センターの介護予防ケアマネジメントにおいて、下記のいずれかに該当し、口腔機能が低下していると課題分析(アセスメント)され、当該プログラム参加に同意が得られた者を対象者とします。

図表5-13 予防給付の対象者選定

- 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清掃の3項目のいずれかにおいて「1」以外に該当
- 基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)の3項目のうち、2項目以上が「1.はい」に該当
- その他口腔機能が低下しているまたは低下のおそれがある

(2) 地域包括支援センター等の役割

介護予防ケアマネジメント事業として、介護予防サービスを必要とする要支援者の課題分析(一次アセスメント)を実施して、利用者本人の自己実現に向けた「介護予防ケアプラン」を作成します。そして本人・家族の意志に基づいてプログラム参加を支援し、その実施状況を評価します。

課題分析では、要支援者から口腔機能が低下している者を把握しますが、潜在化しやすい口腔機能のニーズを幅広くかつ早期に発見するには、要介護認定調査票や基本チェックリストなどを参考にすると効果的です。また、すでに利用している介護予防サービスがある場合は、そのサービス提供事業者からの具体的な情報提供も参考にします。

事業実施後の効果について、事業所から介護予防プログラム等の報告により、地域包括支援センターの保健師等は対象者の状態等の効果の評価を行います。

(3) サービス提供事業所の役割

(指定介護予防通所介護事業者、指定介護予防通所リハビリテーション事業者)

地域包括支援センターが作成した介護予防ケアプランに沿って、口腔機能向上加算届出をした通所系サービス(介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション事業所)は、対象者が自らの意志に基づいて利用する選択サービスとして口腔機能向上サービスを提供します。

ア 事前アセスメント等(様式1)

口腔機能向上サービスの実施にあたり歯科衛生士、言語聴覚士及び看護職員等の専門職員(以下、「専門職員」という。)は、生活相談員・介護職員等の関係職種(以下、「関係職種」という。)と連携して、口腔衛生、摂食嚥下に関するリスクの把握を行います。専門職員は関係職種に対し、利用開始時における把握について技術的助言・指導等を十分に行います。

さらに、専門職員はリスク把握を踏まえ、事前アセスメントを行います。

イ 口腔機能改善計画の作成（様式2）

専門職員が、作成にあたり「摂食・嚥下機能等の向上支援」と「口腔清掃の自立支援」の2つを柱に作成します。

対象者の課題やサービス提供上の注意点等、対象者の意向を踏まえて、プログラムの目標、プログラムの内容、家庭や地域での自発的な取り組みの内容、実施期間、実施回数等を記載した実施計画（様式2「口腔機能向上サービスの指導管理計画・実施記録」）の作成をします。

この計画では、専門的サービス、基本的サービスはもちろん、セルフケアプログラムを作成することが重要になります。

なお、この口腔機能改善計画に相当する内容を、通所サービス実施計画（通所介護計画等）に記載する場合は、その記録をもって口腔機能改善計画に替えることができます。

ウ 口腔機能改善計画の説明と同意

対象者が口腔機能改善計画のサービスをよく理解したうえで、参加を主体的に選択することは、サービス実施において意欲を高めることになり、自立支援の観点からも必要です。

説明にあたっては、分かりやすい媒体等を活用し、口腔機能改善計画の内容、スケジュール、効果、リスク等について行い、同意を得ます。

エ 口腔機能向上サービスの実施

専門職員は、関係職種と協働して計画に基づいた口腔機能向上サービスの提供を行い、関係職種や対象者に対し随時サービス内容のフォローアップを行っていくことが必要です。専門職員は、口腔機能向上サービス提供の主な経過を記録します。

具体的なプログラムは、前述の3—（3）「プログラムの実施」を参照してください。

オ 事後アセスメント（様式1）

専門職員は、事後アセスメントを行い、実施効果（当初の目標の達成度、対象者満足度等）を評価します。この際、モニタリングの内容も含めて事前アセスメントの比較検討や口腔機能改善計画の妥当性の検討を行いながら、目標の達成と客観的口腔機能の状態を評価します。

カ 地域包括支援センターへの報告

対象者の目標の達成、客観的な口腔機能の変化等について、事後アセスメントやモニタリングの情報等を含めて検討し、事業所を通じて対象者へのサービス提供の結果を報告します。

サービス提供後に他のサービスの必要性がある場合や本人の求めによる医療機関への受診勧奨が必要である場合等も併せて報告します。

サービスの継続が必要と考えられる場合は、その理由や利用者の意志等も確認し、地域包括支援センターで再度作成される介護予防ケアプランに基づいて実施されることになります。

終了する場合は、利用者の口腔機能が低下しないような要点（今後の指導や高齢者への情報として地域でセルフケアを支える体制づくりに必要な事項等）を報告することが必要です。

5 プログラムの評価

質が高く、より効果のある介護予防事業を実施するためには、参加者個人の評価と合わせて、参加者集団の評価を行う必要があります。

集団評価は、事業を実施する市町村や事業者にとって、以下の評価指標となります。

- ① プログラム実施事業所・・・ プログラム内容の評価、見直し、検討を行うことができます。
- ② 市町村・・・ 事業者ごとの改善率を比較するなどして、事業の改善のために事業実施事業所に助言等を行うことができます。

プログラムの評価を実施するための様式例「様式3」を参考に、プログラムの評価を積極的に行ってください。

6 様式

口腔機能向上に関する記録						口腔機能 様式 1																																																						
ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年 月 (日) 歳	<input type="checkbox"/> 2次予防 <input type="checkbox"/> 予防給付(1 2) <input type="checkbox"/>																																																							
氏名	病名・服薬等																																																											
	かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	上下																																																							
<p>1. 関係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：平成 年 月 日、記入者： ）</p> <p><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"/>口の清掃 <input type="checkbox"/>飲み込み <input type="checkbox"/>会話 <input type="checkbox"/>食べこぼし <input type="checkbox"/>むし歯 <input type="checkbox"/>義歯（痛み・動揺・清掃状態・管理状態） <input type="checkbox"/>歯ぐきから出血 <input type="checkbox"/>その他（</p>																																																												
<p>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）</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 25%;">平成 年 月 日</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 25%;">平成 年 月 日</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 25%;">平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">事前</td> <td>記入者 <input type="checkbox"/>言語聴覚士 <input type="checkbox"/>歯科衛生士 <input type="checkbox"/>看護師 保健師</td> <td style="text-align: center;">モニタリング</td> <td>記入者 <input type="checkbox"/>言語聴覚士 <input type="checkbox"/>歯科衛生士 <input type="checkbox"/>看護師 保健師 <input type="checkbox"/>関連職種</td> <td style="text-align: center;">事後</td> <td>記入者 <input type="checkbox"/>言語聴覚士 <input type="checkbox"/>歯科衛生士 <input type="checkbox"/>看護師 保健師</td> </tr> </table>								平成 年 月 日		平成 年 月 日		平成 年 月 日	事前	記入者 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 保健師	モニタリング	記入者 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 保健師 <input type="checkbox"/> 関連職種	事後	記入者 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 保健師																																										
	平成 年 月 日		平成 年 月 日		平成 年 月 日																																																							
事前	記入者 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 保健師	モニタリング	記入者 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 保健師 <input type="checkbox"/> 関連職種	事後	記入者 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 保健師																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">観察・評価等</th> <th style="width: 20%;">評価項目</th> <th style="width: 15%;">事前</th> <th style="width: 15%;">モニタリング</th> <th style="width: 15%;">事後評価</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">①課題の確認・把握</td> <td>固いものかみにくさ</td> <td>1ない 2ある</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>お茶や汁物等によるむせ</td> <td>1ない 2ある</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>口のかわき</td> <td>1ない 2ある</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>②咀嚼力（ガムテスト or お食事マップ） *別紙参照</td> <td></td> <td>1強 2中 3弱</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>③歯や義歯のよごれ</td> <td></td> <td>1ない 2ある 3多い</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>④舌のよごれ</td> <td></td> <td>1ない 2ある 3多い</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑤頬の膨らまし</td> <td></td> <td>1できる 2やや不十分 3不十分 (右・左)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑥RSST（※ 30秒間の喉頭挙上の回数）</td> <td></td> <td>()回/30秒</td> <td>()回/30秒</td> <td>()回/30秒</td> </tr> <tr> <td>⑦オーラルディアドコネシス (10秒または5秒間で測定する)</td> <td></td> <td>パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒</td> <td>パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒</td> <td>パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒</td> </tr> <tr> <td>⑧特記事項等</td> <td colspan="5"></td> </tr> </tbody> </table>							観察・評価等	評価項目	事前	モニタリング	事後評価	①課題の確認・把握	固いものかみにくさ	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咀嚼力（ガムテスト or お食事マップ） *別紙参照		1強 2中 3弱			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頬の膨らまし		1できる 2やや不十分 3不十分 (右・左)			⑥RSST（※ 30秒間の喉頭挙上の回数）		()回/30秒	()回/30秒	()回/30秒	⑦オーラルディアドコネシス (10秒または5秒間で測定する)		パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	⑧特記事項等					
観察・評価等	評価項目	事前	モニタリング	事後評価																																																								
①課題の確認・把握	固いものかみにくさ	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咀嚼力（ガムテスト or お食事マップ） *別紙参照		1強 2中 3弱																																																										
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頬の膨らまし		1できる 2やや不十分 3不十分 (右・左)																																																										
⑥RSST（※ 30秒間の喉頭挙上の回数）		()回/30秒	()回/30秒	()回/30秒																																																								
⑦オーラルディアドコネシス (10秒または5秒間で測定する)		パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒																																																								
⑧特記事項等																																																												
<p>3. 総合評価</p> <p>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</p> <p>②課題の評価</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>かみにくさ</td> <td><input type="checkbox"/>向上 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>低下</td> <td><input type="checkbox"/>会話</td> <td><input type="checkbox"/>向上 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>低下</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>むせ</td> <td><input type="checkbox"/>向上 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>低下</td> <td><input type="checkbox"/>食べこぼし</td> <td><input type="checkbox"/>向上 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>低下</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>口のかわき</td> <td><input type="checkbox"/>向上 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>低下</td> <td><input type="checkbox"/>むし歯</td> <td><input type="checkbox"/>向上 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>低下</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>口臭</td> <td><input type="checkbox"/>向上 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>低下</td> <td><input type="checkbox"/>歯ぐきから出血</td> <td><input type="checkbox"/>向上 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>低下</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>口の清掃</td> <td><input type="checkbox"/>向上 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>低下</td> <td><input type="checkbox"/>その他</td> <td><input type="checkbox"/>向上 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>低下</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>飲み込み</td> <td><input type="checkbox"/>向上 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>低下</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>義歯（痛み・動揺・清掃状態・管理状態）</td> <td><input type="checkbox"/>向上 <input type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>低下</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>【総合評価結果】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>①事業継続の必要性</td> <td><input type="checkbox"/>あり(継続) <input type="checkbox"/>なし(終了)</td> <td>②計画変更の必要性</td> <td><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td> </tr> </table> <p>備考：</p>							<input type="checkbox"/> かみにくさ	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 会話	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> むせ	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 食べこぼし	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 口のかわき	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> むし歯	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 口臭	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 口の清掃	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 飲み込み	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下			<input type="checkbox"/> 義歯（痛み・動揺・清掃状態・管理状態）	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下			①事業継続の必要性	<input type="checkbox"/> あり(継続) <input type="checkbox"/> なし(終了)	②計画変更の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																						
<input type="checkbox"/> かみにくさ	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 会話	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下																																																									
<input type="checkbox"/> むせ	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 食べこぼし	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下																																																									
<input type="checkbox"/> 口のかわき	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> むし歯	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下																																																									
<input type="checkbox"/> 口臭	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下																																																									
<input type="checkbox"/> 口の清掃	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下																																																									
<input type="checkbox"/> 飲み込み	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下																																																											
<input type="checkbox"/> 義歯（痛み・動揺・清掃状態・管理状態）	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下																																																											
①事業継続の必要性	<input type="checkbox"/> あり(継続) <input type="checkbox"/> なし(終了)	②計画変更の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																																									

口腔機能向上に関する記録

口腔機能
様式1(記載例)

ふりがな	かごしま まるこ	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input checked="" type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	○年 △ 月○ 日 (75) 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 2次予防 <input type="checkbox"/> 予防給付(1 2)
氏名	鹿兒島 ○子	病名・服薬等	高血圧症、腰痛症、骨粗鬆症 アダラート、		
		かかりつけ歯科医	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

1. 関係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:平成25年 ○ 月 ○ 日、記入者:○×子)

かみにくさ むせ 口のかわき 口臭 口の清掃 飲み込み 会話 食べこぼし むし歯
義歯(痛み・動揺・清掃状態・管理状態) 歯ぐきから出血 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	平成 x年 x 月 x 日	モニタリング	平成 y 年 y 月 y 日	事後	平成 z年 z 月 z 日
	記入者 ○×子 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 保健師		記入者 ○×子 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 保健師 <input type="checkbox"/> 関連職種		記入者 ○×子 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 保健師

観察・評価等	評価項目	事前	モニタリング	事後評価
①課題の確認・把握	固いもののかみにくさ	1 ない 2 ある	1	1
	お茶や汁物等によるむせ	1 ない 2 ある	2	1
	口のかわき	1 ない 2 ある	2	1
②咀嚼力(カムテスト or お食事マップ) *別紙参照	1 強 2 中 3 弱	1	1	1
③歯や義歯のよごれ	1 ない 2 ある 3 多い	2	1	1
④舌のよごれ	1 ない 2 ある 3 多い	3	2	1
⑤頬の膨らまし	1 できる 2 やや不十分 3 不十分 (右・左)	1	1	1
⑥RSST(※ 30秒間の喉頭挙上の回数)		(2) 回/30秒	(2) 回/30秒	(3) 回/30秒
⑦オーラルディアドコキネシス (10秒または5秒間で測定する)		パ(3.8)回/秒 タ(4.1)回/秒 カ(4.0)回/秒	パ(4.1)回/秒 タ(4.8)回/秒 カ(4.2)回/秒	パ(4.4)回/秒 タ(4.5)回/秒 カ(4.3)回/秒
⑧特記事項等	右下奥歯の虫歯治療が先月終わった。治療中に歯磨き方法も習った。歯間ブラシも買ったが、使っていない。			

3. 総合評価

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

1日1回、朝起きた時だけ歯磨きしていたのが、食後3回 行うようになった。歯間ブラシも使うようになり、歯磨きに時間をかけるようになった。

②課題の評価

<input type="checkbox"/> かみにくさ	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 会話	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下
<input checked="" type="checkbox"/> むせ	<input checked="" type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 食べこぼし	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下
<input checked="" type="checkbox"/> 口のかわき	<input checked="" type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> むし歯	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下
<input checked="" type="checkbox"/> 口臭	<input checked="" type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下
<input checked="" type="checkbox"/> 口の清掃	<input checked="" type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下
<input checked="" type="checkbox"/> 飲み込み	<input checked="" type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下		
<input type="checkbox"/> 義歯(痛み・動揺・清掃状態・管理状態)	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下		

【総合評価結果】

①事業継続の必要性 あり(継続) なし(終了) ②計画変更の必要性: あり なし

備考:残存歯が多く、よく治療されてはいるが、予防のためにも 年2回くらいの定期検診が望ましい。

口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録

口腔機能
様式 2

1. 口腔機能改善指導計画

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 2次予防 <input type="checkbox"/> 予防給付(1 2)			
氏名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日 生まれ ()歳
初回作成日	年 月 日	作成者氏名:		職種		
作成(変更)日	年 月 日	作成者氏名:		職種		
ご本人またはご家族の希望						
解決すべき課題・目標						

【実施計画】(実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」に記入する。)

専門職の実施項目 (専門的サービス)	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する健康教育 <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input type="checkbox"/> 口の清掃実地指導 <input type="checkbox"/> 発音、発声、呼吸 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下に関する指導・訓練 <input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導 <input type="checkbox"/> その他(
関係職種又は専門 職種の実施項目 (基本的サービス)	<input type="checkbox"/> 口の清掃支援 <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操、口腔機能向上ゲーム <input type="checkbox"/> セルフケアの確認 <input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導、食介助 <input type="checkbox"/> 発音、発声、呼吸 <input type="checkbox"/> その他(
家庭での実施項目 (セルフケア)	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input type="checkbox"/> 口の清掃の実施 <input type="checkbox"/> その他((歯 義歯 舌 その他)

2. 口腔機能向上サービスの実施記録(実施項目をチェックし、*内容を記入する。)

実施年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
担当者名:						
I. 口腔機能向上に関する健康教育						
II. 摂食・嚥下機能に関する訓練(指導)						
III. 口腔衛生に関する指導(歯・義歯・舌、支援・実施含む)						
IV. 発音・発声・呼吸に関する訓練(指導)						
V. 食事姿勢や食環境についての指導						
VI. その他 ()						

* 記入内容に関しては、実施内容例 参照

特記事項(注意すべき点、利用者の変化等)

--

口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録

口腔機能
様式2記載例

1. 口腔機能改善管理指導計画

ふりがな	かごしま まるこ	<input type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 2次予防	<input type="checkbox"/> 予防給付(1 2)	<input type="checkbox"/> 介護給付
氏名	鹿児島 〇子	<input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	〇 年 Δ 月 〇 日	生まれ (75) 歳
初回作成日	h.25年〇月〇日	作成者氏名：〇×子		職種 看護師	
作成(変更)日	年 月 日	作成者氏名：		職種	
ご本人またはご家族の希望	いつまでも みんなと、おいしく安全に食事ができるようにでありたい				
解決すべき課題・目標	娘から、口が臭いといわれる。 汁物で時々むせることがある。				

【実施計画】(実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」に記入する。)

専門職の実施項目 (専門的サービス)	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する健康教育	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操	<input checked="" type="checkbox"/> 口の清掃実地指導	<input checked="" type="checkbox"/> 発音、発声、呼吸
	<input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下に関する指導・訓練			
	<input checked="" type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導			
	<input type="checkbox"/> その他()			
関係職種又は専門 職種の実施項目 (基本的サービス)	<input checked="" type="checkbox"/> 口の清掃支援	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操、口腔機能向上ゲーム	<input checked="" type="checkbox"/> セルフケアの確認	
	<input checked="" type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導、食介助			
	<input checked="" type="checkbox"/> 発音、発声、呼吸			
	<input type="checkbox"/> その他()			
家庭での実施項目 (セルフケア)	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操	<input checked="" type="checkbox"/> 口の清掃の実施 (歯 義歯 舌 その他)	<input checked="" type="checkbox"/> その他(口の渇き改善のために、水分補給や唾液腺マッサージ、保湿剤の利用を心がけましょう)	

2. 口腔機能向上サービスの実施記録(実施項目をチェックし、*内容を記入する。)

実施年月日	h.25年〇月× 〇 年 〇月 〇 日	年Δ月〇 日	年Δ月Δ 日	年×月Δ 日	年×月〇 日
担当者名:	〇×子	〇×子	〇×子	〇×子	〇×子
I. 口腔機能向上に関する健康教育	✓ ①、②、③	✓ ④、⑤	✓ ⑥、⑦、⑧、⑨	✓ ⑩、⑪、⑫	
II 摂食・嚥下機能に関する訓練(指導)	✓ ①	✓ ①②		✓ ①、②、③	
III. 口腔衛生に関する指導(歯・義歯・舌、支援・実施含む)	✓ ①、②、③	✓ ①②③④	✓ ③	✓ ②	
IV. 発音・発声・呼吸に関する訓練(指導)	✓ ①	✓ ①②③			
V. 食事姿勢や食環境についての指導				✓ ①、②、④	
VI. その他	✓ ①		✓ ②		✓ ③

* 記入内容に関しては、実施内容例 参照

特記事項(注意すべき点、利用者の変化等)

口臭を気にして、人前では話したがらないので配慮が必要。
難聴で補聴器を使っているが、よく聞き取れない事もあるようなので 筆談も利用する。

口臭が改善されてきて、他の参加者とも笑顔で話すようになった。

I. 口腔機能向上に関する健康教育

- | | |
|------------------------|-------------------|
| ① 高齢期の口腔の特徴について | ② 口の機能について |
| ③ 口および口腔周囲の組織とその役割について | ④ 口腔疾患について |
| ⑤ 口腔疾患と全身の健康との関連について | ⑥ 口腔乾燥・口臭・唾液について |
| ⑦ 舌苔について | ⑧ 義歯について |
| ⑨ 咀嚼について | ⑩ 摂食・嚥下のメカニズムについて |
| ⑪ 摂食・嚥下障害について | ⑫ 誤嚥性肺炎について |
| ⑬ 低栄養予防について | ⑭ 廃用症候群について |
| ⑮ その他 | |

II. 摂食・嚥下機能に関する訓練(指導)

- | |
|---|
| ① 日常的にできる口腔機能向上のための訓練の指導・実施
(口腔体操・嚥下体操・顔面体操・唾液腺マッサージ など) |
| ② 咀嚼機能の向上訓練の指導・実施(舌・口唇・頬の機能の向上訓練、咀嚼機能の向上訓練 など) |
| ③ 嚥下機能の向上訓練の指導・実施(息こらえ嚥下訓練、頭部挙上訓練、喉頭挙上訓練 など) |
| ④ 口腔感覚に対する刺激訓練の指導・実施
(電動歯ブラシを使った振動刺激訓練、アイスマッサージ など) |
| ⑤ その他 |

III. 口腔衛生に関する指導(歯・義歯・舌 等～支援・実施含む)

- | |
|------------------------------|
| ① 口腔(舌清掃を含む)および義歯清掃法の指導・実施 |
| ② 口腔清掃の習慣化支援 (歯磨きカレンダー配布 など) |
| ③ 口腔清掃用具の選び方と使用方法の指導・実施 |
| ④ 洗口剤、義歯洗浄剤、歯磨剤などの使用方法の指導・実施 |
| ⑤ その他 |

IV. 発音・発声・呼吸に関する訓練(指導)

- | |
|-----------------------------|
| ① 腹式呼吸、口すぼめ呼吸等の指導・実施 |
| ② 発声練習、構音訓練等の指導・実施 |
| ③ ブローイング、プッシング訓練、咳訓練等の指導・実施 |
| ④ 呼吸筋、呼吸補助筋訓練の指導・実施 |
| ⑤ その他 |

V. 食事姿勢や食環境についての指導

- | |
|--------------------------------|
| ① 基本姿勢と食卓・椅子の選択に関する指導・実施 |
| ② 誤嚥防止姿勢に関する指導・実施 |
| ③ 食具・食器の選択、工夫に関する指導・実施 |
| ④ 咀嚼機能低下、嚥下機能低下に対する食事の工夫の指導・実施 |
| ⑤ その他 |

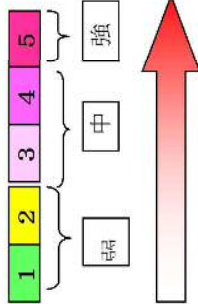
VI. その他

- | |
|--------------|
| ① 事前アセスメント実施 |
| ② モニタリング実施 |
| ③ 事後アセスメント実施 |
| ④ その他 |

咀嚼力判定ガム



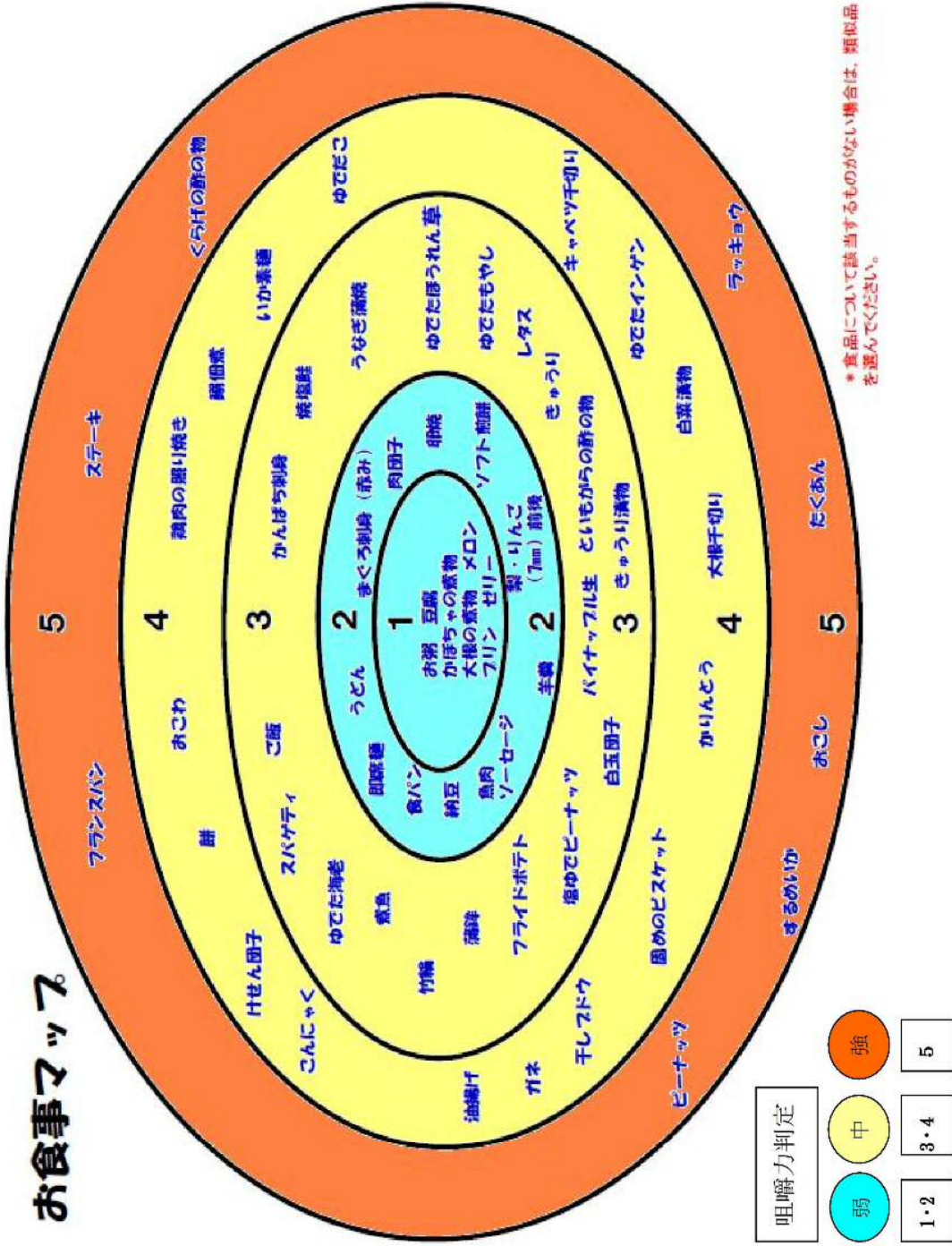
咀嚼力を評価します



咀嚼力判定ガムを2分間(義歯の場合は3分間)噛み、ガムの色で判定します。
ガムに溶け込んでいる酸味料が咀嚼によって溶け出し、それが唾液の緩衝作用によってアルカリ性となり、色を発色する仕組みになっています。

*入れ歯に付着しにくいガムベースを使用していますが、すべての方の入れ歯に付着しない訳ではありません。

お食事マップ



口腔機能向上サービス評価（集団）

平成 年度（ 市町村）

事業実地回数	教室の回数 1クール回数	回/年 回
事業参加者数人	実人員	人
	男性	人
	女性	人
	修了者	人
	中断者	人
	継続者	人

様式 1 の総合評価②課題の評価

評価項目	課題該当者数	改善	維持	低下
<input type="checkbox"/> かみにくさ	人	人	人	人
		%	%	%
<input type="checkbox"/> むせ	人	人	人	人
		%	%	%
<input type="checkbox"/> 口のかわき	人	人	人	人
		%	%	%
<input type="checkbox"/> 口臭	人	人	人	人
		%	%	%
<input type="checkbox"/> 口の清掃	人	人	人	人
		%	%	%
<input type="checkbox"/> 飲み込み	人	人	人	人
		%	%	%
<input type="checkbox"/> 義歯（痛み・動揺 ・清掃状態・管理状態）	人	人	人	人
		%	%	%
<input type="checkbox"/> 会話	人	人	人	人
		%	%	%
<input type="checkbox"/> 食べこぼし	人	人	人	人
		%	%	%
<input type="checkbox"/> むし歯	人	人	人	人
		%	%	%
<input type="checkbox"/> 歯ぐきからの出血	人	人	人	人
		%	%	%
<input type="checkbox"/> その他	人	人	人	人
		%	%	%

♪ みんなで楽しむ健口ゲーム&体操 ♪

ストローでダーツ

〔期待できる効果〕

口腔機能の改善、軟口蓋挙上機能の改善
口唇閉鎖機能の改善

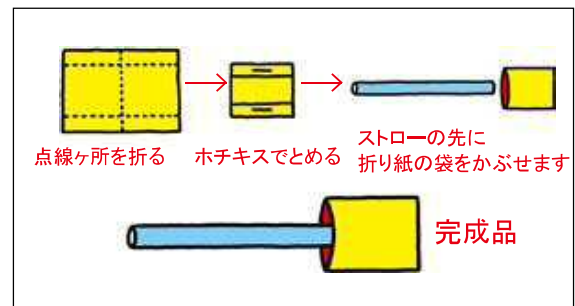
〔準備する物〕

- ・ダンボール1枚（大きさは状況に合わせて）
- ・ストロー（人数分）折り紙（6cm×4cm、人数分）

① 的を作る。

ダンボールに様々な大きさや形の穴を切り抜き、それぞれに点数をつける。

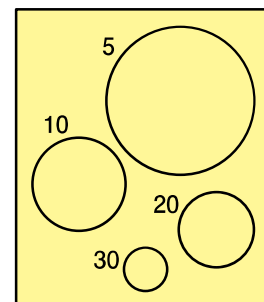
② 折り紙を半分に折り、両端を5mm程度折りホチキスで止め袋状にする。



〔ゲームの方法〕

- ① ストローの先に折り紙で作った袋をかぶせ、参加者に配る。
- ② 参加者の座った机に的を立てる。
- ③ 参加者1人ずつストローで吹き、ダンボールの穴に向かって袋を通す。
- ④ 袋を通すことのできた点数を競う。

（ストローを吹く回数は参加者の程度に応じて決める）



ボールで転がしリレー

〔期待できる効果〕

下顎閉鎖機能の改善

〔準備する物〕

- ゴム風船、紙風船、ビーチボール等参加チーム数分
- 割り箸（人数分）
- キッチンペーパーやガーゼなど（人数分）
- 輪ゴム（人数分）

割り箸の片方にキッチンペーパーやガーゼなどを巻いて輪ゴムで止める。

〔ゲームの方法〕

- ① キッチンペーパーやガーゼなどを巻いた割り箸を参加者それぞれに配る。
- ② 参加者に手を使わないことを説明する。
- ③ 参加者を幾つかのチームに分ける。(1チーム3人以上)
- ④ チームごとに横一列に並んで座る。
- ⑤ キッチンペーパーやガーゼを巻いていない方の割り箸を噛み、合図とともにその割り箸を使い風船やボールなどをうまく隣に渡すことを競う。
- ⑥ 風船やボールなどが最も早く最後の人まで着いたチームが勝ちとする。



お口でジャンケンぽん

〔期待できる効果〕

口唇運動機能の改善、舌運動機能の改善

〔ゲームの方法〕

- ① 参加者に口の形を説明する。
グー：口唇を尖らせる。
チョキ：舌を出す。
パー：口を大きく開く
進行者の出す指示に対応する口の形を参加者にしてもらおう。
- ② ・進行者が合図を送り、勝ち抜きジャンケンをする。
・チームを作り、チーム対抗勝ち抜き戦を行なう。

優勝した参加者、チームに簡単な賞賛などをする。

最下位になった参加者、チームに簡単な罰ゲームなどをする。



グー



チョキ



パー

輪ゴムリレー

[期待できる効果]

舌挙上持続力の改善、顎閉鎖機能の改善

[準備するもの]

割り箸(割り箸の口に触れる部分にガーゼを巻いておく)

輪ゴム(赤や緑など、色の付いたゴムの方が見やすい)

[ゲームの方法]

- ① グループに分かれ、横に並んで座ってもらう。
- ② 割り箸を、舌と上の歯ではさむ。
- ③ 割り箸の先に輪ゴムをかけて、順に 次の人に輪ゴムを渡していく。
- ④ その際、手は使わないようにすること



魚釣りゲーム

[期待できる効果]

呼吸機能の改善、軟口蓋挙上機能の改善

[準備するもの]

紙で作った魚(大きさ、重さの違うもの数種類)

ストロー

釣った魚を入れる容器(広告紙で作った容器などを利用)

[ゲームの方法]

- ① 紙の魚をテーブルの上に並べる。
- ② ストローで吸って釣り上げ、容器に入れる。



その際、手は使わないようにする。

- ③ 時間内に釣った魚の数を競う。
(魚の裏に点数を画いておき、点数を集計するやり方もある)

テープ引き相撲

[期待できる効果]

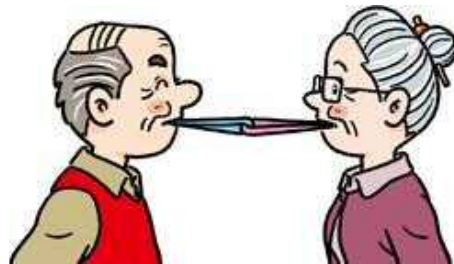
口唇閉鎖機能の改善

[準備するもの]

紙テープ

[ゲームの方法]

- ① 二人一組で向かい合わせに座る。
- ② テープを交差させ、テープの端を唇で挟む。
- ③ 合図とともに引っ張り合う。
- ④ 口からはずれたり、ちぎれた方が負けになる。



早口ことば

口の周りの筋肉をほぐし、トレーニングの効果もあります。日常的に行いましょう。

- ・ ぼうずが びょうぶに じょうずに ぼうずの えをかいた
- ・ あかまきがみ あおまきがみ きまきがみ
- ・ このたけがきに たけ たてかけた
- ・ とうきょう とつきよ きよかきよく
- ・ ぶぐばぐ ぶぐばく みぶくばぐ あわせてぶぐばぐ むぶくばぐ
- ・ となりのきやくは よく かきくきやくだ



パタカラの歌

* 「ドレミの歌」のメロディで唄いましょう。

1. パはパインのパ タはタラコのパ カはカツオのカ ラはらっきよのラ
おいしく食べて 元気にすごそう おいしく食べて 元気にすごそう

* パッパッパー タッターター カッカッカー ララララー パパパ タタタ カカカ ラララ
おいしく食べて 元気にすごそう おいしく食べて 元気にすごそう

2. パはパセリのパ タはタマゴのパ カはカボチャのカ ラはラーメンのラ
おいしく食べて 元気にすごそう おいしく食べて 元気にすごそう

* くりかえし

お口の体操

「むすんでひらいて健康体操（口唇・舌体操）」～童謡「むすんでひらいて」にあわせてやってみましょう～



おくちのたいそう
いち・にい・さん



むすんで



ひらいて



ペロだして



むすんで



またひらいて



ペロだして



そのペロはなに



ペロを 右に



ペロを 左に



ペロを グルグル
まわします



たのしくおいしく
たべましょう

作成：社団法人日本歯科衛生士会

口腔機能の保持・回復のための体操

口のまわりの筋肉を動かすことで、舌がよく動くようになり、唾液の分泌が促されます。

口腔機能を保持し回復させるための体操は、咀嚼、嚥下、発音などの機能の衰えを防ぎ、また、脳への適度な刺激で顔の表情も豊かになります。安全においしく食べるためには、食前に行う機能的口腔ケアはとても大切です。

- ゆったりとした姿勢で背筋をのばして行います



- 深呼吸しながら首の運動



顔面体操

口のまわりの筋肉を運動させたり刺激を加え、機能低下を抑え、食べこぼしなどを防止します。



- 個人個人にあったペースで
リズムカルに行いましょう



舌のストレッチ

舌の動きがスムーズになると、食べ物を咀嚼したり飲み込んだりする動きはもちろん、発音や唾液の分泌も促進されます。



口を開けたまま舌を前方に突き出す



口を大きく開けて舌を上あごにつける



口を開けたまま舌を左右に出す



口を開けて舌先で唇をなめる

唾液腺マッサージ

加齢により分泌能力が低下したり、内服薬などの影響で口が渇きやすくなります。

マッサージをして、唾液の分泌をうながしましょう。



人差し指から小指までの4本の指を頬にあて、上の奥歯のあたりを後ろから前へ向かって回す（10回）



耳下腺への刺激

親指をあごの骨の内側のやわらかい部分にあて、耳の下からあごの下まで5か所ぐらいを順番に押す（各5ずつ回）



顎下腺への刺激

両手の親指をそろえ、あごの真下から手をつきあげるようにゆっくりグーっと押す（10回）



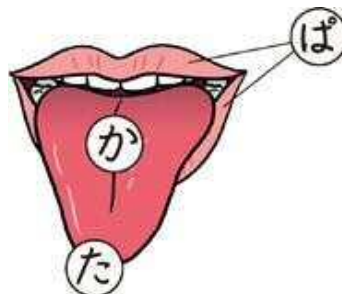
舌下腺への刺激

構音機能の強化

○発声練習

〈効果〉 主に食べこぼし、発音障害や嚥下障害などの症状が改善される。

① 「パ、パ、パ」「タ、タ、タ」「カ、カ、カ」「パ、タ、カ」を10～20回程度連続して大きく発音する。（慣れてきたら徐々に早く言うてもらう）



「パ」

- ・唇をしっかり閉じることができなければ嚥下することは難しい。
- ・唇をしっかり閉じることが食べるためには重要。

「タ」

- ・嚥下する時は、舌の先で強く口蓋を押ししている。
- ・上手に嚥下するためには、舌の前方の動きが重要。

「カ」

- ・咽頭の前側の壁は、舌の奥のほうに続く舌根部である。
- ・舌の奥の部分の機能が嚥下の際には重要。

参考文献

- お口の健康マニュアル：鹿児島県・鹿児島県歯科医師会：平成24年
- お口の健康マニュアル：鹿児島県：www.pref.kagoshima.jp
- 介護予防のための口腔機能向上マニュアル：菊谷武他：平成18年：建帛社
- 口から食べる嚥下障害Q&A：藤島一郎：平成8年：中央法規出版
- 口腔機能向上マニュアル改訂版：植田耕一郎
- 口腔ケア入門：鹿児島口腔保健協会・鹿児島県歯科医師会：平成18年
- 口腔ケアノート：公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（国診協）：
www.kokushinkyu.or.jp/

