

【口腔衛生管理加算・詳細アセスメント表】

◆担当職員名

(介護職・看護職・歯科衛生士・言語聴覚士)

1)データNo. \_\_\_\_\_ 2)検診日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 3) 回目 (事前・実施中・事後)

4) 氏名:	(男・女)	5) 生年月日: 明・大・昭	年	月	日	6) 歳						
7) 主治歯科医師名:	<診療所名>	TEL			FAX							
8) ケアマネ・保健師名:	<事業所名>	TEL			FAX							
9) 主治医名:	TEL			10) 主治の歯科衛生士名:								
11) 要介護度:	支1	支2	介1	介2	介3	介4 介5						
12) 障害高齢者日常生活自立度	自立	J	A	B	C	13) 認知症高齢者日常生活自立度	自立	I	II	III	IV	M
		1 2	1 2	1 2	1 2			a	b	a	b	

◆口腔機能アセスメント表 (下記の項目でサービス対象者を選別します)

14) 認定調査3項目	(できる or 自立)以外に該当するか (見守り、出来ない、一部・全介助など)	・嚥下	・食事摂取	・口腔清潔			
15) 基本チェックリスト	・半年前に比べて固い物が食べにくくなった ・お茶や汁物等でむせることがある ・口の渴きが気になる	*一つでも該当すれば ⇒ サービス対象者  *2項目以上に該当すれば ⇒ サービス対象者					
*以下の項目の1に該当したら ⇒ サービス対象者							
16) 口腔内や義歯の衛生状態:	1 不良	2 良好	17) 口臭:	1 強い	2 少しあり	3 なし	
18) 舌 苔:	1 多量	2 あり	3 なし	19) 頬のふくらまし:	1 不十分	2 十分	
20) 咬筋緊張度の触診:	(右)1無し or 弱	2 強	(左)1無し or 弱	2 強	21) 舌運動:	1 不可能 or 不完全	2 可能

●参考項目(必ずしもアセスメントは不要、必要に応じて行う)

22) オーラルディアドコネシス (パ・タ・カをそれぞれ 10 秒間に言える回数を測定し、1 秒間あたりに換算) :	パ( )回/秒	タ( )回/秒	カ( )回/秒				
23) 食事への意欲:	1 ない	2 あまりない	3 ある	24) ここ1ヶ月の発熱の有無:	( )回/月		
25) RSST (30秒間に唾液を嚥下できる回数):	1 3回未満	2 3回以上					
26) 食べこぼし:	1 多量	2 多少	3 なし	27) 発声機能:	1 明瞭	2 一部不明瞭	3 聞き取り難
28) 食物形態:	1 常食	2 軟食	3 きざみ	4 ペースト(流動)	5 経管	6 その他( )	

◆歯科詳細情報【口腔内の状態と歯式】

29) 残存歯数	本																	
30) 義歯の状態:	1 なし	2 良好																
	3 破損	4 不適合																
	5 咬合に問題	6 使用せず																
31) 歯肉炎:(G1)	1 なし	2 軽度	3 中程度	4 重度														

右								左							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

【昇目の内側は歯式、外側は歯牙・歯肉の状態、付加情報・動揺度などを記載して下さい。】