

【口腔機能アセスメント表及び連携連絡票について】

«作成に至った背景»

地域ケア会議を実施する中で、医療と介護の連携や介護支援専門員の口腔に関するアセスメント力の不足、歯科受診が必要と思われるケースへのアプローチが難しいなどの課題が挙がりました。

また、令和3年4月に実施した多職種研修においても同様の意見があり、口腔機能アセスメント表の作成の必要性を感じました。

«口腔機能アセスメント表について»

- ・項目に沿って聞き取りができるように表にしています。詳細は記載例を確認ください。
- ・口腔機能に関するリスク項目を設定し、一定数以上が該当すれば、“口腔機能低下のリスク”があるとして判断され、介護支援専門員から対象者へ歯科受診が必要な状態であることが説明でき、歯科受診を促しやすいようになっています。
- ・アセスメントの内容を歯科医師が確認でき、診療の参考にしていただくことができます。
- ・作成にあたっては、武雄杵島地区歯科医師会及び佐賀県歯科衛生士会西部地区にご協力いただきました。

«連携連絡票について»

- ・担当ケアマネジャーの氏名や連絡先を記載することで、担当者が誰かがわかり、連携を取りやすくなることを目的に連携連絡票を作成しました。

«使用上の手順»

- 1 担当ケアマネジャー等が担当する高齢者と面談した際に、本アセスメント表を用いて口腔機能のアセスメントを実施
↓
- 2 アセスメント結果を本人へ説明。受診が必要は判断された場合は、歯科受診を勧める
↓
- 3 担当ケアマネジャー等が連携連絡票に必要事項を記入し、口腔機能アセスメント表と連携連絡票を本人へ渡す
↓
- 4 歯科受診する際に、本人が連携連絡票と口腔機能アセスメント表を歯科医院へ提出
↓
- 5 担当される歯科医が確認
↓
- 6 必要に応じて、歯科医より担当ケアマネジャー等へ連絡

※本アセスメント表を使用する中で修正が必要な点等がございましたら、下記までご連絡ください

【お問合せ先】

武雄市地域包括支援センター

〒843-8639 武雄市武雄町大字昭和12-10（武雄市役所健康課内）

TEL:0954-23-9135、FAX:0954-23-8274

《口腔機能アセスメント表》

実施日：令和 年 月 日

底 名： 樣

1 噫む		チ ェ ッ ク	備 考	リスク項目
① かかりつけ歯科医		□なし □ある →() ※最終受診日:		
② 口の中の状況(自歯、入れ歯)		□ 自分の歯のみ →(本) ※20本未満の場合 □ 部分入れ歯 →(部位:) □ 総入れ歯 →(□上 □下)		A
③ 入れ歯の使用状況		□いつも使う □食事の時のみ使う □食事以外の時のみ使う □使っていない		A
④ 固い物を食べることはできますか		□食べられる □多少は食べられる □食べられない		B
⑤ 頬の膨らましはできますか		□左右同じようにできる □片方だけできる □できない		
2 飲み込み		チ ェ ッ ク	備 考	リスク項目
⑥ 食べ物や飲み物でムせますか		□ない □時々ある □いつもある		C
⑦ 食事中や食後の咳はありますか		□ない □時々ある □いつもある		C
⑧ 舌を口唇より前に出せますか		□口唇より1cm以上前に出る □口唇をなめれる □出せない		D
⑨ 舌を出して左右に動かせますか		□できる □できない		D
⑩ 口や口唇の渴きはありますか		□ない □時々ある □いつもある		E
⑪ 食後に口の中に食べ物が残りますか		□ない □時々ある □いつもある		F
⑫ 食事中に食べこぼしがありますか		□ない □時々ある □いつもある		F
3 口腔ケア		チ ェ ッ ク	備 考	リスク項目
⑬ 歯や入れ歯の清掃		□1日3回 □2回 □1回 □しない		G
⑭ 歯や入れ歯の汚れ		□なし、少量 □中程度 □多量		G
⑮ 舌の汚れ		□なし、少量 □中程度 □多量		G
⑯ 口臭はありますか		□ない □弱い □強い		G
4 食事		チ ェ ッ ク	備 考	リスク項目
⑰ 美味しく食べていますか		□美味しい □普通 □美味しいない		
⑱ 残食量はどれくらいですか		□なし、少量 □中程度 □多量		
⑲ 食事中の姿勢		□正座 □椅子 □車いす		
⑳ 間食の有無		□なし □あり		

【口腔機能低下リスクチェック】

下線部の選択肢にチェックがついた項目に1つでも該当した項目に○をつけ、その合計が3項目以上あれば歯科治療をおすすめする必要があると判断する。

【 口腔機能アセスメント表記載上の留意点 】

A	咬合力低下	物体を噛み締める顎の力が低下している状態
B	咀嚼機能低下	食べ物を噛み、飲み込む準備をする機能が低下している状態
C	嚥下機能低下	飲み込む力が低下している状態
D	舌口唇運動機能低下	舌や口唇を動かす機能が低下している状態
E	口腔乾燥	口腔内が乾燥している状態
F	低舌圧	食べ物を送る舌の力が弱っている状態
G	口腔衛生状態不良	口腔内の衛生面が良くない状態

1 噙む		
①	かかりつけ歯科医	・かかりつけ医を記入。以前通っていたが今は受診していない等あれば備考欄へ ・かかりつけ医がある場合は、最終受診日を確認する
②	口の中の状況(自歯、入れ歯)	・歯の状況を確認する。歯が残っている場合でも、20本未満であればリスク項目にチェックする ・入れ歯を使用している場合はその状況を確認。入れ歯の写真があれば尚良
③	入れ歯の使用状況	・日中、入れ歯をどれくらいの頻度で着用しているかを確認する。
④	固い物を食べることはできますか	・固い物=「たくあん」程度の固さのものと捉える。 ・固いものが食べにくくなるなど噛む力が弱くなると、咀嚼機能(食物をかみ砕く力)が低下する。 ・食形態が変わることで、食物の種類や摂取量が制限されるため、低栄養の要因となる。
⑤	頬の膨らましはできますか	・頬の膨らましをしてもらい、その状況を確認する。うかいの状況なども参考にする ・頬の膨らましは、舌口蓋閉鎖、口腔を咽頭と遮断することで行う。 ・膨らましが不十分な場合は、口唇の閉鎖機能低下、軟口蓋や舌後方の動きの悪化が疑われる
2 飲み込み		
⑥	食べ物や飲み物でムせますか	・「いつもある」は『毎日』『毎回』と考える。 ・ムセは嚥下機能が低下しており、誤嚥性肺炎や気道感染、窒息などの危険性がある
⑦	食事中や食後の咳はありますか	・食事中や食後の痰がらみ音、声のかすれの有無を確認する。普段の状況で判断。 ・痰がらみの出現は上気道感染の1つのサインと言われている。 「いつもある」は…(頻度を解説する)
⑧	舌を口唇より前に出せますか	・本人に舌を出してもらい、口唇より前に出せるか、その状況を確認する。
⑨	舌を出して左右に動かせますか	・本人に舌を左右に動かしてもらい、その状況を確認する
⑩	口や口唇の渴きはありますか	・本人に聞き取りし、本人の主観で判断
⑪	食後に口の中に食べ物が残りますか	・口腔内を観察し、食物残渣の口腔内全体の量を確認
⑫	食事中に食べこぼしがありますか	・口唇閉鎖が十分でないと咀嚼中に食べこぼしが見られる。嚥下の際に口唇閉鎖ができないと口腔内圧が適正に保たれずに飲み込みづらくなる。
3 口腔ケア		
⑬	歯や入れ歯の清掃	・歯や入れ歯の清掃状況を確認。1日3回以上の場合は「3回」をチェック。 ・歯磨き、うかい、義歯洗浄などの行為ができているか。 ・「しない」場合はその理由を備考欄に記載する
⑭	歯や入れ歯の汚れ	・口腔内に汚れがあると、歯周病などの原因となる
⑮	舌の汚れ	・唾液の減少などの影響により、口腔の洗浄作用が低下。舌表面が食べかすなどが溜まる ・舌を出してもらい、表面の白さで判断
⑯	口臭はありますか	・通常の会話をする距離(30cm)で、口臭が感じられるか。清潔状態不良の恐れ ・弱い=口臭はあるが、弱く我慢できる、会話に差し支えない程度。 ・強い=近づかなくても口臭を感じる。会話ににくく、思わず息を止めたくなる程度。
4 食事		
⑰	美味しく食べていますか	・本人に聞き取りし、本人の主観で判断
⑱	残食量はどれくらいですか	・本人に聞き取りし、本人の主観で判断
⑲	食事中の姿勢	・食事中にどのような姿勢なのかを確認。状況により様々な場合は頻度が高いものを選択する。 ・まっすぐ座って食べられる、食べられないかを確認し、必要に応じ備考欄に記載
⑳	間食の有無	・間食ありの場合は、その内容(1日に何回?どれくらいの量?何を食べている?)を備考欄に記入

«記載例»

«口腔機能アセスメント表»

実施日：令和〇年〇月〇日

氏名：武雄 太郎 様

1 噫む	チエック	備考	リスク項目
①かかりつけ歯科医 ②口の中の状況(自歯、入れ歯) ③入れ歯の使用状況 ④固い物を食べることはできますか ⑤頬の膨らましはできますか	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある →() ※最終受診日:	下線部のチェック項目に該当したら、右端のリスク項目に〇をつける	
	<input type="checkbox"/> 自分の歯のみ →(本) <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 →(部位:)	A	
	<input checked="" type="checkbox"/> 総入れ歯 →(□上 □下)	A	
	<input type="checkbox"/> いつも使う <input checked="" type="checkbox"/> 食事の時のみ使う <input type="checkbox"/> 食事以外の時のみ使う <input type="checkbox"/> 使っていない	B	
	<input type="checkbox"/> 食べられる <input checked="" type="checkbox"/> 多少は食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない		
⑥食べ物や飲み物でムせますか ⑦食事中や食後の咳はありますか ⑧舌を口唇より前に出せますか ⑨舌を出して左右に動かせますか ⑩口や口唇の渴きはありますか ⑪食後に口の中に食べ物が残りますか ⑫食事中に食べこぼしがありますか	<input checked="" type="checkbox"/> 左右同じようにできる	具体的な内容や特記事項等は備考欄に記入する	
	<input type="checkbox"/> 片方だけできる <input type="checkbox"/> できない		
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input checked="" type="checkbox"/> いつもある	C	
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input checked="" type="checkbox"/> いつもある	C	
	<input type="checkbox"/> 口唇より1cm以上前に出る <input checked="" type="checkbox"/> 口唇をなめる <input type="checkbox"/> 出せない	D	
⑬歯や入れ歯の清掃 ⑭歯や入れ歯の汚れ ⑮舌の汚れ ⑯口臭はありますか	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	D	
	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> いつもある	E	
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input checked="" type="checkbox"/> いつもある	F	
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input checked="" type="checkbox"/> いつもある	F	
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 弱い <input checked="" type="checkbox"/> 強い		
2 飲み込み	チエック	備考	リスク項目
⑰美味しく食べていますか ⑱残食量はどれくらいですか ⑲食事中の姿勢 ⑳間食の有無	<input type="checkbox"/> 美味しい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 美味しい	就寝前に入れ歯を洗う	
	<input checked="" type="checkbox"/> なし、少量 <input type="checkbox"/> 中程度 <input checked="" type="checkbox"/> 多量	G	
	<input type="checkbox"/> なし、少量 <input type="checkbox"/> 中程度 <input checked="" type="checkbox"/> 多量	G	
	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> 強い	G	
	<input checked="" type="checkbox"/> 美味しい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 美味しい		
	<input checked="" type="checkbox"/> なし、少量 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 多量		
	<input type="checkbox"/> 正座 <input checked="" type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 車いす		
⑳間食の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	リスク項目で該当した項目を下表に反映させる	

【口腔機能低下リスクチェック】

下線部の選択肢にチェックがついた項目に1つでも該当した項目に〇をつけ、その合計が3項目以上あれば歯科治療をおすすめする必要があると判断する。

A	B	C	D	E	F	G	チェック数
咬合力低下	咀嚼機能低下	嚥下機能低下	舌口唇運動機能低下	口腔乾燥	低舌圧	口腔衛生状態不良	
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 /7

3つ以上に該当すれば“口腔機能低下のリスク”があり、歯科治療の必要があると説明する

令和 年 月 日

(宛先)

医療機関名	
医師名	先生 御机下

連携連絡票

《歯科受診が必要と思われる高齢者について》

【対象者名】

ふりがな	
氏名	
生年月日	大正・昭和 年 月 日
住所	武雄市 町大字 番地
連絡先	

下記の方に対して口腔アセスメントを実施したところ、歯科受診が必要と判断されるチェック項目に該当しましたので、ご本人に対し歯科受診を促しています。詳細につきましては、アセスメント表を同封していますのでご確認ください。

なお、紹介者である私の情報は下記の通りとなっております。何かご不明な点がございましたらご連絡ください。

また、ご本人が受診されましたら、電話でご一報いただけすると幸いです。
何卒よろしくお願ひします。

対象者との関係	担当ケアマネジャー・その他()
ふりがな	
氏名	
事業所名	
連絡先	
備考	

記載例

令和 年 月 日

(宛先)

医療機関名	○○歯科医院	
医師名	○○	先生御机下

医療機関名等を記入

連携連絡票

«歯科受診が必要と思われる高齢者について»

【対象者名】

ふりがな	たけお たろう
氏名	武雄 太郎
生年月日	大正・昭和 10年 10月 10日
住所	武雄市 武雄町大字武雄○○○○番地○○
連絡先	○○-○○○○

対象者の氏名等を記入

下記の方に対して口腔アセスメントを実施したところ、歯科受診が必要と判断されるチェック項目に該当しましたので、ご本人に対し歯科受診を促しています。詳細につきましては、アセスメント表を同封していますのでご確認ください。

なお、紹介者である私の情報は下記の通りとなっております。何かご不明な点がございましたらご連絡ください。

また、ご本人が受診されましたら、電話でご一報いただけると幸いです。
何卒よろしくお願ひします。

対象者との関係	担当ケアマネジャー・その他()
ふりがな	ほうかつ いちろう
氏名	包括 一郎
事業所名	武雄市地域包括支援センター
連絡先	0954-23-9135
備考	

担当職員(ケアマネジャー、包括職員など)
の情報を記載する