

表4 基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
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	日用品の買い物をしていますか	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あがっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分くらい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「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれますか	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

(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。

図4 口腔機能チェックシート(例)

◆ 口腔機能向上プログラムの目的とは？

「食べる」「話す」「笑う」「呼吸する」など、私たちが生きていく上で重要な役割を果たしているのが口腔機能です。食べ物をかむ機能や飲み込む機能は年を重ねるにつれて低下します。「固いものがかみにくい」「口がかわく」「むせることが多くなってきた」などを感じたとき、「とし」だからとあきらめてはいませんか？ その口腔機能低下に歯止めをかけることが、口腔機能向上プログラムの目的です。

以下に示すチェックシートを使って、ご自分の「口腔機能」をチェックしてみてください。また、ご自分では気がつかないことがあるので、ご家族や介護者の方、ケアプラン作成担当者の方も「注意する点」を確認してください。

ご本人様（ご家族様）へのお尋ね

①から⑪まであてはまる方に○をつけて下さい。

- | | | |
|----------------------------------|--------------|----------|
| 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薬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ますか | 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噛みしめられますか | | |
| 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 |

注意する点

- | | | |
|-------------------------------|--------|--------|
| A. 汚れ（歯、入れ歯、舌） | 1. あり | 2. なし |
| B. 口臭 | 1. あり | 2. なし |
| C. 口元の表情の豊かさ（笑顔） | 1. 乏しい | 2. 豊か |
| D. 会話の問題（発音がはっきりしない、しゃべりにくい等） | 1. あり | 2. なし |
| E. 飲み込んだ後の口の中に食べ物が残っている | 1. はい | 2. いいえ |

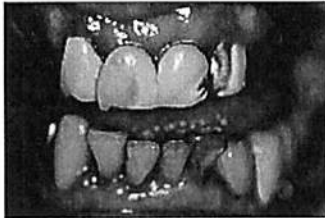
（1、1 a、1 b）のいずれかがある場合は口腔機能が低下している可能性が高く、口腔機能向上サービスの利用について検討する必要があります。

図5 注意する点の見方

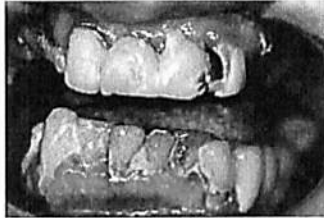
A. 汚れ（歯、入れ歯、舌）

○歯や入れ歯の汚れ

歯に汚れがない



歯に汚れがある



入れ歯に汚れや食べ物がある

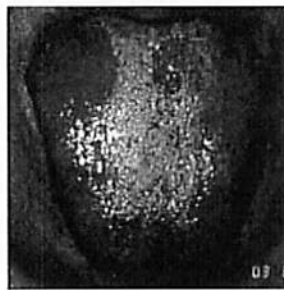


○舌のよごれ

舌に汚れがない



舌に汚れがある



舌に多くの汚れがある



B. 口臭

あり：通常の会話をする距離で、気になる口臭がしばしば感じられる。

ニンニク等の食事によりたまに気になる口臭がある場合は「なし」とする。

C. 口元の表情の豊かさ（笑顔）

乏しい：笑顔が少ない。笑顔がわかりにくい。表情を変えることが少ない。

D. 会話の問題（発音がはっきりしない、しゃべりにくい等）

あり：発音がはっきりしなくなった。舌がもつれる。話す早さが遅くなった。会話が減った。

声が枯れるようになった。声が小さくなった。

E. 飲み込んだ後の口の中に食べ物が残っている。

はい：「ごっくん」と食べ物を飲み込んだ後に「唇と歯ぐきの間」、「舌と歯ぐきの間」「入れ歯と歯ぐきの間」に食べ物がある場合

食後にうがいをしたときに吐き出した水に食べ物が含まれている場合

入れ歯をはずしたときに入れ歯に食べ物がついている場合

ハイリスクアプローチ

基本チェックリストに関する質問	機能評価計 ()
半年前に比べ硬いものが食べにくくなりましたか 0:いいえ、1:時々、2:はい	咀嚼機能評価 A ()
お茶や汁等でむせることがありますか 0:いいえ、1:時々、2:はい	嚥下機能評価 B ()
口の渇きが気になりますか 0:いいえ、1:時々、2:はい	肺炎リスク評価 C ()

[基本メニュー] + [チェック項目別メニュー] =
すべて 必要に応じて、1～4項目

※ABC のいずれかが、1点以上の場合

健口体操

1. 深呼吸
2. 首・肩の運動
3. 顔の運動
4. 頬の運動
5. 舌の運動
6. 下顎の運動
7. 生活指導

- パタカラの発音(A=2)
- 舌機能訓練 (A=1,2)
- 歯科受診の薦め(A=1,2)
- 咀嚼に合った調理 (A=1)
- 腹式呼吸の練習(B=1,2)
- 咳の練習 (B=1,2)
- 感覚の刺激 (B=2)
- 調理形態の指導 (B=2)
- 食事環境・食材工夫(C=2)
- 水分摂取や食事指導(C=2)
- 唾液腺マッサージ(C=1,2)
- 保湿剤や人工唾液 (C=2)

名前: _____
(効果) = 判定

よく噛めて、食べられる食品も増える。 美味しく味わって、食べる楽しみが増す。	改善 やや改善 不変 悪化
誤嚥が減少し、肺炎や感染の危険性が減る。 呼吸が楽になり、食事や会話が楽しめる。	改善 やや改善 不変 悪化
乾燥の改善で、咀嚼や嚥下が改善し、誤嚥が減少する。抗菌・消化作用が期待できる。	改善 やや改善 不変 悪化

※ 各項目のチェック点数に応じて、基本メニューに項目別メニューを足して、プランを策定する。

合計点数: 4点以上=要注意、 2～3点=注意、 1点=必要に応じてリハビリ、 0点:健康

お口のケアについて

名 前	様
目 標	
ケア方法	口の清掃について 1 2 3 食事について 1 2 3 健口体操 1 2 3 4 5



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（様式例）

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		☐ 非該当 要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 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	3 ふつう 5 おいしくない		
	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 ふつう 5 摂れていない		
	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	☐ なし ☐ 有り ☐ 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） ☐ 1～数ヶ月に1回程度のメインテナンス等（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）	

図 8 様式例の記入例

口腔機能向上サービスの記録 アセスメント・モニタリング・評価

別紙 1

ふりがな	しば〇 き〇こ	性別	男	年齢	5年	10月	11日生まれ	78歳
氏名	柴〇 宮〇子	要介護度・病名等	要支援2・高血圧					
		かかりつけ歯科医	あり 〇なし					
		入れ歯の使用	あり 〇なし					
サービスの説明 と同意の記録	開始時	平成20年 8月 4日	同意者	本人 家族・その他()				
	終了時	平成20年10月26日	同意者	本人 家族・その他()				
			担当者	水〇啓〇				

1. 関連職種等による質問と観察

(実施期間中に少なくとも1回記入。1回目：平成20年 8月4日 2回目：平成20年10月19日)

質問項目・観察項目等		評価項目		1 回目	2 回目
質問	①固いものは食べにくいですか	1.いいえ 2.はい		1	1
	②お茶や汁物でむせることがありますか	1.いいえ 2.はい		2	2
	③口が渇きやすいですか	1.いいえ 2.はい		2	1
	④自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	1.両方でできる 2.片方だけできる 3.どちらでもできない		1	1
	⑤全体的にみて、過去1ヶ月間のあなたの健康状態はいかがですか	1.最高によい 2.とても良い 3.良い 4.あまり良くない 5.良くない 6.ぜんぜん良くない		4	3
	⑥お口の健康状態はいかがですか	1.よい 2.やや良い 3.ふつう 4.やや悪い 5.悪い		3	2
	⑦口臭	1.ない 2.弱い 3.強い		2	1
	⑧自発的な口腔清掃習慣	1.ある 2.多少ある 3.ない		2	1
	⑨むせ	1.ない 2.多少ある 3.ある		3	3
	⑩食事時の食べこぼし	1.ない 2.多少ある 3.多い		2	1
観察	⑪表情の豊かさ	1.豊富 2.やや豊富 3.ふつう 4.やや乏しい 5.乏しい		3	2
	特記事項等※1				

2. 専門職による課題把握のためのアセスメント、モニタリング (事前、モニタ、事後でそれぞれ記入)

事前	平成20年 8月 4日	モニタ リング※ 2	平成20年 9月 15日	事後	平成20年 10月 26日		
	記入者 水〇 啓〇		記入者 水〇 啓〇		記入者 水〇 啓〇		
	☐ 言語 聴覚士 ☐ 歯科 衛生士 ☐ 看護師		☐ 言語 聴覚士 ☐ 歯科 衛生士 ☐ 看護師		☐ 言語 聴覚士 ☐ 歯科 衛生士 ☐ 看護師		
観察・評価等		評価項目			事前	モニタ	事後
①右側の咬筋の緊張の触診（咬合力）		1強い 2弱い 3無し			1	1	1
②左側の咬筋の緊張の触診（咬合力）		1強い 2弱い 3無し			1	1	1
③歯や歯茎のよごれ		1ない 2ある 3多い			3	2	2
④舌のよごれ		1ない 2ある 3多い			3	2	1
⑤RSSSTの慣習時間 （専門職の判断により必要に応じて実施）		1 回目（ ）秒 2 回目（ ）秒 3 回目（ ）秒			1（－） 2（－） 3（－）	1（－） 2（－） 3（－）	1（－） 2（－） 3（－）
⑥オーラルディアドコネシス （専門職の判断により必要に応じて実施）		パ（ ）回/秒 タ（ ）回/秒 カ（ ）回/秒			パ（－） タ（－） カ（－）	パ（－） タ（－） カ（－）	パ（－） タ（－） カ（－）
⑦ブクブクうがい（空ブクブクでも可）		1できる 2やや不十分 3不十分					
⑧特記事項等※1	軽度の認知症のため⑤⑥は実施せず						
⑨同意点	☐ かむ ☐ 飲み込み ☐ 口のかわり ☐ 口臭 ☐ 歯みがき ☐ 食べこぼし						
	☐ むせ ☐ 会話 ☐ その他（ ）						

※1 対象者・利用者の状況により質問項目・観察項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

※2 モニタリングは、利用開始日の翌月の結果をモニタリングの欄に記録する。

3. 総合評価

①口腔機能向上サービスの利用前後の比較であてはまるものをチェック

☐ 食事がよりおいしくなった	☐ 薄味がわかるようになった	☐ かめるものが増えた
☐ むせが減った	☐ 口の渇きが減った	☐ かみしめられるようになった
☐ 食事時間が短くなった	☐ 食べこぼしが減った	☐ 薬が飲みやすくなった
☐ 口の中に食べ物が残らなくなった	☐ 話しやすくなった	☐ 口臭が減った
☐ 会話が増えた	☐ 起きている時間が増えた	☐ 元気になった
☐ その他()		

②事業またはサービスを継続しないことによる口腔機能の新しい低下のおそれ ☐ あり ☐ なし

③事業またはサービスの継続の必要性 ☐ あり(継続) ☐ なし(終了)

④計画変更の必要性 ☐ あり ☐ なし

⑤備考

図 9 様式例の記入例

口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録

別紙2

ありがな	しば きこ	☐ 男	☐ 明	5	年	10	月	11	日	生まれ
氏名	柴 喜子	☒ 女	☒ 大 昭							

1. 口腔機能改善管理指導計画（平成20年 8月 4日 作成）※1

①（柴 喜子）様のご希望・目標	②作成者氏名（職種）	水 啓（歯科衛生士）
③口がかわきやすくなり不快なので、口のかわきを良くしたい。		
④備考		

⑤ 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」にチェックし、記入する）

⑥専門職 実施項目	☒ 口腔機能向上に関する情報提供	☒ 口腔体操・嚥下体操
	☒ 口腔清掃の指導 ☐ 口腔清掃の実施	☒ 唾液腺マッサージ
⑦関連職種 実施項目	☒ 機能訓練 ☐ かむ ☒ 飲み込み ☐ 発音・発声 ☐ 呼吸	☐ その他（ ）
	☒ 口腔体操・嚥下体操 ☒ 口腔清掃の支援 ☒ 実施確認 ☐ 声かけ ☐ 介助	☐ その他（ ）
⑧家庭での 実施項目	本人 ☒ 口腔体操・嚥下体操 ☒ 口腔清掃の実施 ☒ その他 唾液腺マッサージ	
	介護者 ☒ 口腔清掃の支援 ☒ 確認 ☐ 声かけ ☐ 介助 ☐ その他	

2. 口腔機能向上サービスの実施記録※2

①専門職の実施（実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。）

実施日	H20.8.4	H20.9.15	H20.10.26			
担当者名	水 啓	水 啓	水 啓			
口腔機能向上に関する情報提供	レ	レ	レ			
口腔体操・嚥下体操等	レ	レ	レ			
口腔清掃の指導	レ	レ	レ			
口腔清掃の実施	レ					
唾液腺マッサージ(指導)	レ	レ	レ			
咀嚼機能に関する訓練(指導)						
嚥下機能に関する訓練(指導)	レ	レ	レ			
発音・発声に関する訓練(指導)						
呼吸に関する訓練(指導)	レ	レ	レ			
食事姿勢や食環境についての指導	レ	レ	レ			
特記事項（注意すべき点、利用者の変化等）						
唾液の量が増え、口腔乾燥による不快感が改善された。						

②関連職種の実施（実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。）

関連職種 実施項目	☒ 口腔体操・嚥下体操 ☒ 口腔清掃の支援 ☒ 実施確認 ☐ 声かけ ☐ 介助
	☐ その他（ ）
特記事項（利用者の変化、専門職への質問等）	
ご自宅でも唾液腺マッサージを実行されている。お元気になった。	

※1：内容を通所介護計画、通所リハ計画、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハ計画に記載する場合は不要。

※2：サービスの提供の記録において、口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は不要。

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

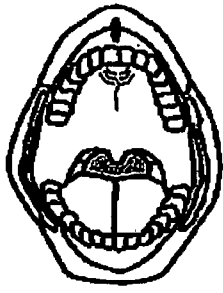
【I】

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	齲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

齲歯の状況	☐ なし ☐ 有り ☐ 上顎 ☐ 全部床齲歯 ☐ 部分床齲歯 ☐ 下顎 ☐ 全部床齲歯 ☐ 部分床齲歯	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		

報告書

様式3

毎月ご記入いただき、最終月に
十勝歯科医師会へご提出いた
だくものです。

氏名		(ふりがな) まるまる まるお 〇〇 〇男		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			
				〇月 〇日	問題チェック	月 日	問題チェック	月 日	問題チェック	月 日	問題チェック				
衛生	歯科医師または歯科衛生士	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	3	☒		☐		☐		☐		☐		
		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	☒	記入例									
		5 口腔衛生の支援の必要性	1 必要がない 2 一部必要 3 必要	2	☒										☐
		6 ここ1か月の発熱回数	(回/月)	0	☐		☐		☐		☐				
		7 口臭	1 ない 2 弱い 3 強い	1	☐		☐		☐		☐				
機能	歯科医師または歯科衛生士	1 反復唾液嚥下テストの積算時間	1 回目() 2 回目() 3 回目()	1 (10) 秒 2 (30) 秒 3 () 秒	☒	1 () 秒 2 () 秒 3 () 秒	☐	1 () 秒 2 () 秒 3 () 秒	☐	1 () 秒 2 () 秒 3 () 秒	☐				
		2 オーラルディアドコキネシス	パ () タ () 力 ()	パ (3) 回 タ (2) 回 力 (3) 回	☒	パ () 回 タ () 回 力 () 回	☐	パ () 回 タ () 回 力 () 回	☐	パ () 回 タ () 回 力 () 回	☐				
		3 頬の膨らまし	1 左右十分可能 2 やや不十分 3 不十分	2	☒		☐		☐		☐				
主観的健康感について 現在の健康感であてはまる番号に○を記入(サービス提供前の終了時)				1 2 3 4 5 よい まあよい ふつう あまりよくない よくない					1 2 3 4 5 よい まあよい ふつう あまりよくない よくない						
評価		問題チェックの数		8 /10		/10		/10		/10		/10			
計画変更の必要性				☒ 無 ☐ 有		☐ 無 ☐ 有		☐ 無 ☐ 有		☐ 無 ☐ 有		☐ 無 ☐ 有			
本人の満足度		2 3 4 5 大変満足 満足 普通 やや不満 不満													
総合評価		モニタリング上口腔機能が向上が見られる。対象者の食のQOLも向上し、目標を達成した。 1. 向上 2. 維持 3. 低下 4. 中断													

() さんの口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画（例）

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

介護予防「口腔機能の向上プログラム」事業原簿

H19年3月

毎月歯科医師会にご提出いただくものです。複数の方が利用された場合も1枚にあわせてご記入ください。

様式4

実施日	18日	21日	日	日	日
利用者氏名	帯広太郎	川西華子			
内容	歯の手入れ・ブラッシング指導 歯つらつ体操の実施・発声訓練	唾液腺マッサージ・舌の清掃	記入例		
実施日	日	日	日	日	日
利用者氏名					
内容					
医療機関名 帯広歯科クリニック			実施人数	合計	2 人

作成担当者名 十勝●子

作成担当者は歯科医師または歯科衛生士様のお名前をご記入ください。印鑑捺印は不要です。

図 6-1 <説明用チャート>

口腔機能のチェックシートで、次の項目に該当した方は・・・

- | | |
|--------------------|-------------------------------|
| ①固いものが食べにくくなりましたか | 1. はい |
| ②食事にかかる時間は長くなりましたか | 1. はい |
| ③左右の奥歯でかみしめができますか | 1 a. どちらもできない
1 b. 片方だけできる |
| c. 口元の表情の豊かさ | 1. 乏しい |



食べ物を噛んで処理する働き（咀嚼機能）が
低下しているようです

柔らかいものばかり食べていると筋肉の力がますます弱くなります。かむ力が弱くなると食事に長い時間がかかるようになります。

唇の筋肉が弱くなり、唇の端を引き上げられない場合は、笑顔には見えません。



「口腔機能の向上」の口の体操やかむトレーニングでかむ筋肉を鍛え、筋肉の力が強くなります。トレーニングは、まず専門のスタッフに指導を受けてから始めましょう。



図 6-2 よくかむことにはこんな効果があります！！

元気な笑顔になります

脳が刺激されます

かむときに働く口の周りの頬の筋肉は笑顔になるときも働くので、かむことにより顔の表情筋のトレーニングにもなります。

ガムをかむと眠気が少なくなることからわかるように、かむことにより脳が刺激を受け、活発に働くようになります。

食べ物がおいしくなります

食べ物本来の味はかみ砕かれて唾液に溶け出してから、舌の味を感じる器官（味蕾）で感じられます。かんだときに感じる歯触り（食感）はおいしさの大きな要素です。

つば（唾液）が多く出て
飲み込みやすくなります

かむことにより口や頬の筋肉がよく動き、その刺激で唾液が多く出ます。高齢になると唾液が少なくなりがちなので、出る量を増やすことが大切です。

かみ砕かれた食べ物は、つばによりまとめられて、軟らかいかたまりとなって、飲み込みやすい状態になります。

言葉の発音をはっきりします

発音に関係する唇や舌の筋肉が、よくかむことにより鍛えられます。

胃腸での消化吸収を助けます

よくかむことにより食べ物が細かく砕かれて、胃での消化が楽にできるようになります。かむ刺激が脳に伝わると、胃液が出るようになります。

図 6-3 口腔機能のチェックシートで、次の項目に該当した方は・・・

- | | |
|-------------------------------|-------|
| ③口がかわきやすいですか | 1. はい |
| ⑤話すときに舌がひっかかりますか。 | 1. はい |
| D. 会話の問題（発音がはっきりしない、しゃべりにくい等） | 1. あり |



お口の中がかわいているようです

口をあまり動かさないでいると、つば（唾液）の
出る量が少なくなり、口がかわくようにな
ります。口がかわくと舌の動きもなめらかで
なくなり、食物の味わいや飲み込みが悪くな
り、口臭も出やすくなります。お薬の影響で
つばが少なくなることもあります。そんな時
に「口腔機能の向上」のお口の体操や唾液腺
マッサージによりつば（唾液）の量が増えて、
口のかわきがよくなり、舌の動きがなめ
らかになります。



耳下腺
マッサージ



顎下腺
マッサージ



舌下腺
マッサージ

図 6-4 つば（唾液）はこんな大切な働きをしています。

食べ物を飲み込みやすくします

つば（唾液）が出ていないと、食べ物
をうまくかみ砕くことができません。
つば（唾液）はかみ砕かれた食べ物を
まとめて、飲み込みやすくします。



味を感じやすくする

つば（唾液）は食べ物の味物質を溶かして、舌
の味を感じる器官（味蕾）で味を感じやすくし
ます。かわいた舌の上に食塩をのせても塩味は
感じません。味を楽しむには唾液が大切です。

口の中を清潔に保つ

つば（唾液）は食べ物のかすを洗
い流して、口の中をきれいにしま
す。口がかわく
と汚れやすくな
り、口臭の原因
になります。



口の中をなめらかにする

舌もなめらかに動き、会話し
やすくなります。



でんぶんを消化する

ご飯をよくかんでいると、つば（唾液）
の中の酵素がでんぶんを麦芽糖（マルト
ース）に分解して、甘みが出てきます。つば
（唾液）はでんぶんを吸収しやすい形に変
えます。



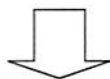
その他

つば（唾液）には抗菌
作用やむし歯を防ぐ作
用があります。



図 6-5 口腔機能のチェックシートで、次の項目に該当した方は・・・

- | | |
|------------------|-------|
| ⑥口臭が気になりますか。 | 1. はい |
| ⑧薄味がわかりにくくなりましたか | 1. はい |
| A. 汚れ（歯、入れ歯、舌） | 1. あり |
| B. 口臭 | 1. あり |



お口の中が汚れているようです

歯だけでなく入れ歯や舌もきれいにすることや、歯がなくても口の中をきれいにすることはおいしく食べるために重要です。「口腔機能の向上」により、一人一人にあった口の手入れのコツがわかります。

口の手入れは家庭でも続けられる、効果的な「口腔機能の向上」のトレーニングです。



図 6-6 お口を上手にきれいになるとこんなよいことがあります

食べ物がおいしくなります

舌に汚れがたまっていると、舌の味を感じる器官（味蕾）の働きを邪魔します。舌をきれいにすると、味の感覚が鋭くなり、薄味でもおいしく食べられるようになります。



口の中がさっぱりとします

口の中の汚れ気がつかず、きれいになって初めて違いに気づく場合が少なくありません。きれいになると、口の中がさっぱりとした感じになります。「口腔機能の向上」できれいになった気持ちよさを体験しましょう。



口、頬、舌の筋肉のトレーニングです



歯みがきの時に口を大きく開けたり、歯ブラシで頬や口をひっぱってストレッチしましょう。唾液も多く出てきます。ブクブクうがいで、唇、頬、舌の筋肉をきたえます。

歯周病やむし歯を防ぎます

歯の汚れはむし歯や歯周病の大きな原因です。入れ歯の汚れは歯肉の腫れや口内炎の原因になります。



口臭を予防します

歯や舌の汚れは口臭の原因になります。口臭は自分では気がつくことがあります。



口の中の細菌を減らして肺炎を予防します

口の中の細菌が原因となって起こる肺炎（嚥下性肺炎）を予防します。



図 6-7 口腔機能のチェックシートで、次の項目に該当した方は・・・

- | | |
|--------------------------|-------|
| ②お茶や汁物等でむせることがありますか | 1. はい |
| ④薬が飲み込みにくくなりましたか | 1. はい |
| ⑨食べこぼしがありますか | 1. はい |
| ⑩食後に口の中に食べ物が残りやすいですか | 1. はい |
| E. 飲み込んだ後の口の中に食べ物が残っている。 | 1. はい |



飲み込む働き（嚥下機能）が
低下しているようです

食べ物や飲み物をゴックンと飲み込む一連の動きは、実にたくさんの神経や筋肉が連携して食道に送り込む作業なのです。この神経や筋肉が衰えると、飲み込む行為が不十分になり、飲み込みにくくなり、むせやすくなります。



たとえば、飲み込む前の動きとして、口を閉じる力が落ちると食べこぼしが多くなります。また、舌や頬の動きが悪くなると、喉のほうに運びにくくなり、飲み込んだ後でも口の中に食べ物が残るようにもなります。



「口腔機能の向上」により、飲み込みやすいように準備ができ、飲み込むときのむせが減って、薬も飲み込みやすくなります。口を閉じる力も強くなり、舌や頬の動きも良くなります。

図 6-8 飲み込みにはのどの部分だけでなく、お口の中も大切な働きをします。

飲み込みに関係する口の重要な働き

①口がしっかり閉じて、舌が正しく動く！



口がとじていない場合は、かわりに舌が口の開いた部分をふさいで飲み込むようになり、舌は正しく動けません。

口腔機能の向上の健口（口腔）体操や舌の体操により、口を閉じる力や舌の力、頬の力を強くすることができ、飲み込みやすくなります。

②つば（唾液）がよく出る！



つばにはかみ砕かれた食べ物を1つの軟らかい塊にして、飲み込みやすくする働きがあります。

口腔機能の向上の健口（口腔）体操や唾液腺マッサージにより唾液の出る量が増え、飲み込みやすくなります。

③よく噛める！



大きな固まりよりも小さくかみ砕かれた食べ物の方が、飲み込みやすくなります。奥歯がかんだ状態の方が飲み込みやすくなります。

舌や頬の力や感覚が低下すると、食べ物が舌や頬の下にたまりやすくなります。飲み込んだ後にも食べ物が口の中に残るようになります。

口腔機能の向上の健口（口腔）体操やかむ練習によりかむ機能を高め舌や頬の力を強くすることで、飲み込みやすくなります。