

岩見沢市二次予防事業 口腔機能向上プログラム

岩見沢歯科医師会 地域医療担当
山田 貴文



口腔機能向上プログラム目的

- ❁ 口腔機能訓練によりQOLの向上を目指し要介護にならないようにする
- ❁ 口腔機能が低下している状態を早期発見することによって、早期に改善し自分らしい生活の確立と自己実現を目指す。



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か月間で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。



対象者選定

65歳になった市民に基本チェックリスト送付

- ❁ 基本チェックリストの口腔関連について
- ❁ 基本質問事項(口腔関連)3項目
 - ・半年前に比べて硬い物が食べにくくなりましたか
 - ・お茶や汁物でむせることがありますか
 - ・口の渇きが気になりますか

2つ以上の項目に該当すれば選定

選定された者に事業への参加意思の確認(市)



・実施機関

岩見沢市内各歯科医院

(口腔機能向上訓練協力歯科医院)

・実施方法

対象者が協力歯科医院に来院して個別訓練を受けることとする。



❁ 利用者とは各医院の日程調整

利用者とは各歯科医院は事前に日程調整をして
アセスメント実施日程の調整を行う。

対象者紹介方法について

- 1) 事前に包括支援センターより各歯科医院
に連絡(依頼書送付)
- 2) 各歯科医院より対象者に連絡して実施日
予約



岩 見 第 号
平成28年 月 日

歯科医院名

●●●● 様

岩見沢市長 渡 辺 孝 一
(健康推進課 健康指導係 担当)

平成28年度二次予防事業の実施について (依頼)

貴社ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。
日頃より健康推進事業に対して、特段のご理解とご協力をいただき心よりお礼を申し上げます。
さて、介護予防マネジメントの結果、下記のとおり二次予防事業の利用申込がありましたので、
ご指導の程よろしくお願いいたします。

記

1. 利用申込者

氏名 (ふりがな)	
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
住 所	岩見沢市
電 話	
利用プログラム	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上プログラム

2. その他

参加日時、実費負担金等、詳細につきましては、利用申込者へ直接連絡願います。

【担 当】 健康推進課健康指導係
岩見沢保健センター (10条西3丁目)
TEL 25-5540 FAX 25-5524

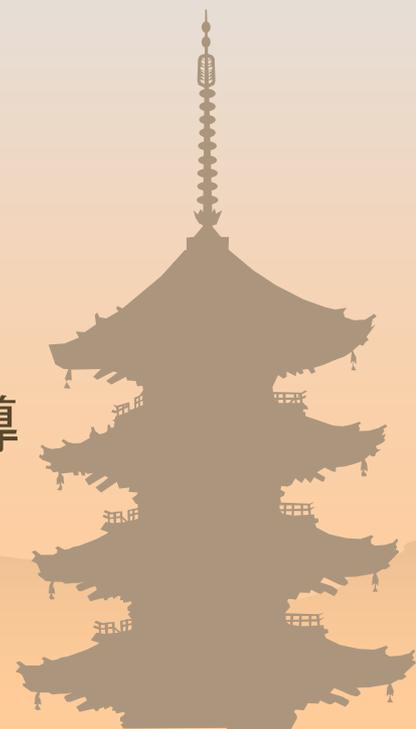


- ❁ 1回目・・・事前アセスメント(所定の様式)
- ❁ 口腔機能向上についての学習、説明
- ❁ 口腔チェック
- ❁ 個別サービスプラン作成、(アセスメント参考にして)
- ❁ 口腔機能向上訓練の実施

- ❁ 2回目・・・前回の内容の確認
- ❁ 訓練の実施

- ❁ 3回目・・・前回の内容の確認
- ❁ 事後アセスメント(所定の用紙)
- ❁ プログラム終了後の自宅での訓練の指導

❁ *1ヶ月1回 合計3回*



様式

提出日 年 月 日

口腔機能向上プログラム
 <アセスメント票 事前・事後> ※○をつける

実施事業所名

担当者

(職種)

利用者氏名

様

評価項目		平成 年 月 日		
食の QOL	食事が楽しめますか	1とても楽しみ 2楽しみ	3ふつう	4楽しくない 5全く楽しくない
	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ふつう	4あまりおいしくない 5おいしくない
	しっかり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ふつう	4あまり摂れていない 5摂れていない
	お口の健康状態はどうか	1よい 2まあよい	3ふつう	4あまりよくない 5よくない
食事・ 衛生等	食事への意欲	1ある	2あまりない	3ない
	食事中の食後のむせ	1ない	2あまりない	3ある
	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
	食事中や食後のたんのからみ	1ない	2時々ある	3いつもからむ
	食事の量(残食量)	1なし	2少量(1/2未満)	3多量(1/2以上)
	口臭	1ない	2弱い	3強い
	舌、歯、入れ歯などの汚れ	1ない	2多少ある	3ある
その他	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
	生活意識の変化	1前進	2変化なし	3後退
	反復唾液嚥下テスト(RSST)	30秒間に()回	1回目()秒	
	口腔器官巧緻性、運動速度評価	「バ」(回/秒)「タ」(回/秒)「カ」(回/秒)「ラ」(回/秒)		
	自己実現の課題とその意欲	1達成する 2達成したい	3わからない	4難しい 5できない
	主観的健康感(現在の健康状態)	1よい 2まあよい	3ふつう	4あまりよくない 5よくない
	計画の概要と実施状況			
	総合的評価			
	サービス継続の必要性	(口腔機能改善の観点から) 無・有		

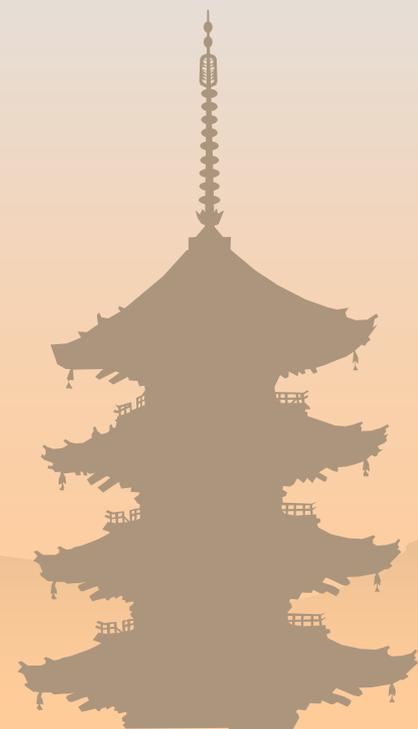


図8 様式例の記入例

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

60才 性別 女性	年齢 5年	10月	11日	78歳
氏名 奥〇 恵〇子	要介護種-病名等 認知症(老人)	要介護2-高直症 認知症(老人)	要介護2-高直症 認知症(老人)	要介護2-高直症 認知症(老人)
サービスの開始 年月日	平成20年 8月 4日	評価者(本人)	家族・その他	連絡先: 水〇啓〇
ご利用の施設 名称	平成20年11月26日	評価者(本人)	家族・その他	連絡先: 水〇啓〇

1. 経過観察等による質問と観察

(質問回数中に少なくとも1日記入、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	評価項目	1回目	2回目
①飲み物は飲みこくことができますか	1はい 2はい 3いい	1	1
②お茶や汁物で吞せることが出来ますか	1はい 2はい 3いい	2	2
③口が乾きやすいですか	1はい 2はい 3いい	2	1
④食料の量またはお茶の量を減らす必要が ありますか	1減らす必要 2減らす必要 3どちらでも可	1	1
⑤食料の中で、飲みこくことが 出来ないものはありますか	1 何も無い 2 2つ未満 3 3つ未満	4	3
⑥お茶の量を増やしたいですか	4 増やさない 5 減らさない 6 ぜんぜん減らさない		
⑦お茶の量を減らしたいですか	1 はい 2 やや多い 3 5割 4 やや多い 5 多い	3	2
⑧口渇	1 ない 2 多い 3 多い	2	1
⑨口渇は口腔ケアで改善	1 改善 2 多少改善 3 多い	2	1
⑩口渇	1 ない 2 多少ある 3 ある	3	3
⑪食事の量減らす	1 ない 2 多少ある 3 多い	2	1
⑫お茶の量減らす	1 減らす 2 やや減らす 3 5割 4 やや多い 5 多い	3	2

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 (事項、モニタ、事後でそれぞれ記入)

平成20年 8月 4日	モニタ	平成20年 8月 15日	モニタ	平成20年 10月 26日	モニタ
記入者 水〇啓〇	リング	記入者 水〇啓〇	モニタ	記入者 水〇啓〇	モニタ

評価項目	評価項目	事前	モニタ	事後
①舌の硬さの測定(咬合力)	1 強い 2 強い 3 強い	1	1	1
②舌の硬さの測定(咬合力)	1 強い 2 強い 3 強い	1	1	1
③舌の硬さの測定	1 強い 2 ある 3 多い	3	2	2
④舌の硬さの測定	1 強い 2 ある 3 多い	3	2	3
⑤HSS1の経過観察 (専門職の判断により必要に応じて実施)	1 固く () 弱 2 固く () 弱 3 固く () 弱	1() 1() 1() 2() 2() 2() 3() 3() 3()		
⑥音オールドディアドコキアリス (専門職の判断により必要に応じて実施)	1 () 弱 2 () 弱 3 () 弱	1() 1() 1() 2() 2() 2() 3() 3() 3()		
⑦フタが閉まらない(フタのフタでも可)	1 できる 2 やや不十分 3 不十分			
⑧食事摂取率(%) 経食の割合の測定は実施せず				
⑨口腔ケア	<input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 口の乾燥 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯垢がき <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> その他 ()			

※1 別紙書・別紙書の状態による質問項目・観察項目が実施できなかった場合は、別紙書等の欄に理由を記入する。
※2 モニタリングは、利用開始日の翌日の結果をモニタリングの欄に記載する。

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

<input checked="" type="checkbox"/> 食事量が増えた	<input type="checkbox"/> 味がわかるようになった	<input type="checkbox"/> 乾いたものが減った
<input type="checkbox"/> お茶が飲めた	<input checked="" type="checkbox"/> 口の渇きが減った	<input type="checkbox"/> 飲みこめるようになった
<input type="checkbox"/> 食事の量が減った	<input checked="" type="checkbox"/> 食べこぼしが減った	<input type="checkbox"/> 飲み込みやすくなった
<input type="checkbox"/> 口の中に食べ物が残らなくなった	<input type="checkbox"/> 話しやすくなった	<input checked="" type="checkbox"/> 口臭がなくなった
<input type="checkbox"/> 会話が増えた	<input type="checkbox"/> 話している時間が減った	<input type="checkbox"/> 元気になった
<input type="checkbox"/> 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著しい低下のおそれ 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



様式

NO.

口腔機能向上プログラム <実施計画>

わたしのゴール

--

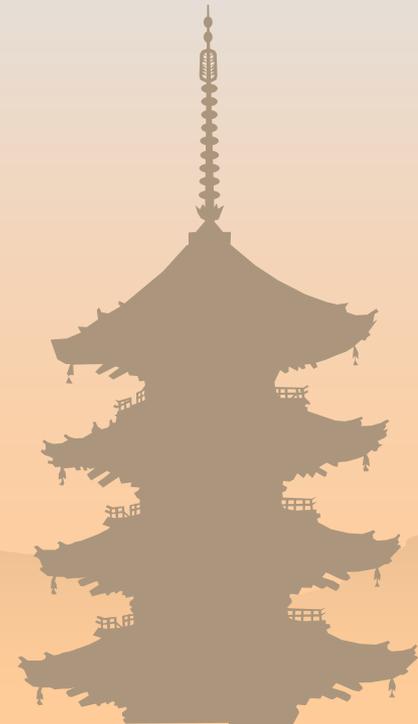
ゴールに向かう 身近な目標	目標達成のための具体的計画(頻度等も含む)	実施機関 評価予定

問題や障害になったこと・計画を修正したこと・自己評価

--

利用者同意サイン	
----------	--

計画作成者: _____ (職種 _____)
計画作成日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日



様 プログラム実施報告書

年 月 分

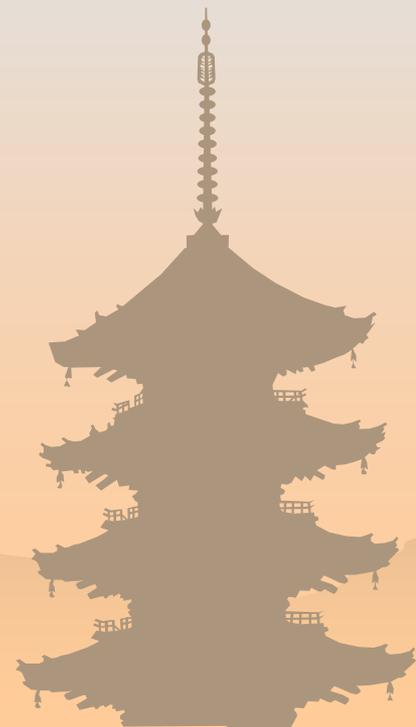
	月日	血圧	内 容	出席印
1	月 日 運動器 栄養・口腔		(記入者)	
2	月 日 運動器 栄養・口腔		(記入者)	
3	月 日 運動器 栄養・口腔		(記入者)	
4	月 日 運動器 栄養・口腔		(記入者)	
5	月 日 運動器 栄養・口腔		(記入者)	
6	月 日 運動器 栄養・口腔		(記入者)	

【備考・連絡事項】

事業所名

担当者

印



提出書類について

- ❁ 1回目・・・報告書、実施計画書、事前アセスメント
- ❁ 2回目・・・報告書
- ❁ 3回目・・・報告書、事後アセスメント

- ❁ 岩見沢市に月1回提出
- ❁ (月末締め、次月10日までに提出、請求書{所定の用紙}も一緒に)
- ❁ ・提出方法・・・郵送、持参(報告書に参加確認印必要のためfax、メール不可)
- ❁ ・提出先、問合せ先・・・岩見沢保健センター 健康指導係(担当者 佐武)
〒068-0030 岩見沢市10条西3丁目1番地
TEL 25-5540



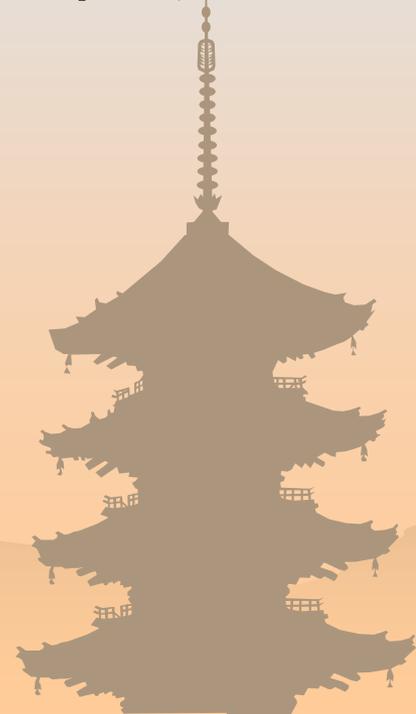
報酬について

- ❁ 事業費用：市が負担する。
- ❁ 金額：4000円 / 1回（所定の請求書あり）
- ❁ 支払方法：市から直接各歯科医院に振り込み
- ❁ 支払時期：次月（3歳児健診と同様）



口腔機能向上訓練 協力歯科医院になるには

- ❁ 所定の申込書に記入し岩見沢歯科医師会に提出
- ❁ (岩見沢市と新たな契約は不要)



口腔機能向上訓練協力歯科医院申込書

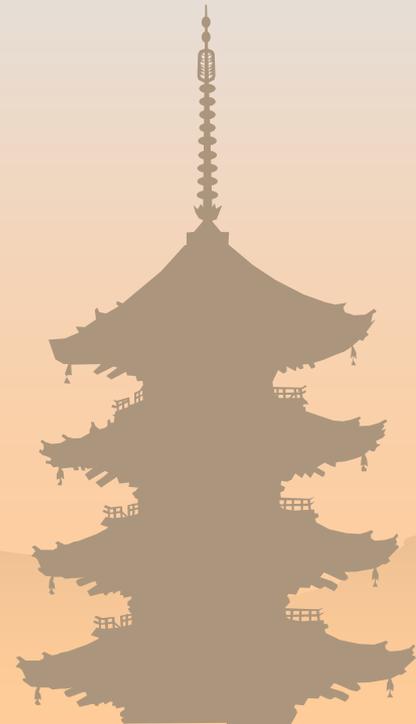
岩見沢歯科医師会
会長 鍵谷隆一 殿

岩見沢市二次予防事業、口腔機能向上プログラムを実施する
口腔機能向上訓練協力歯科医院に申し込みします。

平成 年 月 日

歯科医院名 _____

院長 _____



マニュアルについて

- 1) アセスメントの取り方
- 2) 口腔機能向上訓練について
 - ・基本メニュー
 - ・オプションメニュー
- 3) その他 訓練メニュー

<参考文献>

- ・佐賀県歯科医師会地域福祉委員会
(監修:九州歯科大学摂食機能リハビリテーション学分野)
- ・「口腔機能向上マニュアル」分担研究班
日本大学歯学部摂食機能療法学講座教授 植田 耕一郎
- ・イラストでみる口腔機能向上マニュアル
十勝歯科医師会作製

