

# 桐生市歯科医師会 介護予防事業「口から健康プログラム」呼称：口健(くちけん)

## 1. 目的

口腔機能が低下している恐れのある虚弱な高齢者が、要支援・要介護状態とならないよう、口腔機能の低下を早期に改善することで、高齢者の生活機能の維持向上と自己実現を支援する。高齢者が身近な歯科医療機関で速やかに機能改善に取り組めるよう利便性の向上を図る。

## 2. 対象者

65歳以上で虚弱高齢者として選定された方のうち、桐生市が委託する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、「口腔機能向上」が必要と判断された者。

## 3. 事業内容

桐生市歯科医師会地域医療連携プロジェクト委員会が実施する口腔機能向上プログラム研修を受けた歯科医院に、口腔機能のリスクを抱えた高齢者が個別で通い、歯科衛生士が中心となり、口腔機能検査や口腔清掃チェック、口腔機能に関する指導等を実施する。本事業では、高齢者本人が自宅でも主体的、かつ継続的に口腔機能改善に取り組めるよう、口腔機能体操等の指導も行う。

本事業の実施によって、口腔機能の低下のおそれのある高齢者は、

- ①身近な所で
- ②本人の都合に合わせ（歯科医療機関に個別予約）
- ③最適な時期に開始できる

## 4. 実施期間・回数

1コース原則4回とし、概ね3ヶ月で終了するものとする。

## 5. 委託先

桐生市歯科医師会

## 6. 実施場所

歯科医師会が指定した歯科医療機関において実施。

(H23年度10ヶ所)

## 7. 委託開始時期等

未定

## 8. 費用

本事業に参加する高齢者の自己負担は無料とする。

## 9. 歯科医療機関で実施する際の注意事項

- ・診療行為との明確な区別が必要。
- ・介護予防ケアマネジメントの流れに沿ったものであること。
- ・利用者の機能改善を目標とする。

## 提出書類(様式1～5)の記入方法について

### I (様式1)「問診・検査票」

#### 【問診】

1～6. 聞き取りにより、歯科衛生士等が記入する。

【検査】 高齢者に評価のための動作を行ってもらう時は、それぞれの評価法の意味をしっかりと伝える。  
また、本人が理解をしていると、再評価の時に効果もしっかりと現れてくる。

#### 1. 口腔内清掃状況

1)～4)のいずれかに○を付ける。

- 1) きれい プラークなし
- 2) 普通 歯肉縁部に薄膜様(探針で検知)
- 3) 汚い プラークが中程度(肉眼で認知)
- 4) とても汚い プラーク多量(厚さ1～2mm)

#### 2. 義歯(該当者のみ)

義歯使用者のみ記入する。

#### 3. 舌苔

1)～4)のいずれかに○を付ける。

- 1) なし ついていない
- 2) 少量 舌の後方部に付着
- 3) 中程度 舌の前の方にも付着
- 4) 多量に認める 舌全体に厚く付着

#### 4. 舌の突き出し:舌の運動能力を見る

舌を上下左右に動かしてもらい、運動が可能であれば○を付ける

#### 5. 頬のふくらませ:口唇の閉鎖力と軟口蓋の動きの確かさを見る

1)～3)のいずれかに○を付ける。

#### 6. 口腔乾燥

1)～4)のいずれかに○を付ける。

- 1) 正常(0度) 口腔乾燥や唾液の粘性亢進はない。
- 2) 軽度(1度) 唾液が粘性亢進、やや唾液が少ない。唾液が糸をひく。
- 3) 中程度(2度) 唾液が極めて少ない。  
細かい泡(おおよそ1mm以下の泡あるいは白くみえる泡)がみられる。
- 4) 重度(3度) 唾液が舌粘膜上にみられない。

## 7. 歯式

現在歯…歯の全部または一部が口腔内に現れている歯。

欠損歯…抜去または脱落により喪失した歯。

※それぞれの歯の状況について、歯の番号の箇所記号を記入する。

現在歯	記号[ / ]健全歯	う蝕あるいは歯科的処置が認められないものをいう。咬耗・磨耗・楔状欠損・外傷・酸蝕症・発育不全・歯周疾患・形態異常の歯であっても、それにう蝕の認められないものは健全歯とする。また、予防充填(フィッシャーシーラント)が施されている歯も健全歯を含む。
	記号[C]未処置歯	探針でう蝕病巣(う窩)が確実に探知でき、治療が必要なものをいい、根面う蝕を含む。診査者によって判断が異なる程度の初期変化で、治療の必要性が認められない場合は、健全歯とする。
	記号[○]処置歯	歯の一部または全部に充填・冠・継続歯(ジャケット冠を含む)が施させているものをいう。治療が終了していない歯、同一歯の他の部位に未処置う蝕がある歯、歯周疾患の固定装置・矯正装置・保定装置・骨折副木装置は含まない。
欠損歯	記号[△]要補綴歯	欠損歯のうち、義歯・ブリッジ・インプラント等による欠損補綴処置が必要と判断できるものを要補綴とする。(要医療)
	記号[⊕]欠損補綴歯	欠損歯のうち、義歯・ブリッジ・インプラント等による補綴処理が施されているものを欠損補綴歯とする。ただし、一部破損していたり、欠損部の状況と著しく異なる義歯は装着していないものとする。(治療済み)
	記号[×]補綴を必要としない欠損歯	何らかの理由で欠損したことが明らかであっても、歯列等の関係から補綴処置の必要性が認められないものについては、欠損歯に含まない。歯列の該当欄に[×]を記入する。(抜歯したままだが、歯と歯の間がなかったり、処置の必要がない場合)

(記入例) ※必ず全ての欄にご記入願います。

歯式	×	△	C	○	×	/	/	○	○	○	○	C	/	○	C	×	左
右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
歯式	○	⊕	⊕	○	○	/	/	/	/	/	/	C	C	○	○	×	

◎歯の総数 機能している歯の数(自分の歯+義歯やブリッジ)

機能している天然歯(自分の歯)

◎残存歯の咬合関係 上下の天然歯の関係で、総義歯の場合は咬合関係なしとなる。

## 8. オーラルディアドコネシス(Oral diadochokinesis) 音節の交互反復運動

:舌、口唇、軟口蓋の運動機能の速度や巧緻性を評価する

- ・「パ」「タ」「カ」を発音させ、10秒間あたりの発音回数を測定する。
- ・唇や舌の動きやリズムを評価する。きまった音を繰り返す、なるべく早く発音させ、その数やリズムの良さを評価する。問診・検査票には、10秒間の測定値を記入する。必ず、息継ぎをしてもよいことを伝える。発音された音を聞きながら、発音されるたびに実施者は紙にボールペンなどで点々を打って記録しておく、後からその数を数える。
- ・最大努力下でのテストであることを説明する。理解しなければ、値が低くなる。

- ・「パ」の音で口唇の閉鎖力を評価する。
- ・「タ」の音で舌の前方の上下運動能力を評価する。
- ・「カ」の音で舌の後方の運動と軟口蓋の運動能力を評価する。

## 9. 反復唾液嚥下テスト(RSST: Repetitive Saliva Swallowing Test): 嚥下機能を評価する

①被検者を座位とする

②検者は被検者の喉頭隆起・舌骨に指腹をあて、30秒間嚥下運動を繰り返させる。

被検者には「できるだけ何回も”ごっくん”と飲み込むことを繰り返してください」と説明する。

喉頭隆起・舌骨は、嚥下運動に伴って、指腹をのり越え前方に移動し、また元の位置に戻る。

この下降運動を確認し、嚥下完了時点とする。

③嚥下運動時に起こる喉頭挙上→下降運動を触診で確認し、30秒間に起こる嚥下回数を数える。

1回目、2回目、3回目の嚥下が何秒で起きたか、それぞれスタート時からの秒数で記録する。

※嚥下障害患者では、1回目の嚥下運動はスムーズに起きても、2回目以降、喉頭挙上が完了せず、喉頭隆起・舌骨が上前方に十分移動しないまま、途中で降下してしまう場合がある。これを真の嚥下運動と鑑別することに注意を要する。

※口腔乾燥がある場合は、少量の水(1cc程度)で口腔内を潤してもよい。

## II (様式2)「個別サービス計画」

- ・事前アセスメントにより口腔の課題を把握したら、問題の解決に向かって目標を設定する。
  - ・誰にでも分かる言葉と内容が必要になる。
  - ・その人の口腔機能の何が低下しているのか、あるいは低下しかけているのかの示唆が必要。
  - ・誰にでも当てはまるようなプランを提示されるよりは、「自分のために考えられたプラン」を提示された方が“やる気”も起きて効果的で説明もしやすくなる。
  - ・「わたしのゴール」は、本人の「こうありたい」姿、「こうしたい」生活などの意向を把握する。
  - ・利用者を主語とした形で記述する。
- 例:) 「○○のような生活を送ることができるようになる」  
「○○することができるようになる」
- ・実現可能な範囲で設定する。
  - ・過度の期待を持たせる言葉や治療のような表現は避けなければならない。
  - ・セルフケアプログラムは本人が簡単にできるように作成する。

## III (様式3-1)(様式3-2)活動記録

### ◎(様式3-1)(様式3-2)共通事項

- ・実施日時を記入する。特に開始時間と終了時間を忘れずに記入する。
- ・「本人状況」は、本人の身体、精神的状況等を記入する。血圧や脈拍を測定した場合は、測定値も記入する。2回目以降は、前回の指導の結果を踏まえて、本人のセルフケアプログラムへの取り組み状況等も記入する。
- ・「支援内容」は、指導の要点、本人の反応等を記入する。
- ・「結果」と「次回支援計画」は、事業を通しての状況がどのように変化したか、解決すべき課題の改善等に関する要点、計画変更の必要性、高齢者あんしんセンターとの連絡内容(必要時)、歯科医師からの指示事項等を記入する。

### ◎(様式3-2)裏面「まとめ」の記入方法: 様式については未定

- ・「医師の意見」は、口腔内衛生状態や口腔機能等、本事業を通じての全体的な所見(事業実施前後での比較等)を医師が記入する。
- ・「指導の要点」は、本事業全体を通じての指導やセルフケアプログラムの要点等を簡潔に記入し、事業実施の結果、口腔機能や生活機能等、どのように変化したかを歯科衛生士が記入する。
- ・「結果についてのお知らせ」は(様式5)の内容を転記する。
- ・「桐生市と地域包括支援センターへの連絡事項」は、事業内容での連絡事項に加え、本事業終了後の継続的支援を視野に入れたコメントを記入する。その他、必要な連絡事項を記入する。急を要する連絡事項については、区、高齢者あんしんセンターへ速やかに連絡し、本用紙にも記入する。
- ・「その他」は、上記に書ききれなかった内容等を自由に記入する。

#### IV (様式4)「主観的健康感」

1回目(初回)と4回目(最終回)に実施する。

#### V (様式5)結果についてのお知らせ

- 1回目(初回)と4回目(最終回)の口腔機能検査結果等を踏まえて記入する。
- 改善した点を強調した記入をする。
- 改善しなかった内容については、今後の対策を含めて記入する。
- 4回目に記入し、当日(終了時)にご本人に渡す。記載内容と同様の内容を(様式3-2)活動記録<第4回目>の「結果についてのお知らせ」欄に転記する。転記しない場合は(様式5)をコピーし、他の書類と一緒に期限日までに歯科医師会へ提出する。

帳票類	事業利用				備考
	1回目	2回目	3回目	4回目	
(様式1)問診・検査票	○			○	
(様式2)個別サービス計画	○				
(様式3-1)活動記録	○	○	○		
(様式3-2)活動記録				○	
(様式4)主観的健康感	○			○	
(様式5)結果についてのお知らせ				○(※1)	

(※1)様式5の内容を様式3-2へ転記した場合は、様式5の提出は不要。

問診・検査票

氏名: 男・女 ( 歳)

<第1・4回目>

実施日 平成 年 月 日(事前・事後)

歯科医療機関名:

【問診】

1. 現在、どのくらいのものが噛めますか？

- 1) どんなものでも噛んで食べられる
- 2) 噛みにくいものもあるが、たいいていの物は食べられる
- 3) あまり噛めないので食べ物が限られる
- 4) ほとんど噛めない

2. 食事が楽しみですか。

- 1) とても楽しみ
- 2) 楽しみ
- 3) 楽しくない
- 4) 全く楽しくない

3. 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) あまりおいしくない
- 4) おいしくない

4. しっかりと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) あまり摂れていない
- 4) 摂れていない

5. お口の健康状態はいかがですか。

- 1) よい
- 2) まあよい
- 3) あまりよくない
- 4) よくない

6. 歯ブラシ習慣の確認

- 1) いつ 朝食前 朝食後 昼食後 就寝前 その他( ) 回/日

2) 使用しているもの

歯・口腔内 ; 歯ブラシ ・ 歯間ブラシ ・ 歯磨剤 ・  
うがい( 含漱剤 ・ 水 ・ お茶 ・ その他 )

義歯 ; 義歯ブラシ ・ 歯ブラシ ・ 義歯用洗浄剤 ・  
その他( )

裏面へ→

## 【検査】

1. 口腔内清掃状況 1)きれい 2)普通 3)汚い 4)とても汚い

### 2. 義歯(該当者のみ)

上顎 1)必要ない 2)日常的に使用 3)食事時のみ使用 4)食事以外使用

5)あるけど使用していない 6)必要だが持っていない

下顎 1)必要ない 2)日常的に使用 3)食事時のみ使用 4)食事以外使用

5)あるけど使用していない 6)必要だが持っていない

清掃状態 1)必要ない 2)非常に清潔 3)概ね清潔 4)食物残渣あり

5)多量の食物残渣やプラークあり 6)判定不能(持参なし等)

3. 舌苔 1)なし 2)少量 3)中程度 4)多量に認める

4. 舌の突き出し 1)上 2)下 3)左 4)右

5. 頬のふくらませ 1)両方 2)片方ずつ 3)できない

### 6. 口腔乾燥

- 1)正常(0度) 口腔乾燥や唾液の粘性亢進はない  
 2)軽度(1度) 唾液が粘性亢進、やや唾液が少ない。唾液が糸をひく。  
 3)中程度(2度) 唾液が極めて少ない。細かい泡がみられる  
 4)重度(3度) 唾液が舌粘膜上にみられない

### 7. 歯式

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

／:健全歯、C:う蝕、△:欠損歯、○:処置歯、▲:欠損補綴歯

◎歯の総数 機能している歯の数 ( 歯)

機能している天然歯数 ( 歯)

◎残存歯の咬合関係

1)両側の臼歯 2)片側の臼歯のみ 3)前歯のみ 4)なし

### 8. オーラルディアドコキネシス

パ: 回/10秒

タ: 回/10秒

カ: 回/10秒

9. 反復唾液嚥下テスト(RSST) ( 回/30秒)

1回目: 秒

2回目: 秒

3回目: 秒

介護予防事業(口腔機能向上・口から健康プログラム)

個別サービス計画 <第1回目>

氏名	(ふりがな)	男・女 様

歯科医療機関名

担当歯科衛生士

実施日 平成 年 月 日( )

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

実行や支援にあたって、注意することなど



氏名	(ふりがな)	男・女 様

歯科医療機関名 \_\_\_\_\_

担当歯科衛生士 \_\_\_\_\_

実施日 平成 年 月 日( )

### わたしのゴール

- ・友達とおいしく食事をし、会話を楽しめるようになる。
- ・〇〇会の仲間との食事や会話を楽しめるようになる。
- ・歯や舌の清潔が保て、元気に過ごせる。

### ゴールに向かう身近な目標

- ・会話がスムーズにできるようになる。
- ・口臭をなくす。
- ・食事のムセや飲み込みの不自由さを改善する。
- ・舌磨きと義歯清掃を習慣化し、舌や口の中が爽やかになるようにする。

### 目標達成のための具体的計画

#### <セルフケアプログラム>

- ・食前に口腔機能体操を行い、口の動きがスムーズになるようにする。
- ・食後(特に夕食後)に鏡を見て、口腔清掃をきちんと行い、舌の汚れもとる。

#### <専門的サービス>

- ・口腔機能体操の目的や方法等具体的に説明する。特に生活スタイルに配慮し、自宅でも継続してできるように支援する。
- ・口腔清掃の大切さを説明し、自分で口腔清掃できるように指導する。

### 実行や支援にあたって、注意することなど

- ・口腔機能体操は、自分のペースで行い、無理のない範囲で実施する。
- ・高血圧、糖尿病がある方なので、当日の体調確認をきちんと行う。

活動記録 <第1・2・3回目>

氏名	(ふりがな)	男・女 様

歯科医療機関名

担当歯科衛生士

実施日 平成 年 月 日 ( )

実施時間 時 分 ~ 時 分 ( 分間)

本人状況	
支援内容	
結果 次回支援計画	

介護予防事業(口腔機能向上・口から健康プログラム)

活動記録 <第4回目>

氏名	(ふりがな)	男・女 様	歯科医療機関名
			担当歯科衛生士

実施日 平成 年 月 日 ( )

実施時間 時 分 ~ 時 分 ( 分間)

本人状況	
支援内容	
結果	

裏面→

◎まとめ(教室終了後に記入)

医師の意見	
指導の要点	
結果について のお知らせ (転記する)	
市 ・ 地域包括支援 センターへの 連絡事項	
その他	

介護予防事業(口腔機能向上・口から健康プログラム)  
主観的健康感 <第1・4回目>

氏名 男・女 ( 歳)

---

実施歯科医療機関

---

実施日 平成 年 月 日 (1回目)

---

あなたの健康状態はいかがですか。

- 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

実施日 平成 年 月 日 (4回目)

---

あなたの健康状態はいかがですか。

- 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

介護予防事業（口腔機能向上・口から健康プログラム）

## 結果についてのお知らせ

平成 年 月 日

様

歯科医療機関名（ ）

この度は、介護予防事業（口腔機能向上）にご参加いただき、ありがとうございました。あなた様の成果は下記のとおりです。

### 【結果】

\*年齢を重ねることで、体の筋肉や体力と同様に、食物をかんで飲み込む力が弱まります。いつまでもお元気で楽しく過ごされるために、今後もお口の体操を続けていただければ、幸いです。