

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

ふりがな	しば〇 き〇こ	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明	5	年	10	月	11	日	生まれ
氏名	柴〇 喜〇子	<input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (柴〇 喜〇子) 様のご希望・目標 ②作成者氏名(職種) 水〇 啓〇 (歯科衛生士)

③口がかわきやすくなり不快なので、口がかわきを良くしたい。

④備考

◎ 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)

⑤専門職 実施項目	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供		<input checked="" type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操	
	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔清掃の指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施		<input checked="" type="checkbox"/> 唾液腺マッサージ	
	<input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> かむ	<input checked="" type="checkbox"/> 飲み込み	<input type="checkbox"/> 発音・発声	<input type="checkbox"/> 呼吸
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
⑥関連職種 実施項目	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操		<input checked="" type="checkbox"/> 口腔清掃の支援 <input checked="" type="checkbox"/> 実施確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
⑦家庭での 実施項目	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔清掃の実施		<input checked="" type="checkbox"/> その他 唾液腺マッサージ
	介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔清掃の支援	<input checked="" type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 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	水〇啓〇	水〇啓〇	水〇啓〇			
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	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔清掃の支援	<input checked="" type="checkbox"/> 実施確認	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> 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。