

入所者向け口腔ケア・マネジメント計画

作成日 平成 年 月分（作成日： 年 月 日）

（1）施設における入所者の口腔ケアを推進するための課題

--	--

（2）施設における目標

①食事	<input type="checkbox"/>	食事中のムセ	<input type="checkbox"/>	食べこぼし	<input type="checkbox"/>	痰のからみをなくす対応する
②口腔ケア	<input type="checkbox"/>	口腔内の汚れ	<input type="checkbox"/>	食べかすの残留がないよう確認する		
③衛生	<input type="checkbox"/>	食物残渣	<input type="checkbox"/>	舌の汚れ	<input type="checkbox"/>	歯・義歯の汚れがないか確認する
④機能	<input type="checkbox"/>	頬の膨らまし	<input type="checkbox"/>	反復唾液嚥下テスト（専門職員により実施）を必要に応じて実施		

（3）具体的方策と留意点

※以下該当する評価項目に応じて留意点を記載する。したがって、「食事への意欲」であれば、「ある」が○○%、「あまりない」が○○%、「ない」が○○%程度と記載することを想定している。また、大項目すべてを毎月チェックする必要はなく、優先順位を設けて記載、評価すればよい。

大項目	小項目	※ 評価	留意点
①食事	食事への意欲	1. ある 2. あまりない 3. ない	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 栄養担当者等に連絡 <input type="checkbox"/> その他 ()
	食事の量	1. 少ない 2. 適当 3. 多い	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 栄養担当者等に連絡 <input type="checkbox"/> その他 ()
	食事中のムセ	1. ある 2. あまりない 3. ない	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 介護担当者等に連絡 <input type="checkbox"/> その他 ()
	食べこぼし	1. ない 2. 少しある 3. 多量にある	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 介護担当者等に連絡 <input type="checkbox"/> その他 ()
	痰のからみ	1. ない 2. 時々ある 3. いつもある	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 看護担当者等に連絡 <input type="checkbox"/> その他 ()
②口腔ケア	口腔内の汚れ	1. ある 2. あまりない 3. ない	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 介護担当者等に連絡 <input type="checkbox"/> その他 ()
	食べかすの残留	1. ある 2. あまりない 3. ない	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 介護担当者等に連絡 <input type="checkbox"/> その他 ()
	声掛けの必要	1. ある 2. 時々 3. ない	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 介護担当者等に連絡 <input type="checkbox"/> その他 ()
	介助の必要	1. ある 2. 時々 3. ない	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 介護担当者等に連絡 <input type="checkbox"/> その他 ()
	自発性	1. ある 2. 時々 3. ない	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 介護担当者等に連絡 <input type="checkbox"/> その他 ()
③衛生	食物残渣	1. なし 2. 中程度 3. 多量	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 歯科医師等に連絡し指示を得る <input type="checkbox"/> その他 ()
	舌の汚れ	1. なし 2. 中程度 3. 多量	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 歯科医師等に連絡し指示を得る <input type="checkbox"/> その他 ()
	歯・義歯の汚れ	1. なし 2. 中程度 3. 多量	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 歯科医師等に連絡し指示を得る <input type="checkbox"/> その他 ()
	口腔ケアの習慣性	1. あり 2. 不規則 3. なし	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 歯科医師等に連絡し指示を得る <input type="checkbox"/> その他 ()
	口腔ケアの自発性	1. あり 2. 不規則 3. なし	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 歯科医師等に連絡し指示を得る <input type="checkbox"/> その他 ()
	口腔ケアの自立状況	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 歯科医師等に連絡し指示を得る <input type="checkbox"/> その他 ()
④機能	反復唾液嚥下テスト	1回目()秒 2回目()秒 3回目()秒	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 歯科医師等に連絡し指示を得る <input type="checkbox"/> その他 ()
	頬の膨らまし	1. 不十分 2. 若干可能 3. 可能	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 歯科医師等に連絡し指示を得る <input type="checkbox"/> その他 ()

（4）施設と歯科医療機関との連携状況

--	--

（5）歯科医師の指示内容の要点（計画作成にあたり技術的助言・指導を歯科衛生士が実施した場合）

カンファレンス実施日時 月 日 () 時 分～ 時 分	
指示内容	指示の要点
<input type="checkbox"/> 入所者の口腔内の状態の評価方法	
<input type="checkbox"/> 適切な口腔ケアの手技	
<input type="checkbox"/> 口腔ケアに必要な物品整備の留意点	
<input type="checkbox"/> 口腔ケアに伴うリスク管理	
<input type="checkbox"/> その他日常的な口腔ケアの実施にあたり必要な事項	

（6）その他

<input type="checkbox"/> 計画変更の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> 特記事項	
<input type="checkbox"/> 総合評価	