口腔機能改善管理指導計画書

【ご自身のお口の中や義歯の清掃と、おいしく食べる働きを維持したり、高めるための計画書】

データ No　　〈 実施口腔ケアプラン　　―　　・　〉

氏名　　様　（介護者名）　　様

計画内容（概略）	頻度
Ⅰ〈ご自身で行う〉口や義歯のお手入れ、リハビリ体操など	
□ ①歯みがき・舌磨き・入れ歯の清掃	１日に　　回（食後　）
□ ②口の働きや、飲み込みのためのリハビリ（健口体操、舌・頬・くちびるの運動など）	１日に　　回（食前　） ●適応：
●お渡しするパンフレット（健口体操ほか）	
Ⅱ基本的サービス：関連職種（介護一般職員等が行う）	
□ ①口腔清掃の実施観察・介助	週・(　)ヶ月 に　　回
□ ②日常的にできる口腔機能向上のための訓練	週・(　)ヶ月 に　　回
Ⅲ専門的サービス：サービス担当者（看護師、衛生士等が行う）	
□ ①口腔機能向上のための教育	週・(　)ヶ月 に　　回
□ ②口腔清掃の指導	週・(　)ヶ月 に　　回
□ ③口腔清掃の実施・介助	週・(　)ヶ月 に　　回
□ ④摂食・嚥下機能に関する機能訓練の指導・実施	週・(　)ヶ月 に　　回

■ ご自身の目標：

□食事をおいしく食べたい　□固いものが食べられるようになりたい　□よく噛めるようになりたい　□たくさん食べたい　□家族と同じ食事ができるようになりたい　□むせずに食事したい　□誤嚥で肺炎を起こさないようにしたい　□食べこぼしをなくしたい　□詰まったりせずに食事したい　□よだれで口の周りが汚れないようにしたい　□うがいを上手にしたい　□口の中をきれいにしておいしく食べたい　□義歯を入れておいしく食べたい　□義歯の手入れを自分でできるようになりたい　□歯ぐきが腫れたり血がでないようになりたい　□口が渇かないようになりたい　□口臭をなくしたい　□うまく喋りたい　□表情豊かな笑顔になりたい　□その他：

■ 特に気を付けて頂きたいこと：

◆モニタリングの予定日　平成　　年　　月　　日（概ね１ヶ月ごと）

◆再アセスメントの予定日　平成　　年　　月　　日（概ね３ヶ月ごと）

▸計画策定日　平成　　年　　月　　日　▸計画策定者氏名

▸担当者名　施設職員（職種）

歯科衛生士

歯科医師　・医師