

歯科衛生士等による居宅療養管理指導に係る口腔の健康状態の評価・管理指導計画

1 基本情報

| | | | |
|-------------|---|----------------|-------------|
| 利用者氏名 | | 年 月 日生 (歳) | 男 ・ 女 |
| 食形態 | <input type="checkbox"/> 経口摂取(<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j)) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 | | |
| 義歯の使用 | <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 誤嚥性肺炎の発症・罹患 | <input type="checkbox"/> あり (直近の発症年月: 年 月) <input type="checkbox"/> なし | | |

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6ヶ月以内の状況について記載すること。

2 口腔の健康状態の評価・再評価 (口腔に関する問題点等)

| | | |
|----------------------------|---------------------------|---|
| 記入者・記入年月日 | (氏名) | 年 月 日 |
| 口腔衛生状態 | 口臭 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない |
| | 歯の汚れ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない |
| | 義歯の汚れ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない |
| | 舌苔 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない |
| 口腔機能の状態 | 奥歯のかみ合わせ | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 分からない |
| | 食べこぼし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない |
| | むせ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない |
| | 痰がらみ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない |
| | 口腔乾燥 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない |
| | 舌の動きが悪い | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない |
| | ぶくぶくうがい ※ | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 分からない |
| ※ 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認 | | |
| (以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施) | | |
| 歯科疾患等 | 歯数 | () 歯 |
| | 歯の問題(う蝕、破折、脱離、残根歯等) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない |
| | 義歯の問題(不適合、破損、必要だが使用していない) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない |
| | 歯周病 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない |
| | 粘膜の問題 (潰瘍等) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない |
| 特記事項 | | |

3 居宅療養管理指導計画

利用者家族に説明を行った日 年 月 日

| | | | |
|----------|--|---------|--|
| 初回作成日 | 年 月 日 | 作成(変更)日 | 年 月 日 |
| 記入者 | 歯科医師: | | 歯科衛生士: |
| 目標 | <input type="checkbox"/> 歯科疾患 (<input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃 技術の向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等) | | <input type="checkbox"/> 食形態 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 |
| | <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) | | <input type="checkbox"/> その他 () |
| 実施内容 | <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 | | <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 訪問頻度 <input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 関連職種との連携 | | | |

4 実施記録

| | | | |
|------------|---|-----|---|
| 訪問日 | 年 月 日 時 分 ~ 時 分 | 実施者 | |
| 訪問先 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設 (有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム) | | |
| 歯科医師の同行の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 日 時 分 ~ 時 分 | | |
| 実地指導の要点 | <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 | | <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 解決すべき課題 | | |
| 特記事項 | <input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導 () | | |
| | <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示 () | | |