

1. 口腔機能改善管理指導計画

ふりがな	かごしま まるこ	<input type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 2次予防 <input type="checkbox"/> 予防給付(1 2) <input type="checkbox"/> 介護給付							
氏名	鹿児島 ○子	<input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	○	年	△	月	○	日	生まれ (75)歳
初回作成日	h.25年○月○日		作成者氏名: ○×子			職種		看護師		
作成(変更)日	年 月 日		作成者氏名:			職種				
ご本人またはご家族の希望	いつまでも みんなと、おいしく安全に食事ができるように									
解決すべき課題・目標	娘から、口が臭いといわれる。 汁物で時々むせることがある。									

【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」に記入する。)

専門職の実施項目 (専門的サービス)	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する健康教育 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input checked="" type="checkbox"/> 口の清掃実地指導 <input checked="" type="checkbox"/> 発音、発声、呼吸 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下に関する指導・訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導 <input type="checkbox"/> その他(
関係職種又は専門 職種の実施項目 (基本的サービス)	<input checked="" type="checkbox"/> 口の清掃支援 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操、口腔機能向上ゲーム <input checked="" type="checkbox"/> セルフケアの確認 <input checked="" type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導、食介助 <input checked="" type="checkbox"/> 発音、発声、呼吸 <input type="checkbox"/> その他(
家庭での実施項目 (セルフケア)	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input checked="" type="checkbox"/> 口の清掃の実施 (歯 義歯 舌 その他) <input checked="" type="checkbox"/> その他(口の渇き改善のために、水分補給や唾液腺マッサージ、保湿剤の利用を心がけましょう)

2. 口腔機能向上サービスの実施記録(実施項目をチェックし、\*内容を記入する。)

実施年月日	h.25年○月× 日	年 ○月 ○日	年△月○ 日	年△ 月△ 日	年× 月△ 日	年× 月○ 日
担当者名:	○×子	○×子	○×子	○×子	○×子	○×子
I. 口腔機能向上に関する健康教育		✓ ①、②、③	✓ ④、⑤	✓ ⑥、⑦、⑨、	✓ ⑩、⑪、⑫	
II 摂食・嚥下機能に関する訓練(指導)		✓ ①	✓ ①②		✓ ①、②、③	
III. 口腔衛生に関する指導(歯・義歯・舌、支援・実施含む)		✓ ①、②、③	✓ ①②③④	✓ ③	✓ ②	
IV. 発音・発声・呼吸に関する訓練(指導)		✓ ①	✓ ①②③			
V. 食事姿勢や食環境についての指導					✓ ①、②、④	
VI. その他	✓ ①			✓ ②		✓ ③

\* 記入内容に関しては、実施内容例 参照

特記事項(注意すべき点、利用者の変化等)

口臭を気にして、人前では話したがらないので配慮が必要。  
難聴で補聴器を使っているが、よく聞き取れない事もあるので 筆談も利用する。

口臭が改善されてきて、他の参加者とも笑顔で話すようになった。