

介護トータルシステム『寿』

口腔ケアマネジメント



帳票サンプル



（株）南日本情報処理センター

ご注意

1. このソフトウェアの著作権は、MIC(株)南日本情報処理センターにあります。
2. このソフトウェア及びマニュアルの一部又は全部を無断で使用・複製することはできません。
3. このソフトウェアの仕様、及びマニュアルに記載されている事柄は、将来予告なしに変更することがあります。

※サンプルアプリケーションで使用している名称は、全て架空のものです。実在する商品名、団体名、個人名とは、一切関係がありません。

一 目 次

■口腔機能向上サービス■

□口腔機能向上サービス計画書
□口腔衛生管理実施計画書
課題把握・アセスメント・モニタリング・評価票
管理指導計画・実施記録

口腔機能向上サービス

口腔機能向上サービスに関する計画書

氏名（ふりがな）	* 石 二 * （ * かし じろ * ）
性別	☒ 男 ☐ 女
生年月日	昭和26年6月13日 生まれ 69 歳
かかりつけ歯科医	☒ あり ☐ なし
入れ歯の使用	☒ あり ☐ なし
食形態等	☒ 経口摂取 （ ☐ 常食、 ☒ 嚥下調整食 （ ☒ 4、 ☐ 3、 ☐ 2-2、 ☐ 2-1、 ☐ 1j、 ☐ 0t、 ☐ 0j ） ☐ 経腸栄養、 ☐ 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	☒ あり （発症日： 令和2年4月1日 ） ☐ なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

		令和3年4月1日		
		記入者 * 城 九 *		
		☐ 看護職員	☒ 歯科衛生士	☐ 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭	☒ あり、 ☐ なし、 ☐ 分からない		
	歯の汚れ	☒ あり、 ☐ なし、 ☐ 分からない		
	義歯の汚れ	☒ あり、 ☐ なし、 ☐ 分からない		
	舌苔	☐ あり、 ☒ なし、 ☐ 分からない		
口腔機能の状態	食べこぼし	☒ あり、 ☐ なし、 ☐ 分からない		
	舌の動きが悪い	☐ あり、 ☒ なし、 ☐ 分からない		
	むせ	☒ あり、 ☐ なし、 ☐ 分からない		
	痰がらみ	☒ あり、 ☐ なし、 ☐ 分からない		
	口腔乾燥	☐ あり、 ☐ なし、 ☒ 分からない		
特記事項	☒ 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 ☐ 音声・言語機能に関する疾患の可能性 ☐ その他 （ ）			

2 口腔機能改善管理計画

作成日 ： 令和3年4月1日

計画立案者	☐ 看護職員、 ☒ 歯科衛生士、 ☐ 言語聴覚士
サービス提供者	☒ 看護職員、 ☒ 歯科衛生士、 ☐ 言語聴覚士
目標	☒ 口腔衛生 （ ☒ 維持、 ☐ 改善 （ ） ） ☒ 摂食・嚥下機能 （ ☒ 維持、 ☐ 改善 （ ） ） ☒ 食形態 （ ☒ 維持、 ☐ 改善 （ ） ） ☒ 音声・言語機能 （ ☒ 維持、 ☐ 改善 （ ） ） ☐ 誤嚥性肺炎の予防 ☐ その他 （ ）
実施内容	☐ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ☒ 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 ☐ 音声・言語機能に関する指導 ☐ その他 （ ）

3 実施記録

実施年月日	令和3年4月2日
サービス提供者	* 城 九 *
	☐ 看護職員、 ☒ 歯科衛生士、 ☐ 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	☒ 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	☒ 実施
音声・言語機能に関する指導	☐ 実施
その他 （ ）	☐ 実施

4 その他特記事項

--

口腔衛生管理加算 様式（実施計画）

氏名（ふりがな）	* 石 二 *（ * か し じ ろ *
性別	■ 男 □ 女
生年月日	昭和26年6月13日 生まれ 69 歳
要介護度・病名等	要介護3 ・ 口腔アレルギー症候群
かかりつけ歯科医	■ あり □ なし
入れ歯の使用	■ あり □ なし
食形態等	■ 経口摂取（ □ 常食 ■ 嚥下調整食（ ■ 4、□ 3、□ 2-2、□ 2-1、□ 1j、 □ 0t、 □ 0j ）） □ 経腸栄養、 □ 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	■ あり（発症日： 令和2年4月1日 ） □ なし
同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）の実施の有無（注）	■ あり（ 1 ）回、 □ 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月以内の状況について記載すること。
※医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に3回以上算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

1 口腔に関する問題点（スクリーニング）

	記入日： 令和3年4月2日 記入者： * 城 九 *
口腔に関する問題点 （該当する項目をチェック）	■ 口腔衛生状態（ ■ 歯の汚れ、 ■ 義歯の汚れ、 □ 舌苔、 ■ 口臭） ■ 口腔機能の状態（ ■ 食べこぼし、 □ 舌の動きが悪い、 ■ むせ、 □ 痰がらみ、 □ 口腔乾燥） ■ 歯数（ 20 ） 歯 ■ 歯の問題（ □ う蝕、 ■ 歯の破折、 □ 修復物脱離、 □ その他（ ）） □ 義歯の問題（ □ 不適合、 □ 破損、 □ その他（ ）） □ 歯周病 □ 口腔粘膜疾患（潰瘍等）

2 口腔衛生の管理内容（アセスメント）

	記入日： 令和3年4月2日
記入者	* 城 九 *（指示を行った歯科医師名： * 阜 梅 *
実施目標	■ 歯科疾患（ ■ 予防、 □ 重症化予防） ■ 口腔衛生（ □ 自立、 □ 介護者の口腔清掃の技術向上、 ■ 専門職の定期的な口腔清掃等） ■ 摂食・嚥下機能（ ■ 維持、 □ 改善） ■ 食形態（ ■ 維持、 □ 改善） ■ 栄養状態（ ■ 維持、 □ 改善） □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他（ ）
実施内容	■ 口腔の清掃 ■ 口腔の清掃に関する指導 □ 義歯の清掃 ■ 義歯の清掃に関する指導 ■ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ その他（ ）
実施頻度	□ 月4回程度 □ 月2回程度 ■ 月1回程度 □ その他（ ）

3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

	実施日： 令和3年4月2日（ 記入者： * 城 九 *
口腔衛生等の管理	■ 口腔の清掃 ■ 口腔の清掃に関する指導 □ 義歯の清掃 ■ 義歯の清掃に関する指導 ■ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ その他（ ）
介護職員への技術的助言等の内容	■ 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実態 □ 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 ■ 食事の状態、食形態等の確認 □ 現在の取組の継続 □ その他（ ）

4 その他の事項

--

口腔機能向上サービスに関する
課題把握・アセスメント・モニタリング・評価票

ふりがな	* かし じろ *	男	昭和26年6月13日	生まれ	69 歳
氏名	* 石 二 *	要介護度・病名等	要介護2	口腔アレルギー症候群	
		かかりつけ歯科医	■ あり □ なし	入れ歯の使用	■ あり □ なし

1. 関連職種等により把握された課題等(該当する項目をチェック)
(記入日: 令和3年4月30日 、記入者: * 玉 あや *

■ かみにくさ	■ むせ	■ 口のかわき	■ 口臭	□ 歯みがき	■ 飲み込み	□ 会話	■ 食べこぼし
■ 義歯(痛み・動揺・清掃状態・管理状態)				□ その他()			

2. 事前・事後アセスメント・モニタリング (アセスメント、モニタリングでそれぞれ記入)

事前 ※1	令和3年4月1日	モニタ リング ※2	令和3年4月30日	事後 ※1	令和3年5月31日
	記入者 * 城 九 *		記入者 * 城 九 *		記入者 * 城 九 *
	□ 言語聴覚士 ■ 歯科衛生士 □ 看護師		□ 言語聴覚士 ■ 歯科衛生士 □ 看護師 □ 関連職種		□ 言語聴覚士 ■ 歯科衛生士 □ 看護師

観察・評価等		評価項目	事前	モニタリング	事後評価
①課題の確認・把握	固いもののかみにくさ	1ない 2ある	2	2	2
	お茶や汁物等によるむせ	1ない 2ある	2	2	2
	口のかわき	1ない 2ある	2	1	1
②咬筋の触診(咬合力)		1強い 2弱い 3無し	2	2	2
③歯や義歯のよごれ		1ない 2ある 3多い	2	1	1
④舌のよごれ		1ない 2ある 3多い	1	1	1
⑤ブクブクうがい(空ブクブクでも可)		1できる 2やや不十分 3不十分	2	1	1

(以下の⑥と⑦の評価は専門職の判断により必要に応じて実施)

⑥RSST(※30秒間の喉頭挙上の回数)	()回/30秒	(2)回/30秒	(2)回/30秒	(3)回/30秒
⑦オーラルディアドコキネシス	パ()回/10秒	パ(38)回	パ(41)回	パ(44)回
	タ()回/10秒	タ(41)回	タ(48)回	タ(45)回
	カ()回/10秒	カ(40)回	カ(42)回	カ(43)回
⑧特記事項等 ※3	右下奥歯の虫歯治療が先月終わった。治療中に歯磨き方法も習った。歯間ブラシももらったが、使っていない。			
⑨問題点	■ かむ ■ 飲み込み □ 口のかわき □ 口臭 □ 歯みがき □ 食べこぼし □ むせ □ 会話 □ その他()			

※1 事前・事後アセスメントについては、把握された課題やモニタリング結果を確認した上で行う。
※2 モニタリングについては、利用開始日の翌月の結果をモニタリングの欄に記載する。
※3 対象者・利用者の状況により観察・評価に係る項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

3. 総合評価 ※4

①日常生活における口腔機能向上サービスの利用前後を比較した場合の特記すべき事項 1日1回、朝起きた時だけ歯磨きしていたのが、食後3回行うようになった。歯間ブラシも使うようになり、歯磨きに時間をかけるようになった。	
②サービスを継続しないことによる口腔機能の低下のおそれ	□ あり ■ なし

【総合評価結果】

①サービス継続の必要性	□ あり(継続) ■ なし(終了)	②計画変更の必要性	□ あり ■ なし
残存歯が多く、よく治療されてはいるが、予防のためにも年2回くらいの定期検診が望ましい。			
備考:			

※4 総合評価については、関連職種は、サービス担当者と連携して行うこと。

口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録

ふりがな	*かし じろ*	男	昭和26年6月13日	生まれ
氏名	*石 二*			

1. 口腔機能改善管理指導計画

※: 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

初回作成日	令和2年4月1日	作成者氏名:	*城 九*	職種	歯科衛生士
作成(変更)日	令和3年4月2日	作成者氏名:	*城 九*	職種	歯科衛生士
ご本人またはご家族の希望	食事中や歯磨き中にむせたり、咳き込んだりするので、むせ・咳をなんとかしたい。				
解決すべき課題・目標	むせ・咳き込みががあるため、歯磨きがおざなりで公衆・磨き残しがある。葉の治療と友に、嚥下機能の回復と食事をするスピードや、水分補給の仕方などの指導でむせは軽減できる。食事中・歯磨き中のむせ・咳き込みを軽減するのが目標。				

【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。)

関連職種又は 専門職種の実 施項目	指導等	☒ 口腔機能向上に 関する情報提供				☒ 口腔体操・嚥下体操		☒ 歯みがき支援		☐ 食事姿勢や 食環境の指導	
	その他										
専門職の実施 項目	機能訓練	☒ 歯みがき実地指導		☒ かむ		☒ 飲み込み		☒ 発音・発声		☐ 呼吸	
	その他										
家庭での実施 項目	本人	☒ 口腔体操・嚥下体操				☒ 歯みがきの実施			☐ その他()		
	介護者	☒ 歯みがき支援(確認・声かけ・介助)				☐ 口腔体操等支援			☐ その他()		
サービスの説明 と同意	開始時:	令和3年4月1日	同意者: ☐ 本人 ☒ 家族 ☐ その他()						担当者名: * 城 九 *		
	継続時:	令和3年5月1日	同意者: ☐ 本人 ☒ 家族 ☐ その他()						担当者名: * 城 九 *		

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、必要に応じて記入する。)

実施年月日	令和3年4月2日	令和3年4月20日	令和3年5月2日	令和3年5月20日	令和3年6月10日	令和3年6月30日
担当者名:	*城 九*	*賀 撫*	*城 九*	*城 九*	*城 九*	*城 九*
口腔機能向上に関する情報提供	☒				☒	
摂食・嚥下機能に関する訓練(指導)			☒			☒
口腔衛生に関する指導(歯・義歯・舌、支援・実施含む)				☒		
発音・発声・呼吸に関する訓練(指導)				☒		
食事姿勢や食環境についての指導		☒				
その他()						

特記事項(注意すべき点、利用者の変化等)

管理栄養士と献立の相談をすすめる。

介護トータルシステム『寿』
口腔ケアマネジメント 帳票サンプル

発行 令和 3年 7月