

口腔衛生管理体制加算 関係書類 (施設全体)

【 入所者の口腔ケア・マネジメントに係わる**施設全体**計画表 】

<p>●課題Ⅰ (施設全体対象)</p>	<p>① 施設内での感染症(誤嚥性肺炎、インフルエンザ等)発症の予防</p> <p>② 口腔機能を衛生面・機能面より維持向上させることによる、入所者のQOL の向上</p>	
<p>●課題Ⅱ (入所者対象)</p>	<p>I 衛生状態</p>	<p>1)口腔内全体(歯肉・粘膜・舌)の衛生状態の向上</p> <p>2)義歯の衛生状態の向上 及び機能の維持</p>
	<p>II 口腔機能</p>	<p>摂食嚥下機能が低下している入所者への簡単なりハビリ訓練、体操などの実施</p>
<p>●目標</p>	<p>① 安全で、効率的・効果的な口腔ケア(口腔衛生・機能訓練)の実施</p> <p>② 上記課題の達成により、入所者の栄養状態の改善、褥創の予防、生活意欲の向上を図る</p>	
<p>●具体的方策</p>	<p>I 総合的課題</p> <p>① 口腔ケア実施検討委員会の設置(人材・時間・回数・予算・道具薬剤、など)に関する検討、計画等の立案</p> <p>② 歯科医師・衛生士による研修会や、検診実施スケジュールについての検討</p> <p>II 口腔ケアの具体的な実施方法について (口腔ケアマニュアル 資料M1or M2参照)</p> <p>①</p> <p>②</p> <p>III 施設内の感染対策</p> <p>中性殺菌水エピオスの噴霧(自動機器及び手動噴霧器による)</p>	
<p>●留意事項</p>	<p>口腔内や義歯、摂食嚥下機能、食事への意欲、体重の増減、褥そうの有無などに常に留意する</p>	
<p>●歯科医療機関との連携状況</p>	<p>◆訪問歯科診療担当歯科医院：○○○歯科(○○歯科医師)</p> <p>◆口腔ケア担当歯科医師・歯科衛生士：○○○歯科医院(○○○歯科医師、所属歯科衛生士)</p>	
<p>●歯科医師の指示内容の要点</p>		
<p>●その他特記事項</p>		

参考資料B

口腔衛生体制加算 関係書類 (個別計画)

【 口腔ケアマネジメントに係わるアセスメント・個別計画表 】

1)データNo. 2)検診日 平成 年 月 日 3) 回目(事前・実施中・事後)

◆基本情報

フリガナ	性別	5)生年月日					6)年齢							
4)氏名	(男・女)	明・大・昭	年	月	日	歳								
7)口腔ケア担当歯科医師名:		〈診療所名〉			TEL:		FAX:							
8)訪問担当歯科医師名:		〈診療所名〉			TEL:		FAX:							
9)口腔ケア担当歯科衛生士名:		〈所属先〉			TEL:		FAX:							
10)要介護度:		支 1 支 2		介 1 介 2 介 3 介 4 介 5										
11)障害高齢者日常生活自立度	自立	J		A	B	C	12)認知症高齢者日常生活自立度	自立	I	II		III	IV	M
		1	2	1	2	1				2	1	2		

◆個別口腔機能維持管理加算計画書

●課題 (状態評価)	I 衛生状態	1)口腔内全体(歯肉・粘膜・舌): 1 不良 2 やや不良 3 良好				
		2)義歯: 1 不良 2 やや不良 3 良好				
●目標	II 口腔機能	1)摂食: 1 問題なし 2 上手く摂れない(咀嚼が不完全、食べこぼす)				
		2)嚥下: 1 問題なし 2 飲み込めない 3 むせる(常時、時々)				
●目標	<input type="checkbox"/> 課題 I (衛生状態)の改善 <input type="checkbox"/> 課題 II (口腔機能)の改善 その他( )					
●具体的方法	課題 I (衛生状態)に対して					
	課題 II (口腔機能)に対して					
●留意事項						
●歯科医療機関との連携状況						
●歯科医師の指示内容の要点						
●その他 特記事項						