口腔機能向上のプログラム実施報告

NO　　氏名	作成者名	ST･DH･Ns

1．口腔機能の向上指導管理計画

＜ご希望･目標＞

2．実施項目（実施した項目をチェックし、必要に応じて「その他」にチェックし、記入する。）

専門職種 実施項目	☐ 口腔機能の向上に関する情報提供　☐ 歯みがき指導　☐ 義歯清掃の指導　☐ 舌･粘膜清掃の指導 ☐ 健口体操指導　☐ 唾液腺マッサージの指導　☐ 顔面マッサージの指導　☐ 口腔内ストレッチの指導 機能訓練指導（ ☐ かむ（咀嚼）　☐ 飲み込み（嚥下）　☐ 発音･発声　☐ 呼吸法　） その他（☐アイスマッサージ指導　☐食事姿勢や食環境についての指導　☐口腔乾燥の予防と改善法指導 ）
関連職種 実施項目	☐ 歯みがき（☐ 確認 ☐声かけ ☐見守り ☐介助）　☐ 義歯清掃（☐ 確認 ☐声かけ ☐見守り ☐介助） ☐ 舌･粘膜清掃（☐ 確認 ☐声かけ ☐見守り ☐介助）　☐ 健口体操（☐ 確認 ☐声かけ ☐見守り ☐介助） ☐ 唾液腺マッサージ（☐ 確認 ☐声かけ ☐見守り ☐介助）　☐ 顔面マッサージ（☐ 確認 ☐声かけ ☐見守り ☐介助） ☐ 口腔内ストレッチ（☐ 確認 ☐声かけ ☐見守り ☐介助）　☐ 機能訓練（☐ 確認 ☐声かけ ☐見守り ☐介助） ☐ 機能訓練（☐ 確認 ☐声かけ ☐見守り ☐介助）　☐ 機能訓練（☐ 確認 ☐声かけ ☐見守り ☐介助） ☐ その他（☐アイスマッサージ実施　☐口腔乾燥保湿剤　）
家庭での 実施項目 本人	☐ 口腔（健口）体操　☐ 歯みがきの実施　☐ 義歯清掃の実施　☐口腔乾燥保湿剤 ☐ その他
家庭での 実施項目 介護者	歯みがきの支援（☐ 確認 ☐声かけ ☐見守り ☐介助 ） ☐ その他

3．評　価（利用者の変化や改善点及び問題点）　※口腔機能向上の利用開始前後の比較であてはまるものをチェック

☐ 食事がよりおいしくなった	☐ 薄味がわかるようになった	☐ かめるものが増えた
☐ むせが減った	☐ 口の渇きが減った	☐ かみしめられるようになった
☐ 食事時間が短くなった	☐ 食べこぼしが減った	☐ 薬が飲みやすくなった
☐ 口の中に食べ物が残らなくなっ	☐ 話しやすくなった	☐ 口臭が減った
☐ 会話が増えた	☐ 起きている時間が増えた	☐ 元気になった

☐ その他（食形態の改善（　　→　　）　☐ 褥創 の軽減

4．ケアーマネージャーのコメント

平成　年　月　日

署名、捺印