

()さんの摂食機能・口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(例)

わたしのゴール

QOLとして

よだれ、飲み込み障害、むせ、発声(大きさ、嚙声《しわがれ声》、明瞭さ)、口臭、姿勢、イビキ、睡眠障害、便秘、夜中のトイレ、その他()の改善

ゴールに向かう 身近な目標	目標達成のための具体的計画(頻度等も含む。)	実施期間 評価予定
よだれ 飲み込み障害 むせ 誤嚥性肺炎		
発声 口臭		
イビキ 睡眠障害 夜中のトイレ		
姿勢 便秘		

実行や支援にあたって、注意することなど

--

利用者同意サイン		続柄	
----------	--	----	--

計画作成者： _____ 職種(歯科衛生士 言語聴覚士 看護職員)
 初回作成日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 作成(変更)日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

サービス担当者が実施する計画、 関連職員が実施する計画、 利用者又はその家族等が実施する計画とそれに係る具体的な指導、助言等の文書等を添付する。

(在宅療養患者 ・ 後期高齢者)

摂食機能・口腔機能向上サービス・居宅療養管理指導の提供経過記録(実地指導に係る記録)(例)

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	
訪問先			

実施日	月 日	月 日	月 日	月 日
開始・終了時刻	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
指導点	パタカラストレッチ 健康体操 唾液マッサージ アイスマッサージ その他 ()	パタカラストレッチ 健康体操 唾液マッサージ アイスマッサージ その他 ()	パタカラストレッチ 健康体操 唾液マッサージ アイスマッサージ その他 ()	パタカラストレッチ 健康体操 唾液マッサージ アイスマッサージ その他 ()
解決すべき課題の改善等に関する要点	睡眠障害 便秘 その他 ()	睡眠障害 便秘 その他 ()	睡眠障害 便秘 その他 ()	睡眠障害 便秘 その他 ()
口腔清掃方法 鼻呼吸の必要性	その他 ()	その他 ()	その他 ()	その他 ()
関連職種のケアの状況	その他 ()	その他 ()	その他 ()	その他 ()
全身の状況	表情 () 体の動き () 敏捷性 () その他 ()	表情 () 体の動き () 敏捷性 () その他 ()	表情 () 体の動き () 敏捷性 () その他 ()	表情 () 体の動き () 敏捷性 () その他 ()
歩行の状況	ツマ先・前傾歩行 () 車椅子の移乗時 () その他 ()	ツマ先・前傾歩行 () 車椅子の移乗時 () その他 ()	ツマ先・前傾歩行 () 車椅子の移乗時 () その他 ()	ツマ先・前傾歩行 () 車椅子の移乗時 () その他 ()
会話に関して脈絡が	ある 少しある ない その他 ()	ある 少しある ない その他 ()	ある 少しある ない その他 ()	ある 少しある ない その他 ()
担当者の署名				

居宅療養管理指導においては、訪問先、訪問日、指導の開始及び終了時刻、歯科医師からの指示等、歯科医師の訪問診療に同行した場合には当該歯科医師の診療開始及び終了時刻等についても記録する。

(在宅療養患者 ・ 後期高齢者)
 摂食機能・口腔機能向上サービス・居宅療養管理指導のモニタリング(例)

氏名	(ふりがな)	男・女	
----	--------	-----	--

	質問項目	評価項目	治療提供前		週・月日		週・月日		週・月日		週・月日	
			月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
			評価	問題チェック	評価	問題チェック	評価	問題チェック	評価	問題チェック	評価	問題チェック
関連職種によるモニタリング 食事・衛生等	1 食事への意欲はありますか	1 ある 2 あまりない 3 ない										
	2 食事中や食後のむせ	1 ある 2 あまりない 3 ない										
	3 食事中の食べこぼし	1 こぼさない 2 多少はこぼす 3 多量にこぼす										
	4 食事中や食後のタン(痰)のからみ	1 ない 2 時々ある 3 いつもからむ										
	5 食事の量	1 なし 2 少量 3 多量										
	6 口臭、口の渇き	1 ない 2 弱い 3 強い										
	7 舌背、口蓋、歯、入れ歯などの汚れ	1 ある 2 あまりない 3 ない										
	8 声のかすれ、明瞭性	1 ある 2 あまりない 3 ない										
	1 入れ歯あるいは歯の汚れ	1 なし 2 少しある 3 ある										
	2 食べかすの残留	1 なし 2 少しある 3 ある										
3 舌の汚れ	1 なし 2 少しある 3 ある											
4 口や入れ歯の清掃への声かけ	1 必要がない 2 必要あり 3 不可											
5 起床時の口の渇き、喉の不快感	1 ある 2 時々ある 3 ない											
言語聴覚士・歯科衛生士・看護職員によるモニタリング 衛生	1 食物残渣	1 なし・少量 2 中程度 3 多量										
	2 舌苔	1 なし・少量 2 中程度 3 多量										
	3 義歯あるいは歯の汚れ	1 なし・少量 2 中程度 3 多量										
	4 口腔衛生習慣	1 必要がない 2 必要あり 3 不可										
	5 口腔清掃の自立状況	1 必要がない 2 一部必要 3 必要										
	6 ここ1ヶ月の発熱回数	()回/月										
機能	1 口唇閉鎖力測定	1回目 最大 最小 2回目 最大 最小 3回目 最大 最小	1 () () 2 () () 3 () ()	1 () () 2 () () 3 () ()	1 () () 2 () () 3 () ()	1 () () 2 () () 3 () ()	1 () () 2 () () 3 () ()	1 () () 2 () () 3 () ()	1 () () 2 () () 3 () ()	1 () () 2 () () 3 () ()	1 () () 2 () () 3 () ()	
	2 舌尖突出しテスト	左 中央 右										
	3 オーラルディアドコネシス	パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	パ()回 タ()回 カ()回	パ()回 タ()回 カ()回	パ()回 タ()回 カ()回	パ()回 タ()回 カ()回	パ()回 タ()回 カ()回	パ()回 タ()回 カ()回	パ()回 タ()回 カ()回	パ()回 タ()回 カ()回	パ()回 タ()回 カ()回	パ()回 タ()回 カ()回
	4 頬の膨らまし	1 左右十分可能 2 やや十分 3 不十分										
評価												
計画の変更の必要性			無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	
総合評価												

紹介先医療機関名

平成 年 月 日

担当医

科

殿

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師名

印

患者氏名								
患者住所					性別	男	・	女
電話番号								
生年月日	明・大・昭・平		年		月		日 (歳)	

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること
 3. 紹介先が保健医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保健薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること

平成 年 月 日

介護老人保健施設

殿

医療機関名

住 所

電 話

(F A X .)

医 師 名

印

患 者	氏 名		男 ・ 女
	生年月日	明・大・昭	年 月 日生 (歳)

病 名	
現 症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報

情報提供先市町村

市町村長 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師名

患者氏名	
性別 (男・女)	生年月日 明・大・昭 年 月 日生 (歳)
住所	職業
電話番号	

診療形態	1. 外来 2. 往診 3. 入院 (平成 年 月 日)	情報提供回数 回
	1. 脳梗塞 (ア. 脳血栓 イ. 不明) 2. 脳出血 3. クモ膜下出血 4. その他の脳血管障害	
	発症年月日	平成 年 月 日
	受診年月日	平成 年 月 日
	初発 再発	1. 初発 2. 再発 (年 月 日 初発)
その他の傷病名		
寝たきり度 (該当するものに)		
J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する		
A 準寝たきり 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない		
B 寝たきり1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中にもベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ		
C 寝たきり2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する		
日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに)		
移動	自立・一部介助・全面介助	食事 自立・一部介助・全面介助
排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴 自立・一部介助・全面介助
着替	自立・一部介助・全面介助	整容 自立・一部介助・全面介助
痴呆性老人の日常生活自立度 (該当するものに)		
何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している		
日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立可能		
日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする		
日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻発に見られ、常に介護を必要とする		
M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする		
病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等		
訪問診療	有 ・ 無	訪問看護 有 ・ 無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

- 注意 1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること
 2. わかりやすく記入すること
 3. 必要な場合は、家庭環境等についても記載すること

歯科訪問診療用 A D L (日常生活動作) 表

患者氏名 _____ 様 (男・女) M・T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日生

疾病名	1 .		
	2 .		
	3 .		
感染症	無・有 (_____)		
服用薬剤	無・有 (_____)		
要介護度	認定無し・要支援 1・要支援 2 要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5		
自立度	寝たきり度	正常・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2	
	認知度	正常・ _____ a・b・ _____ a・b・ _____ M	
日常生活動作	1 . 食事	自立・一部介助・全介助	
	2 . 義歯	なし・あり(上・下)	
	3 . 嚥下障害	なし・あり	
	4 . 立上	自立・一部介助・全介助	
	5 . 歩行	自立・一部介助・全介助	
	6 . 車椅子	無・使用(移乗時:自立・一部介助・全介助)・不可	
	7 . 四肢機能	麻痺	なし・あり(_____)
		拘縮	なし・あり(_____)
8 . 意思疎通	完全可・ある程度・不可		
その他			

別紙 14

* 寝たきり度判定

ランク J	自立(ほぼ自立)
ランク A	準寝たきり(概ね自立、要介助)
ランク B	寝たきり(ベッド主体、要介助)
ランク C	寝たきり(一日中ベッド、要介助)

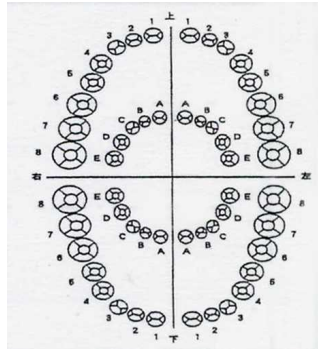
* 認知症老人の日常生活自立度判定基準

	何らかの認知症を有するが日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても誰かが注意していれば自立(a...家庭外で b...家庭内でも)
	ランク _____ の症状が時々見られ介護が必要(a...日中中心 b...夜間中心)
	ランク _____ の症状が頻繁に見られ常に介護が必要
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ専門医療が必要

別紙 15

A 平成 年 月 日
 訪問治療計画書 開始 _____ : _____ ~ 終了 _____ : _____
 歯科訪問診療記録

患者氏名 _____ 様 (男・女) M・T・S・H 年 月 日生
 訪問先 [居宅・施設(名称: _____)・病院(名称: _____)]

依頼者() 依頼年月日() 依頼理由()		
診療内容		
次回予定		
保険医療機関および緊急時の連絡先:		担当歯科医師:

A - 1 診療録添付用紙

別紙 16

A 平成 年 月 日
 今後の治療について 開始 _____ : _____ ~ 終了 _____ : _____
 治療のお知らせ

氏名 _____ 様 (男・女) M・T・S・H 年 月 日生
 訪問先 [居宅・施設(名称: _____)・病院(名称: _____)]

依頼者() 依頼年月日() 依頼理由()		
診療内容		
次回予定		
保険医療機関および緊急時の連絡先:		担当歯科医師:

別紙 17

B	訪問指導計画書	平成	年	月	日	
	訪問歯科衛生指導指示書	患者氏名	様			
	介護予防居宅療養管理指導計画書	(男・女)	M・T・S・H	年	月	日生
	居宅療養管理指導計画書	住所	_____			
		連絡先	_____			
	訪問先	[居宅・施設(名称: _____)・病院(名称: _____)]				
	全身状態	_____				
	口腔内の状況	_____				
	指導内容	_____				
	保険医療機関:	担当歯科医師:	担当歯科衛生士:			
	_____		_____		_____	
B - 1 診療録添付用紙						

別紙 18

B	訪問指導計画書	平成	年	月	日	
	訪問歯科衛生指導指示書	氏名	様			
	介護予防居宅療養管理指導計画書	(男・女)	M・T・S・H	年	月	日生
	居宅療養管理指導計画書	住所	_____			
		連絡先	_____			
	訪問先	[居宅・施設(名称: _____)・病院(名称: _____)]				
	全身状態	_____				
	口腔内の状況	_____				
	指導内容	_____				
	保険医療機関:	担当歯科医師:	担当歯科衛生士:			
	_____		_____		_____	
B - 2 文書提供用紙						

別紙 19

C	平成 年 月 日
訪問歯科衛生指導記録 介護予防居宅療養管理指導記録(歯科衛生士) 開始 _____ : _____ ~ 終了 _____ : _____ 居宅療養管理指導記録(歯科衛生士用)	
患者氏名 _____ 様 (男・女) M・T・S・H 年 月 日生	
訪問先 [居宅・施設(名称: _____)・病院(名称: _____)]	
口腔内清掃状況 および 義歯の清掃状況	
指導内容	
食生活の改善指導等	
保険医療機関:	担当歯科衛生士:
C - 1 診療録添付用紙	

別紙 20

C	平成 年 月 日
口腔内清掃および 口腔衛生指導のお知らせ	
氏名 _____ 様 (男・女) M・T・S・H 年 月 日生	
訪問先 [居宅・施設(名称: _____)・病院(名称: _____)]	
口腔内清掃状況 および 義歯の清掃状況	
指導内容	
食生活の改善指導等	
保険医療機関:	担当歯科衛生士:
C - 1 文書提供用紙	

別紙 21

D		平成 年 月 日	
介護予防居宅療養管理指導記録(歯科医師)		開始 : ~ 終了 :	
居宅療養管理指導記録(歯科医師)			
患者氏名		様 (男・女) M・T・S・H 年 月 日生	
訪問先 [居宅・施設(名称 :)・病院(名称 :)]			
管理指導内容 又は 療養上必要な事項			
義歯の装着又は修理	(年 月 日)		
保健福祉サービス			
保険医療機関 :	担当歯科医師 :		

D - 1 診療録添付用紙

別紙 22

D		平成 年 月 日	
指導のお知らせ			
氏名		様 (男・女) M・T・S・H 年 月 日生	
訪問先 [居宅・施設(名称 :)・病院(名称 :)]			
口腔内清掃状況 義歯の清掃状況 および指導内容			
義歯の装着又は修理	(年 月 日)		
保健福祉サービス			
保険医療機関 :	担当歯科医師 :		

D - 1 文書提供用紙

別紙 23

歯科診療所 _____

歯科往診依頼書

_____年 月 日 記入

患者さまのお名前 _____ (男・女) 生年月日： _____ 年 月 日
 依頼元： 病院・ _____ 施設・ _____ ・その他 (_____)
 治療希望者：本人・家族・職員・その他 (_____)
 キーパーソン (患者に対しての)：
 入院病欄・入所階： _____ 病欄の _____ 号室
 担当医：(_____) 先生

主訴：よだれ・セキ、ムセ・会話が困難・痛む・腫れた・しみる・入れ歯が合わない(又は壊れた)

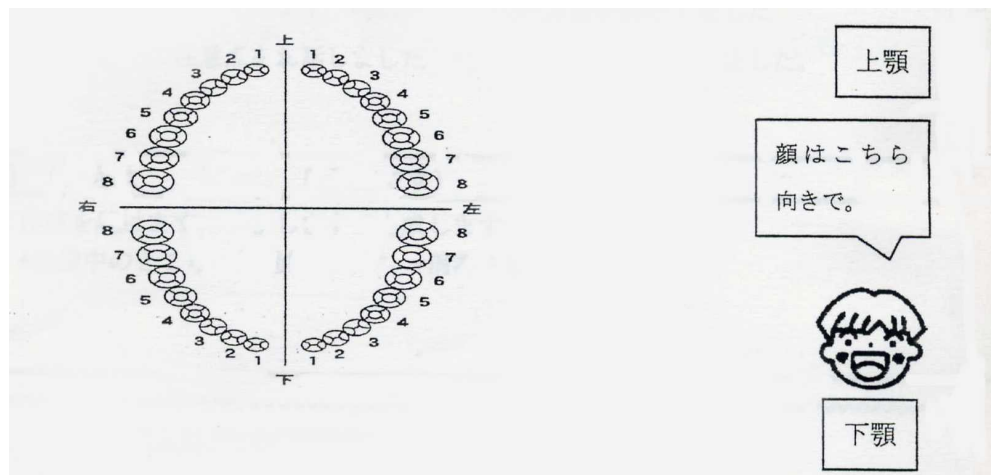
・詰め物(又はかぶせ物)が取れた・抜歯希望・義歯作成希望・摂食不良のため・口臭

現在、義歯を・・・： 持っているが使用している・持っているが使用していない・持っていない

症状はいつ頃からですか?：(_____)

治療上、療養上の希望：主訴の改善・摂食改善・定期口腔ケア・口腔ケア上の助言・口臭改善・
 審美処理・その他 (_____)

症状、ならびに部位について(わかる範囲での図示にご協力ください)



感染症の有無：無・有(疾患名 _____)

出血傾向：無・有

主たる疾患名、主病名：(_____)

意思疎通：全く不可能・他者(家族等)を通じ可能・筆談等の手段により可能・可能

退院・退所予定：無・有 (_____ 頃予定)

その他治療上に注意すべき事柄

歯科診療所 _____

電話： _____

Fax： _____

居宅療養管理指導提供用紙

介 患

年 月 日

氏名 _____ 様 男・女 MTSH 年 月 日生

訪問先 : 自宅

時 間 : 開始 (:) ~ 終了 (:)

利用者の病状、 経過など	【病名、症状】 (_____) 【摂食機能の状況】 改善 改善途上 不良 【お口の中の様子】 良好 不良：歯石 () 歯垢 () 歯肉腫脹 () 舌苔 ()
処置内容、治療 計画	
日常生活上の 留意事項、指導 要点	
介護サービスを利用する上での留意点、介護方法	

歯科診療所 _____

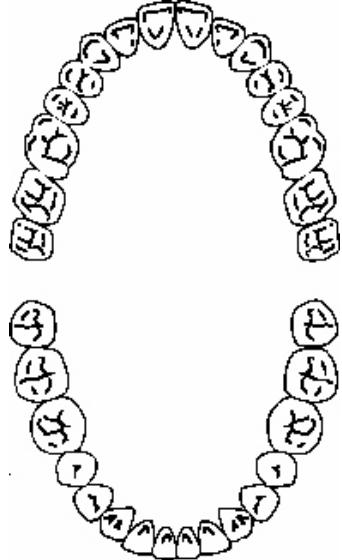
歯科医師 _____

歯科衛生士 _____

退院時共同指導料

退院後在宅又は介護施設で生活するに際しての共同指導項目

理学的検査

視診による 口腔内衛生状況	プラーク付着部位 1.口蓋 2.舌苔 3.孤立歯周囲 4.義歯	
	セルフケアが 1.出来る 2.出来ない	
	超音波歯ブラシの使用を 1.求める 2.求めない	
口唇閉鎖力測定	1.最大 N 2.最小 N	
口腔衛生習慣 (声掛けの必要性)	1.必要が無い 2.必要あり 3.不可	

口腔機能検査と退院後の目標

退院後	生命維持のためのチューブを外して、退院が可能か？ 1.可能 2.不可能
	自宅で穏やかな生活を送れるか？ 1.可能 2.不可能
誤嚥検査の必要性	V F 検査は必要か？ 1.必要 2.不要
経鼻栄養	1.いずれ外せるか () 頃) 2.外れそうもない
飲み込み機能 悪化の程度	退院に際し「胃瘻」は必要か？ 1.必要 2.不要
	食事時の姿勢指導(猫背防止指導)食道逆流防止 1.必要 2.不要 3.不可()
	嚥出指導(咽頭、喉頭の貯留物をなくすように指導) 1.必要 2.不要 3.不可()
	食後の痰の増加 1.ない 2.ある
	嘔声の有無や変化 1.ない 2.ある
経口摂取の可否	1.一部 2.全部
	a.高栄養流動食 b.一般流動食 c.高カロリー輸液
	d.トロミ食 e.キザミ食 f.常食 全粥 Kcal/日 補助栄養剤(流体) Kcal/日
誤嚥性肺炎への注意 (ムセ, 食欲不振, 発熱)	退院した場合、「誤嚥性肺炎」に注意できるか？ 1.できる 2.気づきにくい 3.不可能
脳の萎縮の程度	病気(脳萎縮)の進行による 脳機能の衰え(1.ない 2.ある) 歩行障害(1.ない 2.ある) 失禁(1.ない 2.ときどき 3.ある) 嚥下障害(1.ない 2.ある)
口腔内清掃について	指導を 1.求める 2.求めない
歯科治療	義歯・その他歯科治療を 1.求める 2.求めない

横向き姿勢時に嘔吐し、誤嚥を起こし、肺への汚物混入による誤嚥性肺炎が死亡原因になりやすい。

後期高齢者終末期相談支援料

	チェック項目	合意事項
継続して口腔内のサポートをしますが在宅療養を継続しますか？	入院して手術や抗がん剤の副作用に、患者が耐えられますか？	1. 耐えられる 2. 耐えられない
	自宅で穏やかな生活を送りますか？	1. 可能 2. 不可能
口腔周囲筋について	口腔周囲筋の指導を受けますか？	1. 受ける 2. 受けない
口腔内ケア	口腔内ケアを受けますか？	1. 受ける 2. 受けない
医療を強化するか	在宅生活維持の為に、更に新たな装着器具が必要ですか？	1. 必要 2. 不要
	お薬は変えなくて良いですか？	1. 必要 2. 不要
	もっとお薬を減らしたいですか？	1. 可能 2. 不可能
誤嚥防止の為に「胃瘻」を考慮するか	飲み込み機能が悪化して、嚥下障害を起こしていないか？	1. ある 2. なし
	入院してVFで検査をしてみますか？	1. 必要 2. 不要
	在宅療養のために新たに「胃瘻」手術が必要と考えますか？	1. 必要 2. 不要

脳の萎縮と表情筋との関係と注意点

病气（脳萎縮）の進行で、脳機能の衰え、歩行障害、失禁、嚥下障害等を起こします。

最期の時まで、本人の持つADLを低下させないためにも、気持ちの穏やかさを残すためにも、表情の豊かさを残すためにも、口唇閉鎖力を低下させないように努力いたしましょう。

身近な誤嚥の注意点

横向き姿勢時に嘔吐し、誤嚥を起こし、肺への汚物混入による誤嚥性肺炎が死亡原因になりやすくなります。十分に注意できる環境を整えましょう。

在宅患者連携指導料・連携医療保険機関名

1. 患者の診療に当たる歯科医師の氏名

常勤の歯科医師名	専門医等の取得状況

2. 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種名

3. 緊急時の連絡・対応方法

--

4. 緊急時の連携保険医療機関

(1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係わる届出を行なっている連携保険医療機関

(1)	名称	
	所在地	
	電話番号	
	開設者氏名	
	歯科医師名	
	調整担当者	
	連絡方法	

(2) 連携保険医療機関

(2)	名称	
	所在地	
	電話番号	
	開設者氏名	
	担当医師名	
	調整担当者	
	連絡方法	

(3) 連携保険医療機関

(3)	名称	
	所在地	
	電話番号	
	開設者氏名	
	担当医師名	
	調整担当者	
	連絡方法	

5. 連携保険医療機関への診療情報の周知方法

--

6. 緊急時の搬送体制

--