

【口腔機能向上加算 計画書】

| | | | | | | | | | | |
|-----|------------|--|-----|------------|--|------|------|-------|-------|------|
| 作成日 | 令和2年11月19日 | | 終了日 | 令和3年02月19日 | | 作成者 | | | | |
| 開始日 | 令和2年11月19日 | | 性別 | 生年月日 | | 介護認定 | 管理者 | 相談員 | 看護職員 | 介護職員 |
| カネ | | | 男性 | | | 要介護3 | 宇土 学 | 松尾 亜弥 | 亀山 絵美 | 宇土 学 |
| 氏名 | | | 男性 | 昭 | | | | | | |

| 質問・観察・試験項目 | | 結果 (問診日: 令和02年11月10日) | |
|---------------------|------------------------------------|-----------------------|------------|
| 咀嚼力 | 硬いものがたべにくくなりましたか? (13) | | |
| | 食事時間にかかる時間が長くなりましたか? 疲れることはありませんか? | | |
| | 頬を膨らませられますか? | | |
| | 口を大きく開けられますか? | | |
| | 舌を前に出して (唇を舐めるように) にぐるっとまわせますか? | | |
| 嚥下力 | お茶や汁物でむせることはありませんか? (14) | | |
| | 痰 (たん) は出ますか? | | |
| | 最近痩せましたか? (1ヶ月2kg程度を目安) | | |
| | 食べた後、胸やけや酸っぱい感じがすることはありますか? | | |
| 呼吸 | 薬や食べ物飲み込みにくくなりましたか? | | |
| | 最大何秒声が続きますか? | | |
| | 歩いたり話したりしている時に、息が切れることはありませんか? | | |
| | 「あー」と言ってみてください。 咳払いできますか? | | |
| 口腔清掃度 | たばこは吸っていますか? / どれくらいですか? | | |
| | 口の渇きが気になりますか? (15) | | |
| | 口臭が気になりますか? | | |
| | 義歯や歯の痛みに関する困りごとはありますか? | | |
| | 口の中よごれの量 | | |
| | 舌のよごれ | | |
| | RSST | 3回 | |
| 基本チェックリスト(13,14,15) | | 2項目以上で機能低下 | 1項目以下で機能低下 |
| 認定調査票 (3項目) | | 全て自立 (1) | 1項目でも自立不可 |
| 口腔機能低下の恐れ | | | |
| | | あり | なし |

| | |
|------|--|
| 長期目標 | |
| 短期目標 | |

プログラム立案者:

| プログラム内容 | 実施による効果 | プログラム内容 | 実施による効果 | 時間 | 頻度 | |
|---------|---------------------------------|------------------------------|-------------|-----|----------|-------------------------|
| 咀嚼訓練 | 深呼吸 鼻咽喉閉鎖と口唇閉鎖機能の強化・呼吸コントロール | 舌を上下左右に動かす・口の中で回す | 舌の筋力の維持と改善 | 20分 | 合計 7回 | |
| | 首の回旋運動 | 頸部筋のリラクゼーション・頸部可動域の維持と改善 | いーと唇の端を上げる | | | 口唇の筋力や感覚低下の防止 |
| | 肩の上下運動 | 肩周りの筋肉のリラクゼーション・肩甲骨可動域の維持と改善 | うーと唇を尖らせる | | | 口唇の筋力や感覚低下の防止 |
| | 頬の運動 | 頬の筋力の維持・改善 | ぱ、た、か、ら発音練習 | | | 口唇・前舌・奥舌の筋力、舌の巧緻性の強化 |
| 嚥下訓練 | 唾液腺マッサージ | 唾液の分泌促進・口腔周囲筋のリラクゼーション | 百人一首・歌 | 20分 | 合計 7回 | |
| | 深呼吸 | 鼻咽喉閉鎖と口唇閉鎖機能の強化・呼吸コントロール | 発声訓練 | | | 口腔周囲筋と呼吸筋の維持と向上 |
| | 首の回旋運動 | 頸部筋のリラクゼーション・頸部可動域の維持と改善 | フツング | | | 軟口蓋の挙上・声帯の内転の改善 |
| | 肩の上下運動・肩の運動 | 肩周りの筋肉のリラクゼーション・肩甲骨可動域の維持と改善 | 息こらえ嚥下 | | | 呼吸と嚥下のパターンを学習する |
| 呼吸訓練 | 舌運動 (呈出) | 舌の可動域の維持と改善 | 開口訓練 | 20分 | 合計 7回 | |
| | 舌抵抗訓練 | 舌の筋肉を鍛える | おてこ体操 | | | 舌骨上筋の強化・食道入口部開大強化 |
| | 深呼吸 | 鼻咽喉閉鎖と口唇閉鎖機能の強化・呼吸コントロール | シルベスター | | | 胸郭を広げやすくする |
| | 首の回旋運動 | 頸部筋のリラクゼーション・頸部可動域の維持と改善 | ハフピング | | | 気道分泌物を上気道まで移動させる |
| 呼吸訓練 | 肩の上下運動・肩の運動 | 肩周りの筋肉のリラクゼーション・肩甲骨可動域の維持と改善 | 咳嗽訓練 | 20分 | 合計 7回 | |
| | 手の運動 | 手のリラクゼーション・認知機能の向上 | 発声訓練 | | | 気道分泌物や誤嚥物の排出促進・誤嚥性肺炎の予防 |
| | 胸の運動 | 胸郭を広げやすくする | ブローイング | | | 口腔周囲筋と呼吸筋の維持と向上 |
| | | | | | | 鼻咽喉閉鎖改善・呼吸持続時間柄の延長 |

【同意欄】

上記計画の内容について説明を受け内容に同意し、交付を受けました。

日付: 年 月 日

| | | | |
|-------|------------|-----|------------------------------|
| 氏名 | | 続柄 | |
| 事業所名 | LET'S倶楽部大村 | 住所 | 〒856-0828 長崎県大村市杭出津2-54-1 |
| 事業所番号 | 4270502141 | TEL | 0957-47-5146 |
| | | FAX | 0957-47-5164 |

【口腔機能向上加算 モニタリング・アセスメント】

| | | | | | |
|----------|--|-----|------------|--------|--|
| 作成日 | 令和4年01月13日 | 開始日 | 令和3年11月01日 | 終了日 | 令和4年01月31日 |
| カナ | | 性別 | 生年月日 | 作成者 | 亀山 絵美 |
| 氏名 | | 男性 | | 介護度 | 管理員 相談員 看護職員 介護職員 |
| かかりつけ歯科医 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | 要介護1 | 宇土 学 松尾 亜弥 亀山 絵美 荒木 一之 |
| 食形態 | <input type="checkbox"/> 経口 [<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j)] <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 | | | | |
| 誤嚥性肺炎 | <input type="checkbox"/> 発症・罹患あり (発症日:) <input checked="" type="checkbox"/> 発症・罹患なし | | | 入れ歯の使用 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |

| | 質問・観察・試験項目 | 実施前の結果 | モニタ① | モニタ② | モニタリング①の結果 |
|---|----------------------------------|--|------|------|------------|
| | | 10/30 | | | |
| 咀嚼力 | 硬いものがたべにくくなりましたか？ (13) | ものによっては食べにくい・食べなくなったものがある (粥・果、油揚げ) | 1 | | |
| | 食事時間にかかる時間が長くなりましたか？盛れることはありますか？ | 液れることがある | 1 | | |
| | 食べこぼしはありますか？ | ある | 0 | | |
| | 口を大きく開けられますか？ | 開にした指で3本以上 (食べるのに困らない) | 2 | | |
| 嚥下力 | 舌を前に出して (強を握めるように) にくるとまわせますか？ | 周回をぐるっとまわせる | 2 | | |
| | お茶や汁物でむせることはありますか？ (14) | たまにむせる | 1 | | |
| | 痰 (たん) がらみがありますか？ | ある | 0 | | |
| | 最近痩せましたか？ (1ヶ月2kg程度を目安) | 変わらない / 太った | 2 | | |
| 呼吸 | 食べた後、胸やけや酸っぱい感じがすることはありますか？ | する | 0 | | |
| | 薬や食べ物が飲み込みにくくなりましたか？ | いいえ | 2 | | |
| | 最大何秒声が続きますか？ | 5秒以上10秒未満 | 1 | | |
| | 歩いたり話したりしている時に、息が切れることはありますか？ | いいえ | 2 | | |
| 口腔清掃度 | 「あー」と言ってみてください。 | クリアな声 | 2 | | |
| | 咳払いできますか？ | できるが弱い | 1 | | |
| | たばこは吸っていますか？ / どれくらいですか？ | 今吸っていない / 吸った、今吸っていない(1日1回以上、40年以上吸っていた) | 0 | | |
| | 口の渇きが気になりますか？ (15) | はい / 唇や舌が乾燥している | 0 | | |
| 特記 | 口臭が気になりますか？ | 気にならない | 2 | | |
| | 歯のよごれ | ある | 0 | | |
| | 義歯のよごれ | ある | 0 | | |
| | 舌のよごれ | 白くすいよごれ | 1 | | |
| RSST | | 1 | | | |
| <input type="checkbox"/> 歯(う蝕、修復物脱落等)、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 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 | | | | | |

| サービス提供者：看護職員 | | | | 実施前 | 実施後 | |
|--|-------------|-------------------|----|-------|-----|--|
| | 実施プログラム内容 | 時間 | 実績 | | | |
| 咀嚼訓練 | 深呼吸 | 舌を上下左右に動かす・口の中で回す | 0分 | 合計 0回 | ⇒ | |
| | 首の回旋運動 | いーと唇の端を上げる | | | | |
| | 肩の上下運動 | うーと唇を尖らせる | | | | |
| | 頬の運動 | バ、ク、カ、ラ発音練習 | | | | |
| | 唾液腺マッサージ | 百人一首・歌 | | | | |
| 嚥下訓練 | 深呼吸 | 発声訓練 | 0分 | 合計 0回 | ⇒ | |
| | 首の回旋運動 | ブッシング | | | | |
| | 肩の上下運動・肩の運動 | 息こらえ嚥下 | | | | |
| | 舌運動 (呈出) | 開口訓練 | | | | |
| 呼吸訓練 | 舌抵抗訓練 | おでこ体操 | 0分 | 合計 0回 | ⇒ | |
| | 深呼吸 | シルベスター | | | | |
| | 首の回旋運動 | ハップニング | | | | |
| | 肩の上下運動・肩の運動 | 咳様訓練 | | | | |
| | 手の運動 | 発声訓練 | | | | |
| | 腕の運動 | フローイング | | | | |
| ※ 利用時に口腔清掃の実施・指導。口腔機能の状況や向上に関する情報提供を適宜実施します。 | | | | | | |

| | |
|------|--------------------------------|
| 長期目標 | 口の中を常に清潔に保ち、歯周病や虫歯、誤嚥性肺炎を予防する。 |
| 短期目標 | 1日2回歯磨きをする習慣をつける。(朝・寝る前) |

| | |
|----------------------|--|
| モニタリング (計画期間中の評価) | |
|----------------------|--|

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|----|-----------------------------|
| アセスメント (計画期間後の評価) | | | | | |
| 口腔リハの必要性(基本チェックリスト) | 2項目以上で機能低下 | 1項目以下で機能低下 | 口腔ケアの必要性 | あり | なし |
| 口腔サービスを継続しないことによる機能低下の恐れ | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | 不明 | <input type="checkbox"/> なし |
| 口腔機能向上加算のサービスの実施の必要性 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | 推奨 | <input type="checkbox"/> なし |