別紙様式６－１（介護保険施設）

**口腔衛生の管理体制についての計画**

|  |  |
| --- | --- |
| 策定日 | 年 　 月 日 |
| 作成者 | 　 |
| 助言を行った歯科医師等 | 歯科医療機関 |
| 歯科医師名 |
| 連絡先 |
| 助言の要点 | □　入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 |
| 口　口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性 |
| □　食事状態、食形態等の確認 |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □　現在の取組の継続 |
| 実施目標 | □　施設職員に対する研修会の開催 |
| □　口腔清掃の用具の整備 |
| □　口腔清掃の方法・内容等の見直し |
| □　歯科専門職による入所者の口腔衛生管理等 |
| □　歯科専門職による食事環境、食形態等の確認 |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □　現在の取組の継続 |
| 施設職員等による入所者の口腔の健康状態の評価 | 各入所者の入所時及び（　　　　週・月）に1回※週・月のいずれかに○をつける。 |
| 具体的方策（実施時期、実施場所、主担当者など） | 　 |
|
|
| 留意事項、特記事項等 | 　 |
|
|