

チェック表10

口腔機能向上体制 チェック表

事業所番号 08

事業所名

| <p>言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置しているか。<br/>(これらの職員のうち、口腔機能向上サービスに関わる者の資格及び氏名を下記に記入すること)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">資格</th> <th style="width: 50%;">氏名</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>-----</p> <p>上記の口腔機能向上サービスに関わる者の資格証及び勤務形態一覧表(別紙7)を添付しているか。</p> | 資格            | 氏名 |  |  |  |  | <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> |
|--|---------------|----|--|--|--|--|-----------------------------|
| 資格   | 氏名            |    |  |  |  |  |                             |
|  |               |    |  |  |  |  |                             |
| <p>利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成することとしているか。</p>  | <p>はい・いいえ</p> |    |  |  |  |  |                             |
| <p>(通所介護、介護予防通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護のみチェック)<br/>利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録することとしているか。</p>  | <p>はい・いいえ</p> |    |  |  |  |  |                             |
| <p>(通所リハビリ、介護予防通所リハビリのみチェック)<br/>利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い医師、医師若しくは歯科医師の指示を受けた言語聴覚士若しくは看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録することとしているか。</p>  | <p>はい・いいえ</p> |    |  |  |  |  |                             |
| <p>利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価することとしているか。</p>   | <p>はい・いいえ</p> |    |  |  |  |  |                             |
| <p>運営基準に基づき事業所の運営規程に定められた利用定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置することとしているか。</p>  | <p>はい・いいえ</p> |    |  |  |  |  |                             |