

経口維持計画評価表(案)

| | | | |
|---|--|---|--|
| 氏名 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 年 月 日 ()歳 | 算定加算 <input type="checkbox"/> 経口維持加算(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 経口維持加算(Ⅰ)および(Ⅱ) |
| 摂食・嚥下機能検査の実施日 | 年 月 日 | 初回・見直し | 協力歯科医療機関名() |
| 指示医師名 | 医師指示日 年 月 日 | | |
| <input type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 顎関節診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 認知機能に課題あり(検査不可のため食事の観察にて確認) <input type="checkbox"/> その他() | | 検査結果や食事観察による把握した課題 <input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 <input type="checkbox"/> その他() | |

1. 摂食・嚥下評価表および医師指示

| 番号 | 食事中に現れる症状 評価日 年 月 日 評価者 | ほとんどない | まれにある | 時々ある | いつもある | 点数 | |
|--|------------------------------|--------|-------|------|-------|------------|---|
| | | 0点 | 1点 | 2点 | 3点 | | |
| 1) | 嘔むことが困難である | | | | | 準備・口腔期・咽頭期 | |
| 2) | 硬い食べ物を避け、軟らかい食べ物ばかり食べる | | | | | | |
| 3) | 口から食べ物がこぼれる | | | | | | |
| 4) | 言葉が明確ではない | | | | | | |
| 5) | 食べ物をいつまでも飲み込まずに噛んでいる | | | | | | |
| 6) | 食事中や食後に濁った声に変わる | | | | | | |
| 7) | 食べるのが遅くなる | | | | | | 点 |
| 8) | 水分や食べ物が口に入ったとたんむせたり、せきこんだりする | | | | | 誤嚥 | |
| 9) | 水分や食べ物を飲み込んだときにむせたり、せきこんだりする | | | | | | |
| 10) | 水分を飲み込むときにむせる | | | | | | |
| 11) | ご飯を飲み込むときにむせる | | | | | | 点 |
| 合計点数(3点以上の場合摂食・嚥下障害リスクありと判定) | | | | | | 合計 | 点 |
| 医師指示日 年 月 日 | | 指示医師名 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 上記の患者(入所者)は各種検査などから摂食機能障害を有し、誤嚥が認められるため、2.以降の観察などにより経口維持への取組みが必要 <input type="checkbox"/> 取組み不要 | | | | | | | |

2. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点

食事の観察を通して気付いた点
 食事の観察の実施日: 年 月 日 追加(見直し実施日): 年 月 日
 食事の観察の参加者: 医師 歯科医師 管理栄養士/栄養士 歯科衛生士 言語聴覚士 作業療法士 理学療法士 看護職員
介護職員 介護支援専門員

| | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. 上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2. 頸部が後屈しがちである | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3. 食事を楽しみにしていない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4. 食事をしながら、寝てしまう(傾眠) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5. 食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまい、食事に集中できない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6. 食事またはその介助を拒否する | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7. 食事に時間がかかり、疲労する | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8. 次から次へと食べ物を口に運ぶ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 9. 口腔内が乾燥している | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 10. 口腔内の衛生状態が悪い | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 11. 嘔むことが困難である(歯・義歯の状態または咀嚼能力等に問題がある) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 12. 硬いものを避け、軟らかいものばかり食べる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 13. 上下の奥歯や義歯が咬み合っていない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 14. 口から食物や唾液がこぼれる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 15. 口腔内に食物残渣が目立つ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 16. 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 17. 食事中や食後に濁った声になる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 18. 一口当たり何度も嚥下する | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 19. 頻繁にむせたり、せきこんだりする | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 20. 食事の後半は疲れてしまい、特によくむせたり、呼吸音が濁ったりする | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 21. 観察時から直近1カ月程度以内で、食後または食事中に嘔吐したことがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 22. 食事の摂取量に問題がある(拒食、過食、偏食など) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

多職種会議における議論の概要
 会議実施日: 年 月 日
 会議参加者: 医師 歯科医師 管理栄養士/栄養士 歯科衛生士 言語聴覚士 作業療法士 理学療法士 看護職員 介護職員 介護支援専門員

| | | | |
|-------------------------|--|---|---------------|
| 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点 | ①食事の形態・とろみ、補助食の活用 | <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更 | |
| | ②食事の周囲環境 | <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更 | |
| | ③食事の介助の方法 | <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更 | |
| | ④口腔のケアの方法 | <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更 | |
| | ⑤医療または歯科医療受療の必要性 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 算定加算 | 担当職種 | 担当者氏名 | 気付いた点、アドバイスなど |
| 経口維持加算(Ⅰ) | | | |
| 経口維持加算(Ⅱ) | | | |
| 食事形態の種類 | <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 刻みとろみ <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| とろみの程度(増粘剤) | <input type="checkbox"/> 食事・水分とも使用 <input type="checkbox"/> 水分のみ使用 <input type="checkbox"/> 食事のみ使用 <input type="checkbox"/> 使用なし | | |

3. 経口による食事の摂取のための計画

※栄養ケア計画や施設サービス計画において記入している項目は、下記の該当項目の記入は不要。また、初回作成時および前月から変更がある場合に記載。

| | |
|------------------|--|
| 初回作成日(作成者) 年 月 日 | 作成(変更)日(作成者) 年 月 日 |
| 入所(院)者または家族の意向 | 同意者のサイン (※初回作成時および大幅な変更時) 説明と同意日 (※初回作成時および大幅な変更時) 年 月 日 |
| 解決すべき課題や目標、目標期間 | |
| 経口による食事の摂取のための対応 | 経口維持加算(Ⅰ) |
| | 経口維持加算(Ⅱ) |