

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)
摂食・嚥下機能検査の実施日	年 月 日	初回・見直し		<input type="checkbox"/> 経口維持加算(Ⅰ)および(Ⅱ)	
指示医師名	医師指示日	年 月 日		協力歯科医療機関名( )	
<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				点数
		ほとんどない	まれにある	時々ある	いつもある	
	評価日 年 月 日 評価者	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					
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					
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
経口維持加算(Ⅰ)	気付いた点、アドバイスなど	
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)