

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

氏名（ふりがな）	
性別	☐ 男 ☐ 女
生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ●年●月●日生まれ ●歳
かかりつけ歯科医	☐ あり ☐ なし
入れ歯の使用	☐ あり ☐ なし
食形態等	経口摂取(☐ 常食 ☐ 嚥下調整食 (☐ 4 ☐ 3 ☐ 2-2 ☐ 2-1 ☐ 1 j ☐ 0 t ☐ 0 j)) ☐ 経腸栄養 ☐ 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	☐ あり（発症日：令和●年●月●日） ☐ なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

		令和●年●月●日
		記入者●● ●●
		☐ 看護職員 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭	☐ あり ☐ なし ☐ 分からない
	歯の汚れ	☐ あり ☐ なし ☐ 分からない
	義歯の汚れ	☐ あり ☐ なし ☐ 分からない
	舌苔	☐ あり ☐ なし ☐ 分からない
口腔機能	食べこぼし	☐ あり ☐ なし ☐ 分からない
	舌の動きが悪い	☐ あり ☐ なし ☐ 分からない
	むせ	☐ あり ☐ なし ☐ 分からない
	痰がらみ	☐ あり ☐ なし ☐ 分からない
	口腔乾燥	☐ あり ☐ なし ☐ 分からない
特記事項	☐ 歯（う蝕、修復物脱離等）、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 ☐ 音声・言語機能に関する疾患の可能性 ☐ その他（ ）	

2 口腔機能改善管理計画

作成日：令和●年●月●日

計画立案者	☐ 看護職員 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士
サービス提供者	☐ 看護職員 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士
目標	☐ 口腔衛生（ ☐ 維持 ☐ 改善（ ）） ☐ 摂食・嚥下機能（ ☐ 維持 ☐ 改善（ ）） ☐ 食形態（ ☐ 維持 ☐ 改善（ ）） ☐ 音声・言語機能（ ☐ 維持 ☐ 改善（ ）） ☐ 誤嚥性肺炎の予防 ☐ その他（ ）
実施内容	☐ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ☐ 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 ☐ 音声・言語機能に関する指導 ☐ その他（ ）

3 実施記録

実施年月日	●年●月●日
サービス提供者	●● ●●
	☐ 看護職員 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	☐ 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	☐ 実施
音声・言語機能に関する指導	☐ 実施
その他（ ）	☐ 実施

4 その他特記事項

--

リハビリテーション・個別機能訓練・栄養・口腔 一体的計画書 (施設系)

氏名： 殿				入所（院）日： 年 月 日
				初回作成日： 年 月 日
作成者：	リハ	栄養	口腔	作成（変更）日： 年 月 日
利用者及び家族の意向				説明日 年 月 日
全体の目標				説明者
算定加算等	☐ リハビリテーションマネジメント（介護老人保健施設） ☐ 個別機能訓練加算 ☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算（介護医療院） ☐ 栄養マネジメント強化加算 ☐ 経口移行加算 ^{*1} ☐ 経口維持加算 ^{*2} （ ☐ Ⅰ ☐ Ⅱ） ☐ 療養食加算 ☐ 口腔衛生管理加算（Ⅰ） ☐ 口腔衛生管理加算（Ⅱ）			

	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養、経口移行 ^{*1} ・維持 ^{*2}	口腔
解決すべき課題 (ニーズ)		低栄養状態のリスク（ ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高）	☐ 口腔衛生状態（ ☐ 歯の汚れ ☐ 義歯の汚れ ☐ 舌苔 ☐ 口臭） ☐ 口腔機能の状態（ ☐ 食べこぼし ☐ 舌の動きが悪い ☐ むせ ☐ 痰がらみ ☐ 口腔乾燥） ☐ 歯数（ ）歯 ☐ 歯の問題（ ☐ う蝕 ☐ 歯の破折 ☐ 修復物脱離 ☐ その他（ ）） ☐ 義歯の問題（ ☐ 不適合 ☐ 破損 ☐ その他（ ）） ☐ 歯周病 ☐ 口腔粘膜疾患（潰瘍等）
長期目標・期間	（心身機能） （活動） （参加）		☐ 歯科疾患（ ☐ 予防 ☐ 重症化予防） ☐ 口腔衛生（ ☐ 自立 ☐ 介護者の口腔清掃の技術向上） ☐ 専門職の定期的な口腔清掃等 ☐ 摂食・嚥下機能（ ☐ 維持 ☐ 改善） ☐ 食形態（ ☐ 維持 ☐ 改善） ☐ 栄養状態（ ☐ 維持 ☐ 改善） ☐ 誤嚥性肺炎の予防 ☐ その他（ ）
短期目標・期間	（心身機能） （活動） （参加）		☐ 口腔の清掃 ☐ 口腔の清掃に関する指導 ☐ 義歯の清掃 ☐ 義歯の清掃に関する指導 ☐ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ☐ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ☐ その他（ ） ☐ 月4回程度 ☐ 月2回程度 ☐ 月1回程度 ☐ その他（ ）
具体的なケア内容	担当職種： 、期間： 、 頻度：週 回、時間： 分／回	担当職種： 、期間： 、頻度：週 回	

リハビリテーション・個別機能訓練・栄養・口腔 一体的計画書 (通所系)

氏名： 殿				サービス開始日： 年 月 日
				初回作成日： 年 月 日
作成者：	リハ	栄養	口腔	作成（変更）日： 年 月 日
利用者及び家族の意向				説明日 年 月 日
全体の目標				説明者
算定加算	☐ リハビリテーションマネジメント加算（A）イ ☐ リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ ☐ リハビリテーションマネジメント加算（B）イ ☐ リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ ☐ 個別機能訓練加算（Ⅰ） ☐ 個別機能訓練加算（Ⅱ） ☐ 口腔・栄養スクリーニング加算 ☐ 栄養アセスメント加算 ☐ 栄養改善加算 ☐ 口腔機能向上加算（Ⅰ） ☐ 口腔機能向上加算（Ⅱ）			

	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養	口腔
解決すべき 課題 (ニーズ)		低栄養状態のリスク（ ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高）	☐ 口腔衛生状態（ ☐ 口臭 ☐ 歯の汚れ、 ☐ 義歯の汚れ、 ☐ 舌苔、） ☐ 口腔機能の状態（ ☐ 食べこぼし ☐ 舌の動きが悪い ☐ むせ ☐ 痰がらみ ☐ 口腔乾燥） ☐ 歯（ ☐ う蝕、修復物脱離等） 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 ☐ 音声・言語機能に関する疾患の可能性 ☐ その他（ ） 【記入者】 ☐ 看護職員 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士
長期目標・ 期間	(心身機能) (活動) (参加)		☐ 口腔衛生（ ☐ 維持 ☐ 改善（ ）） ☐ 摂食・嚥下機能（ ☐ 維持 ☐ 改善（ ）） ☐ 食形態（ ☐ 維持 ☐ 改善（ ）） ☐ 音声・言語機能（ ☐ 維持 ☐ 改善（ ）） ☐ 誤嚥性肺炎の予防 ☐ その他（ ） 【計画立案者】 ☐ 看護職員 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士
短期目標・ 期間	(心身機能) (活動) (参加)		☐ その他（ ） 【計画立案者】 ☐ 看護職員 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士
具体的な ケア内容	担当職種： 、期間： 、 頻度：週 回、時間： 分／回	担当職種： 、期間： 、頻度：週 回	☐ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ☐ 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 ☐ 音声・言語機能に関する指導 ☐ その他（ ） 【サービス提供者】 ☐ 看護職員 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士

☐要支援 ☐要介護

これまでのリハビリテーションの実施状況（プログラムの実施内容、頻度、量等）：

(終了の目安となる時期：

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：自立、Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Ⅴ

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
食事	10 5 0	10 5 0	
イスとベッド間の移動	15 5 0 ←監視下 座れるが移れない→5	15 10 0 ←監視下 座れるが移れない→5	
整容	5 0 0	5 0 0	
トイレ動作	10 5 0	10 5 0	
入浴	5 0 0	5 0 0	
平地歩行	15 10 0 ←歩行器等 車椅子操作が可能→5	15 10 0 ←歩行器等 車椅子操作が可能→5	
階段昇降	10 5 0	10 5 0	
更衣	10 5 0	10 5 0	
排便コントロール	10 5 0	10 5 0	
排尿コントロール	10 5 0	10 5 0	
合計点			

■活動と参加に影響を及ぼす機能障害以外の要因

家庭内の役割の内容

余暇活動（内容および頻度）

社会地域活動（内容および頻度）

リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組

☐ その他、共有すべき事項（ ）

【情報提供者】 ☐ 企画支援専門員 ☐ 医師 ☐ (地域密着型) 通所介護 ☐ (

【個別機能訓練アセスメントシート（一体実施版）】

作成日：令和 年 月 日		前回作成日：令和 年 月 日		初回作成日：令和 年 月 日	
ふりがな 氏名	性別	大正 / 昭和		要介護度	計画作成者： 職種：
		年 月 日生（ 歳）			
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	

I 利用者の基本情報

利用者本人の社会参加の状況	利用者の居宅の環境（環境因子）
---------------	-----------------

健康状態・経過

病名	発症日・受傷日： 年 月 日 直近の入院日： 年 月 日 直近の退院日： 年 月 日
治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）	
合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等）	
機能訓練実施上の留意事項（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）	

利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること	特記事項
-----------------------------	------

III 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練の実施による変化	個別機能訓練実施における課題とその要因
----------------	---------------------

※個別機能訓練の実施結果等をふまえ、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更等を行った場合は、個別機能訓練計画書の再作成又は更新等を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に係る最新の情報が把握できるようにすること。初回作成時にはIIIについては記載不要である。

栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（一実施版）（様式例）

フリガナ		性別	男 女	生年月日	年 月 日	生年	月 日	年齢	
氏名		要介護度		病名、特記事項等		記入番号		作成年月日	年 月 日
利用者								家族構成と キーパーソン （支援者）	本人

（以下は、入所（入院）看護状態に応じて作成。）

実施日（記入者名）		年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）
プロセス	★フルダウん ¹	★フルダウん ¹	★フルダウん ¹	★フルダウん ¹	★フルダウん ¹
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高
身長	cm	cm	cm	cm	cm
体重 / BMI	kg /	kg /	kg /	kg /	kg /
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()
血清アルブミン値	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()
褥瘡	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口
栄養補給法	□経口栄養法 □静脈栄養法	□経口栄養法 □静脈栄養法	□経口栄養法 □静脈栄養法	□経口栄養法 □静脈栄養法	□経口栄養法 □静脈栄養法
その他					
栄養摂取量（割合）	%	%	%	%	%
主食の摂取量（割合）	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
主菜、副菜の摂取量（割合）	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %
その他（補助食品など）					
摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
提供栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
必要栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
嚥下調整食の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
食事の形態（コード）	（コード：★フルダウん ² ）	（コード：★フルダウん ² ）	（コード：★フルダウん ² ）	（コード：★フルダウん ² ）	（コード：★フルダウん ² ）
とろみ	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い
食事の監護事項の有無（療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど）	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
本人の意欲	★フルダウん ³	★フルダウん ³	★フルダウん ³	★フルダウん ³	★フルダウん ³
食欲・食事の満足感	★フルダウん ⁴	★フルダウん ⁴	★フルダウん ⁴	★フルダウん ⁴	★フルダウん ⁴
食事に対する意識	★フルダウん ⁴	★フルダウん ⁴	★フルダウん ⁴	★フルダウん ⁴	★フルダウん ⁴
口腔ケア	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下
安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□	□
食事に集中することができない	□	□	□	□	□
食事中に嘔吐や意識混濁がある	□	□	□	□	□
指（親指）のない状態で食事をしている	□	□	□	□	□
食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□	□
固形の食べ物を咀嚼しにくく中にくる	□	□	□	□	□
食後、嚥下の内側や口腔内に残渣がある	□	□	□	□	□
水分でむせる	□	□	□	□	□
食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□	□
その他、気が付いた点					
褥瘡・生活機能関係 消化器管関係 水分関係 代謝関係 心理・精神・認知症関係 医薬品	□褥瘡（褥瘡） □生活機能低下 □嘔吐・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（褥瘡） □生活機能低下 □嘔吐・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（褥瘡） □生活機能低下 □嘔吐・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（褥瘡） □生活機能低下 □嘔吐・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（褥瘡） □生活機能低下 □嘔吐・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
特記事項					
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない
計画変更	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有

経口維持加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定している場合は必須	経口維持加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定している場合は必須	経口維持加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定している場合は必須	経口維持加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定している場合は必須	経口維持加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定している場合は必須
摂食・嚥下機能検査	□水飲みテスト □経口嚥下検査 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □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） □その他（ ） 実施日： 年 月 日	□水飲みテスト □経口嚥下検査 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □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） □その他（ ） 実施日： 年 月 日	□水飲みテスト □経口嚥下検査 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □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） □その他（ ） 実施日： 年 月 日	□水飲みテスト □経口嚥下検査 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □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） □その他（ ） 実施日： 年 月 日
検査結果や観察等を通して把握した課題の所在	□認知機能 □咀嚼 □経口機能 □嚥下機能	□認知機能 □咀嚼 □経口機能 □嚥下機能	□認知機能 □咀嚼 □経口機能 □嚥下機能	□認知機能 □咀嚼 □経口機能 □嚥下機能
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 実施日： 年 月 日	□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 実施日： 年 月 日	□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 実施日： 年 月 日	□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 実施日： 年 月 日
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 実施日： 年 月 日	□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 実施日： 年 月 日	□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 実施日： 年 月 日	□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 実施日： 年 月 日
①食事の形態・とろみ、補助食の活用	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
②食事の摂取環境	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
③食事の介助の方法	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
④口腔ケアの方法	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
⑤医療又は歯科医療受療の必要性	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
特記事項				

※経口維持加算（Ⅱ）を算定する場合は、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加していること

- ★フルダウん¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
 ★フルダウん² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類（4、3、2-2、2-1、0t、0）
 ★フルダウん³ 1より2までよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
 ★フルダウん⁴ 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（一体実施版）（様式例）

フリガナ		性別	□男 □女	生年月日	年 月 日	生まれ	年齢	歳
氏名		要介護度		病名・特記事項等			記入者名	
利用者							作成年月日	年 月 日
家族の意向				食事の準備状況（買い物、食事の支度、加味特許等）			家族構成とキーパーソン（支援者）	本人

（以下は、入所（入院）看護の状況に応じて作成。）

実施日（記入者名）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）
プロセス	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高
身長	cm	cm	cm	cm
体重 / BMI	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有(kg/1ヶ月)	□無 □有(kg/1ヶ月)	□無 □有(kg/1ヶ月)	□無 □有(kg/1ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有(kg/3ヶ月)	□無 □有(kg/3ヶ月)	□無 □有(kg/3ヶ月)	□無 □有(kg/3ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有(kg/6ヶ月)	□無 □有(kg/6ヶ月)	□無 □有(kg/6ヶ月)	□無 □有(kg/6ヶ月)
血清アルブミン値	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
栄養補給法	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口
その他				
栄養摂取量（割合）	%	%	%	%
主食の摂取量（割合）	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
主菜、副菜の摂取量（割合）	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %
その他（補助食品など）				
摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
提供栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
必要栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
嚥下調整食の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
食事の形態（コード）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）
とろみ	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い
食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど）	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
本人の意欲	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³
食欲・食事の満足感	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴
食事に対する意識	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴
口腔関係	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下
安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□
食事に集中することができない	□	□	□	□
食事中に嘔吐や意識混濁がある	□	□	□	□
歯（義歯）のない状態で食事をしている	□	□	□	□
食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□
固形の食べ物を咀嚼しにくく中にむせる	□	□	□	□
食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	□	□	□	□
水分でむせる	□	□	□	□
食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□
その他・気が付いた点				
褥瘡・生活機能関係	□褥瘡（再発） □生活機能低下 □嚥気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再発） □生活機能低下 □嚥気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再発） □生活機能低下 □嚥気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再発） □生活機能低下 □嚥気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
消化器関係				
水分関係				
代謝関係				
心理・精神・認知症関係				
医薬品				
特記事項				
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない
サービス継続の必要性（注）栄養改善加算算定の適合	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有

★ブルダウン¹

★ブルダウン²

★ブルダウン³

★ブルダウン⁴

スクリーニング／アセスメント／モニタリング

常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類（4、3、2-2、2-1、1j、0t、0j）

1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない

1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

口腔衛生管理加算 様式（一体実施版）

氏名	ふりがな
性別	☐ 男 ☐ 女
生年月日	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ●年●月●日生まれ ●歳
要介護度・病名等	
かかりつけ歯科医	☐ あり ☐ なし
入れ歯の使用	☐ あり ☐ なし
食形態	☐ 経口摂取（ ☐ 常食 ☐ 嚥下調整食（ ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2-2 ☐ 2-1 ☐ 1 j ☐ 0 t ☐ 0 j）） ☐ 経腸栄養 ☐ 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	☐ あり（発症日：令和●年●月●日） ☐ なし
同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）の実施の有無（注）	☐ あり（●）回 ☐ なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

※医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に3回以上算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

1 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日： 令和●年●月●日 （記入者： ）

口腔衛生等の管理	☐ 口腔の清掃 ☐ 口腔の清掃に関する指導 ☐ 義歯の清掃 ☐ 義歯の清掃に関する指導 ☐ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ☐ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ☐ その他（ ）
介護職員への技術的助言等の内容	☐ 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 ☐ 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 ☐ 食事の状態、食形態等の確認 ☐ 現在の取組の継続 ☐ その他（ ）

2 その他の事項

--

口腔機能向上サービスに関する計画書（一体実施版）（様式例）

氏名	ふりがな
性別	☐ 男 ☐ 女
生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ●年●月●日生まれ ●歳
かかりつけ歯科医	☐ あり ☐ なし
入れ歯の使用	☐ あり ☐ なし
食形態等	経口摂取(☐ 常食 ☐ 嚥下調整食 (☐ 4 ☐ 3 ☐ 2-2 ☐ 2-1 ☐ 1 j ☐ 0 t ☐ 0 j)) ☐ 経腸栄養 ☐ 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	☐ あり (発症日：令和●年●月●日) ☐ なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 実施記録

実施年月日	●年●月●日
サービス提供者	●● ●● ☐ 看護職員 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	☐ 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	☐ 実施
音声・言語機能に関する指導	☐ 実施
その他 ()	☐ 実施

2 その他特記事項

--