

# 経口移行・経口維持計画 (様式例)

別紙3

氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日	経口摂取の状態 <input type="checkbox"/> 歯又は使用中の義歯がある <input type="checkbox"/> 食事の介助が必要である	算定加算 <input type="checkbox"/> 経口移行加算 <input type="checkbox"/> 経口維持加算(I) <input type="checkbox"/> 経口維持加算(I)及び(II) 協力歯科医療機関名 ( )
摂食・嚥下機能検査の実施* <input type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頸部聴診法 <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 <input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能

\* 経口移行加算を算定する場合は、\*の項目の記入は不要です。

## 1. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点\*

\* 当欄の項目に関しては、食事の観察及び会議を月1回実施の上、記入してください。

食事の観察を通して気づいた点	
食事の観察の実施日： 年 月 日	
食事の観察の参加者： <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 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	<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う、食事に集中できない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 食事又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 噙むことが困難である(歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑫ 固いものを避け、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 一口あ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 食事中や食後に濁った声に変わる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
㉑ 食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
㉒ 観察時から直近1ヶ月程度以内で、食後又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
㉓ 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医療又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	気づいた点、アドバイス等
経口維持加算(I)			
経口維持加算(II)			

食事形態の種類・とろみの程度 ※日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2013やその他嚥下調整食分類等を参照のこと	
--	--

## 2. 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です。また、初回作成時及び前月から変更がある場合に記載して下さい。

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)者又は家族の意向	同意者のサイン (※初回作成時及び大幅な変更時)	説明と同意を得た日 (※初回作成時及び大幅な変更時)
解決すべき課題や目標、目標期間	年 月 日	
経口による食事の摂取のための対応	経口移行加算	
	経口維持加算(I)*	
	経口維持加算(II)*	