別紙様式１

興味・関心チェックシート

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操･運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動（町内会・老人クラブ）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他（　　）				その他（　　）			
その他（　　）				その他（　　）			

別紙様式２

居宅訪問チェックシート

利用者氏名		生年月日	年　月　日	男・女
訪問日	平成　年　月　日（　）	：　～　：	要介護度	
訪問スタッフ		職種		

	項目	レベル	課題	環境 (実施場所・補助具等)	状況･生活課題
ＡＤＬ	食事	・自立　・見守り ・一部介助　・全介助	有・無		
	排泄	・自立　・見守り ・一部介助　・全介助	有・無		
	入浴	・自立　・見守り ・一部介助　・全介助	有・無		
	更衣	・自立　・見守り ・一部介助　・全介助	有・無		
	整容	・自立　・見守り ・一部介助　・全介助	有・無		
	移乗	・自立　・見守り ・一部介助　・全介助	有・無		
ＩＡＤＬ	屋内移動	・自立　・見守り ・一部介助　・全介助	有・無		
	屋外移動	・自立　・見守り ・一部介助　・全介助	有・無		
	階段昇降	・自立　・見守り ・一部介助　・全介助	有・無		
	調理	・自立　・見守り ・一部介助　・全介助	有・無		
	洗濯	・自立　・見守り ・一部介助　・全介助	有・無		
	掃除	・自立　・見守り ・一部介助　・全介助	有・無		
	項目	レベル	課題	状況・生活課題	
起居動作	起き上がり	・自立　・見守り ・一部介助　・全介助	有・無		
	座位	・自立　・見守り ・一部介助　・全介助	有・無		
	立ち上がり	・自立　・見守り ・一部介助　・全介助	有・無		
	立位	・自立　・見守り ・一部介助　・全介助	有・無		

別紙様式３

【個別機能訓練計画書】

作成日：平成　　年　　月　　日	前回作成日：平成　　年　　月　　日	計画作成者：

ふりがな	性別	大正　/　昭和	介護認定	管理者	看護	介護	機能訓練	相談員
氏名		年　　月　　日生（						

本人の希望	家族の希望	障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症老人の日常生活自立度 正常 Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M

病名、合併症(心疾患、吸器疾患等)	生活課題	在宅環境(生活課題に関連する在宅環境課題)
運動時のリスク(血圧、不整脈、呼吸等)		

個別機能訓練加算Ⅰ

長期目標：　　年　　月		目標達成度	達成 ・ 一部 ・ 未達
短期目標：　　年　　月		目標達成度	達成 ・ 一部 ・ 未達

	プログラム内容	留意点	頻度	時間	主な実施者
①					
②					
③					

プログラム立案者：

個別機能訓練計画書Ⅱ

長期目標：　　年　　月		目標達成度	達成 ・ 一部 ・ 未達
短期目標：　　年　　月		目標達成度	達成 ・ 一部 ・ 未達

	プログラム内容(何を目的に(～のために)～する)	留意点	頻度	時間	主な実施者
①					
②					
③					
④					

(注)目的を達成するための具体的内容を記載する。(例:買い物に行けるようになるために、屋外歩行を練習するなどを記載。)

プログラム立案者：

特記事項	プログラム実施後の変化(総括)　再評価日：平成　　年　　月　　日

上記計画の内容について説明を受けました。 平成　　年　　月　　日	上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 平成　　年　　月　　日
ご本人氏名：	介護支援専門員様/事業所様
ご家族氏名：	

通所介護 ○○○　　〒000-0000　住所：○○県○○市○○ 00-00　　管理者：
事業所No.000000000　　Tel.000-000-0000/Fax.000-000-0000　　説明者：

別紙様式４

【通所介護計画書】

作成日：平成　　年　　月　　日	前回作成日：平成　　年　　月　　日	計画作成者：

ふりがな	性別	大正　/　昭和	介護認定	管理者	看護	介護	機能訓練	相談員
氏名		年　月　日生　歳						

通所介護利用までの経緯(活動歴や病歴)	本人の希望	障害老人の日常生活自立度 正常　J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2
	家族の希望	認知症老人の日常生活自立度 正常　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M

健康状態(病名、合併症(心疾患、吸器疾患等)、服薬状況等)	ケアの上での医学的リスク(血圧、転倒、嚥下障害等)・留意事項

自宅での活動・参加の状況　(役割など)

利用目標

長期目標	設定日　年　月 達成予定日　年　月		目標達成度	達成 ・ 一部 ・ 未達
短期目標	設定日　年　月 達成予定日　年　月		目標達成度	達成 ・ 一部 ・ 未達

サービス提供内容

	目的とケアの提供方針・内容	評価 実施	評価 達成	評価 効果、満足度など	迎え（有・無）	
①	月　日 ～ 月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施		プログラム（1日の流れ） (予定時間)	(ｻｰﾋﾞｽ内容)
②	月　日 ～ 月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施			
③	月　日 ～ 月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施			
④	月　日 ～ 月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施			
⑤	月　日 ～ 月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施		送り（有・無）	

特記事項	実施後の変化(総括)　再評価日：平成　　年　　月　　日

上記計画の内容について説明を受けました。 平成　　年　　月　　日	上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 平成　　年　　月　　日
ご本人氏名：	介護支援専門員様/事業所様
ご家族氏名：	

通所介護 ○○○　〒000-0000　住所：○○県○○市○○ 00-00　管理者：
事業所No.000000000　Tel.000-000-0000/Fax.000-000-0000　説明者：

栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について（平成17年９月７日　老老発第0907002号）

別紙１

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング　（施設）　（様式例）

ふりがな		□男　□女	□明□大□昭	年	月	日生まれ	歳
氏名		要介護度・病名・特記事項等				記入者名　：	
						作成年月日：　年　月　日	
身体状況、栄養・食事に関する意向						家族構成とキーパーソン（支援者）	本人　ー

（以下は、入所（入院）者個々の状態に応じて作成。）

実　施　日			年　月　日（記入者名）（プロセスを記入）[1]	年　月　日（記入者名）（プロセスを記入）[1]	年　月　日（記入者名）（プロセスを記入）[1]	年　月　日（記入者名）（プロセスを記入）[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
本人の意欲[2]（健康感、生活機能、身体機能など）			[　　]（　　）	[　　]（　　）	[　　]（　　）	[　　]（　　）
低栄養状態のリスク（状況）	身　長（cm）		（cm）	（cm）	（cm）	（cm）
	体　重（kg）		（kg）	（kg）	（kg）	（kg）
	BMI（kg/ m²）		（kg/ m²）	（kg/ m²）	（kg/ m²）	（kg/ m²）
	3%以上の体重減少		□無 □有（　kg/　ヶ月）	□無 □有（　kg/　ヶ月）	□無 □有（　kg/　ヶ月）	□無 □有（　kg/　ヶ月）
	血清アルブミン値（g/dl）		□無 □有（　（g/dl））	□無 □有（　（g/dl））	□無 □有（　（g/dl））	□無 □有（　（g/dl））
	褥瘡		□無　□有	□無　□有	□無　□有	□無　□有
	栄養補給法		□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法
	その他					
食生活状況等	栄養補給の状況	食事摂取量	% 主食　% 主菜　% 副菜　%	% 主食　% 主菜　% 副菜　%	% 主食　% 主菜　% 副菜　%	% 主食　% 主菜　% 副菜　%
		・主食の摂取量 ・主菜、副菜の摂取量 ・その他（補助食品など）	（　　）	（　　）	（　　）	（　　）
	必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）		kcal　g	kcal　g	kcal　g	kcal　g
	食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど）		□無　□有（　　）	□無　□有（　　）	□無　□有（　　）	□無　□有（　　）
	食事時の摂食・嚥下状況（姿勢、食べ方、むせ等）[3]		[　　]	[　　]	[　　]	[　　]
	食欲・食事の満足感[4] 食事に対する意識[4]		[　　] [　　]	[　　] [　　]	[　　] [　　]	[　　] [　　]
	その他（食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など）					
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）[5]						
①褥瘡　②口腔及び摂食・嚥下　③嘔気・嘔吐　④下痢　⑤便秘　⑥浮腫　⑦脱水　⑧感染・発熱　⑨経腸・静脈栄養　⑩生活機能低下　⑪閉じこもり　⑫うつ　⑬認知機能　⑭医薬品　⑮その他			□無　□有［　　］	□無　□有［　　］	□無　□有［　　］	□無　□有［　　］
特記事項						
評価・判定	問題点[5] ①食事摂取・栄養補給の状況（補助食品、経腸・静脈栄養など） ②身体機能・臨床症状（体重、摂食・嚥下機能、検査データなど） ③習慣・周辺環境（食・生活習慣、意欲、購買など）④その他		□無　□有［　　］	□無　□有［　　］	□無　□有［　　］	□無　□有［　　］
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

１）　必要に応じて プロセス（スクリーニング、アセスメント、モニタリング）を記入する

２）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　から[　]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。

３）１安定した正しい姿勢が自分でとれない　２食事に集中することができない　３食事中に傾眠や意識混濁がある　４歯（義歯）のない状態で食事をしている
５食べ物を口腔内に溜め込む　６固形の食べ物を咀しゃく中にむせる　７食後、頬の内側や口腔内に残渣がある　８水分でむせる
９食事中、食後に咳をすることがある　１０その他　　から[　]へ該当数字を記入し（あてはまるものすべて）、必要な事項があれば記載する。

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　から[　]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。

５）　問題があれば、□有　にチェックし、[　]へその番号を記入。必要な事項があれば記載する。

※　スクリーニングにおいては、把握可能な項目（BMI、体重減少率、血清アルブミン値（検査値がわかる場合に記入）等）により、低栄養状態のリスクを把握する。

※　利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

＜低栄養状態のリスクの判断＞

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5 未満	
体重減少率	変化なし （減少３％未満）	１か月に３～5%未満 ３か月に３～7.5%未満 ６か月に３～10%未満	１か月に 5%以上 ３か月に 7.5%以上 ６か月に 10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl 以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl 未満
食事摂取量	76～100%	７５％以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥　　瘡			褥瘡

栄養ケア計画書　（施設）　（様式例）

別紙2

氏名：　　殿	入所（院）日　：　　年　　月　　日	
	初回作成日　：　　年　　月　　日	
作成者：	作成（変更）日：　　年　　月　　日	

利用者及び家族の意向		説明と同意日 年　月　日
解決すべき課題（ニーズ）	低栄養状態のリスク（　低　・　中　・　高　）	サイン
長期目標と期間		続柄

短期目標と期間		栄養ケアの具体的内容	担当者	頻度	期間
①栄養補給・食事					
②栄養食事相談					
③多職種による課題の解決など					
特記事項					

栄養ケア提供経過記録

月　　日	サービス提供項目

居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について（平成18年３月31日　老老発第0331009号）

別紙１

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）　（様式例）

ふりがな		□男　□女	□明□大□昭	年	月	日生まれ	歳
氏名		要介護度・病名・特記事項等				記入者名　： 作成年月日：　年　月　日	
身体状況、栄養・食事に関する意向			食事の準備状況	買い物： 食事の支度： 地域特性：		家族構成とキーパーソン（支援者）	本人　ー

（以下は、利用者個々の状態に応じて作成。）

実　施　日		年　月　日（記入者名）（プロセスを記入）[1]	年　月　日（記入者名）（プロセスを記入）[1]	年　月　日（記入者名）（プロセスを記入）[1]	年　月　日（記入者名）（プロセスを記入）[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
本人の意欲[2]（健康感、生活機能、身体機能など）		[　　] （　　）	[　　] （　　）	[　　] （　　）	[　　] （　　）
低栄養状態のリスク（状況）	身　長（cm）	（cm）	（cm）	（cm）	（cm）
	体　重（kg）	（kg）	（kg）	（kg）	（kg）
	BMI（kg/ m²）	（kg/ m²）	（kg/ m²）	（kg/ m²）	（kg/ m²）
	3%以上の体重減少	□無 □有（　kg/　ヶ月）	□無 □有（　kg/　ヶ月）	□無 □有（　kg/　ヶ月）	□無 □有（　kg/　ヶ月）
	血清アルブミン値（g/dl）	□無 □有（　（g/dl））	□無 □有（　（g/dl））	□無 □有（　（g/dl））	□無 □有（　（g/dl））
	褥瘡	□無　□有	□無　□有	□無　□有	□無　□有
	栄養補給法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法
	その他				
食生活状況等	栄養補給の状況：食事摂取量	% 主食　% 主菜　% 副菜　% （　　）	% 主食　% 主菜　% 副菜　% （　　）	% 主食　% 主菜　% 副菜　% （　　）	% 主食　% 主菜　% 副菜　% （　　）
	必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）	kcal　g	kcal　g	kcal　g	kcal　g
	食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど）	□無　□有 （　　）	□無　□有 （　　）	□無　□有 （　　）	□無　□有 （　　）
	食事時の摂食・嚥下状況（姿勢、食べ方、むせ等）[3]	[　　]	[　　]	[　　]	[　　]
	食欲・食事の満足感[4] 食事に対する意識[4]	[　　] [　　]	[　　] [　　]	[　　] [　　]	[　　] [　　]
	他のサービスの使用の有無など（訪問介護、配食など）	□無 □有 （　　）	□無 □有 （　　）	□無 □有 （　　）	□無 □有 （　　）
	その他（食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など）				
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）[5]					
①褥瘡　②口腔及び摂食・嚥下　③嘔気・嘔吐　④下痢　⑤便秘　⑥浮腫　⑦脱水　⑧感染・発熱　⑨経腸・静脈栄養　⑩生活機能低下　⑪閉じこもり　⑫うつ　⑬認知機能　⑭医薬品　⑮その他		□無　□有　[　　]	□無　□有　[　　]	□無　□有　[　　]	□無　□有　[　　]
特記事項					
評価・判定	問題点[5] ①食事摂取･栄養補給の状況（補助食品、経腸･静脈栄養など） ②身体機能･臨床症状（体重、摂食･嚥下機能、検査データなど） ③習慣・周辺環境（食・生活習慣、意欲、購買など）④その他	□無　□有　[　　]	□無　□有　[　　]	□無　□有　[　　]	□無　□有　[　　]
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			□無（終了）	□有（継続）	

１）　必要に応じて プロセス（スクリーニング、アセスメント、モニタリング）を記入する

２）　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　から[　]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。

３）１安定した正しい姿勢が自分でとれない　２食事に集中することができない　３食事中に傾眠や意識混濁がある　４歯（義歯）のない状態で食事をしている
５食べ物を口腔内に溜め込む　６固形の食べ物を咀しゃく中にむせる　７食後、頬の内側や口腔内に残渣がある　８水分でむせる
９食事中、食後に咳をすることがある　１０その他　　から[　]へ該当数字を記入し（あてはまるものすべて）、必要な事項があれば記載する。

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　から[　]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。

５）問題があれば、□有　にチェックし、[　]へその番号を記入。必要な事項があれば記載する。

※　スクリーニングにおいては、把握可能な項目（BMI、体重減少率、血清アルブミン値（検査値がわかる場合に記入）等）により、低栄養状態のリスクを把握する。

※　利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

＜低栄養状態のリスクの判断＞

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5 未満	
体重減少率	変化なし （減少３％未満）	１か月に３～5%未満 ３か月に３～7.5%未満 ６か月に３～10%未満	１か月に 5%以上 ３か月に 7.5%以上 ６か月に 10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl 以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl 未満
食事摂取量	76～100%	７５%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥　　瘡			褥瘡

栄養ケア計画書　（通所・居宅）（様式例）

別紙2

氏名　　殿		計画作成者:	初回作成日：　年　月　日
		所属名：	作成（変更）日：　年　月　日
医師の指示	□ なし　□ あり　（要点		指示日　　/
利用者及び家族の意向			説明と同意日 年　月　日
解決すべき課題（ニーズ）	低栄養状態のリスク（　低　・　中　・　高　）		サイン
長期目標（ゴール）と期間			続柄

短期目標と期間		栄養ケアの具体的内容	担当者	頻度	期間
①栄養補給・食事					
②栄養食事相談					
③多職種による課題の解決など					
特記事項					

栄養ケア提供経過記録

月　日	サービス提供項目

栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について（平成17年９月７日　老老発第0907002号）

別紙３

経口移行・経口維持計画（様式例）

氏名	性別 □男　□女	生年月日 年　月　日	経口摂取の状態 □歯又は使用中の義歯がある □食事の介助が必要である	算定加算 □経口移行加算 □経口維持加算（Ⅰ） □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*	検査実施日*	検査結果や観察等を通して把握した課題の所在
□水飲みテスト　□頚部聴診法　□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（　　）	年　月　日	□認知機能　□咀嚼・口腔機能 □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：□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	□はい　□いいえ
②　頚部が後屈しがちである	□はい　□いいえ
③　食事を楽しみにしていない	□はい　□いいえ
④　食事をしながら、寝てしまう	□はい　□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	□はい　□いいえ
⑥　食事又はその介助を拒否する	□はい　□いいえ
⑦　食事に時間がかかり、疲労する	□はい　□いいえ
⑧　次から次へと食べ物を口に運ぶ	□はい　□いいえ
⑨　口腔内が乾燥している	□はい　□いいえ
⑩　口腔内の衛生状態が悪い	□はい　□いいえ
⑪　噛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）	□はい　□いいえ
⑫　固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	□はい　□いいえ
⑬　上下の奥歯や義歯が咬み合っていない	□はい　□いいえ
⑭　口から食物や唾液がこぼれる	□はい　□いいえ
⑮　口腔内に食物残渣が目立つ	□はい　□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	□はい　□いいえ
⑰　食事中や食後に濁った声になる	□はい　□いいえ
⑱　一口あたり何度も嚥下する	□はい　□いいえ
⑲　頻繁にむせたり、せきこんだりする	□はい　□いいえ
⑳　食事中や食後に濁った声に変わる	□はい　□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	□はい　□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	□はい　□いいえ
㉓　食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	□はい　□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	□現状維持　□変更
	②食事の周囲環境	□現状維持　□変更
	③食事の介助の方法	□現状維持　□変更
	④口腔のケアの方法	□現状維持　□変更
	⑤医療又は歯科医療受療の必要性	□あり　□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） 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	経口移行加算		
	経口維持加算（Ⅰ）*		
	経口維持加算（Ⅱ）*		

口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について（平成18年３月31日老老発0331008号）

別紙１

口腔機能向上サービスに関する
課題把握・アセスメント･モニタリング・評価票（様式例）

ふりがな		□男　□女	□明□大□昭　　年　　月　　日生まれ	歳
氏名		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

１．関連職種等により把握された課題等（該当する項目をチェック）

（記入日：平成　　年　　月　　日、記入者：　　）

□かみにくさ　□むせ　□口のかわき　□口臭　□歯みがき　□飲み込み　□会話　□食べこぼし
□義歯（痛み・動揺・清掃状態・管理状態）　□その他（　　）

２．事前・事後アセスメント・モニタリング

（アセスメント、モニタリングでそれぞれ記入）

事前※1	平成　年　月　日	モニタリング※2	平成　年　月　日	事後※1	平成　年　月　日
	記入者		記入者		記入者
	□言語聴覚士　□歯科衛生士　□看護師		□言語聴覚士　□歯科衛生士　□看護師　□関連職種		□言語聴覚士　□歯科衛生士　□看護師

観察・評価等		評価項目	事前	モニタリング	事後評価
①課題の確認・把握	固いもののかみにくさ	１ない　２ある			
	お茶や汁物等によるむせ	１ない　２ある			
	口のかわき	１ない　２ある			
②咬筋の触診（咬合力）		１強い　２弱い　３無し			
③歯や義歯のよごれ		１ない　２ある　３多い			
④舌のよごれ		１ない　２ある　３多い			
⑤ブクブクうがい（空ブクブクでも可）		１できる　２やや不十分　３不十分			
（以下の⑥と⑦の評価は専門職の判断により必要に応じて実施）					
⑥ＲＳＳＴ（※　30 秒間の喉頭挙上の回数）		（　　）回/30 秒	（　　）回/30 秒	（　　）回/30 秒	（　　）回/30 秒
⑦オーラルディアドコキネシス		パ（　　）回/10 秒 タ（　　）回/10 秒 カ（　　）回/10 秒	パ（　　）回 タ（　　）回 カ（　　）回	パ（　　）回 タ（　　）回 カ（　　）回	パ（　　）回 タ（　　）回 カ（　　）回
⑧特記事項等※3					
⑨問題点		□ かむ　□ 飲み込み　□ 口のかわき　□ 口臭　□ 歯みがき　□ 食べこぼし			
		□ むせ　□ 会話　□ その他（　　）			

※１　事前・事後アセスメントについては、把握された課題やモニタリング結果を確認した上で行う。
※２　モニタリングについては、利用開始日の翌月の結果をモニタリングの欄に記載する。
※３　対象者・利用者の状況により観察・評価に係る項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

３．総合評価※4

①日常生活における口腔機能向上サービスの利用前後を比較した場合の特記すべき事項				
②サービスを継続しないことによる口腔機能の低下のおそれ	□	あり	□	なし

【総合評価結果】

①サービス継続の必要性	□　あり（継続）　□　なし（終了）	②計画変更の必要性	□　あり　□　なし
備考：			

※4　総合評価については、関連職種は、サービス担当者と連携して行うこと。

別紙２

口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録

ふりがな		□ 男 □ 女	□ 明 □ 大 □ 昭	年	月	日 生まれ
氏名						

１．口腔機能改善管理指導計画

※：内容を通所介護計画、通所リハ計画、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハ計画に記載する場合は不要

初 回 作 成 日	年　月　日	作成者氏名：	職種
作成（変更）日	年　月　日	作成者氏名：	職種
ご本人または ご家族の希望			
解決すべき 課題・目標			

【実施計画】（実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」に記入する。）

関連職種又は専門職種の実施項目	指 導 等	□ 口腔機能向上に関する情報提供　□ 口腔体操・嚥下体操　□ 歯みがき支援　□ 食事姿勢や食環境の指導
	そ の 他	
専門職の実施項目	機能訓練	□ 歯みがき実地指導　□ かむ　□ 飲み込み　□ 発音・発声　□ 呼吸
	そ の 他	
家庭での実施項目	本　人	□ 口腔体操・嚥下体操　□ 歯みがきの実施　□ その他（　　）
	介護者	□ 歯みがき支援（確認・声かけ・介助）　□ 口腔体操等支援　□ その他（　　）

サービスの説明と同意	開始時：平成　年　月　日	同意者：□本人　□家族　□その他（　　）	担当者名：
	継続時：平成　年　月　日	同意者：□本人　□家族　□その他（　　）	担当者名：

２．口腔機能向上サービスの実施記録（実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。）

実施年月日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
担当者名：	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名
□ 口腔機能向上に関する情報提供						
□ 摂食・嚥下機能に関する訓練(指導)						
□ 口腔衛生に関する指導（歯・義歯・舌，支援・実施含む）						
□ 発音・発声・呼吸に関する訓練(指導)						
□ 食事姿勢や食環境についての指導						
□ その他（　　）						

特記事項（注意すべき点、利用者の変化等）