

## 経口移行・経口維持計画

氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	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) 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	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

### 1. 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づいた点 食事の観察の実施日: 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 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)	<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		
㉑ 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		
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: 会議参加者: <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			
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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>現状維持 <input type="checkbox"/>変更</span>		
	② 食事の周囲環境 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>現状維持 <input type="checkbox"/>変更</span>		
	③ 食事の介助の方法 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>現状維持 <input type="checkbox"/>変更</span>		
	④ 口腔のケアの方法 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>現状維持 <input type="checkbox"/>変更</span>		
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</span>		
算定加算	担当職種	担当者氏名	気づいた点、アドバイス等
食事形態の種類・とろみの程度			

### 2. 経口による食事の摂取のための計画

初回作成日 (作成者)	( )	説明:
作成(変更)日 (作成者)	( )	説明:
入所(院)者又は家族の意向	同意者のサイン	説明と同意を得た日
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		