

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	<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント(介護老人保健施設) <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算		
	<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 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)		
	<input type="checkbox"/> 栄養マネジメント強化加算 <input type="checkbox"/> 経口移行加算*1 <input type="checkbox"/> 経口維持加算*2 (<input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input type="checkbox"/> 療養食加算		
	<input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高)	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 (<input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭) <input type="checkbox"/> 口腔機能の状態 (<input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 痰がらみ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥) <input type="checkbox"/> 歯数 () 歯 <input type="checkbox"/> 歯の問題 (<input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 歯の破折 <input type="checkbox"/> 修復物脱離 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 義歯の問題 (<input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患 (潰瘍等)
長期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)		<input type="checkbox"/> 歯科疾患 (<input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> 重症化予防) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上) <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 食形態 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他 ()
短期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)		<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算(A)イ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算(B)イ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算(Ⅱ)		
	<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算 <input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算 <input type="checkbox"/> 栄養改善加算		
	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高)	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 (<input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 舌苔、) <input type="checkbox"/> 口腔機能の状態 (<input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 痰がらみ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥) <input type="checkbox"/> 歯 (<input type="checkbox"/> う蝕、修復物脱離等) <input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 義歯不適合等) <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜 (<input type="checkbox"/> 潰瘍等) の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 【記入者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
長期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)		<input type="checkbox"/> 口腔衛生 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 (_____)) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 (_____)) <input type="checkbox"/> 食形態 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 (_____)) <input type="checkbox"/> 音声・言語機能 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 (_____)) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
短期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)		【計画立案者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 【サービス提供者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士

氏名： 様

性別： 男・女

生年月日： 年 月 日（歳）

要支援 要介護

健康状態、経過

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）：

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）：

リハビリテーション実施上の留意点

（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）

リハビリテーションの見直し・継続理由

リハビリテーションの終了目安

（終了の目安となる時期： ）

目標設定等支援・管理シート：あり なし

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判定基準：自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

心身機能・構造

Table with columns: 項目, 現在の状況, 活動への支障, 特記事項 (改善の見込み含む). Rows include muscle weakness, pain, sensory impairment, joint restriction, etc.

活動（基本動作、活動範囲など）

Table with columns: 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). Rows include walking, sitting, dressing, etc.

活動（IADL）

Table with columns: アセスメント項目, 開始時, 現状, 特記事項, 評価内容の記載方法. Rows include meal preparation, housework, shopping, etc.

活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

活動と参加において重要性の高い課題
活動と参加に影響を及ぼす機能障害の課題
活動と参加に影響を及ぼす機能障害以外の要因

環境因子（※課題ありの場合、現状と将来の見込みについて記載する）

Table with columns: 課題, 状況. Rows include family, welfare equipment, living environment, home surroundings, etc.

社会参加の状況（過去実施していたものと現状について記載する）

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

他事業所の担当者とは共有すべき事項

介護支援専門員とは共有すべき事項

その他、共有すべき事項

※下記の職種の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。

【情報提供先】 介護支援専門員 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：
		年 月 日生（ 歳）		職種：
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	誕生	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							家族構成と キーパーソン (支援者)	本人	一

(以下は、入所(入院)者ご自身の状態に応じて作成。)

実施日(記入者名)		年 月 日()			
プロセス	★ブルダウン ¹				
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高				
身長	cm	cm	cm	cm	cm
体重 / BMI	kg / kg/m ²				
3%以上の体重減少率 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)				
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有(kg/6ヶ月)				
血清アルブミン値	□無 □有(g/dl)				
褥瘡	□無 □有				
栄養補給法	□経口のみ □一部経口				
その他	□経腸栄養法 □静脈栄養法				
栄養摂取量(割合)	%	%	%	%	%
主食の摂取量(割合)	主食 %				
主菜、副菜の摂取量(割合)	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)				
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)				
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)				
嚥下調整食の必要性	□無 □有				
食事の形態(コード)	(コード: ★ブルダウン ²)				
とろみ	□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				
本人の意欲	★ブルダウン ³				
意欲・食事の満足感	★ブルダウン ⁴				
食事に対する意識	★ブルダウン ⁴				
口腔関係	□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	□	□	□	□	□
食事中に嚥下や意識混乱がある	□	□	□	□	□
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 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(再発) □生活機能低下 □嘔気・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 □嘔気・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 □嘔気・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 □嘔気・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 □嘔気・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
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				
計画変更	□無 □有				

経口維持加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を判定している場合は必須	摂食・嚥下機能検査	□水飲みテスト □顔面筋検査 □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 □口腔機能 □嚥下機能				
	※食事の観察	□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	□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
	※多種多様な	□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	□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	□現状維持 □変更
②食事の周囲環境	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□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	□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	□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	□現状維持 □変更	
特記事項						

※経口維持加算(Ⅱ)を判定する場合は、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

- ★ブルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★ブルダウン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、1j、0t、0j)
- ★ブルダウン³ 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
- ★ブルダウン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）（一実施版）（様式例）

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

（以下は、入所（入院）者個々の状態に応じて作成。）

実施日（記入者名）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	
プロセス	★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	
低栄養状態のリスク（状況）	身長	cm	cm	cm	
	体重 / BMI	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
		□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				
栄養補給の状況	食事摂取量（割合）	%	%	%	
	主食の摂取量（割合）	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 %	
	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)			
	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)			
	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)			
	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
食生活状況等	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	
	本人の意欲	★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	
	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	
	□控関係	□控衛生 □摂食・嚥下	□控衛生 □摂食・嚥下	□控衛生 □摂食・嚥下	□控衛生 □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	□	□	□	□
	食事中に傾眠や意識混濁がある	□	□	□	□
	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くせる	□	□	□	□	
食後、頬の内側や口腔内に残滓がある	□	□	□	□	
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					
その他	褥瘡・生活機能関係	□褥瘡（再掲） □生活機能低下	□褥瘡（再掲） □生活機能低下	□褥瘡（再掲） □生活機能低下	
	消化器官関係	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	
	水分関係	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	
	代謝関係	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	
心理・精神・認知症関係	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症		
医薬品	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□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	
サービス継続の必要性 注）栄養改善加算算定の場合	□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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 ●年●月●日生まれ ●歳
要介護度・病名等	
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取（ <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j） <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日：令和●年●月●日） <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> あり（●）回 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
介護職員への技術的助言等の内容	<input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 <input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 <input type="checkbox"/> 食事の状態、食形態等の確認 <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 ●年●月●日生まれ ●歳
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	経口摂取(<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1 j <input type="checkbox"/> 0 t <input type="checkbox"/> 0 j)) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり (発症日：令和●年●月●日) <input type="checkbox"/> 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	●● ●● <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
その他 ()	<input type="checkbox"/> 実施

2 その他特記事項

--