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 (_____)
短期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)		【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

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通し・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やり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。