

別紙8

○ 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 厚生労働省老健局老人保健課長通知）（抄）

改 正 前	改 正 後
<p>1. 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務等について</p> <p>(1) 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの提供体制</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 事業所は、主治医、管理栄養士、看護師及び居宅介護支援専門員その他の職種が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備すること。</p> <p>ウ～オ (略)</p> <p>(2) 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>オ 栄養ケアの実施</p> <p>①～⑤ (略)</p> <p>⑥ 管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録内容、栄養補給（食事等）の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第91条、第105条若しくは第119条において準用する第19条又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第107条若しくは第123条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において管理栄養士が栄養ケア提供の経過を記録する場合にあっては、当該記録とは別に<u>栄養マネジメント加算又は栄養改善加算の算定のために栄養ケア提供の経過を記録する必要はないものとする。</u></p> <p>カ～ケ (略)</p> <p>2 管理栄養士の居宅療養管理指導の実務について</p> <p>管理栄養士の居宅療養管理指導にかかる栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等については、別紙1～3の様式例を準用する。</p>	<p>1 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務等について</p> <p>(1) 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの提供体制</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 事業所は、主治医、管理栄養士、<u>歯科医師</u>、看護師及び居宅介護支援専門員その他の職種が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備すること。</p> <p>ウ～オ (略)</p> <p>(2) 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>オ 栄養ケアの実施</p> <p>①～⑤ (略)</p> <p>⑥ 管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録内容、栄養補給（食事等）の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第91条、第105条若しくは第119条において準用する第19条又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第107条若しくは第123条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において管理栄養士が栄養ケア提供の経過を記録する場合にあっては、当該記録とは別に<u>栄養改善加算の算定のために栄養ケア提供の経過を記録する必要はないものとする。</u></p> <p>カ～ケ (略)</p> <p>2 管理栄養士の居宅療養管理指導の実務について</p> <p>管理栄養士の居宅療養管理指導にかかる栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等については、別紙1～3の様式例を準用する。<u>ただし、当該指導に必要とされる事項が記載できるものであれば、別の様式を利用して差し支えない。</u></p>

# 栄養スクリーニング（通所・居宅）（様式例）

別紙 1

記入者氏名

作成年月日

年

月

日

氏 名	(ふりがな) -----	男 ・ 女	要介護度	
	明・大・昭 年 月 日 (才)		特記事項：	

## 低栄養状態のリスクのレベル

実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
リスク	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
身長 (cm)	cm	cm	cm	cm
体重 (kg)	kg	kg	kg	kg
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	( ) リスク 低・中・高	( ) リスク 低・中・高	( ) リスク 低・中・高	( ) リスク 低・中・高
体重減少率	か月に % (減・増) リスク 低・中・高	か月に % (減・増) リスク 低・中・高	か月に % (減・増) リスク 低・中・高	か月に % (減・増) リスク 低・中・高
血清アルブミン値 ※ (検査日)	g/dl ( / ) リスク 低・中・高	g/dl ( / ) リスク 低・中・高	g/dl ( / ) リスク 低・中・高	g/dl ( / ) リスク 低・中・高
食事摂取量	全体 %	全体 %	全体 %	全体 %
	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
	副食 % (内容: )	副食 % (内容: )	副食 % (内容: )	副食 % (内容: )
	リスク 低・中・高	リスク 低・中・高	リスク 低・中・高	リスク 低・中・高
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法
	<input type="checkbox"/> 静脈栄養法 リスク 中・高	<input type="checkbox"/> 静脈栄養法 リスク 中・高	<input type="checkbox"/> 静脈栄養法 リスク 中・高	<input type="checkbox"/> 静脈栄養法 リスク 中・高
褥 瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リスク 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リスク 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リスク 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リスク 高

※検査値がわかる場合に記入

### <低栄養状態のリスクの判断>

上記の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

## 栄養アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例）

利用者名		記入者	
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	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）	年月日（記入者名）	年月日（記入者名）	年月日（記入者名）
本人の意欲 <sup>1)</sup> （健康感、生活機能、身体機能など）		[ ] ( )	[ ] ( )	[ ] ( )	[ ] ( )
身体計測等	体重 (kg)	(kg)	(kg)	(kg)	(kg)
	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	(kg/m <sup>2</sup> )	(kg/m <sup>2</sup> )	(kg/m <sup>2</sup> )	(kg/m <sup>2</sup> )
	3%以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ ヶ月)
	血清アルブミン値 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( (g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( (g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( (g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( (g/dl))
	その他				
食欲・食事の満足感 <sup>2)</sup>		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
食生活状況等	栄養補給の状況 ・食事摂取量 ・主食の摂取量 ・副食の摂取量 ・その他（補助食品、経腸・静脈栄養など）	%	%	%	%
		%	%	%	%
		%	%	%	%
		( )	( )	( )	( )
	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）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
食事に対する意識 <sup>2)</sup>		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
他のサービスの使用の有無 など（訪問介護、配食など）		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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） <sup>3)</sup>						
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		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ ]	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ ]	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ ]	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ ]	
特記事項						
評価・判定	問題点 <sup>3)</sup>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ ]	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ ]	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ ]	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ ]	
	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					
総合評価		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	
サービス継続の必要性		<input type="checkbox"/> 無（終了）		<input type="checkbox"/> 有（継続）		

1) 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。

2) 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。

3) 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。

※ 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。



別紙9

○ 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日老老発第0331008号 厚生労働省老健局老人保健課長通知）（抄）  
 （傍線部分は改正部分）

改 正 前	改 正 後
<p>1 口腔機能向上サービスの実務等について</p> <p>(1) 通所サービスにおける口腔機能向上サービスの提供体制</p> <p>ア 口腔機能向上サービスの提供体制は、ヘルスケアサービスの一環として、個々人に最適な実地指導を行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。</p> <p>イ 事業所は、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員（以下「サービス担当者」という。）と介護職員、生活相談員その他の職種の者等（以下「関連職種」という。）が共同した口腔機能向上サービスを行う体制を整備する。</p> <p>ウ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービスに関する手順（利用開始時における把握（リスクの確認）、解決すべき課題の把握（アセスメント）、口腔機能改善管理指導計画、モニタリング、評価等）をあらかじめ定める。</p> <p>エ サービス担当者は、利用者に適切な実地指導を効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。</p> <p>オ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービス体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。</p> <p>(2) 口腔機能向上サービスの実務</p> <p>ア 利用開始時における把握（リスクの確認）の実施              口腔機能向上サービスを行う通所サービスにおける関連職種は、サービス担当者と連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクを把握する。なお、サービス担当者は、関連職種に対し、利用開始時における把握について指導及び助言等を十分に行うこととし、この把握には、別紙1の様式例を参照の上、作成する。</p> <p>イ 解決すべき課題の把握（アセスメント）の実施              サービス担当者は、利用開始時における口腔衛生等に関するリスクの把握を踏まえ（実施されていない場合は、サービス担当者が実施する。）、利用者毎に口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題を把握する。解決すべき課題の把握の実施にあたっては、別紙1の様式例を参照</p>	<p>1 口腔機能向上サービスの実務等について</p> <p>(1) 通所サービスにおける口腔機能向上サービスの提供体制</p> <p>ア 口腔機能向上サービスの提供体制は、ヘルスケアサービスの一環として、個々人に最適な実地指導を行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。</p> <p>イ 事業所は、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員（以下「サービス担当者」という。）と介護職員、生活相談員その他の職種の者等（以下「関連職種」という。）が共同した口腔機能向上サービスを行う体制を整備する。</p> <p>ウ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービスに関する手順（利用開始時における把握（リスクの確認）、解決すべき課題の把握（アセスメント）、口腔機能改善管理指導計画、モニタリング、評価等）をあらかじめ定める。</p> <p>エ サービス担当者は、利用者に適切な実地指導を効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。</p> <p>オ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービス体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。</p> <p>(2) 口腔機能向上サービスの実務</p> <p>ア 利用開始時における把握（リスクの確認）の実施              口腔機能向上サービスを行う通所サービスにおける関連職種は、サービス担当者と連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクを把握する。なお、サービス担当者は、関連職種に対し、利用開始時における把握について指導及び助言等を十分に行うこととし、この把握には、別紙1の様式例を参照の上、作成する。</p> <p>イ 解決すべき課題の把握（アセスメント）の実施              サービス担当者は、利用開始時における口腔衛生等に関するリスクの把握を踏まえ（実施されていない場合は、サービス担当者が実施する。）、利用者毎に口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題を把握する。解決すべき課題の把握の実施にあたっては、別紙1の様式例を参照</p>

の上、作成する。

様式例におけるQOL、食事・衛生等、衛生、機能及びその他の項目については、事業所等の実状にあわせて項目を追加することについては差し支えない。ただし、項目の追加に当たっては、利用者等の過剰な負担とならぬよう十分配慮しなければならない。

#### ウ 口腔機能改善管理指導計画の作成

- ① サービス担当者は、関連職種が利用開始時に把握した口腔衛生等に関する内容を確認し、利用者の i) 口腔衛生に関して解決すべき課題（口腔内の清掃、有床義歯の清掃等） ii) 摂食・嚥下機能に関して解決すべき課題（摂食・嚥下機能の維持・向上に必要な実地指導、歯科保健のための食生活指導等） iii) 解決すべき課題に対しサービス担当者と関連職種が共同して取り組むべき課題等について記載した口腔機能改善管理指導計画原案を作成する。なお、この作成には、別紙2の様式例を参照の上、作成する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第99条若しくは第115条又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第109条若しくは第125条において作成することとされている各計画の中に、口腔機能改善管理指導計画原案に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画原案の作成に代えることができるものとする。
- ② サービス担当者は、作成した口腔機能改善管理指導計画原案については、関連職種と調整を図り、口腔機能改善管理指導計画原案の内容を、事業所を通じて居宅サービス計画又は介護予防サービス計画にも適切に反映させる。
- ③ 介護予防通所介護又は通所介護において行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治医又は主治の歯科医師の指示・指導が必要な場合、サービス担当者は、主治医又は主治の歯科医師の指示・指導を受けなければならない。
- ④ 介護予防通所リハビリテーション又は通所リハビリテーションにおいて行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、医師又は歯科医師の指示・指導が必要であり、利用者の主治医又は主治

の上、作成する。

様式例におけるQOL、食事・衛生等、衛生、機能及びその他の項目については、事業所等の実状にあわせて項目を追加することについては差し支えない。ただし、項目の追加に当たっては、利用者等の過剰な負担とならぬよう十分配慮しなければならない。

#### ウ 口腔機能改善管理指導計画の作成

- ① サービス担当者は、関連職種が利用開始時に把握した口腔衛生等に関する内容を確認し、利用者の i) 口腔衛生に関して解決すべき課題（口腔内の清掃、有床義歯の清掃等） ii) 摂食・嚥下機能に関して解決すべき課題（摂食・嚥下機能の維持・向上に必要な実地指導、歯科保健のための食生活指導等） iii) 解決すべき課題に対しサービス担当者と関連職種が共同して取り組むべき課題等について記載した口腔機能改善管理指導計画原案を作成する。なお、この作成には、別紙2の様式例を参照の上、作成する。ただし、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第99条若しくは第115条又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第109条若しくは第125条において作成することとされている各計画の中に、口腔機能改善管理指導計画原案に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画原案の作成に代えることができるものとする。
- ② サービス担当者は、作成した口腔機能改善管理指導計画原案については、関連職種と調整を図り、口腔機能改善管理指導計画原案の内容を、事業所を通じて居宅サービス計画又は介護予防サービス計画にも適切に反映させる。
- ③ 介護予防通所介護又は通所介護において行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治医又は主治の歯科医師の指示・指導が必要な場合、サービス担当者は、主治医又は主治の歯科医師の指示・指導を受けなければならない。
- ④ 介護予防通所リハビリテーション又は通所リハビリテーションにおいて行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、医師又は歯科医師の指示・指導が必要であり、利用者の主治医又は主治

の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。

エ 利用者又はその家族への説明

サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に際して、口腔機能改善管理指導計画原案を利用者又はその家族に説明し、口腔機能向上サービスの提供に関する同意を得る。

医師又は歯科医師は、指示・指導が必要な場合、口腔機能改善管理指導計画の実施に当たり、その計画内容、利用者又はその家族の同意等を確認する。

オ 口腔機能向上サービスの実施

- ① サービス担当者に関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づいた口腔機能向上サービスの提供を行う。
- ② サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づいて、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導を実施する。
- ③ サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に当たっては、関連職種に対して、口腔機能改善管理指導計画に基づいて個別又は集団に対応した口腔機能向上サービスの提供ができるように指導及び助言等を行う。
- ④ サービス担当者は、関連職種と共同して口腔機能向上サービスに関するインシデント・アクシデント事例等の把握を行う。
- ⑤ サービス担当者は、口腔機能向上サービス提供の主な経過を記録する。記録の内容は、実施日、指導の要点、解決すべき課題の改善等に関する要点、口腔清掃方法の変更の必要性及び関連職種のケアの状況等について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第91条、第105条の19若しくは第119条において準用する第19条又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第107条若しくは第123条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録においてサービス担当者が口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は、当該記録とは別に歯科衛生士等の居宅療養管理指導費又は口腔機能向上加算の算定のために口腔機能向上サービスの提供の経過を記録する必要はないものとする。

カ 実施上の問題点の把握

関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づき、サービス担当者の指導及び助言等に従い、利用者の目標の達成度、口腔衛生、摂食・嚥下

の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。

エ 利用者又はその家族への説明

サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に際して、口腔機能改善管理指導計画原案を利用者又はその家族に説明し、口腔機能向上サービスの提供に関する同意を得る。

医師又は歯科医師は、指示・指導が必要な場合、口腔機能改善管理指導計画の実施に当たり、その計画内容、利用者又はその家族の同意等を確認する。

オ 口腔機能向上サービスの実施

- ① サービス担当者に関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づいた口腔機能向上サービスの提供を行う。
- ② サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づいて、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導を実施する。
- ③ サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に当たっては、関連職種に対して、口腔機能改善管理指導計画に基づいて個別又は集団に対応した口腔機能向上サービスの提供ができるように指導及び助言等を行う。
- ④ サービス担当者は、関連職種と共同して口腔機能向上サービスに関するインシデント・アクシデント事例等の把握を行う。
- ⑤ サービス担当者は、口腔機能向上サービス提供の主な経過を記録する。記録の内容は、実施日、指導の要点、解決すべき課題の改善等に関する要点、口腔清掃方法の変更の必要性及び関連職種のケアの状況等について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第91条、第105条の19若しくは第119条において準用する第19条又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第107条若しくは第123条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録においてサービス担当者が口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は、当該記録とは別に歯科衛生士等の居宅療養管理指導費又は口腔機能向上加算の算定のために口腔機能向上サービスの提供の経過を記録する必要はないものとする。

カ 実施上の問題点の把握

関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づき、サービス担当者の指導及び助言等に従い、利用者の目標の達成度、口腔衛生、摂食・嚥下

機能の改善状況等を適宜把握する。改善状況に係る記録は、別紙5の様式例を参照の上、作成する。口腔機能改善管理指導計画の変更が必要になる状況が疑われる場合には、サービス担当者へ報告し、サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画の変更を検討する。

#### キ モニタリングの実施

- ① サービス担当者は、目標の達成度、口腔衛生、摂食・嚥下機能の改善状況等を適宜モニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、口腔機能改善管理指導計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙1の様式例を参照の上、作成する。
- ② モニタリングは、口腔機能改善管理指導計画に基づき、対象者が要支援者の場合は概ね一か月毎、対象者が要介護者の場合は概ね二週間毎適宜行う。

#### ク 再把握の実施（利用終了時における把握の実施）

サービス担当者は、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクにかかる把握を三か月毎に実施し、事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等へ情報を提供する。なお、この把握には、別紙1、別紙2の様式例を参照の上、作成する。

介護支援専門員又は介護予防支援事業者等は、情報提供を受け、サービス担当者と連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクにかかわらず、把握を三か月毎に実施する。

#### ケ 口腔機能向上サービスの継続及び終了時の説明等

サービス担当者は、総合的な評価を行い、口腔機能向上サービスの継続又は終了の場合には、その結果を利用者又はその家族に説明するとともに、利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等に継続又は終了の情報を提供し、サービスを継続又は終了する。サービスの継続又は終了については、利用者又はその家族へ説明し同意を得る。

総合的な評価の結果が改善等により終了する場合は、関連職種や居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所との連携を図り、総合的な評価の結果において医療が必要な場合は、必要に応じて主治医又は主治の歯科医師、介護支援専門員若しくは介護予防支援事業者並びに関係機関（その他の居宅サービス事業所等）との連携を図る。

#### 2 歯科衛生士等の居宅療養管理指導の実務等について

居宅療養管理指導にかかる口腔機能スクリーニング、口腔機能アセスメント、管理指導計画、モニタリング、評価等については、別紙1、2の様

機能の改善状況等を適宜把握する。改善状況に係る記録は、別紙1の様式例を参照の上、作成する。口腔機能改善管理指導計画の変更が必要になる状況が疑われる場合には、サービス担当者へ報告し、サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画の変更を検討する。

#### キ モニタリングの実施

- ① サービス担当者は、目標の達成度、口腔衛生、摂食・嚥下機能の改善状況等を適宜モニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、口腔機能改善管理指導計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙1の様式例を参照の上、作成する。
- ② モニタリングは、口腔機能改善管理指導計画に基づき、概ね一か月毎に適宜行う。

#### ク 再把握の実施

サービス担当者は、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクにかかる把握を三か月毎に実施し、事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等へ情報を提供する。なお、この把握には、別紙1、別紙2の様式例を参照の上、作成する。

介護支援専門員又は介護予防支援事業者等は、情報提供を受け、サービス担当者と連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクにかかわらず、把握を三か月毎に実施する。

#### ケ 口腔機能向上サービスの継続及び終了時の説明等

サービス担当者は、総合的な評価を行い、口腔機能向上サービスの継続又は終了の場合には、その結果を利用者又はその家族に説明するとともに、利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等に継続又は終了の情報を提供し、サービスを継続又は終了する。サービスの継続又は終了については、利用者又はその家族へ説明し同意を得る。

総合的な評価の結果が改善等により終了する場合は、関連職種や居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所との連携を図り、総合的な評価の結果において医療が必要な場合は、必要に応じて主治医又は主治の歯科医師、介護支援専門員若しくは介護予防支援事業者並びに関係機関（その他の居宅サービス事業所等）との連携を図る。

#### 2 歯科衛生士等の居宅療養管理指導の実務等について

居宅療養管理指導にかかる口腔機能スクリーニング、口腔機能アセスメント、管理指導計画、モニタリング、評価等については、原則として、別



式例を準用する。

紙1及び別紙2の様式例を準用する。ただし、別紙1及び別紙2の様式例によらない場合であっても、個々の利用者の口腔機能に着目した居宅療養管理指導が適切に行われており、当該指導に必要とされる事項が記載されている場合にあっては、別の様式を利用して差し支えない。

口腔機能向上サービスの記録 アセスメント・モニタリング・評価

別紙1

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		
サービスの説明 と同意の記録	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：

1. 関連職種等による質問と観察

(実施期間中に少なくとも1回記入。1回目：平成 年 月 日 2回目：平成 年 月 日)

質問項目・観察項目等		評価項目	1回目	2回目
質問	①固いものは食べにくいですか	1.いいえ 2.はい		
	②お茶や汁物でむせることがありますか	1.いいえ 2.はい		
	③口が渇きやすいですか	1.いいえ 2.はい		
	④自分の歯また入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	1.両方できる 2.片方だけできる 3.どちらもできない		
	⑤全体的にみて、過去1ヶ月間のあなたの健康状態はいかがですか	1.最高によい 2.とても良い 3.良い 4.あまり良くない 5.良くない 6.ぜんぜん良くない		
	⑥お口の健康状態はいかがですか	1.よい 2.やや良い 3.ふつう 4.やや悪い 5.悪い		
観察	⑦口臭	1.ない 2.弱い 3.強い		
	⑧自発的な口腔清掃習慣	1.ある 2.多少ある 3.ない		
	⑨むせ	1.ない 2.多少ある 3.ある		
	⑩食事時の食べこぼし	1.ない 2.多少ある 3.多い		
	⑪表情の豊富さ	1.豊富 2.やや豊富 3.ふつう 4.やや乏しい 5.乏しい		
特記事項等※1				

2. 専門職による課題把握のためのアセスメント、モニタリング

(事前、モニタ、事後でそれぞれ記入)

事前	平成 年 月 日		モニタリング ※2	平成 年 月 日		事後	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			□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	事後	
①右側の咬筋の緊張の触診(咬合力)		1.強い 2.弱い 3.無し							
②左側の咬筋の緊張の触診(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							
⑤RSSTの積算時間 (専門職の判断により必要に応じて実施)		1回目( )秒 2回目( )秒 3回目( )秒				1( )	1( )	1( )	
⑥オーラルディアドコキネシス (専門職の判断により必要に応じて実施)		パ( )回/秒 タ( )回/秒 カ( )回/秒				パ( )	パ( )	パ( )	
⑦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							
⑧特記事項等※1									
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 対象者・利用者の状況により質問項目・観察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。

※2 モニタリングは、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. 総合評価

①口腔機能向上サービスの利用前後の比較であてはまるものをチェック			
□ 食事がよりおいしくなった	□ 薄味がわかるようになった	□ かめるものが増えた	
□ むせが減った	□ 口の渇きが減った	□ 噛みしめられるようになった	
□ 食事時間が短くなった	□ 食べこぼしが減った	□ 薬が飲みやすくなった	
□ 口の中に食べ物が残らなくなった	□ 話しやすくなった	□ 口臭が減った	
□ 会話が aumentata	□ 起きている時間が増えた	□ 元気になった	
□ その他( )			
②事業またはサービスを継続しないことによる口腔機能の著しい低下のおそれ		□	あり □ なし
③事業またはサービスの継続の必要性		□ あり(継続) □ なし(終了)	
④計画変更の必要性		□ あり □ なし	
⑤備考			

口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録

別紙2

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明						
氏名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大	年	月	日	生まれ		
			<input type="checkbox"/> 昭						

1. 口腔機能改善管理指導計画 (平成\_\_年\_\_月\_\_日 作成) ※1

① ( ) 様のご希望・目標	②作成者氏名(職種)
③	
④備考	

◎ 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」にチェックし、記入する)

⑤専門職 実施項目	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施	<input type="checkbox"/> 唾液腺マッサージ
	機能訓練 <input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み	<input type="checkbox"/> 発音・発声 <input type="checkbox"/> 呼吸
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
⑥関連職種 実施項目	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の支援	<input type="checkbox"/> 実施確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
⑦家庭での 実施項目	本人 <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施	<input type="checkbox"/> その他
	介護者 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の支援 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> その他

2. 口腔機能向上サービスの実施記録 ※2

①専門職の実施 (実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。)

実施日					
担当者名					
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供					
<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操等					
<input type="checkbox"/> 口腔清掃の指導					
<input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施					
唾液腺マッサージ(指導)					
咀嚼機能に関する訓練(指導)					
嚥下機能に関する訓練(指導)					
発音・発声に関する訓練(指導)					
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					

特記事項 (注意すべき点、利用者の変化等)

--

②関連職種の実施 (実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。)

関連職種	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の支援	<input type="checkbox"/> 実施確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助
実施項目	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

特記事項 (利用者の変化、専門職への質問等)

--

※1：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。

※2：サービスの提供の記録において、口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は不要。