

## <栄養マネジメント加算について>

常勤の管理栄養士を1名以上配置。入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。また、その栄養計画に従い栄養管理を行っているとともに、栄養状態を定期的に記録し、計画の進捗状況を評価し、必要に応じて計画を見直すこと。

### ◎栄養ケア計画に必要な内容

エネルギー量・たんぱく質量・水分量等 (必要量と提供量)  
食事形態等  
食事の摂取方法  
改善すべき課題  
長期目標と短期目標 (目標は具体的な内容にすること)  
低栄養状態のリスク

### ◎適時適切な計画変更を必要とする事例

- ① 食事形態が大きく変わる時  
常食・刻み食 → ソフト食・ミキサー食
- ② 提供エネルギーが変わる時  
経管栄養の量や提供回数・種類等が変更  
栄養補助食品等をプラスしてエネルギー量を変更
- ③ 提供方法が変わる時  
経口から経管  
一食分 → ハーフ食に栄養補助食品をプラスして提供

\*入所に合わせて、まず暫定の計画書を作り同意を得る。その後3～4週間までに本プランを作成する。(施設サービス計画の暫定・本プランの作成時期と併せ、その際のアセスメント等を利用し、より具体的なプランにする。) リスクに応じたモニタリングを実施すること。

\*モニタリング等で、リスクに変更が生じた場合でも、計画に変更がない場合はその旨を記載のこと。

\*軽微な変更の場合はその記録をモニタリングに残し、3ヶ月ごとの計画の見直しで、プランを作成し同意を得る。

\*概ね3ヶ月を目途として、低栄養状態のリスクについてスクリーニングを実

施し、栄養ケア計画の見直しを行うこと。(本人・家族・他職種から情報収集し、できるだけ具体的な計画を立て、目標が達成されるようにする。)

\*少なくとも月1回体重測定を行うこと。

\*概ね3ヶ月に一度の見直しを行う必要があるが、その際当該計画に変更がない場合はサインを求める必要はない。(スクリーニングの記録を残すこと。)

\*状態に変化がない場合でも、最低一年に1度はケア計画について、現在の状況をお話して同意を得ること。

## <療養食加算について>

利用者の病状等に応じて、主治の医師により利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、療養食が提供された場合に算定。

◎疾病ごとに献立を作成すること。(主治医の指示に適合していること)

◎療養食献立には栄養価をいれること。

◎医師の食事せんについては、療養食が提供されている間は閲覧可能な所で保管すること。

\*栄養ケア計画書の中に療養食について記載すること。

\*医師の指示が明確であること。(最低でも一年に1度は疾患治療の手段となっていることを確認し、食事せんの発行をお願いする。)

\*疾病ごとの献立をさらに展開する場合は、その根拠を例示すること。

\*経口移行加算又は経口維持加算と併用可。

## <経口移行加算について>

経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象とすること。医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成すること (栄養ケア計画と一体のものとして作成すること)。



◎医師の指示は明確にすること。また 180 日を超えて算定する場合、2 週間毎の医師の指示をもらう。またその際、印かんだけでは不可とする。

◎経口移行計画に基づいた、実施記録を残すこと。

\*他職種共同で計画を作成するが、他職種のための計画にならないようにすること。(必ず、栄養量・食形態等が計画の中に入っていること。)

\*計画内容は3月間の進め方の目標を具体的にたてる。

\*施設サービス計画と一体になっている場合は、経口~~維持~~加算の期間に合わせて作成し、同意を得ること。  
4/24行

\*療養食加算と併用可。

## <経口維持加算について>

・経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対し、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けた者を対象とする。

・月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、継続して経口による食事を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画を作成すること。

・「特別な管理」とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮のことを言う。

◎医師又は歯科医師の指示は明確にすること。同意を得られた日の属する月から起算して6月以内。また6月を超えて算定する場合は(I)(II)とも、引き続き誤嚥が認められ、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示がなされ、また、その同意を本人又は家族から得られた場合に、引き続き算定できる。その後の医師の指示は概ね1月ごとに受けること。

◎個々の利用者に応じた食物形態とすることが必要。また誤嚥防止の観点のみならず、口から食べる楽しみを尊重し、見た目、香りやにおい、味付け(味覚)、適切な温度、食感などの要素に配慮する事も重要であり、複数の食材を混ぜてペースト食にして一律に提供することは適切でない。

\* 栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。

\* 6月以降は栄養ケア計画の内容に変更がなくても、医師の継続指示に同意を得るという観点から、3月毎に発行し同意を得る。

\* 施設サービス計画と一体になっている場合は、経口維持加算の期間に合わせて作成し、同意を得ること。

★ (Ⅱ) を算定する場合は、4職種のうちいずれかが加わることにより、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を策定すること。

\* 食事の観察及び会議等は関係者が一堂に会して実施すること。

\* 療養食加算と併用可。



経口維持計画書 (様式例)

|    |   |               |                |      |        |  |
|----|---|---------------|----------------|------|--------|--|
| 氏名 | 性別<br><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日<br>年 月 日 | 検査実施日<br>年 月 日 | 検査方法 | 結果及び所見 | <input type="checkbox"/> 経口維持加算(I)<br><input type="checkbox"/> 経口維持加算(I)及び(II)<br>協力歯科医療機関名( ) |
|----|---|---------------|----------------|------|--------|--|

食事の観察

|  | 年 月 日   | 年 月 日   | 年 月 日   | 年 月 日   | 年 月 日   | 年 月 日   | 年 月 日   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 参加者                                    | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師<br><input type="checkbox"/> 管理栄養士<br><input type="checkbox"/> 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士<br><input type="checkbox"/> 作業療法士<br><input type="checkbox"/> 理学療法士<br><input type="checkbox"/> 看護職員<br><input type="checkbox"/> 介護職員<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師<br><input type="checkbox"/> 管理栄養士<br><input type="checkbox"/> 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士<br><input type="checkbox"/> 作業療法士<br><input type="checkbox"/> 理学療法士<br><input type="checkbox"/> 看護職員<br><input type="checkbox"/> 介護職員<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師<br><input type="checkbox"/> 管理栄養士<br><input type="checkbox"/> 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士<br><input type="checkbox"/> 作業療法士<br><input type="checkbox"/> 理学療法士<br><input type="checkbox"/> 看護職員<br><input type="checkbox"/> 介護職員<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師<br><input type="checkbox"/> 管理栄養士<br><input type="checkbox"/> 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士<br><input type="checkbox"/> 作業療法士<br><input type="checkbox"/> 理学療法士<br><input type="checkbox"/> 看護職員<br><input type="checkbox"/> 介護職員<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師<br><input type="checkbox"/> 管理栄養士<br><input type="checkbox"/> 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士<br><input type="checkbox"/> 作業療法士<br><input type="checkbox"/> 理学療法士<br><input type="checkbox"/> 看護職員<br><input type="checkbox"/> 介護職員<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師<br><input type="checkbox"/> 管理栄養士<br><input type="checkbox"/> 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士<br><input type="checkbox"/> 作業療法士<br><input type="checkbox"/> 理学療法士<br><input type="checkbox"/> 看護職員<br><input type="checkbox"/> 介護職員<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師<br><input type="checkbox"/> 管理栄養士<br><input type="checkbox"/> 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士<br><input type="checkbox"/> 作業療法士<br><input type="checkbox"/> 理学療法士<br><input type="checkbox"/> 看護職員<br><input type="checkbox"/> 介護職員<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員 |
| 口を開かない                                 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 食事をしながら、寝てしまう(傾眠)                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 食事に関する認知障害や意識障害がある(失語)                 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 食事に関する注意力が低下している                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 噛まずに、次から次へと食べ物を口に運んでいる(実行機能障害)         | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 食べ物をいつまでも飲み込まずに、噛んでいる                  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 円背又は座位の保持が困難(まっすぐに座ることができない、前後左右に傾くなど) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 下顎が上がりがちである                            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 口腔内が乾燥している                             | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 口腔内の衛生状態が悪い                            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 噛むことが困難である(歯・入れ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  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 固いものを避け、柔らかいものばかり食べる                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 口から食べ物や唾液がこぼれる                         | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 口腔内に食物残渣がある                            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 食事中や食後に濁った声に変わる                        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 一口あたり何度も嚥下する                           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 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  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 食事の後半において、特によくむせる                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| すべて食べ終わるまでに30分以上かかる                    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 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  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 食事又はその介助を否定する                          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| その他                                    |   |   |   |   |   |   |   |
| 食事の観察をして気づいた点                          |   |   |   |   |   |   |   |



