

経口維持加算 算定の手順

- ①対象者の選定（担当：リハビリ）
機能評価実施→指示書の作成
↓
 - ②食事の観察・会議の実施
観察：チェックシート（参考資料をもとに作成）に記載
会議：全体会議、判定会議の日に合わせて実施
↓
 - ③経口維持計画書の作成（担当：管理栄養士）
チェックシートをもとに作成：参考資料の書式を採用
↓
 - ④計画書に同意をもらう（担当：事務所）
↓
 - ⑤計画書をもとに栄養管理、食事介助を実施
↓
 - ⑥再評価
食事の観察・会議は月に1回実施→計画書を作成
嚥下機能評価は状態に変化がでた場合実施
↓
 - ⑦6ヶ月間の算定可能
- <今後の課題>
- ①今後は入所時に全員嚥下機能評価を実施するか？
 - ②チェックシートの記入はどの食事で実施するか？
 - ⑤日々の食事介助を本カルテに記載していくか？
ケアプランとしていいのか？
 - ⑥誰が再評価にむけてチェックシートを記載していくか？

経口摂取維持に関する評価・指示書

ふりがな		男	生年月日	明治	・	大正	昭和	・	平成
患者氏名		女	年	月	日	(歳)			
住所	(〒 -)		電話番号 () -						
主たる疾病名									

摂食・嚥下機能検査

改訂水飲みテスト(MWST) 評価実施日 平成28年12月18日

- 1 嚥下なし
- 2 嚥下あり むせないが呼吸変化あり
- 3 嚥下あり むせるか湿性嘔声あり
- 4 嚥下あり むせない、湿性嘔声もない。追加嚥下2回不能
- 5 嚥下あり 4に加え30秒以内に2回の空嚥下が可能

反復唾液嚥下テスト(RSST) 評価実施日 平成28年12月18日

- 1 30秒間に3回以上であれば良好
- 2 30秒間に2回以下であれば不良

フードテスト 評価実施日 平成28年12月18日

- 1 嚥下なし
- 2 嚥下あり むせないが呼吸変化あり
- 3 嚥下あり むせるか湿性嘔声や口腔内残留あり
- 4 嚥下あり むせない、湿性嘔声もない。追加嚥下で口腔内残留が消失
- 5 嚥下あり 4に加え30秒以内に2回の空嚥下が可能
- 6 判定不能 口から出す、反応なし

頸部聴診法 評価実施日 平成28年12月18日

<嚥下音>

<呼吸音>

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 1 長い嚥下音 2 弱い嚥下音 3 複数回の嚥下音 4 泡立ち音 5 むせに伴う喀出音 | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 1 湿性音 2 嗽音 3 液体の振動音 4 むせに伴う喀出音 5 喘鳴用呼吸音 |
|---|---|

改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) 評価実施日 平成28年12月18日

7 点

上記のとおり、著しい摂食機能障害を有し誤嚥が認められる状態もしくは、経口摂取維持に特別な栄養管理、多職種共通の取り組みが必要な状態である。
入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等の実施を指示する。

平成 年 月 日

経口摂取チェックシート

氏名	食事観察日時 平成28年 月 日 朝食 昼食 おやつ 夕食
食事の形態 主食：米飯 軟飯 おかゆ 副食：常食 刻み 荒刻み 種刻み ミキサー 水分：	観察者氏名：

1. 観察チェック表

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	□はい □いいえ	
② 頸部が後屈しがちである	□はい □いいえ	
③ 食事を楽しみにしていない	□はい □いいえ	
④ 食事をしながら、寝てしまう	□はい □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	□はい □いいえ	
⑥ 食事又はその介助を拒否する	□はい □いいえ	
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	□はい □いいえ	
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	□はい □いいえ	
⑨ 口腔内が乾燥している	□はい □いいえ	
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	□はい □いいえ	
⑪ 嚙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）	□はい □いいえ	
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	□はい □いいえ	
⑬ 上下の奥歯や義歯が咬み合っていない	□はい □いいえ	
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	□はい □いいえ	
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	□はい □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	□はい □いいえ	
⑰ 食事中や食後に濁った声になる	□はい □いいえ	
⑱ 一口あたり何度も嚥下する	□はい □いいえ	
⑲ 頻繁にむせたり、せきこんだりする	□はい □いいえ	
⑳ 食事中や食後に濁った声に変わる	□はい □いいえ	
㉑ 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	□はい □いいえ	
㉒ 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	□はい □いいえ	
㉓ 食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	□はい □いいえ	
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	□現状維持 □変更
	② 食事の周囲環境	□現状維持 □変更
	③ 食事の介助の方法	□現状維持 □変更
	④ 口腔のケアの方法	□現状維持 □変更
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性	□あり □なし

2. 経口摂取のための対応

注意した点	
前回との変化	
多職種への連絡	

経口移行・経口維持計画（様式例）

別紙3

氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 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） 協力歯科医療機関名
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* 年 月 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

※ 経口移行加算を算定する場合は、*の項目の記入は不要です。

1. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点*

※ 当欄の項目に関しては、食事の観察及び会議を月1回実施の上、記入してください。

食事の観察を通して気づいた点 食事の観察の実施日： 年 月 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、食べ始めても頻り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噛み合っていない	<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 頻りにむせたり、せきこんだりする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑲ 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
⑲ 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
⑲ 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
⑲ 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： 年 月 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	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	②食事の周囲環境	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	③食事の介助の方法	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	④口腔のケアの方法	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	⑤医療又は歯科医療受療の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

算定加算	担当職種	担当者氏名	気づいた点、アドバイス等
経口維持加算（Ⅰ）			
経口維持加算（Ⅱ）			
食事形態の種類・とろみの程度 ※日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013やその他嚥下調整食分類等を参照のこと			

2. 経口による食事の摂取のための計画

※ 栄養ケア計画や施設サービス計画において記入している項目は、下記の該当項目の記入は不要です。また、初回作成時及び前月から変更がある場合に記載して下さい。

初回作成日（作成者）	年 月 日（ ）
作成（変更）日（作成者）	年 月 日（ ）
入所（院）者又は家族の意向	同意者のサイン （※初回作成時及び大規模な変更時）
説明と同意を得た日 （※初回作成時及び大規模な変更時）	年 月 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	経口移行加算
	経口維持加算（Ⅰ）*
	経口維持加算（Ⅱ）*