

運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十七号）第九十九条若しくは第百十五条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第二十七条、第五十二条若しくは第百七十九条、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（平成十八年厚生労働省令第三十五号）第二百二十五条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービス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（平成十八年厚生労働省令第三十六号）第四十二条において作成することとされている各計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

② 管理栄養士は、作成した栄養ケア計画の原案については、関連職種と調整を図り、サービス担当者会議に事業所を通じて報告し、栄養ケア計画の原案を報告し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させる。栄養ケア計画の内容を、居宅サービス計画に適切に反映させる。

③ 管理栄養士は、利用者の主治の医師の指示・指導が必要な場合には、利用者の主治の医師の指示・指導を受けなければならない。

(4) 利用者及び家族への説明

管理栄養士は、サービスの提供に際して、栄養ケア計画を利用者又は家族に説明し、サービス提供に関する同意を得る。

(5) 栄養ケアの実施

① 管理栄養士と関連職種は、主治の医師の指示・指導が必要な場合には、その指導等に基づき栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行う。

② 管理栄養士は、通所サービスでの食事の提供に当たっては、給食業務の実際の責任者としての役割を担う者（管理栄養士、栄養士、調理師等）に対して、栄養ケア計画に基づいて個別対応した食事の提供ができるように説明及び指導する。なお、給食業務を委託している場合においては、委託業者の管理栄養士等との連携を図る。

③ 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて、栄養食事相談を実施する。居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するため、利用者又はその家族の同意を得

て、当該利用者の居宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供すること。

- ④ 管理栄養士は、関連職種に対して、栄養ケア計画に基づいて説明、指導及び助言を行う。
- ⑤ 管理栄養士は、関連職種と共同して食事摂取状況や食事に関するインシデント・アクシデントの事例等の把握を行う。
- 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百五条若しくは第百十九条において準用する第十九条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第三十七条、第六十一条若しくは第百八十二条において準用する第三条の十八、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百二十三条において準用する第四十九条の十三、若しくは第二百三十七条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービス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二十一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。

(6) 実施上の問題点の把握

管理栄養士又は関連職種は、栄養ケア計画の変更が必要となる状況を適宜把握する。栄養ケア計画の変更が必要になる状況が確認された場合には、管理栄養士は対応する関連の職種へ報告するとともに計画の変更を行う。

(7) モニタリングの実施

- ① モニタリングは、栄養ケア計画に基づいて、低栄養状態の低リスク者は3月毎、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、二週間毎等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は一月毎に測定する。
- ② 管理栄養士又は関連職種は、長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、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、栄養ケア計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙様式4-3-1の様式例を参照の上、作成する。

③ 低栄養状態のリスクの把握やモニタリング結果は、3月毎に事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員等へ情報を提供する。

(8) 再スクリーニングの実施

管理栄養士は関連職種と連携して、低栄養状態のおそれのある者の把握を3月毎に実施する。

(9) 栄養ケア計画の変更及び終了時の説明等

栄養ケア計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は、居宅介護支援専門員に、栄養ケア計画の変更を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更を行う。計画の変更については、利用者又は家族へ説明し同意を得る。

また、利用者の終了時には、総合的な評価を行い、その結果を利用者又は家族に説明するとともに、必要に応じて居宅介護支援専門員や関係機関との連携を図る。

II 管理栄養士の居宅療養管理指導について

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、別紙様式4-3-1、4-3-2の様式例を準用する。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。

第五 口腔・栄養スクリーニング加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

I 口腔・栄養スクリーニングの基本的な考え方

口腔・栄養スクリーニングは、事業所において、口腔の健康状態及び栄養状態についての簡易な評価を継続的に実施することにより、利用者の状態に応じて必要な医療や口腔機能向上サービス、栄養改善サービス等の提供に繋げるとともに、当該事業所の従業員の口腔・栄養に関する意識の向上を図ることを目的とするものである。そのため、事業所は、口腔・栄養スクリーニングの実施体制を評価し、効率的・効果的に実施できるよう改善すべき課題を整理・分析し、継続的な見直しに努めること。

Ⅱ 口腔・栄養スクリーニングの実務等について

1 スクリーニングの実施

介護職員等は、利用者のサービス利用開始時又は事業所における口腔・栄養スクリーニング加算の算定開始時に、別紙様式５－１ 通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス（介護予防も含む）及び別紙様式５－２ 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護（介護予防も含む）を用いてスクリーニングを行うこと。なお、口腔スクリーニングにおいては、別紙様式５－１ 通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス（介護予防も含む）を用いてスクリーニングを実施した場合に、「硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者」、「入れ歯を使っている者」及び「むせやすい者」の口腔スクリーニング項目で問題があった利用者、誤嚥性肺炎の既往がある利用者、その他の口腔の健康状態に確認を要する状態の利用者においては、第２章第七のⅡの１に示す口腔の健康状態の評価項目の利用も検討することが望ましい。

2 スクリーニング結果の情報提供等

介護職員等は、各利用者のスクリーニング結果を、当該利用者を担当する介護支援専門員に別紙様式５－１ 通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス（介護予防も含む）及び別紙様式５－２ 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護（介護予防も含む）を参考に文書等で情報提供すること。

口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合はかかりつけ歯科医への受診状況を利用者又はその家族等に確認し、必要に応じて受診を促すとともに、当該利用者を担当する介護支援専門員に対して、口腔機能向上サービスの提供を検討するように依頼すること。また、口腔の健康状態によっては、主治医の対応を要する場合もあることから、必要に応じて介護支援専門員を通じて主治医にも情報提供等の適切な措置を講ずること。低栄養状態の利用者については、かかりつけ医への受診状況を利用者又はその家族等に確認し、必要に応じて受診を促すとともに、当該利用者を担当する介護支援専門員に

対して、栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。

3 再スクリーニングの実施

介護職員等は、再スクリーニングを6月毎に実施するとともに、前回実施した際の結果と併せて2に従い介護支援専門員に情報提供等を行うこと。これらを継続的に実施することにより、利用者の口腔の健康状態及び栄養状態の維持・向上に努めることが望ましい。

第六 口腔衛生の管理体制に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

I 口腔衛生の管理体制の基本的な考え方

口腔衛生の管理体制とは、介護保険施設及び特定施設においてケアマネジメントの一環として、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士（以下「歯科医師等」という。）及び関連職種の共同により、口腔衛生に係る課題把握・改善を行い、入所（居）者に適した口腔清掃等を継続的に行うための体制をいう。歯・口腔の健康の保持・増進を図ることは、自立した質の高い生活を営む上で重要であり、介護保険施設における口腔衛生等の管理は、利用者の口腔の健康状態に応じた効率的・効果的な口腔清掃等が行われるだけでなく、摂食嚥下機能の維持・向上、栄養状態の改善等にもつながるものであることに留意すること。

II 口腔衛生の管理体制の整備にかかる実務について

1 口腔衛生の管理体制に係る計画の立案

歯科医師等は、介護保険施設及び特定施設における口腔清掃等の実態の把握、介護職員からの相談等を踏まえ、当該施設の実情に応じ、口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を行うこと。なお、施設の実情を踏まえて、適切に介護職への理解に資すると考えられる場合は、当該助言及び指導について、情報通信機器を用いて実施しても差し支えない。

介護職員は、当該技術的助言及び指導に基づき、別紙様式6-1（介護保険施設）または別紙様式6-2（特定施設）を参考に、以下の事項を記載した口腔衛生管理体制計画を作成すること。

- (1) 助言を行った歯科医師等
- (2) 歯科医師からの助言の要点
- (3) 当該施設における実施目標
- (4) 具体的方策

(5) 留意事項・特記事項

実施目標においては、助言及び指導を踏まえて、施設の実情に応じて検討されたい。例えば、口腔清掃の用具の整備、口腔清掃の方法・内容等の見直し、施設職員に対する口腔衛生管理の推進に資する研修会の開催、歯科専門職による入所(居)者の口腔管理等、歯科専門職による食事環境、食形態等の確認又は現在の取組の継続等である。

介護職員は、口腔清掃等を含めた施設における課題や疑問等を、適宜、歯科医師等に相談する。歯科医師等は、概ね6月毎に、施設における口腔清掃の実態、介護職員からの相談等を踏まえ、当該施設の実情に応じた口腔衛生の管理体制に係る計画に関する技術的助言及び指導を行うこと。介護職員は、当該技術的助言・指導を踏まえ、口腔衛生管理体制計画の見直しを行い、口腔衛生の管理体制の充実を図ること。また、必要に応じて、「介護保険施設等における口腔衛生管理の評価と実践」(一般社団法人日本老年歯科医学会)等の関連学会が示す記載等も参考にされたい。

2 入所者の口腔の健康状態の評価

介護保険施設においては、当該施設の従業者又は歯科医師等が入所者の施設入所時及び月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施することとしており、各入所者について、別紙様式6-3を参考に以下の事項等を確認する。ただし、歯科医師等が訪問歯科診療、訪問歯科衛生指導、または口腔衛生管理加算等により口腔管理を実施している場合は、当該口腔の健康状態の評価に代えることができる。

【口腔の健康状態の評価例】

- (1) 開口の状態
- (2) 歯の汚れの有無
- (3) 舌の汚れの有無
- (4) 歯肉の腫れ、出血の有無
- (5) 左右両方の奥歯のかみ合わせの状態
- (6) むせの有無
- (7) ぶくぶくうがいの状態
- (8) 食物のため込み、残留の有無

ただし、(7)及び(8)については、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行うこと。(1)から(8)の項目を参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性について検討する。評価の実施にあたっては第七のⅡの1及び「入院(所)中及び在宅等における療養中の

患者に対する口腔の健康状態の確認に関する基本的な考え方」(令和6年3月日本歯科医学会)等の関連学会が示す記載等も参考にされたい。

歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高い場合、歯・口腔の疾患が疑われる場合及び介護職員による口腔清掃等が困難な場合等は各利用者の口腔の健康状態に応じた口腔健康管理が行われるよう、歯科受診の必要性も含めて歯科医師等に相談すること。

第七 口腔連携強化加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

I 口腔連携強化加算に関する基本的な考え方

口腔連携強化加算は、介護事業所が口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療等について歯科医療機関に相談できる体制を構築するとともに、口腔の健康状態の評価の実施並びに歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供することを評価したものである。これにより、利用者毎の口腔の健康状態の把握並びに歯科専門職の確認を要する状態の利用者の把握を通じて、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげることが目的である。

II 口腔連携強化加算にかかる実務について

1 口腔の健康状態の評価の実施

介護職員等は、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式6、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式11、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式6及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式8等を用いて口腔の健康状態の評価を行い、評価した情報を歯科医療機関及び当該利用者を担当する介護支援専門員に対し、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介

護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 6、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 11、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 6 及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 8 等により提供する。評価にあたっては、「入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の確認に関する基本的な考え方」(令和 6 年 3 月日本歯科医学会)等の関連学会が示す口腔の評価及び管理に係る記載等も参考にされたい。なお、必要に応じて口腔健康管理に係る研修等も活用し、適切な口腔の健康状態の評価の実施に務めること。介護職員については、事業所の医療従事者に相談する等の対応も検討すること。また、継続的な口腔の健康状態の評価を実施することにより、利用者の口腔の健康状態の向上に努めること。

【口腔の健康状態の評価項目】

項目	評価	評価基準	評価の必要性
1. 開口	1. できる 2. できない	・ 上下の前歯の間に指 2 本分（縦）入る程度まで口があかない場合（開口量 3 cm 以下）には「2」につける。	開口が不十分及び開口拒否等は口の中の観察も困難にするとともに、口腔清掃不良となる要因である。また、開口が不十分においては要因の精査等が必要となる場合がある。
2. 歯の汚れ	1. なし 2. あり	・ 歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「2」につける。	歯が汚れている状態は、汚れに含まれる細菌等も含めて付着している状態である。虫歯や歯周病の原因となるだけでなく、汚れを飲み込み肺に到達すると誤嚥性肺炎の原因にもなる。
3. 舌の汚れ	1. なし 2. あり	・ 舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「2」につける。	舌が汚れている状態は、汚れに含まれる細菌等も含めて付着している状態である。歯の汚れと同じく、汚れを飲み込み肺に到達すると誤嚥性肺炎の原因にもなる。

4. 歯肉の腫れ、出血	1. なし 2. あり	・歯肉が腫れている場合（反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較）や歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「2」につける。	歯肉の腫れ、出血は歯周病の可能性があり、歯周病は放置すると歯を失う可能性がある。また、糖尿病等の全身疾患との関連性も報告されている。
5. 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	1. できる 2. できない	・本人にしっかりかみしめられないとの認識がある場合または義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「2」につける。	奥歯が無い場合に、食物をかみ砕く能力が低下し、食事形態等に関連があるだけでなく、窒息事故との関連も報告されている。転倒リスクとの関連性も報告されており、義歯の利用等も含めて検討が必要である。
6. むせ	1. なし 2. あり	・平時や食事時にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「2」につける。	摂食嚥下障害の可能性があり、食事形態等に関連があるだけでなく、入院等との関連も報告されている。唾液や食物などを誤嚥している可能性があり、摂食嚥下機能の精査や訓練等が必要な場合もある。
7. ぶくぶくうがい※1	1. できる 2. できない	・歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頬を膨らませない場合や膨らました頬を左右に動かせない場合は「2」につける。	口の周りの筋肉等の動きと関連しており、食事形態等に関連があるだけでなく、入院等との関連も報告されている。口腔機能の低下の可能性があると同時に、口腔衛生管理とも関連している。
8. 食物のため込み、残留※2	1. なし 2. あり	・食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「2」につける。	摂食嚥下障害等に関連しており、摂食嚥下機能の精査や訓練等が必要な場合もある。

9. その他	自由記載	・ 歯や粘膜に痛みがある、口の中の乾燥、口臭、義歯の汚れ、義歯がすぐに外れる、口の中に薬が残っている等の気になる点があれば記載する。	その他、歯科疾患との関連がある事項や利用者の訴え等も含めて検討する。
歯科医師等による口腔内等の確認の必要性	1. 低い 2. 高い	・ 項目 1－8 について「あり」または「できない」が 1 つでもある場合は、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性「高い」とする。 ・ その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高いと考えられる場合は、「高い」とする。	

※ 1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り実施する。

※ 2 食事の観察が可能な場合は確認する。

2 情報を提供された歯科医療機関における対応

情報を提供された歯科医療機関については、介護事業所から情報を提供された場合は、必要に応じて相談に応じるとともに、歯科診療等の必要な歯科医療提供についても検討する。特に、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が「高い」場合は、情報提供した介護事業所及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に利用者の状況を確認し、歯科診療の必要性等について検討する。歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が「低い」場合は、基本情報も含めて確認し、不明点等がある場合や、追加で必要な情報がある場合は、情報提供した介護事業所及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に問い合わせる等の必要な対応を実施する。

第八 口腔機能向上加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

I 口腔機能向上サービスの実務等について

1 通所サービス等における口腔機能向上サービスの提供体制

- (1) 口腔機能向上サービスの提供体制は、ケアマネジメントの一環として、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。
- (2) 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。

- (3) 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(口腔の健康状態の評価、口腔機能改善管理指導計画、サービス実施、口腔の健康状態の再評価等)をあらかじめ定める。
- (4) 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。
- (5) 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、継続的なサービス提供内容の改善に努める。

2 口腔機能向上サービスの実務

(1) 口腔の健康状態の評価の実施

サービス担当者は、利用開始時においては、利用者毎に口腔衛生、摂食嚥下機能等に関する解決すべき課題の確認・把握を行う。解決すべき課題の確認・把握の実施にあたっては、別紙様式6-4様式例を参照の上、作成する。

様式例における解決すべき課題の確認・把握に係る項目については、事業所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。

(2) 口腔機能改善管理指導計画の作成

① サービス担当者は、口腔の健康状態の評価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事項等について記載した口腔機能改善管理指導計画を作成する。なお、この作成には、別紙様式6-4の様式例を参照の上、作成することとし、必要に応じて理学療法士、作業療法士、管理栄養士等の助言を参考にする。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第九十九条若しくは第百十五条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第二十七条、第五十二条、若しくは第百七十九条、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二百五条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービス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四十二条において

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について、関連職種と調整を図り、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、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導が必要と判断される場合は、サービス担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導を受けること。

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、利用者の主治の医師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。

(3) 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、サービス担当者への指示・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。

(4) 口腔機能向上サービスの実施

① サービス担当者と関連職種は、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、摂食嚥下機能等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、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、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導が必要と考えられる場合、サービス担当者は、主治の医師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。また、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、サービス提供者氏名及び職種、指導の内容（口腔清掃、口腔清掃に関する指導、摂食嚥下等の口腔機能に関する指導、音声・言語機能に関する指導）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百五条若しくは第百十九条において準用する第十九条若しくは第百八十一条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第三十七条、第六十一条若しくは第百八十二条において準用する第三条の十八、第九十五条若しくは第百十六条、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百二十二条において準用する第四十九条の十三若しくは第二百三十七条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービス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二十一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。

(5) 実施上の問題点の把握

サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づき、利用者の目標の達成状況、口腔衛生、口腔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、別紙様式 6－4 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、口腔機能改善管理指導計画の変更を検討する。

(6) 口腔の健康状態の再評価の実施

① サービス担当者は、目標の達成状況、口腔衛生、口腔機能等の改善状況等を適宜、再評価を行うとともに、サービスの見直し事項を含めた、口腔機能改善管理指導計画の変更の必要性を判断する。口腔の健康状態の再評価の記録は、別紙様式 6－4 様式例を参照の上、作成する。

- ② 口腔の健康状態の再評価は、月 1 回程度を目処に、必要に応じて適宜実施する。再評価の結果、口腔の健康状態に変化がある場合には、口腔機能改善管理指導計画を再度作成する。

(7) 再把握の実施

サービス担当者は、口腔衛生、摂食嚥下機能等に関する解決すべき課題の把握を 3 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、別紙様式 6－4 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、摂食嚥下機能等に関するリスクにかかわらず、把握を 3 月毎に実施する。

(8) 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。

評価の結果、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る。また、評価において医療が必要であると考えられる場合は、主治の医師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。

リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書（通所系）

氏名：			殿	サービス開始日	年 月 日
				作成日 ☐ 初回 ☐ 変更	年 月 日
生年月日	年 月 日			性別	男・女
計画作成者	リハビリテーション（ ） 栄養管理（ ） 口腔管理（ ）				
要介護度	☐ 要支援（ ☐ 1 ☐ 2） ☐ 要介護（ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5）				
日常生活自立度	障害高齢者： 認知症高齢者：				
本人の希望					
共通	身長：（ ）cm 体重：（ ）kg BMI：（ ）kg/m² 栄養補給法：☐ 経口のみ ☐ 一部経口 ☐ 経腸栄養 ☐ 静脈栄養、 食事の形態：（ ） とろみ：☐ なし ☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 濃い リハビリテーションが必要となった原因疾患：（ ） 発症日・受傷日：（ ）年（ ）月 合併症： ☐ 脳血管疾患 ☐ 骨折 ☐ 誤嚥性肺炎 ☐ うっ血性心不全 ☐ 尿路感染症 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 骨粗しょう症 ☐ 関節リウマチ ☐ がん ☐ うつ病 ☐ 認知症 ☐ 褥瘡 （※上記以外の）☐ 神経疾患 ☐ 運動器疾患 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 循環器疾患 ☐ 消化器疾患 ☐ 腎疾患 ☐ 内分泌疾患 ☐ 皮膚疾患 ☐ 精神疾患 ☐ その他 症状： ☐ 嘔気・嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 浮腫 ☐ 脱水 ☐ 発熱 ☐ 閉じこもり 現在の歯科受診について：かかりつけ歯科医 ☐ あり ☐ なし 直近1年間の歯科受診：☐ あり（最終受診年月： 年 月）☐ なし 義歯の使用：☐ あり（☐ 部分・☐ 全部） ☐ なし その他：				
課題	（共通） （リハビリテーション・栄養・口腔） （上記に加えた課題） ☐ 食事中に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 ☐ 食べ物を口腔内にため込む ☐ 固形の食べ物を咀嚼中にむせる ☐ 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（ ）				
方針・目標	（共通） （リハビリテーション・栄養・口腔） 短期目標： 長期目標： （上記に加えた方針・目標） ☐ 歯科疾患（☐ 重症化防止 ☐ 改善 ☐ 歯科受診） ☐ 口腔衛生（☐ 維持 ☐ 改善（ ）） ☐ 摂食嚥下等の口腔機能（☐ 維持 ☐ 改善（ ）） ☐ 食形態（☐ 維持 ☐ 改善（ ）） ☐ 栄養状態（☐ 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（ ）				
実施上の注意事項					
生活指導					
見通し・継続理由					

	リハビリテーション	栄養	口腔
	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日
評価時の状態	【心身機能・構造】 Ⅰ 筋力低下 Ⅱ 麻痺 Ⅲ 感覚機能障害 ☐ 関節可動域制限 ☐ 摂食嚥下障害 ☐ 失語症・構音障害 ☐ 見当識障害 ☐ 記憶障害 ☐ 高次脳機能障害 ☐ 疼痛 ☐ BPSD 歩行評価 ☐ 6分間歩行 ☐ TUG test () 認知機能評価 ☐ MMSE ☐ HDS-R () 【活動】※課題のあるものにチェック 基本動作： ☐ 寝返り ☐ 起き上がり ☐ 座位の保持 ☐ 立ち上がり ☐ 立位の保持 ADL：BI () 点 ☐ 食事 ☐ 移乗 ☐ 整容 ☐ トイレ動作 ☐ 入浴 ☐ 歩行 ☐ 階段昇降 ☐ 更衣 ☐ 排便コントロール ☐ 排尿コントロール IADL：FAI () 点 【参加】	低栄養リスク ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高 嚥下調整食の必要性 ☐ なし ☐ あり ☐ 生活機能低下 3%以上の体重減少 ☐ 無 ☐ 有(kg/ 月) 【食生活状況】 食事摂取量(全体) % 食事摂取量(主食) % 食事摂取量(主菜/副菜) %/ % 補助食品など： 食事の留意事項 ☐ 無 ☐ 有() 薬の影響による食欲不振 ☐ 無 ☐ 有 本人の意欲 () 食欲・食事の満足感 () 食事に対する意識 () 【栄養量(エネルギー/たんぱく質)】 摂取栄養量：() kcal/kg、() g/kg 提供栄養量：() kcal/kg、() g/kg 必要栄養量：() kcal/kg、() g/kg 【GLIM基準による評価※】 ☐ 低栄養非該当 ☐ 低栄養(☐ 中等度 ☐ 重度) ※医療機関から情報提供があった場合に記入する。	【誤嚥性肺炎の発症・既往】 ☐ あり(直近の発症年月： 年 月) ☐ なし 【口腔衛生状態の問題】 ☐ 口臭 ☐ 歯の汚れ ☐ 義歯の汚れ ☐ 舌苔 【口腔機能の状態の問題】 ☐ 奥歯のかみ合わせがない ☐ 食べこぼし ☐ むせ ☐ 口腔乾燥 ☐ 舌の動きが悪い ☐ ぶくぶくうがい困難※1 ※1 現在、歯磨き後のうがいをしている方に限り確認する。 【歯科受診の必要性】 ☐ 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() 記入者：☐ 歯科衛生士 ☐ 看護職員 ☐ 言語聴覚士
具体的支援内容	①課題： 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回 ②課題： 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回 ③課題 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回	☐ 栄養食事相談 ☐ 食事提供量の増減(☐ 増量 ☐ 減量) ☐ 食事形態の変更 (☐ 常食 ☐ 軟食 ☐ 嚥下調整食) ☐ 栄養補助食品の追加・変更 ☐ その他： 〔 〕 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： ☐ なし ☐ あり	サービス提供者： ☐ 歯科衛生士 ☐ 看護職員 ☐ 言語聴覚士 実施記録①：記入日(年 月 日) ☐ 口腔清掃 ☐ 口腔清掃に関する指導 ☐ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 ☐ 音声・言語機能に関する指導 ☐ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ☐ その他() 実施記録②：記入日(年 月 日) ☐ 口腔清掃 ☐ 口腔清掃に関する指導 ☐ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 ☐ 音声・言語機能に関する指導 ☐ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ☐ その他() 実施記録③：記入日(年 月 日) ☐ 口腔清掃 ☐ 口腔清掃に関する指導 ☐ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 ☐ 音声・言語機能に関する指導 ☐ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ☐ その他()
特記事項			

リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書（施設系）

氏名：			殿	入所（院）日	年 月 日
				作成日 ☐ 初回 ☐ 変更	年 月 日
生年月日	年 月 日			性別	男・女
計画作成者	リハビリテーション（ ） 栄養管理（ ） 口腔管理（ ）				
要介護度	☐ 要支援（ ☐ 1 ☐ 2） ☐ 要介護（ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5）				
日常生活自立度	障害高齢者： 認知症高齢者：				
本人の希望					
共通	身長：（ ）cm 体重：（ ）kg BMI：（ ）kg/m² 栄養補給法：☐ 経口のみ ☐ 一部経口 ☐ 経腸栄養 ☐ 静脈栄養、 食事の形態：（ ） とろみ：☐ なし ☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 濃い リハビリテーションが必要となった原因疾患：（ ） 発症日・受傷日：（ ）年（ ）月 合併症： ☐ 脳血管疾患 ☐ 骨折 ☐ 誤嚥性肺炎 ☐ うっ血性心不全 ☐ 尿路感染症 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 骨粗しょう症 ☐ 関節リウマチ ☐ がん ☐ うつ病 ☐ 認知症 ☐ 褥瘡 （※上記以外の）☐ 神経疾患 ☐ 運動器疾患 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 循環器疾患 ☐ 消化器疾患 ☐ 腎疾患 ☐ 内分泌疾患 ☐ 皮膚疾患 ☐ 精神疾患 ☐ その他 症状： ☐ 嘔気・嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 浮腫 ☐ 脱水 ☐ 発熱 ☐ 閉じこもり 現在の歯科受診について：かかりつけ歯科医 ☐ あり ☐ なし 直近1年間の歯科受診：☐ あり（最終受診年月： 年 月）☐ なし 義歯の使用：☐ あり（☐ 部分・☐ 全部） ☐ なし その他：				
課題	（共通） （リハビリテーション・栄養・口腔） （上記に加えた課題） ☐ 食事中に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 ☐ 食べ物を口腔内にため込む ☐ 固形の食べ物を咀嚼中にむせる ☐ 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（ ）				
方針・目標	（共通） （リハビリテーション・栄養・口腔） 短期目標： 長期目標： （上記に加えた方針・目標） ☐ 歯科疾患（☐ 重症化防止 ☐ 改善） ☐ 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） ☐ 摂食嚥下等の口腔機能（☐ 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（ ）				
実施上の注意事項					
生活指導					
見通し・継続理由					

	リハビリテーション	栄養	口腔
	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日
評価時の状態	【心身機能・構造】 ☐ 筋力低下 ☐ 麻痺 ☐ 感覚機能障害 ☐ 関節可動域制限 ☐ 摂食嚥下障害 ☐ 失語症・構音障害 ☐ 見当識障害 ☐ 記憶障害 ☐ 高次脳機能障害 ☐ 疼痛 ☐ BPSD 歩行評価 ☐ 6分間歩行 ☐ TUG test () 認知機能評価 ☐ MMSE ☐ HDS-R () 【活動】 ※課題のあるものにチェック 基本動作： ☐ 寝返り ☐ 起き上がり ☐ 座位の保持 ☐ 立ち上がり ☐ 立位の保持 ADL：BI () 点 ☐ 食事 ☐ 移乗 ☐ 整容 ☐ トイレ動作 ☐ 入浴 ☐ 歩行 ☐ 階段昇降 ☐ 更衣 ☐ 排便コントロール ☐ 排尿コントロール IADL：FAI () 点 【参加】	低栄養リスク ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高 嚥下調整食の必要性 ☐ なし ☐ あり ☐ 生活機能低下 3%以上の体重減少 ☐ 無 ☐ 有 (kg/ 月) 【食生活状況】 食事摂取量 (全体) % 食事摂取量 (主食) % 食事摂取量 (主菜/副菜) %/ % 補助食品など： 食事の留意事項 ☐ 無 ☐ 有 () 薬の影響による食欲不振 ☐ 無 ☐ 有 本人の意欲 () 食欲・食事の満足感 () 食事に対する意識 () 【栄養量 (エネルギー/たんぱく質)】 摂取栄養量： () kcal/kg、 () g/kg 提供栄養量： () kcal/kg、 () g/kg 必要栄養量： () kcal/kg、 () g/kg 【GLIM基準による評価※】 ☐ 低栄養非該当 ☐ 低栄養 (☐ 中等度 ☐ 重度) ※医療機関から情報提供があった場合に記入する。	【誤嚥性肺炎の発症・既往】 ☐ あり (直近の発症年月： 年 月) ☐ なし 【口腔衛生状態の問題】 ☐ 口臭 ☐ 歯の汚れ ☐ 義歯の汚れ ☐ 舌苔 【口腔機能の状態の問題】 ☐ 奥歯のかみ合わせがない ☐ 食べこぼし ☐ むせ ☐ 口腔乾燥 ☐ 舌の動きが悪い ☐ ふくぶくうがい困難※1 ※1 現在、歯磨き後のうがいをしている方に限り確認する。 【歯数】 () 歯 【歯の問題】 ☐ う蝕 ☐ 歯の破折 ☐ 修復物脱離 ☐ 残根歯 ☐ その他 () 【義歯の問題】 ☐ 不適合 ☐ 破損 ☐ 必要だが使用してない ☐ その他 () 【歯周組織、口腔粘膜の問題】 ☐ 歯周病 ☐ 口腔粘膜疾患 (潰瘍等) 記入者： 指示を行った歯科医師名：
具体的支援内容	①課題： 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回 ②課題： 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回 ③課題 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回	☐ 栄養食事相談 ☐ 食事提供量の増減 (☐ 増量 ☐ 減量) ☐ 食事形態の変更 (☐ 常食 ☐ 軟食 ☐ 嚥下調整食) ☐ 栄養補助食品の追加・変更 ☐ その他： 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： ☐ なし ☐ あり	実施日： 年 月 日 記入者： 実施頻度： ☐ 月4回程度 ☐ 月2回程度 ☐ 月1回程度 ☐ その他 () 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： 【口腔衛生等の管理】 ☐ 口腔清掃 ☐ 口腔清掃に関する指導 ☐ 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 【介護職員への技術的助言等の内容】 ☐ 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 ☐ 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 ☐ 摂食嚥下等の口腔機能の改善のための取組の実施 ☐ 食事の状態の確認、食形態等の検討の必要性 ☐ 現在の取組の継続 ☐ その他 ()
特記事項			

個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書（通所系）

氏名：			殿	サービス開始日	年 月 日
				作成日 ☐ 初回 ☐ 変更	年 月 日
生年月日	年 月 日			性別	男・女
計画作成者	個別機能訓練（ ） 栄養管理（ ） 口腔管理（ ）				
要介護度	☐ 要支援（ ☐ 1 ☐ 2） ☐ 要介護（ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5）				
日常生活自立度	障害高齢者： 認知症高齢者：				
本人の希望					
共通	身長：（ ）cm 体重：（ ）kg BMI：（ ）kg/m² 栄養補給法：☐経口のみ ☐一部経口 ☐経腸栄養 ☐静脈栄養、 食事の形態：（ ） とろみ：☐なし ☐薄い ☐中間 ☐濃い 個別機能訓練が必要となった原因疾患：（ ） 発症日・受傷日：（ ）年（ ）月 合併症： ☐脳血管疾患 ☐骨折 ☐誤嚥性肺炎 ☐うっ血性心不全 ☐尿路感染症 ☐糖尿病 ☐高血圧症 ☐骨粗しょう症 ☐関節リウマチ ☐がん ☐うつ病 ☐認知症 ☐褥瘡 （※上記以外の）☐神経疾患 ☐運動器疾患 ☐呼吸器疾患 ☐循環器疾患 ☐消化器疾患 ☐腎疾患 ☐内分泌疾患 ☐皮膚疾患 ☐精神疾患 ☐その他 症状： ☐嘔気・嘔吐 ☐下痢 ☐便秘 ☐浮腫 ☐脱水 ☐発熱 ☐閉じこもり 現在の歯科受診について：かかりつけ歯科医 ☐あり ☐なし 直近1年間の歯科受診：☐あり（最終受診年月： 年 月）☐なし 義歯の使用：☐あり（☐部分・☐全部） ☐なし その他：				
課題	（共通） （個別機能訓練・栄養・口腔） （上記に加えた課題） ☐食事中に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 ☐食べ物を口腔内にため込む ☐固形の食べ物を咀嚼中にむせる ☐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（ ）				
方針・目標	（共通） （個別機能訓練・栄養・口腔） 短期目標： 長期目標： （上記に加えた方針・目標） ☐歯科疾患（☐重症化防止 ☐改善 ☐歯科受診） ☐口腔衛生（☐維持 ☐改善（ ）） ☐摂食嚥下等の口腔機能（☐維持 ☐改善（ ）） ☐食形態（☐維持 ☐改善（ ）） ☐栄養状態（☐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（ ）				
実施上の注意事項					
生活指導					
見直し・継続理由					

	個別機能訓練	栄養	口腔
	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日
評価時の状態	【ADL】※課題のある項目名にチェック ☐ 食事：自立、一部介助、全介助 ☐ 移乗：自立、監視下、 座れるが移れない、全介助 ☐ 整容：自立、一部介助、全介助 ☐ トイレ動作：自立、一部介助、全介助 ☐ 入浴：自立、一部介助、全介助 ☐ 平地歩行：自立、歩行器等、 車椅子操作が可能、全介助 ☐ 階段昇降：自立、一部介助、全介助 ☐ 更衣：自立、一部介助、全介助 ☐ 排便コントロール：自立、一部介助、全介助 ☐ 排尿コントロール：自立、一部介助、全介助 【IADL】※課題のある項目名にチェック ☐ 調理：自立、見守り、一部介助、全介助 ☐ 洗濯：自立、見守り、一部介助、全介助 ☐ 掃除：自立、見守り、一部介助、全介助 【基本動作】課題のある項目名にチェック ☐ 寝返り：自立、見守り、一部介助、全介助 ☐ 起き上がり：自立、見守り、一部介助、全介助 ☐ 座位の保持：自立、見守り、一部介助、全介助 ☐ 立ち上がり：自立、見守り、一部介助、全介助 ☐ 立位の保持：自立、見守り、一部介助、全介助	低栄養リスク ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高 嚥下調整食の必要性 ☐ なし ☐ あり ☐ 生活機能低下 3%以上の体重減少 ☐ 無 ☐ 有(kg/ 月) 【食生活状況】 食事摂取量(全体) % 食事摂取量(主食) % 食事摂取量(主菜/副菜) %/ % 補助食品など： 食事の留意事項 ☐ 無 ☐ 有() 薬の影響による食欲不振 ☐ 無 ☐ 有 本人の意欲() 食欲・食事の満足感() 食事に対する意識() 【栄養量(エネルギー/たんぱく質)】 摂取栄養量：() kcal/kg、() g/kg 提供栄養量：() kcal/kg、() g/kg 必要栄養量：() kcal/kg、() g/kg 【GLIM基準による評価※】 ☐ 低栄養非該当 ☐ 低栄養(☐ 中等度 ☐ 重度) ※医療機関から情報提供があった場合に記入する。	【誤嚥性肺炎の発症・既往】 ☐ あり(直近の発症年月： 年 月) ☐ なし 【口腔衛生状態の問題】 ☐ 口臭 ☐ 歯の汚れ ☐ 義歯の汚れ ☐ 舌苔 【口腔機能の状態の問題】 ☐ 奥歯のかみ合わせがない ☐ 食べこぼし ☐ むせ ☐ 口腔乾燥 ☐ 舌の動きが悪い ☐ ぶくぶくうがい困難※1 ※1 現在、歯磨き後のうがいをしている方に限り確認する。 【歯科受診の必要性】 ☐ 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() 記入者：☐ 歯科衛生士 ☐ 看護職員 ☐ 言語聴覚士
具体的支援内容	①プログラム内容 留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者： ②プログラム内容 留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者： ③プログラム内容 留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者：	☐ 栄養食事相談 ☐ 食事提供量の増減(☐ 増量 ☐ 減量) ☐ 食事形態の変更 (☐ 常食 ☐ 軟食 ☐ 嚥下調整食) ☐ 栄養補助食品の追加・変更 ☐ その他： 〔 〕 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： ☐ なし ☐ あり	サービス提供者： ☐ 歯科衛生士 ☐ 看護職員 ☐ 言語聴覚士 実施記録①：記入日(年 月 日) ☐ 口腔清掃 ☐ 口腔清掃に関する指導 ☐ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 ☐ 音声・言語機能に関する指導 ☐ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ☐ その他() 実施記録②：記入日(年 月 日) ☐ 口腔清掃 ☐ 口腔清掃に関する指導 ☐ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 ☐ 音声・言語機能に関する指導 ☐ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ☐ その他() 実施記録③：記入日(年 月 日) ☐ 口腔清掃 ☐ 口腔清掃に関する指導 ☐ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 ☐ 音声・言語機能に関する指導 ☐ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ☐ その他()
特記事項			

個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書（施設系）

氏名：			殿	入所（院）日	年 月 日
				作成日 ☐ 初回 ☐ 変更	年 月 日
生年月日	年 月 日			性別	男・女
計画作成者	個別機能訓練（ ） 栄養管理（ ） 口腔管理（ ）				
要介護度	☐ 要支援（ ☐ 1 ☐ 2） ☐ 要介護（ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5）				
日常生活自立度	障害高齢者： 認知症高齢者：				
本人の希望					
共通	身長：（ ）cm 体重：（ ）kg BMI：（ ）kg/m² 栄養補給法：☐経口のみ ☐一部経口 ☐経腸栄養 ☐静脈栄養、 食事の形態：（ ） とろみ：☐なし ☐薄い ☐中間 ☐濃い 個別機能訓練が必要となった原因疾患：（ ） 発症日・受傷日：（ ）年（ ）月 合併症： ☐脳血管疾患 ☐骨折 ☐誤嚥性肺炎 ☐うっ血性心不全 ☐尿路感染症 ☐糖尿病 ☐高血圧症 ☐骨粗しょう症 ☐関節リウマチ ☐がん ☐うつ病 ☐認知症 ☐褥瘡 （※上記以外の）☐神経疾患 ☐運動器疾患 ☐呼吸器疾患 ☐循環器疾患 ☐消化器疾患 ☐腎疾患 ☐内分泌疾患 ☐皮膚疾患 ☐精神疾患 ☐その他 症状： ☐嘔気・嘔吐 ☐下痢 ☐便秘 ☐浮腫 ☐脱水 ☐発熱 ☐閉じこもり 現在の歯科受診について：かかりつけ歯科医 ☐あり ☐なし 直近1年間の歯科受診：☐あり（最終受診年月： 年 月）☐なし 義歯の使用：☐あり（☐部分・☐全部） ☐なし その他：				
課題	（共通） （個別機能訓練・栄養・口腔） （上記に加えた課題） ☐食事に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 ☐食べ物を口腔内にため込む ☐固形の食べ物を咀嚼中にむせる ☐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（ ）				
方針・目標	（共通） （個別機能訓練・栄養・口腔） 短期目標： 長期目標： （上記に加えた方針・目標） ☐歯科疾患（☐重症化防止 ☐改善） ☐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） ☐摂食嚥下等の口腔機能（☐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（ ）				
実施上の注意事項					
生活指導					
見通し・継続理由					

	個別機能訓練	栄養	口腔
	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日
評価時の状態	【ADL】※課題のある項目名にチェック ☐ 食事：自立、一部介助、全介助 ☐ 移乗：自立、監視下、 座れるが移れない、全介助 ☐ 整容：自立、一部介助、全介助 ☐ トイレ動作：自立、一部介助、全介助 ☐ 入浴：自立、一部介助、全介助 ☐ 平地歩行：自立、歩行器等、 車椅子操作が可能、全介助 ☐ 階段昇降：自立、一部介助、全介助 ☐ 更衣：自立、一部介助、全介助 ☐ 排便コントロール：自立、一部介助、全介助 ☐ 排尿コントロール：自立、一部介助、全介助 【IADL】※課題のある項目名にチェック ☐ 調理：自立、見守り、一部介助、全介助 ☐ 洗濯：自立、見守り、一部介助、全介助 ☐ 掃除：自立、見守り、一部介助、全介助 【基本動作】課題のある項目名にチェック ☐ 寝返り：自立、見守り、一部介助、全介助 ☐ 起き上がり：自立、見守り、一部介助、全介助 ☐ 座位の保持：自立、見守り、一部介助、全介助 ☐ 立ち上がり：自立、見守り、一部介助、全介助 ☐ 立位の保持：自立、見守り、一部介助、全介助	低栄養リスク ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高 嚥下調整食の必要性 ☐ なし ☐ あり ☐ 生活機能低下 3%以上の体重減少 ☐ 無 ☐ 有(kg/ 月) 【食生活状況】 食事摂取量(全体) % 食事摂取量(主食) % 食事摂取量(主菜/副菜) %/ % 補助食品など： 食事の留意事項 ☐ 無 ☐ 有() 薬の影響による食欲不振 ☐ 無 ☐ 有 本人の意欲() 食欲・食事の満足感() 食事に対する意識() 【栄養量(エネルギー/たんぱく質)】 摂取栄養量：() kcal/kg、() g/kg 提供栄養量：() kcal/kg、() g/kg 必要栄養量：() kcal/kg、() g/kg 【GLIM基準による評価*】 ☐ 低栄養非該当 ☐ 低栄養(☐ 中等度 ☐ 重度) ※医療機関から情報提供があった場合に記入する。	【誤嚥性肺炎の発症・既往】 ☐ あり(直近の発症年月： 年 月) ☐ なし 【口腔衛生状態の問題】 ☐ 口臭 ☐ 歯の汚れ ☐ 義歯の汚れ ☐ 舌苔 【口腔機能の状態の問題】 ☐ 奥歯のかみ合わせがない ☐ 食べこぼし ☐ むせ ☐ 口腔乾燥 ☐ 舌の動きが悪い ☐ ぶくぶくうがいが困難※1 ※1 現在、歯磨き後のうがいをしている方に限り確認する。 【歯数】() 歯 【歯の問題】 ☐ う蝕 ☐ 歯の破折 ☐ 修復物脱離 ☐ 残根歯 ☐ その他() 【義歯の問題】 ☐ 不適合 ☐ 破損 ☐ 必要だが使用してない ☐ その他() 【歯周組織、口腔粘膜の問題】 ☐ 歯周病 ☐ 口腔粘膜疾患(潰瘍等) 記入者： 指示を行った歯科医師名：
具体的支援内容	①プログラム内容 留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者： ②プログラム内容 留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者： ③プログラム内容 留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者：	☐ 栄養食事相談 ☐ 食事提供量の増減(☐ 増量 ☐ 減量) ☐ 食事形態の変更 (☐ 常食 ☐ 軟食 ☐ 嚥下調整食) ☐ 栄養補助食品の追加・変更 ☐ その他： 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： ☐ なし ☐ あり	実施日： 年 月 日 記入者： 実施頻度： ☐ 月4回程度 ☐ 月2回程度 ☐ 月1回程度 ☐ その他() 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： 【口腔衛生等の管理】 ☐ 口腔清掃 ☐ 口腔清掃に関する指導 ☐ 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 【介護職員への技術的助言等の内容】 ☐ 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 ☐ 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 ☐ 摂食嚥下等の口腔機能の改善のための取組の実施 ☐ 食事の状態の確認、食形態等の検討の必要性 ☐ 現在の取組の継続 ☐ その他()
特記事項			

リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書（通所系）

氏名：	〇〇 〇〇		殿	サービス開始日	X 年 7 月 10 日
				作成日 ■初回 □変更	X 年 7 月 19 日
生年月日	X 年 2 月 29 日			性別	(男)・女
計画作成者	リハビリテーション (PT 〇 〇) 栄養管理 (〇 〇) 口腔管理 (〇 〇)				
要介護度	□ 要支援 (□ 1 □ 2) □ 要介護 (■ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5)				
日常生活自立度	障害高齢者： A2 認知症高齢者： I				
本人の希望	落ちた筋力を取り戻して、俳句サークルにまた行きたい。 おいしく食べられるようになりたい。				
共通	身長： (155) cm 体重： (45.0) kg BMI： (18.7) kg/m² 栄養補給法：■ 経口のみ □ 一部経口 □ 経腸栄養 □ 静脈栄養 食事の形態： (普通) とろみ：■ なし □ 薄い □ 中間 □ 濃い リハビリテーションが必要となった原因疾患： (脳梗塞後遺症) 発症日・受傷日： (10) 年程前 () 月 合併症： □ 脳血管疾患 □ 骨折 □ 誤嚥性肺炎 □ うっ血性心不全 □ 尿路感染症 □ 糖尿病 □ 高血圧症 ■ 骨粗しょう症 □ 関節リウマチ □ がん □ うつ病 □ 認知症 □ 褥瘡 (※上記以外の) □ 神経疾患 □ 運動器疾患 □ 呼吸器疾患 □ 循環器疾患 □ 消化器疾患 □ 腎疾患 □ 内分泌疾患 □ 皮膚疾患 □ 精神疾患 □ その他 症状： □ 嘔気・嘔吐 □ 下痢 ■ 便秘 □ 浮腫 □ 脱水 □ 発熱 □ 閉じこもり 現在の歯科受診について：かかりつけ歯科医 ■ あり □ なし 直近 1 年間の歯科受診：■ あり (最終受診年月：X 年 1 月) □ なし 義歯の使用：■ あり (■ 部分・□ 全部) □ なし その他：キーパーソン・主介護者：娘				
課題	(共通) 以前していた外出・趣味 (俳句サークル) の活動ができなくなった。徐々に筋力が低下している。肉・魚を食べない。 (リハビリテーション・栄養・口腔) ・フレイルに伴う下肢筋力低下 ・体重減少 ・義歯の汚れが激しい、義歯を食事の途中で外してしまい、固形物が食べにくい。 ・活動量が減少し、日によって朝食や昼食を欠食することがあるなど、食事摂取量や時間が一定していない (上記に加えた課題) □ 食事中に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 □ 食べ物を口腔内にため込む □ 固形の食べ物を咀嚼やく中にむせる ■ 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 (痰がらみの咳をすることがある)				
方針・目標	(共通) 俳句サークルへ復帰する。 活動量・食事摂取量を安定させ、フレイルの進行を予防する。 (リハビリテーション・栄養・口腔) 短期目標： ・屋外での杖歩行が見守りで可能となり、介助者と外出できる ・毎日 3 食食事をとり、体重を 3 kg 増やす (3 ヶ月間) ・義歯調整について歯科医師に相談。・正しい義歯の清掃方法を取得。 (上記に加えた方針・目標) ■ 歯科疾患 (□ 重症化防止 □ 改善 ■ 歯科受診) ■ 摂食嚥下等の口腔機能 (□ 維持 ■ 改善 (舌の運動機能の向上)) ■ 栄養状態 (□ 維持 ■ 改善 (たんぱく質の確保)) ■ 誤嚥性肺炎の予防 長期目標： ・屋外での杖歩行が自立、活動量の保持 (4000 歩/日) ・体重を 5 kg 増やす (6 ヶ月間) ・口腔周囲筋の機能向上のため、会話の回数を増やす。 ■ 口腔衛生 (□ 維持 ■ 改善 (口腔清掃)) ■ 食形態 (■ 維持 □ 改善 ()) □ 音声・言語機能 (□ 維持 □ 改善 ()) □ その他 ()				
実施上の注意事項	体調の悪い時は主治医と相談し、適宜指示を受けながら実施する。				
生活指導	食事を 3 食とり、規則正しい生活を心がける。 座位時間を今より 30 分/日のばし、毎日他者と 60 分は会話する。				
見通し・継続理由	定期的にモニタリング等を実施しつつ、6 ヶ月間を目処に介入を行い、以降は状態を確認しながら継続の有無を検討する。				