

(別 添)

(問) 介護職員処遇改善加算が創設されたが、訪問介護において身体介護と生活援助を組み合わせる場合の医療費控除は、どのように取り扱うか。

(答) 訪問介護に係る自己負担額の医療費控除の取扱いについては、居宅サービス計画に訪問看護等の医療系サービスが位置付けられ、医療系サービスと併せて訪問介護を利用した場合に、訪問介護に係る自己負担額が医療費控除の対象となるとされているところです。ただし、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（平成 12 年厚生省告示第 19 号）別表指定居宅サービス介護給付費単位数表 1 訪問介護費に掲げる場合（以下「生活援助中心型に係る訪問介護」という。）を除くこととされています。

そのため、介護職員処遇改善加算についても、生活援助中心型に係る訪問介護費を除き算定した介護処遇改善加算に係る自己負担額が、医療費控除の対象になります。

○ 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）

（変更点は下線部）

| 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 栄養ケア・マネジメントは、ヘルスケアサービスの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、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、<u>主治医、管理栄養士、歯科医師、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。</u></p> <p>ウ 事業所における栄養ケア・マネジメントに関する手順（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）をあらかじめ定める。</p> <p>エ 管理栄養士は、利用者に適切な栄養ケア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、栄養ケア・マネジメント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) 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>ア 利用開始時における栄養スクリーニング</p> <p>管理栄養士は、利用者の利用開始時に、関連職種と共同して、低栄養状態のリスクを把握する（以下「栄養スクリーニング」という。）。なお、栄養スクリーニングは、別紙1の様式例を参照の上、作成する。</p> <p>イ 栄養アセスメントの実施</p> <p>管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、利用者毎に解決すべき課題を把握する（以下「栄養アセスメント」という。）。栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙2の様式例を参照の上、作成する。</p> <p>ウ 栄養ケア計画の作成</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 栄養ケア・マネジメントは、ヘルスケアサービスの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、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、<u>管理栄養士と主治の医師、歯科医師、看護師及び居宅介護支援専門員その他の職種（以下「関連職種」という。）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。</u></p> <p>ウ 事業所における栄養ケア・マネジメントに関する手順（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）をあらかじめ定める。</p> <p>エ 管理栄養士は、利用者に適切な栄養ケア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、栄養ケア・マネジメント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) 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>ア 利用開始時における栄養スクリーニング</p> <p>管理栄養士は、利用者の利用開始時に、関連職種と共同して、低栄養状態のリスクを把握する（以下「栄養スクリーニング」という。）。なお、栄養スクリーニングは、別紙1の様式例を参照の上、作成する。</p> <p>イ 栄養アセスメントの実施</p> <p>管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、利用者毎に解決すべき課題を把握する（以下「栄養アセスメント」という。）。栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙1の様式例を参照の上、作成する。</p> <p>ウ 栄養ケア計画の作成</p> |

- ① 管理栄養士は、上記の栄養アセスメントに基づいて、利用者の
の i) 栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の
補給量、慢性的な疾患に対する対応、食事の形態等食事の提供
に関する事項等）、ii) 栄養食事相談、iii) 課題解決のための
関連職種分担等について、関連職種と共同して、別紙3の様
式例を参照の上栄養ケア計画を作成する。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号又は指定
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）第百九条
若しくは第百二十五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、利用者の主治医の指示・指導が必要な場合には、
利用者の主治医の指示・指導を受けなければならない。
- エ 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。
- オ 栄養ケアの実施
① 管理栄養士と関連職種は、主治医の指示・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は、委託業者の管理栄養士
等との連携を図る。

- ① 管理栄養士は、上記の栄養アセスメントに基づいて、利用者の
の i) 栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の
補給量、慢性的な疾患に対する対応、食事の形態等食事の提供
に関する事項等）、ii) 栄養食事相談、iii) 課題解決のための
関連職種分担等について、関連職種と共同して、別紙2の様
式例を参照の上栄養ケア計画を作成する。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号又は指定
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）第百九条
若しくは第百二十五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、利用者の主治医の指示・指導が必要な場合
には、利用者の主治医の指示・指導を受けなければならない。
- エ 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。
- オ 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。
- 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九十一条、第五十五条若しくは第九十九条において準用する第九十九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七十七条若しくは第二百二十三条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。
- カ 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。
- キ 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三か月毎、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、体重は一か月毎に測定する。
- 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、三か月毎

- 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。
- 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九十一条、第五十五条若しくは第九十九条において準用する第九十九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七十七条若しくは第二百二十三条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。
- カ 実施上の問題点の把握
- 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。
- キ 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三か月毎、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、体重は一か月毎に測定する。
- ② 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2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、三か月毎

| | |
|--|--|
| <p>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。</p> | <p>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。</p> |
| <p>ク 再栄養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三か月毎に実施する。</p> | <p>ク 再栄養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三か月毎に実施する。</p> |
| <p>ケ 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。</p> | <p>ケ 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。</p> |
| <p>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。</p> | <p>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。</p> |
| <p>2 管理栄養士の居宅療養管理指導の実務について 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1～3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。</p> | <p>2 管理栄養士の居宅療養管理指導の実務について 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1、別紙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。</p> |

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (通所・居宅) (様式例)

| | | | | | | |
|------------------|--|-------------------|-------------------------|------------------|------|-------|
| ふりがな | | □男 □女 □明 □大 □昭 | 年 | 月 | 日生まれ | 歳 |
| 氏名 | | 要介護度・病名・ 特記事項等 | 記入者名 | | | |
| | | | 作成年月日 | | | 年 月 日 |
| 身体状況、栄養・食事に関する意向 | | 食事の準備状況 | 買い物： 食事の支度： 地域特性： | 家族構成とキーパーソン（支援者） | | 本人 |

(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) (プロセスを記入) ¹⁾ | 年 月 日 (記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾ | 年 月 日 (記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾ | 年 月 日 (記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾ |
|---|---|---|---|---|
| 低栄養状態のリスクレベル | 低・中・高 | 低・中・高 | 低・中・高 | 低・中・高 |
| 本人の意欲 ²⁾ (健康感、生活機能、身体機能など) | [] () | [] () | [] () | [] () |
| 低栄養状態のリスク (状況) | | | | |
| 身長 (cm) | (cm) | (cm) | (cm) | (cm) |
| 体重 (kg) | (kg) | (kg) | (kg) | (kg) |
| BMI (kg/m ²) | (kg/m ²) | (kg/m ²) | (kg/m ²) | (kg/m ²) |
| 3%以上の体重減少 | □無 □有 (kg/ ヶ月) | □無 □有 (kg/ ヶ月) | □無 □有 (kg/ ヶ月) | □無 □有 (kg/ ヶ月) |
| 血清アルブミン値 (g/dl) | □無 □有 ((g/dl)) | □無 □有 ((g/dl)) | □無 □有 ((g/dl)) | □無 □有 ((g/dl)) |
| 褥瘡 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 |
| 栄養補給法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 |
| その他 | | | | |
| 栄養補給の状況 | | | | |
| 食事摂取量 | % | % | % | % |
| ・主食の摂取量 | 主食 % | 主食 % | 主食 % | 主食 % |
| ・主菜、副菜の摂取量 | 主菜 % 副菜 % | 主菜 % 副菜 % | 主菜 % 副菜 % | 主菜 % 副菜 % |
| ・その他(補助食品など) | () | () | () | () |
| 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) | □無 □有 () | □無 □有 () | □無 □有 () | □無 □有 () |
| 食事時の摂食・嚥下状況 (姿勢、食べ方、むせ等) ³⁾ | [] | [] | [] | [] |
| 食欲・食事の満足感 ⁴⁾ | [] | [] | [] | [] |
| 食事に対する意識 ⁴⁾ | [] | [] | [] | [] |
| 他のサービスの使用の有無 など (訪問介護、配食など) | □無 □有 () | □無 □有 () | □無 □有 () | □無 □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) ⁵⁾ | | | | |
| 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 | □無 □有 [] | □無 □有 [] | □無 □有 [] | □無 □有 [] |
| 特記事項 | | | | |
| 問題点 ⁵⁾ | □無 □有 [] | □無 □有 [] | □無 □有 [] | □無 □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 | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない |
| サービス継続の必要性 | □無 (終了) □有 (継続) | | | |

- 1) 必要に応じて、プロセス（スクリーニング、アセスメント、モニタリング）を記入する
 - 2) 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。
 - 3) 1 安定した正しい姿勢が自分でとれない 2 食事に集中することができない 3 食事中に傾眠や意識混濁がある 4 歯（義歯）のない状態で食事をしている
5 食べ物を口腔内に溜め込む 6 固形の食べ物を咀嚼中にむせる 7 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある 8 水分でむせる
9 食事中、食後に咳をすることがある 10 その他 から[]へ該当数字を記入し（あてはまるものすべて）、必要な事項があれば記載する。
 - 4) 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。
 - 5) 問題があれば、口有 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。
- ※ スクリーニングにおいては、把握可能な項目（BMI、体重減少率、血清アルブミン値（検査値がわかる場合に記入）等）により、低栄養状態のリスクを把握する。
- ※ 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。

<低栄養状態のリスクの判断>

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 |

栄養ケア計画書（通所・居宅）（様式例）

別紙2

| | | |
|--------------|--|-----------------|
| 氏名 | 計画作成者: | 初回作成日：年 月 日 |
| | 所属名： | 作成（変更）日：年 月 日 |
| 医師の指示 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（要点 指示日 / | |
| 利用者及び家族の意向 | | 説明と同意日 年 月 日 |
| 解決すべき課題（ニーズ） | 低栄養状態のリスク（低・中・高） | サイン |
| 長期目標（ゴール）と期間 | | 続柄 |

| 短期目標と期間 | | 栄養ケアの具体的内容 | 担当者 | 頻度 | 期間 |
|-----------------|--|------------|-----|----|----|
| ① 栄養補給・食事 | | | | | |
| ② 栄養食事相談 | | | | | |
| ③ 多職種による課題の解決など | | | | | |
| 特記事項 | | | | | |

栄養ケア提供経過記録

| 月 日 | サービス提供項目 |
|-----|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (通所・居宅) (様式例)

| | | | | | | | |
|----------------------|--|-------------------|----------------------------|--------------------------|----|------|---|
| ふりがな | | □男 □女 | □明 □大 □昭 | 年 | 月 | 日生まれ | 歳 |
| 氏名 | | 要介護度・病名・ 特記事項等 | | 記入者名 : _____ | | | |
| | | | | 作成年月日: 年 月 日 | | | |
| 身体状況、栄養・食事に 関する意向 | | 食事の 準備状 況 | 買い物 : 食事の支度 : 地域特性 : | 家族構成と キーパーソン (支援者) | 本人 | 一 | |

(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) (プロセスを記入) ¹⁾ | 年 月 日 (記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾ | 年 月 日 (記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾ | 年 月 日 (記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾ | |
|--|--|---|---|---|-------------------------------|
| 低栄養状態のリスクレベル | 低・中・高 | 低・中・高 | 低・中・高 | 低・中・高 | |
| 本人の意欲 ²⁾ (健康感、生活機能、身体機能など) | [] () | [] () | [] () | [] () | |
| 低栄養状態の リスク (状況) | 身長 (cm) | (cm) | (cm) | (cm) | (cm) |
| | 体重 (kg) | (kg) | (kg) | (kg) | (kg) |
| | BMI (kg/m ²) | (kg/m ²) | (kg/m ²) | (kg/m ²) | (kg/m ²) |
| | 3%以上の体重減少 | □無 □有 (kg/ ヶ月) | □無 □有 (kg/ ヶ月) | □無 □有 (kg/ ヶ月) | □無 □有 (kg/ ヶ月) |
| | 血清アルブミン値 (g/dl) | □無 □有 ((g/dl)) | □無 □有 ((g/dl)) | □無 □有 ((g/dl)) | □無 □有 ((g/dl)) |
| | 褥瘡 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 |
| | 栄養補給法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 |
| | その他 | | | | |
| 食生活状況等 | 栄養補給の状況 ・食事摂取量 ・主食の摂取量 ・主菜、副菜の摂取量 ・その他(補助食品など) | % 主食 % 主菜 % 副菜 % () | % 主食 % 主菜 % 副菜 % () | % 主食 % 主菜 % 副菜 % () | % 主食 % 主菜 % 副菜 % () |
| | 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) | □無 □有 () | □無 □有 () | □無 □有 () | □無 □有 () |
| | 食事時の摂食・嚥下状況 (姿勢、食べ方、むせ等) ³⁾ | [] | [] | [] | [] |
| | 食欲・食事の満足感 ⁴⁾ | [] | [] | [] | [] |
| | 食事に対する意識 ⁴⁾ | [] | [] | [] | [] |
| | 他のサービスの使用の有無 など (訪問介護、配食など) | □無 □有 () | □無 □有 () | □無 □有 () | □無 □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) ⁵⁾ | | | | |
| | 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 | □無 □有 [] | □無 □有 [] | □無 □有 [] | □無 □有 [] |
| 特記事項 | | | | | |
| 評価・判定 | 問題点 ⁵⁾ | □無 □有 [] | □無 □有 [] | □無 □有 [] | □無 □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 | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない |
| サービス継続の必要性 | | □無 (終了) □有 (継続) | | | |

○ 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<u>確認</u>）、<u>解決すべき課題の把握（アセスメント）</u>、<u>口腔機能改善管理指導計画、モニタリング、評価等</u>）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に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<u>確認</u>）の実施</p> <p>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>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課題の把握、専門職種による<u>解決すべき課題の確認・把握（アセスメント）</u>、<u>口腔機能改善管理指導計画、モニタリング等</u>）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に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課題の把握の実施</p> <p>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する。この課題の把握には、別紙1の様式例を参照の上、作成する。</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、摂食・嚥下機能に関する課題（口腔内の清掃、有床義歯の清掃等）ii) 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に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（平成十一年厚生省令第三十七号）第九十九条若しくは第百二十五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（平成十八年厚生労働省令第三十五号）第百九条若しくは第百二十五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こと。

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

イ 解決すべき課題の確認・把握（アセスメント）の実施

サービス担当者は、利用開始時においては、関連職種により把握された課題を踏まえ（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1の様式例を参照の上、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課題の内容を確認し、i) 利用者の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）、摂食・嚥下機能に関して解決すべき課題及びその他の課題等、ii) これらの課題に対しサービス担当者に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（平成十一年厚生省令第三十七号）第九十九条若しくは第百二十五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（平成十八年厚生労働省令第三十五号）第百九条若しくは第百二十五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こと。

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。

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。

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、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。

オ 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、担当者名、指導又は訓練の要点、利用者の変化等（解決すべき課題の改善等）に関する要点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九十一条、第五十九条若しくは第九十九条において準用する第十九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七十七条若しくは第二百二十三条において準用する第十九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状況、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 関連職種又はサービス担当者は、目標の達成状況、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

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九十一条、第五十九条の十九若しくは第九十九条において準用する第十九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七十七条若しくは第二百二十三条において準用する第十九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

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と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師、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は、別の様式例を利用して差し支えない。

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・嚥下機能等に関する解決すべき課題の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師、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は、別の様式例を利用して差し支えない。

**口腔機能向上サービスに関する
課題把握・アセスメント・モニタリング・評価票（様式例）**

別紙 1

| | | | | | | | |
|------|--|---|--|--------|---|------|---|
| ふりがな | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 入れ歯の使用 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |

1. 関連職種等により把握された課題等（該当する項目をチェック）

（記入日：平成 年 月 日、記入者： ）

☐かみにくさ ☐むせ ☐口のかわき ☐口臭 ☐歯みがき ☐飲み込み ☐会話 ☐食べこぼし
☐義歯（痛み・動揺・清掃状態・管理状態） ☐その他（ ）

2. 事前・事後アセスメント・モニタリング

（アセスメント、モニタリングでそれぞれ記入）

| | | | | | |
|----------|--|------------------|--|----------|--|
| 事前 ※1 | 平成 年 月 日 | モニタ リング ※2 | 平成 年 月 日 | 事後 ※1 | 平成 年 月 日 |
| | 記入者 | | 記入者 | | 記入者 |
| | <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 | | <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 関連職種 | | <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 |

| 観察・評価等 | 評価項目 | 事前 | モニタリング | 事後評価 |
|--------------------|---------------------|-----------|--------|------|
| ①課題の確認・把握 | 固いもののかみにくさ | 1 ない 2 ある | | |
| | お茶や汁物等によるむせ | 1 ない 2 ある | | |
| | 口のかわき | 1 ない 2 ある | | |
| ②咬筋の触診（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 | | | |
| ⑤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 | | | |

（以下の⑥と⑦の評価は専門職の判断により必要に応じて実施）

| | | | | |
|------------------------|--|-----------|-----------|-----------|
| ⑥RSST（※ 30 秒間の喉頭挙上の回数） | （ ）回/30 秒 | （ ）回/30 秒 | （ ）回/30 秒 | （ ）回/30 秒 |
| ⑦オーラルディアドコネシス | パ（ ）回/10 秒 | パ（ ）回 | パ（ ）回 | パ（ ）回 |
| | タ（ ）回/10 秒 | タ（ ）回 | タ（ ）回 | タ（ ）回 |
| | カ（ ）回/10 秒 | カ（ ）回 | カ（ ）回 | カ（ ）回 |
| ⑧特記事項等※3 | | | | |
| ⑨問題点 | <input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 口のかわき <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |

※1 事前・事後アセスメントについては、把握された課題やモニタリング結果を確認した上で行う。

※2 モニタリングについては、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 対象者・利用者の状況により観察・評価に係る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。

3. 総合評価※4

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| ①日常生活における口腔機能向上サービスの利用前後を比較した場合の特記すべき事項 | | |
| ②サービスを継続しないことによる口腔機能の低下のおそれ | <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> なし |

【総合評価結果】

| | | | |
|-------------|---|-----------|---|
| ①サービス継続の必要性 | <input type="checkbox"/> あり（継続） <input type="checkbox"/> なし（終了） | ②計画変更の必要性 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 備考： | | | |

※4 総合評価については、関連職種は、サービス担当者と連携して行うこと。

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

※：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

| | | | |
|------------------|-------|--------|----|
| 初回作成日 | 年 月 日 | 作成者氏名： | 職種 |
| 作成（変更）日 | 年 月 日 | 作成者氏名： | 職種 |
| ご本人または ご家族の希望 | | | |
| 解決すべき 課題・目標 | | | |

【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」に記入する。）

| | | | | | |
|-------------------------|--------------|---|--|-------|--|
| 関連職種又は 専門職種の実 施項目 | 指導等 | <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"/> 歯みがき支援 <input type="checkbox"/> 食事姿勢や 食環境の指導 | | | |
| | その他 | | | | |
| 専門職の実施 項目 | 機能訓練 | <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 発音・発声 <input type="checkbox"/> 呼吸 | | | |
| | その他 | | | | |
| 家庭での実施 項目 | 本人 | <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input type="checkbox"/> 歯みがきの実施 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| | 介護者 | <input type="checkbox"/> 歯みがき支援（確認・声かけ・介助） <input type="checkbox"/> 口腔体操等支援 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| サービスの説明 と同意 | 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： | |

2. 口腔機能向上サービスの実施記録（実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。）

| 実施年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 担当者名： | 担当者名 | 担当者名 | 担当者名 | 担当者名 | 担当者名 | 担当者名 |
| <input type="checkbox"/> 口腔機能向上に 関する情報提供 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能に 関する訓練（指導） | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 口腔衛生に関する指 導（歯・義歯・舌、 支援・実施含む） | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 発音・発声・呼吸 に関する訓練（指導） | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境 についての指導 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 （ ） | | | | | | |

特記事項（注意すべき点、利用者の変化等）

| |
|--|
| |
|--|

成年後見制度



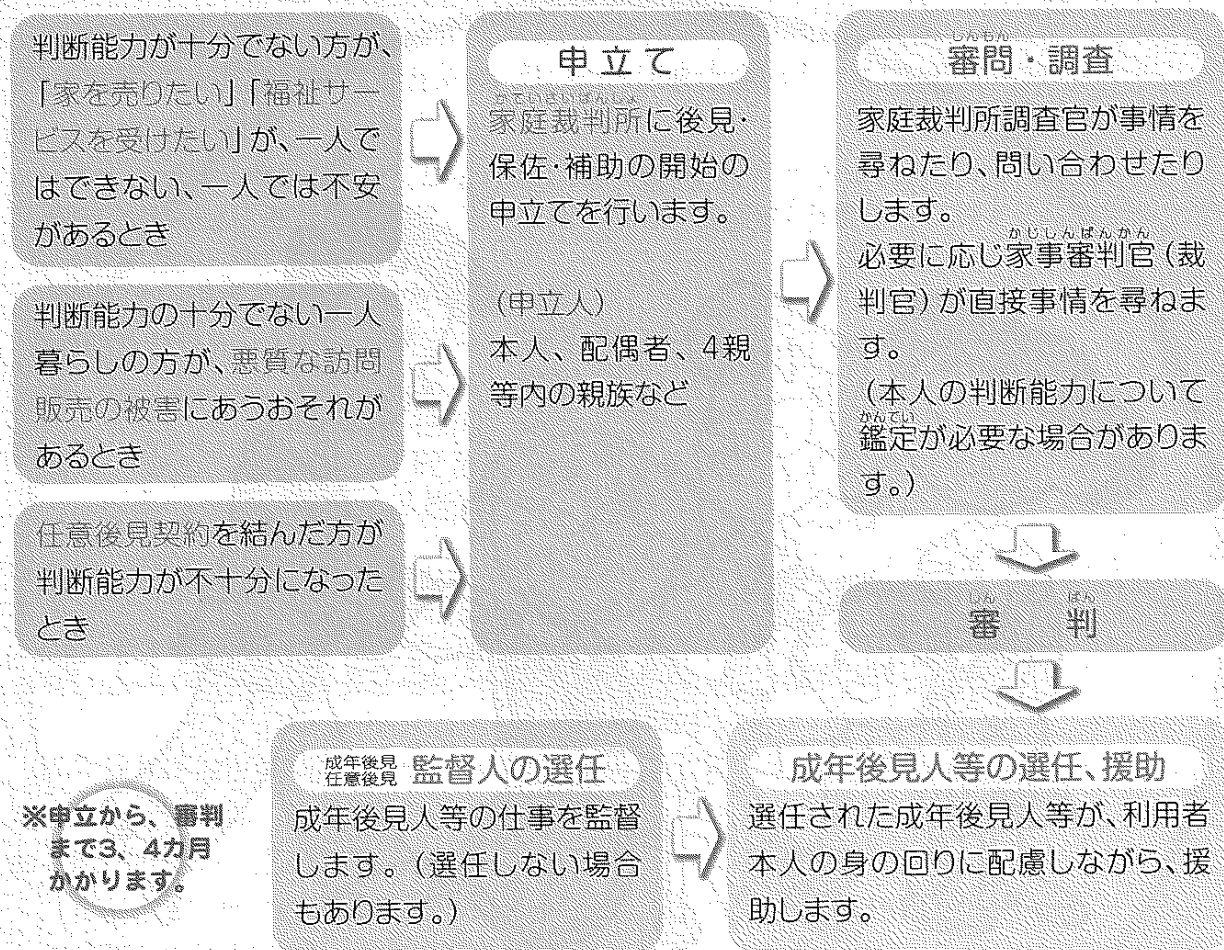
～判断能力が不十分な方の支援～

岡山市
(平成23年9月)

● 成年後見制度とは

成年後見制度とは、精神上の障害により判断能力が十分でない方（認知症高齢者・知的障害者、精神障害者など）の財産管理や介護サービスの利用契約などを、成年後見人等が代わりに行うことにより、このような方の財産や権利を保護し支援する制度です。

手 続 きの 流 れ



新しい成年後見制度の特徴は

平成12年4月、民法の一部改正等により、従来の禁治産、準禁治産制度を改め、新しい成年後見制度が実施されました。その特徴は次のとおりです。

- 本人の判断能力に応じて「後見」「保佐」「補助」の3類型に分けられました。
- 「法定後見制度」と「任意後見制度」の2つがあります。
- 複数の後見人、法人の後見人も認められました。
- 戸籍への記載に代えて、「成年後見登記制度」が新しく設けられました。
- 身寄りのない人などのために、市長村長に法定後見開始の審判の申立権が与えられました。

● 法定後見制度とは

- ◎ すでに判断能力が十分でない状態にある方を保護し、支援する制度です。
- 法定後見人は、申立てにより、家庭裁判所が選任します。
- 本人の判断能力の程度により、成年後見人、保佐人、補助人の3種類に分けて選任されます。

| | 後 見 | 保 佐 | 補 助 |
|--------------|-------|--------|-----|
| 本人の判断能力 | 全くない | 著しく不十分 | 不十分 |
| 援助者（法定後見人） | 成年後見人 | 保佐人 | 補助人 |
| 申立てに対する本人の同意 | 不要 | 不要 | 必要 |

- 家庭裁判所に申立てができる人は、本人、配偶者、4親等内の親族などです。
※本人、配偶者、4親等内の親族などの申立てをする人がいない場合等には、市町村長も申立てをすることができます。
- 申立てに必要な費用は、印紙や診断書にかかる費用として1万5千円程度、鑑定料（補助の場合は不要）として5～10万円程度が必要となります。
- 法定後見人への報酬額は、後見事務の内容、資産等を考慮して家庭裁判所が決定します。
- 以前の禁治産宣告などの戸籍への記載に代えて、その内容等は登記所（東京法務局）に登録され、プライバシーが保護されます。
- 家庭裁判所は、必要に応じて「成年後見監督人」等を選任し、後見人等の事務の監督をさせます。

● 任意後見制度とは

- ◎ 現在、判断能力がしっかりしている方が、将来、自分の判断能力が不十分になったときに備えて利用する制度です。
- 将来、自分の後見人になってもらいたい人（任意後見受任者）を自らが選任し、その人と契約をしておきます。
- その契約（任意後見契約）は、公証人が作成する公正証書により作成します。
- 報酬や契約内容などもその契約の中で、本人と任意後見受任者の間で決めます。
契約解除も原則として自由です。
- 判断能力が衰えたとき、任意後見受任者か親族の方が裁判所に申立てを行います。
- 家庭裁判所は、任意後見監督人を必ず選任し、後見人の事務の監督をさせます。

詳しくは、以下の公証人役場にご相談下さい。

岡山公証人合同役場 岡山市北区中山下一丁目2-11 清寿会館ビル5階
電話 222-7537 FAX 232-7080

岡山公証センター 岡山市北区野田屋町一丁目7-17 千代田生命ビル4階
電話 223-9348 FAX 225-5874

● 成年後見制度に関するお問い合わせ

- 相談、申立て手続きの窓口(申立用紙なども置かれています。)

岡山家庭裁判所 岡山市北区南方一丁目8-42 電話 222-6771

- その他の相談窓口

(法律の専門家の方が相談にのってくれます。事前に電話で確認して下さい。)

財団法人 リーガルエイド岡山 高齢者・障害者支援センター

岡山市北区南方一丁目8-29 岡山弁護士会館内 電話 223-7899

公益社団法人 成年後見センター・リーガルサポート岡山県支部

岡山市北区富田町二丁目9-8 岡山県司法書士会館内 電話 226-0470

- 岡山市の相談窓口

身寄りが無い等の理由で、申立人がいない場合は、市長が申し立てることもできます。
また、市長申立てを行った方で、後見人等の報酬の負担が困難な方に対する助成制度があります。

市役所の相談窓口は下記のとおりです。

(お問い合わせ先) 福祉援護課 電話 803-1216 FAX 235-3711

高齢者福祉課 電話 803-1231

障害福祉課 電話 803-1235

保健管理課 電話 803-1251

各福祉事務所

岡山市北区鹿田町1丁目1-1
岡山市保健福祉会館内

● 日常生活自立支援事業 (福祉サービス 利用援助事業)

成年後見制度とは別に、判断能力が衰えた方の日常生活支援として、「日常生活自立支援事業」があります。

- 具体的なサービス内容

- 1 福祉サービスの利用手続きの援助や代行、福祉サービス利用料支払い等
- 2 年金受領手続き、公共料金支払い手続き、それに伴う預金の出し入れなどの日常的金銭管理サービス
- 3 預貯金の通帳、年金証書、実印などの預かりサービス

- 利用できる人

福祉サービスの利用について、自らの判断では適切な契約や福祉サービスの利用について不安のある高齢者や障害者の方で、本事業の契約の内容を理解できる方。

- 利用料

標準料金 1時間まで 1,100円 (生活保護受給者は無料)

- お問い合わせ先

岡山市社会福祉協議会 電話 225-4051 FAX 222-8621 (岡山市北区鹿田町1-1-1)