

○ 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 後	改 正 前
<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) 略</p> <p>(2) 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>ア・イ 略</p> <p>ウ 栄養ケア計画の作成</p> <p>① 管理栄養士は、前記の栄養アセスメントに基づいて、利用者の 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の分担等について、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。<u>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、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</u><u>る。</u></p> <p>②・③ 略</p> <p>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。<u>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</u></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) 略</p> <p>(2) 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>ア・イ 略</p> <p>ウ 栄養ケア計画の作成</p> <p>① 管理栄養士は、前記の栄養アセスメントに基づいて、利用者の 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の分担等について、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。</p> <p>②・③ 略</p> <p>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。<u>栄養ケア提供の経過は、別紙4の様式例を参照の上作成する。</u></p>

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つては、当該記録とは別に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。

キ モニタリングの実施

① 略

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。

ク・ケ 略

2 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。

キ モニタリングの実施

① 略

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5の様式例を参照の上、作成する。

ク・ケ 略

2 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1～5の様式例を準用する。

栄養スクリーニング（通所・居宅用）（様式例）

記入者氏名 _____ 作成年月日 年 月 日

利用者名	(ふりがな) -----	男 ・ 女	要介護度	
生年月日	明・大・昭 年 月 日(才)			

低栄養状態のリスクレベル

	現在の状況	<input type="checkbox"/> 低リスク	<input type="checkbox"/> 中リスク	<input type="checkbox"/> 高リスク
身長(cm) (測定日)	(cm) (年 月 日)	/	/	/
体重(kg) (測定日)	(kg) (年 月 日)	/	/	/
BMI(kg/ m ²)		<input type="checkbox"/> 18.5～29.9	<input type="checkbox"/> 18.5 未満	
体重減少率(%)	() か月に () %(増・減)	<input type="checkbox"/> 変化なし (減少3%未満)	<input type="checkbox"/> 1 か月に3～5%未満 <input type="checkbox"/> 3 か月に3～7.5%未満 <input type="checkbox"/> 6 か月に3～10%未満	<input type="checkbox"/> 1 か月に5%以上 <input type="checkbox"/> 3 か月に7.5%以上 <input type="checkbox"/> 6 か月に10%以上
血清アルブミン値 (g/dl) (測定日)	(g/dl) (年 月 日) (検査値がわかる 場合に記入)	<input type="checkbox"/> 3.6g/dl 以上	<input type="checkbox"/> 3.0～3.5g/dl	<input type="checkbox"/> 3.0g/dl 未満
食事摂取量		<input type="checkbox"/> 良好 (76～100%)	<input type="checkbox"/> 不良 (75%以下) 内容：	
栄養補給法		/	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	
褥瘡		/	/	<input type="checkbox"/> 褥瘡
栄養面や食生活上 の問題からの低栄養 状態のおそれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 「あり」の場合の理由（複数回答可） <input type="checkbox"/> 疾患（脳梗塞・消化器・呼吸器・腎臓疾患） <input type="checkbox"/> 手術・退院直後の低栄養状態 <input type="checkbox"/> 身体状況（発熱、風邪など） <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下機能の問題 <input type="checkbox"/> ライフイベントによる精神的ストレス <input type="checkbox"/> 生活機能低下（買い物、食事づくり等） <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

栄養アセスメント・モニタリング（通所・居宅用）（様式例）

利用者名		記入者	
身体状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する利用者及び家族の意向		家族構成とキーパーソン	本人 ー

実施日	年月日記入者	年月日記入者	年月日記入者	年月日記入者
自己実現の課題・意欲				
健康感・意欲（心身の訴えを含む）				
生活機能・身体機能				

身体計測

体重 (kg)				
BMI (kg/m ²)				
体重減少率 (%)				

臨床検査（検査値がわかる場合に記入）

検査日	年月日	年月日	年月日	年月日
血清アルブミン (g/dl)				

食事の提供のための必要事項

食 欲	有	無	有	無	有	無	有	無
留意事項（嗜好、禁忌、アレルギー、等）								
食事形態								
療養食の指示								
食事摂取行為の自立・環境								
食事に対する満足感								

家庭等における食事摂取に関する事項

利用者及び家族等の知識・技術・意欲				
日常の食習慣や生活習慣				
食事・食事準備や買い物の環境				
社会資源活用状況（訪問介護、配食サービス等）				

経口摂取量・経腸栄養・静脈栄養補給量

食事 摂取状況	主食（割）				
	副食（割）				
間食・栄養補助食品に関する事項（種類、量、回数など）	無 有（ ）	無 有（ ）	無 有（ ）	無 有（ ）	無 有（ ）
経腸栄養・静脈栄養に関する事項（ルート、種類、量、回数、速度など）	無 有（ ）	無 有（ ）	無 有（ ）	無 有（ ）	無 有（ ）
食 事	エネルギー (kcal)				
	たんぱく質 (g)				
	水分 (ml)				

間食・栄養 補助食品	エネルギー (kcal)				
	たんぱく質 (g)				
	水分 (ml)				
経腸・静脈 栄養	エネルギー (kcal)				
	たんぱく質 (g)				
	水分 (ml)				
合 計	エネルギー (kcal)				
	たんぱく質 (g)				
	水分 (ml)				

栄養補給量の算定

エネルギー消費量 (kcal)				
必要エネルギー (kcal)				
必要たんぱく質 (g)				
必要水分量 (ml)				

多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）

実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
1. 皮膚（褥瘡等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 口腔内の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 摂食・嚥下障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 脱水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 感染	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 経腸栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 静脈栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 医薬品の種類と数、食品との相互作用 具体的に記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

他職種によるアセスメントの結果（転記）				
特記事項				
総合的評価・判定（家庭における食事摂取上の問題を含めて）				

※摂取量を把握する際には、利用者の負担にならないよう、ごはんなどの主食、主菜、飲料等の状況をおおまかに把握し、それをもとに管理栄養士がエネルギー、たんぱく質、水分補給量をおおよそ推算し記入する。

栄養ケア計画書 (通所・居宅) (様式例)

別紙3

氏名	殿	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(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)	担当者	頻度	期間
特記事項				

栄養ケア提供経過記録

月日	サービス提供項目

- 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）

改 正 後	改 正 前
<p>1 口腔機能向上サービスの実務等について</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) 口腔機能向上サービスの実務</p> <p>ア 略</p> <p>イ 解決すべき課題の把握(アセスメント)の実施</p> <p>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、<u>別紙1の様式例を参照の上、作成する。</u></p> <p>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、事業所等の実情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。</p> <p>ウ 口腔機能改善管理指導計画の作成</p> <p>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、<u>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</u></p>	<p>1 口腔機能向上サービスの実務等について</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) 口腔機能向上サービスの実務</p> <p>ア 略</p> <p>イ 解決すべき課題の把握(アセスメント)の実施</p> <p>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、<u>別紙2の様式例を参照の上、作成する。この際、利用者が要支援者である場合は、別紙2中の（I）の様式例に、利用者が要介護者である場合は、別紙2中の（II）の様式例に必要事項を記入する。</u></p> <p>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、事業所等の実情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。</p> <p>ウ 口腔機能改善管理指導計画の作成</p> <p>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、<u>別紙3の様式例を参照の上、作成する。</u></p>

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。

②～④ 略

エ 略

オ 口腔機能向上サービスの実施

①～④ 略

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へ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 略

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 略

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

②～④ 略

エ 略

オ 口腔機能向上サービスの実施

①～④ 略

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へのケアの状況等について記録する。サービスの経過は別紙 4 の様式例を参照の上、作成する。様式例における記録の項目については、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。

カ 略

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 5 の様式例を参照の上、作成する。

② 略

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、別紙 5 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、サービス担当者で連携して、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。

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の様式例を準用する。

にかかわらず、把握を三か月毎に実施する。

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、別紙の1～5の様式例を準用する。

口腔機能の向上の記録 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	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			
介護認定等	認定	平成	年	月			□ 特定高齢者	要支援 □1 □2	要介護 □1 □2 □3 □4 □5
変更後	変更	平成	年	月	□ 一般高齢者	□ 特定高齢者	要支援 □1 □2	要介護 □1 □2 □3 □4 □5	

1. 事前・事後アセスメント、関連職種等によるモニタリング (番号を事前、モニタ、事後にそれぞれ記入)

事前	平成	年	月	日	モニタリング	平成	年	月	日	事後	平成	年	月	日
	記入者					記入者					記入者			
質問項目・観察項目等					評価項目					事前	モニタ	事後		
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口の渇きが気になりますか					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.ある								
	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食事の食べこぼし					1.ない 2.多少ある 3.多い								
	⑪表情の豊かさ					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 (番号を事前、モニタ、事後それぞれ記入)

事前	平成	年	月	日	モニタリング	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.多少ある 3.ある									
④舌のよごれ					1.ない 2.多少ある 3.ある									
⑤RSSTの積算時間(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(必要に応じて実施)					パ()回/秒 ※パ、タ、カをそれぞれ10秒間に言える回数を測定し、1秒あたりに換算 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					タ()	タ()	タ()		
カ()										カ()	カ()	カ()		
特記事項等※1														
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。

3. 総合評価

□口腔機能向上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
□ 会話が増えた	□ 起きている時間が増えた	□ 元気になった
□ その他()		
事業またはサービスの継続の必要性	□ なし(終了)	□ あり(継続)
計画変更の必要性	□ なし	□ あり

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. 口腔機能の向上指導管理計画 (平成 年 月 日 作成) ※1

() さんのご希望・目標	作成者	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 看護師

◎ 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)

専門職 実施項目	<input type="checkbox"/> 口腔機能の向上に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操指導			
	<input type="checkbox"/> 歯みがき指導	<input type="checkbox"/> 歯みがきの実施	<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"/> 呼吸法	
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
関連職種 実施項目	<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操	歯みがきの支援	<input type="checkbox"/> 実施確認	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
家庭での 実施項目	本人	<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操	<input type="checkbox"/> 歯みがきの実施	<input type="checkbox"/> その他	
	介護者	歯みがきの支援	<input type="checkbox"/> 確認	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 介助

2. 口腔機能の向上実施記録※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"/> 口腔機能の向上に関する情報提供							
<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操指導							
<input type="checkbox"/> 口腔清掃指導							
<input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施							
唾液腺マッサージ指導							
咀嚼機能訓練							
嚥下機能訓練							
発音・発声に関する訓練							
呼吸法に関する訓練							
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 実施項目	<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操	歯みがきの支援	<input type="checkbox"/> 実施確認	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
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。

○ 特定診療費の算定に関する留意事項について（平成12年3月31日老企第58号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄）

改 正 後	改 正 前
<p>第一 略 第二 個別項目 1～8 略 9 リハビリテーション (1)～(6) 略 (7) リハビリテーションマネジメント ①・② 略 ③ リハビリテーションマネジメントについては、以下のイからホまでに掲げるとおり、実施すること。 イ 入院時にその者に対するリハビリテーションの実施に必要な情報を収集しておき、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、看護職員、介護職員、栄養士、介護支援専門員その他の職種の人（以下「関連スタッフ」という。）が暫定的に、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）とそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働により開始時リハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画原案を作成すること。また、作成したリハビリテーション実施計画原案については、入院患者又はその家族に説明し、その同意を得ること。<u>なお、介護療養施設サービスにおいては、リハビリテーション実施計画原案に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション実施計画原案の作成に代えることができるものとする。</u> ロ リハビリテーション実施計画原案に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、概ね二週間以内に、その後概ね三月毎に関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働によりリハビリテーションカンファレンスを行って、リハビリテーション実施計画を作成すること。また、作成したリハビリテーション実施計画については、入院患者又はその家族に説明し、その同意を得ること。<u>なお、この場合にあつては、リハビリテーション実施計画を新たに作成する必要はなく、リハ</u></p>	<p>第一 略 第二 個別項目 1～8 略 9 リハビリテーション (1)～(6) 略 (7) リハビリテーションマネジメント ①・② 略 ③ リハビリテーションマネジメントについては、以下のイから三までに掲げるとおり、実施すること。 イ 入院時にその者に対するリハビリテーションの実施に必要な情報を収集しておき、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、看護職員、介護職員、栄養士、介護支援専門員その他の職種の人（以下「関連スタッフ」という。）が暫定的に、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）とそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働により開始時リハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画原案を作成すること。また、作成したリハビリテーション実施計画原案については、入院患者又はその家族に説明し、その同意を得ること。 ロ リハビリテーション実施計画原案に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、概ね二週間以内に、その後概ね三月毎に関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働によりリハビリテーションカンファレンスを行って、リハビリテーション実施計画を作成すること。また、作成したリハビリテーション実施計画については、入院患者又はその家族に説明し、その同意を得ること。</p>

リハビリテーション実施計画の原案の変更等をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができるものとし、変更等がない場合にあっても、リハビリテーション実施計画原案をリハビリテーション実施計画に代えることができるものとする。

ハ・ニ 略

ホ 指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第41号)第10条において規定するサービスの提供の記録において入院患者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が入院患者の状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別にリハビリテーションマネジメント加算の算定のために入院患者の状態を定期的に記録する必要はないものとする。

④ 略

(8) 略

10 略

第三 略

ハ・ニ 略

④ 略

(8) 略

10 略

第三 略

○ 指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平成11年9月17日老企第25号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）
（抄）

改 正 後	改 正 前
<p>第一・第二 略 第三 介護サービス 一・二 略 三 訪問看護 1・2 略 3 運営に関する基準 (1)～(5) 略 (6) 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成 ①～⑥ 略 ⑦ 看護師等は、訪問看護報告書には、訪問を行った日、提供した看護内容、サービス提供結果等を記載する。なお、第70条に規定する報告書は、訪問の都度記載する記録とは異なり、主治医に定期的に提出するものをいい、当該報告書の記載と先に主治医に提出した訪問看護計画書（当該計画書を居宅基準第69条第4項において診療記録の記載をもって代えた場合を含む。）の記載において重複する箇所がある場合は、当該報告書における重複箇所の記載を省略しても差し支えないこととする。 ⑧・⑨ 略 (7)・(8) 略 四～十二 略 第四 介護予防サービス 一・二 略 三 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 1・2 略 3 介護予防訪問看護 (1) 略 (2) 指定介護予防訪問看護の具体的取扱指針 ①～③ 略</p>	<p>第一・第二 略 第三 介護サービス 一・二 略 三 訪問看護 1・2 略 3 運営に関する基準 (1)～(5) 略 (6) 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成 ①～⑥ 略 ⑦ 看護師等は、訪問看護報告書には、訪問を行った日、提供した看護内容、サービス提供結果等を記載する。なお、第70条に規定する報告書は、訪問の都度記載する記録とは異なり、主治医に定期的に提出するものをいう。 ⑧・⑨ 略 (7)・(8) 略 四～十二 略 第四 介護予防サービス 一・二 略 三 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 1・2 略 3 介護予防訪問看護 (1) 略 (2) 指定介護予防訪問看護の具体的取扱指針 ①～③ 略</p>

④ 同条第10号から第13号は、介護予防訪問看護計画に定める計画期間終了後の当該計画の実施状況の把握（モニタリング）、当該モニタリングの結果も踏まえた介護予防訪問看護報告書の作成、当該報告書の内容の担当する介護予防支援事業者への報告及び主治医への定期的な提出を義務づけたものである。

看護師等は、介護予防訪問看護報告書に、訪問を行った日、提供した看護内容、介護予防訪問看護計画書に定めた目標に照らしたサービス提供結果等を記載する。なお、当該報告書は、訪問の都度記載する記録とは異なり、主治医に定期的に提出するものを用い、当該報告書の記載と先に主治医に提出した介護予防訪問看護計画書（当該計画書を予防基準第76条第15号において診療記録の記載をもって代えた場合を含む。）の記載において重複する箇所がある場合は、当該報告書における重複箇所の記載を省略しても差し支えないこととする。

看護師等は、介護予防訪問看護報告書に記載する内容について、担当する介護予防支援事業者に報告するとともに、当該報告書自体は、主治医に提出するものとする。

なお、管理者にあつては、介護予防訪問看護計画に沿った実施状況を把握し、計画書及び報告書に関し、助言、指導等必要な管理を行わなければならない。

(3) 略

4～12 略

④ 同条第10号から第13号は、介護予防訪問看護計画に定める計画期間終了後の当該計画の実施状況の把握（モニタリング）、当該モニタリングの結果も踏まえた介護予防訪問看護報告書の作成、当該報告書の内容の担当する介護予防支援事業者への報告及び主治医への定期的な提出を義務づけたものである。

看護師等は、介護予防訪問看護報告書に、訪問を行った日、提供した看護内容、介護予防訪問看護計画書に定めた目標に照らしたサービス提供結果等を記載する。なお、当該報告書は、訪問の都度記載する記録とは異なり、主治医に定期的に提出するものを用い。

看護師等は、介護予防訪問看護報告書に記載する内容について、担当する介護予防支援事業者に報告するとともに、当該報告書自体は、主治医に提出するものとする。

なお、管理者にあつては、介護予防訪問看護計画に沿った実施状況を把握し、計画書及び報告書に関し、助言、指導等必要な管理を行わなければならない。

(3) 略

4～12 略

○ 訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて（平成12年3月30日老企第55号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄）

改 正 後	改 正 前
<p>1 略</p> <p>2 訪問看護計画書等の記載要領</p> <p>(1)・(2) 略</p> <p>(3) 訪問看護報告書には、訪問看護を行った日に○を印すこと。なお、急性増悪等により特別訪問看護指示書の交付を受けて訪問した日には△、緊急時訪問を行った日は×印とすることとし、<u>当該報告書の記載と先に主治医に提出した訪問看護計画書（当該計画書を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69条第4項において診療記録の記載をもって代えた場合を含む。）の記載において重複する箇所がある場合は、当該報告書における重複箇所の記載を省略しても差し支えないこととする。</u></p> <p>(4) 略</p> <p>3 略</p>	<p>1 略</p> <p>2 訪問看護計画書等の記載要領</p> <p>(1)・(2) 略</p> <p>(3) 訪問看護報告書には、訪問看護を行った日に○を印すこと。なお、急性増悪等により特別訪問看護指示書の交付を受けて訪問した日には△、緊急時訪問を行った日は×印とすること。</p> <p>(4) 略</p> <p>3 略</p>