

障障発0406第1号  
令和3年4月6日

各 都道府県 障害保健福祉主管部（局） 御中  
市区町村

厚生労働省社会・援護局  
障害保健福祉部障害福祉課長

栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算、口腔衛生管理体制加算及び口腔衛生管理加算に関する事務処理手順及び様式例の提示について

障害者及び障害児（以下「障害者等」という。）が自立して快適な日常生活を営み、尊厳ある自己実現をめざすためには、障害者等一人ひとりの健康・栄養状態の維持や食生活の質の向上を図ることが不可欠であり、これまで、個別の障害者等の健康・栄養状態に着目した栄養ケア・マネジメントの実施を栄養マネジメント加算として評価している。

また、口腔の健康は、健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしているとともに、日常生活における歯科疾患の予防に向けた取組が口腔の健康の保持に極めて有効である。食べる喜びや話す楽しみ等の生活の質の向上を図るためには、栄養管理のみならず、口腔機能の維持、向上が重要であること等を踏まえて、口腔衛生管理の取組を推進するため、今般、口腔衛生管理体制加算及び口腔衛生管理加算として評価することとした。

栄養管理と口腔管理の連携により、適切な食事形態・摂取方法提供、食事摂取量の維持・改善、経口摂取の維持等が期待されることから、各取組に係る事務処理手順及び様式例を下記のとおりお示しするので御了知いただくとともに、都道府県、指定都市及び中核市におかれては、管内関係団体、関係機関にその周知を図られたい。

なお、「栄養マネジメント加算及び経口移行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21年3月31日障障発第0331002号当職通知）は廃止する。

## 記

### 1 栄養ケア・マネジメントの実務等について

#### （1）栄養ケア・マネジメントの体制

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。

イ 施設長又は管理者（以下「施設長等」という。）は、医師、管理栄養士、サービス管理責任者、看護職員及び生活支援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。また、入所者又は入所児（以下「入所者等」という。）の口腔ケア、摂食・嚥下等に問題がある場合には、歯科医師等との連携がとれるように体制を整備する。

ウ 施設長等は、管理栄養士と共同して、各施設における栄養ケア・マネジメントに関する手順（栄養スクリーニング（低栄養又は過栄養状態のリスクを把握することをいう。以下同じ。）、栄養アセスメント（解決すべき課題を把握することをいう。以下同じ。）、栄養ケア計画、モニタリング、評価等の手順）をあらかじめ定める。この手順については、関係者で共有する。

エ 管理栄養士は、入所者等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。

オ 看護職員及び生活支援員は、入所者等の全身状態、日常的な生活状況（食事状況、身体活動、食行動）について、管理栄養士に情報提供を行う。

カ 施設長等は、管理栄養士と共同して、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。

## （2）栄養ケア・マネジメントの実務

### ア サービス開始時における情報収集

管理栄養士は、関連職種と連携して、サービス開始時まで適切な栄養ケア・マネジメントを実施するための情報を収集するものとする。情報の収集に当たっては、入所者等、家族等より希望を聴取するほか、必要に応じて主治の医師から情報提供を受け取ることが望ましい。

### イ 栄養スクリーニングの実施

管理栄養士は、関連職種と共同して、別紙1の様式例を参考に、入所者等の入所後1週間以内に栄養スクリーニングを実施する。

### ウ 栄養アセスメントの実施

管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、別紙1の様式例を参考に、入所者等毎に栄養アセスメントを実施する。

その際、療養食の指示の有無については、医師から、通院状況（治療経過、服薬等）及び身体状況（臨床データ、下痢・便秘、浮腫、褥瘡、歯の状態、発熱等）については、看護職員から情報を収集し、記入する。日常生活機能（身支度、歩行等）や日常的な食事摂取、食行動の状況（咀嚼、嚥下、過食、早食い等）及び生活状況については、生活支援員から情報を収集し、記入する。

### エ 栄養ケア計画の作成

① 管理栄養士は、上記の栄養アセスメントに基づいて、入所者等の i) 栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質量、療養食の適用、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2の様式例を参考に、栄養ケア計画原案を作成する。なお、個別支援計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容を記載する場合は、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、サービス担当者会議（入所者等に対する個別支援の提供に当たる担当者の会議）に出席し、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は、個別支援計画にも適切に反映させる。

③ 医師は、栄養ケア計画の実施に当たり、その内容等を確認する。

#### オ 入所者等又は家族等への説明

管理栄養士は、サービスの提供に際して、栄養ケア計画を入所者等又は家族等に説明し、サービス提供に関する同意を得る。その際、栄養ケア計画の写しを交付することとする。

#### カ 栄養ケアの実施

① サービスを担当する管理栄養士及び関連職種は、医師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、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。

④ 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。

⑤ 管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録の内容は、栄養補給（食事の摂取量等）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とする。

なお、個別支援計画の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 実施上の問題点の把握

サービスを担当する管理栄養士及び関連職種は、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、対応する関連の職種へ報告するとともに管理栄養士は計画の変更を行う。

#### ク 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、栄養状態の低リスク者の場合は3か月毎、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は2週間毎を基本に適宜行う。ただし、栄養状態

の低リスク者も含め、体重は1か月毎に測定することを基本に適宜行う。

- ② サービスを担当する管理栄養士及び関連職種は、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の様式例を参考に作成する。

ケ 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、栄養状態のリスクにかかわらず、栄養スクリーニングを3か月毎に実施する。

コ 栄養ケア計画の変更及び退所時の説明等

栄養ケア計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は、サービス管理責任者に、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、入所者等又は家族等へ説明し同意を得る。

また、入所者等の退所時には、総合的な評価を行い、その結果を入所者等又は家族等に説明するとともに、必要に応じて相談支援専門員や関係機関との連携を図る。

2 経口移行加算及び経口維持加算について

経口移行加算に係る経口移行計画及び経口維持加算に係る経口維持計画については、別紙3の様式例を参考に、栄養ケア計画と一体のものとして作成する。

また、個別支援計画の中に、経口移行計画又は経口維持計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって経口移行計画又は経口維持計画の作成に代えることができるものとする。

3 口腔衛生管理の実務等について

口腔衛生の管理体制は、支援の一環として、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、質の高い生活を営む上で重要であり、障害者支援施設における口腔衛生等の管理は、入所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。

(1) 口腔衛生管理体制計画の立案

歯科医師等は、障害者支援施設における口腔清掃等の実態の把握、施設長や生活支援員等（以下「従事者」という。）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・指導を行うこと。

従事者は、当該技術的助言・指導に基づき、別紙4の様式例を参考に、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。

- ア 助言を行った歯科医師等
- イ 歯科医師からの助言の要点
- ウ 当該施設における実施目標
- エ 具体的方策
- オ 留意事項・特記事項

## (2) 入所者の口腔の状況の確認

口腔衛生管理体制計画に基づき、従事者が口腔の健康状態のスクリーニングを行い、入所者の口腔清掃の自立度、口腔の健康状態等について把握すること。スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行うこと。

### 【スクリーニング例】

- ・ 歯や入れ歯が汚れている
- ・ 歯が少ないのに入れ歯を使っていない
- ・ むせやすい

歯・口腔の疾患が疑われる場合や従事者による口腔清掃等が困難な場合等は、歯科医師による訪問診療等の際、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、当該歯科医師に相談することが望ましい。

## (3) 口腔清掃の用具の整備

口腔清掃には、歯の清掃に用いる歯ブラシ、ワンタフトブラシ、舌に用いる舌ブラシ、口腔粘膜に用いるスポンジブラシ、義歯に用いる義歯ブラシ等の清掃用具が用いられる。利用者の口腔の健康状態や自立度等を踏まえ、歯科医師等の技術的助言・指導に基づき、口腔清掃の用具を選択すること。

## (4) 口腔清掃の実施

口腔清掃の実施回数・方法・内容等を踏まえ、口腔清掃の実施担当者を検討し、実施すること。

## (5) 従事者の口腔清掃に対する知識・技術の習得、安全確保

口腔清掃は、正しい知識をもって行わない場合、歯や粘膜を傷つけるだけでなく、食物残渣や唾液等の誤嚥による肺炎を引き起こすおそれもあるため、歯科医師等から口腔清掃の用具の使用方の指導を受けることは重要である。

また、口腔清掃に携わらない職員についても、口腔衛生、口腔機能の維持・向上、誤嚥性肺炎等について理解を深めることは重要である。

このため、歯科医師等から当該施設の従事者向けに研修等を受けることが望ましいが、個別に研修会等を開催することが困難とされた場合は、都道府県や都道府県歯科医師会等で実施されている福祉職員向けの研修の紹介を受けることが望ましい。

(6) 食事環境をはじめとした日常生活における環境整備

従事者は、歯科医師等に入所者の口腔機能等に応じた食事の提供、食形態等について必要に応じて相談し、食事環境等の整備に努めること。

(7) 歯科医師等からの技術的助言・指導と計画の見直し

従事者は、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か月毎に、施設における口腔清掃の実態、従事者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管理体制計画に係る技術的助言・指導を行うこと。

従事者は、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。

(8) 歯科衛生士による入所者に対する口腔衛生管理等の実施

歯科医師の指示を受けて入所者に対して口腔清掃等を行う歯科衛生士は、当該入所者の口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、実施した口腔衛生等の管理、従事者への技術的助言等の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録（以下「口腔衛生管理に関する実施記録」という。）について、別紙5の様式例を参考として作成し、当該施設に提出すること。当該施設は、当該口腔衛生管理に関する実施記録を保管し、必要に応じてその写しを当該入所者に提供すること。

栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング (施設) (様式例)

記入者氏名

作成年月日

年

月

日

Header form containing personal information: Name (氏名), Sex (性別), Date of Birth (生年月日), Main Disability (主障害), Cause of Disability (主障害の原因疾患), and Family/Supporter (家族構成とキーパーソン).

(以下は、入所(入院)者個々の状態に応じて作成。)

Main assessment table with 4 columns for different dates. Rows include: Assessment Date (実施日), Process (プロセス), Nutritional Risk Level (栄養状態のリスクレベル), Anthropometric Data (身長, 体重, 肥満度, 体重変化率), Blood Albumin (血清アルブミン値), Wound (褥瘡), Nutrition Support (栄養補給法), Food Intake (食事摂取量), Energy/Protein (必要栄養量), Swallowing Adjustment (嚥下調整食), Food Precautions (食事の留意事項), Multi-problem Nutrition (多職種による栄養ケアの課題), Remarks (特記事項), and Course (課題).

- 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。
- 2) 成人はBMI、幼児期はカウプ指数、学童期・思春期は肥満度を記入。3歳未満は乳児身体発育曲線または幼児身体発育曲線を利用。
- 3) 検査値が分かる場合に記入。
- 4) 嚥下調整食が必要な場合は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類を記入。
- 5) 課題があれば「有」にチェックし、具体的な内容にもチェック。

※ 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。

**【栄養状態のリスクの判断】**

○上記の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。

○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、栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、入所（児）者個々の状態に応じて判断し、「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
肥満度	成人 BMI*** (18歳以上)	知的障害	やせ 15~19未満 肥満 26~30未満	やせ 15未満 肥満 30以上
		身体障害	やせ 11.5~16未満 肥満 24.5~28.5未満	やせ 11.5未満 肥満 28.5以上
	幼児期 カウプ指数 (3~5歳)	15~19未満	やせ 13~15未満 肥満 19~22未満	やせ 13未満 肥満 22以上
	学童期 肥満度 (6~11歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ -15%以下 肥満 30~50%未満	やせ 肥満 50%以上
	思春期 肥満度 (12歳~17歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ -15%以下 肥満 30~50%未満	やせ 肥満 50%以上
	体重変化率	変化なし (増減：3%未満)	1ヶ月に3~5%未満 3ヶ月に3~7.5%未満 6ヶ月に3~10%未満	1ヶ月に5%以上 3ヶ月に7.5%以上 6ヶ月に10%以上
	血清アルブミン値 (成人のみ)	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 静脈栄養	
	褥瘡			褥瘡

\*\*\*大和田浩子、中山健夫：知的障害者（児）・身体障害者（児）における健康・栄養状態における横断的研究-多施設共同研究-、厚生労働科学研究費補助金「障害者の健康状態・栄養状態の把握と効果的な支援に関する研究」平成19年度総括・分担研究報告書、2008. p167-174から算出。





氏名		経口摂取の状態 □歯又は使用中の義歯がある □食事の介助が必要である	算定加算 □経口移行加算 □経口維持加算（Ⅰ） □経口維持加算（Ⅰ）及び（Ⅱ） 協力歯科医療機関名 （ ）
性別 □男 □女	生年月日 年 月 日		
摂食・嚥下機能検査の実施* □水飲みテスト □頸部聴診法 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □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） □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 □認知機能 □咀嚼・口腔機能 □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。

<b>食事の観察を通して気づいた点</b> 食事の観察の実施日： 年 月 日 食事の観察の参加者：□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □サービス管理責任者 □看護職員 □生活支援員 □その他の職種			
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、食べ始めても頻り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 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）	□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噛み合っていない	□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 一口あたり何度も嚥下する	□はい □いいえ		
⑱ 頻りにむせたり、せきこんだりする	□はい □いいえ		
⑲ 食事中や食後に濁った声に変わる	□はい □いいえ		
⑳ 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		
㉑ 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		
㉒ 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		
<b>多職種会議における議論の概要</b> 会議実施日： 年 月 日 会議参加者：□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □サービス管理責任者 □看護職員 □生活支援員 □その他の職種			
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	
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 <small>※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</small>			

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（ ）		
入所者又は家族の意向	同意者のサイン （※初回作成時及び大幅な変更時）	説明と同意を得た日 （※初回作成時及び大幅な変更時） 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）*		

## 口腔衛生管理体制についての計画

策定日	年 月 日
作成者	
助言を行った歯科医師等	歯科医療機関
	歯科医師名
	連絡先
助言の要点	<input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃に係る知識・技術の習得の必要性
	<input type="checkbox"/> 食事状態、食形態等の確認
	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 現在の取組の継続
実施目標	<input type="checkbox"/> 従事者によるスクリーニング
	<input type="checkbox"/> 施設職員に対する研修会の開催
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の方法・内容等の見直し
	<input type="checkbox"/> 歯科専門職によるスクリーニング、管理等
	<input type="checkbox"/> 歯科専門職による食事環境、食形態の確認
	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 現在の取組の継続
具体的方策 (実施時期、実施場所、 主担当など)	
留意事項、特記事項等	

## 口腔衛生管理（実施計画・実施記録）様式

氏名（ふりがな）	
生年月日	年 月 日 生まれ 歳
障害支援区分	
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
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取（ <input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 2-2、 <input type="checkbox"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 1j、 <input type="checkbox"/> 0t、 <input type="checkbox"/> 0j））、 <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし
同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）の実施の有無（注）	<input type="checkbox"/> あり（ ）回、 <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について障害者支援施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

※医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に3回以上算定された場合には、同一月内においては、障害福祉サービス等報酬による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

## 1 口腔に関する問題点（スクリーニング）

記入日： 年 月 日 記入者：

口腔に関する問題点 （該当する項目をチェック）	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態（ <input type="checkbox"/> 歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 舌苔、 <input type="checkbox"/> 口臭）
	<input type="checkbox"/> 口腔機能の状態（ <input type="checkbox"/> 食べこぼし、 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い、 <input type="checkbox"/> むせ、 <input type="checkbox"/> 痰がらみ、 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥）
	<input type="checkbox"/> 歯数（ ）歯
	<input type="checkbox"/> 歯の問題（ <input type="checkbox"/> う蝕、 <input type="checkbox"/> 歯の破折、 <input type="checkbox"/> 修復物脱離、 <input type="checkbox"/> その他（ ））
	<input type="checkbox"/> 義歯の問題（ <input type="checkbox"/> 不適合、 <input type="checkbox"/> 破損、 <input type="checkbox"/> その他（ ））
	<input type="checkbox"/> 歯周病
	<input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患（潰瘍等）

## 2 口腔衛生の管理内容（アセスメント）

記入日： 年 月 日

記入者	（指示を行った歯科医師名： ）
実施目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患（ <input type="checkbox"/> 予防、 <input type="checkbox"/> 重症化予防） <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上、 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 栄養状態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他（ ）

## 3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び従事者への技術的助言等の内容

実施日： 年 月 日 記入者：

口腔衛生等の管理	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
従事者への技術的助言等の内容	<input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 <input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 <input type="checkbox"/> 食事の状態、食形態等の確認 <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続 <input type="checkbox"/> その他（ ）

## 4 その他の事項

--