

## 第3章

### 経口維持加算 取り組み事例



## ～地域開業の医師が参画するケース～

ケース1

症例 83歳 女性 A子さん

ADL：寝返りは自立、移乗、更衣は一部介助、手引き歩行可

入浴機械浴、洗身全介助、食事は配膳すれば自立摂食、時々むせる、臥床して過ごすことが多い



### 主観的情報

#### ＜生活情報収集＞

- 疲れた疲れたと日中も横になっていることが多く、骨格筋量の低下の恐れがある。
- 日中は独語が多く、ときどきせん妄がある。
- 移乗、更衣は一部介助、手引きで歩行している。
- トイレ介助はバルーンカテーテルが留置されているので、定時で対応している。
- 義歯は入所前に割ってしまい、その後使用していない。
- 家族より以前はあんこが好きであったと聞いている。

#### ＜食事観察＞

- 食事配膳すれば、介助なく摂食可能である。最近時々むせる。
- 特に朝は睡眠剤の効果が残っているのか、むせが多いようである。
- 食事中に姿勢が崩れてくる。常に左手が下がっている。下を向いて食べるのでよくこぼす。
- 食べ物はほぼ丸のみである。口腔乾燥しており口臭がある。

### 客観的情報

身長151cm 体重43.2kg BMI：18.95kg/m<sup>2</sup>

最近6ヵ月での体重変化：-6.3kg（体重低下リスクは中リスク）

要介護度：要介護4

障害老人の日常生活自立度：B2

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa

既往歴：てんかん、パニック障害、ラクナ梗塞、血栓血管炎、頸椎症、血管性認知症

改訂水飲みテスト：3

地域開業の耳鼻科医に内視鏡検査を依頼したところ、検査中に水分誤嚥が確認された。

### 問題リストと支援計画

#### #1 朝食時のムセ

管理計画) 食事時の十分な覚醒状態を確認する。

依頼事項) 投薬調整 食事前の覚醒を促すための相談

#### #2 体重減少

管理計画) たんぱく質性食品の摂取を増やす。食形態、提供量、提供回数の検討

#### #3 姿勢の崩れ

管理計画) 食事時の姿勢調整 クッションなど補助具の使用

#### #4 丸飲み

依頼事項) 歯科受診し義歯作成の検討、咀嚼機能に関する相談

### 経過記録

- #1 投薬調整がなされた。臥床を促すリハビリテーションを行った。
- #2 栄養補助食品を追加した。嚥下調整食3、水分はとろみをつけた。  
1ヵ月後、体重は44.0Kgとなった。
- #3 姿勢が安定しムセが減少した。
- #4 歯科受診し義歯修理して練習し始めた。

ケース1

経口移行・経口維持計画（様式例）

別紙3

氏名 <b>A子様</b>	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日 S8年9月23日	経口摂取の状態 <input type="checkbox"/> 歯又は使用中の義歯がある <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 経口維持加算(I)及び(II) (協力歯科医療機関名 A歯科クリニック)
摂食・嚥下機能検査の実施* <input checked="" type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input checked="" 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* 27年7月6日	検査結果や観察等を通して把握した課題の所在 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能 <input checked="" type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input checked="" 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。

<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: 27年7月10日 食事の観察の参加者: <input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
③ 食事を楽しみにしていない	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑨ 口腔内が乾燥している	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑰ 食事中や食後に濁った声になる	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑲ 頻りにむせたり、せきこんだりする	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑳ 食事中や食後に濁った声に変わる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
㉒ 観察時から直近1ヶ月程度以内で、食後又は食中に嘔吐したことがある	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
㉓ 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ

**多職種会議における議論の概要**  
 会議実施日: 27年7月10日  
 会議参加者: 医師 歯科医師 管理栄養士/栄養士 歯科衛生士 言語聴覚士 作業療法士 理学療法士 看護職員 介護職員 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 checked="" type="checkbox"/> 変更
	② 食事の周囲環境	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 変更
	④ 口腔のケアの方法	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性	<input checked="" 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)	看護師	那須 優子	朝食時むせる、咽頭貯留する
	管理栄養士	栄 計世	たんぱく質性食品追加の必要がある
	介護福祉士	寄居 心	姿勢が崩れる、丸飲みしている、こぼす
	理学療法士	力武 歩	姿勢、一日の活動バランスの改善
経口維持加算(II)	耳鼻科医師	石田 華美	水分とろみ、薬剤調整、歯科受診を指示

**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  
 嚥下調整食3、水分とろみ付、高たんぱくゼリー追加

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)	27年7月10日 (管理栄養士 栄 計世)	説明 介護支援専門員 援護 守夫
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)
あんこが好きなので、出来れば食べさせてあげたい		A子娘 27年7月10日
解決すべき課題や目標、目標期間	①食事時覚醒を促す+薬剤調整 ②食形態・栄養量調整 ③姿勢保持 ④歯科受診 6か月を目標に	
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)*	食事前覚醒を促す、姿勢の調整、水分誤嚥に留意する
	経口維持加算(II)*	薬剤調整を主治医に依頼、歯科受診依頼、たんぱく質性食品追加

## 地域開業の歯科医師が参画するケース

ケース2

症例 79歳 男性 B夫さん  
 症例 ADL：寝返りは自立、歩行困難で車椅子使用、認知機能低下は軽度 更衣は一部介助  
 入浴機械浴、洗身全介助、食事は配膳すれば自立摂食。



### 主観的情報

#### 《生活情報収集》

- B夫氏が「食事のときに義歯が当たって痛くてつらい」と面会に来た家族に訴え、地域歯科医師会に連絡をした。H歯科医院から歯科医師、歯科衛生士が施設に歯科訪問診療に訪れた。
- 義歯調整をはじめたが、うがいた際にむせるなど、誤嚥の徴候がみられた。
- 「義歯が合わなくなってから体重減少がある」という看護師の情報もあり、施設医師に確認を取り経口摂取支援を行うことになった。

#### 《食事観察》

- 義歯を入れないと咀嚼できないため、痛くても義歯を使って食事をしている。本人希望で常食の形態を提供しているが、咀嚼時の疼痛でほとんど噛めておらず、丸のみの状態である。
- 摂取できる食品は豆腐やうどんなど軟らかいものに偏っている。
- 咀嚼時は顔をしかめている
- 食事の後半では、疲れてしまうのかお茶でむせることがたびたびある。

### 客観的情報

身長165cm 体重46kg BMI：16.9kg/m<sup>2</sup>  
 最近3か月での体重変化：-5kg（体重低下リスクは高リスク）  
 要介護度：要介護2  
 障害老人の日常生活自立度：A1  
 認知症高齢者の日常生活自立度：I  
 既往歴：脳血管障害、大腿骨頭骨折  
 改訂水飲みテスト：4 反復唾液嚥下検査 1回 口腔ディアドコキネシス Ka 3回/秒  
 歯科医に嚥下機能調査を依頼したところ、頸部聴診法により湿性嘔声や水泡音が著明で、喉頭侵入が認められた。口腔内には義歯性潰瘍があり、咀嚼機能低下と口腔衛生状態の不良があった。

### 問題リストと支援計画

- #1 義歯による痛み  
 管理計画) 義歯修理が終わり傷が治るまでは食形態を本人が摂取しやすいものにする。  
 依頼事項) 歯科介入し義歯治療
- #2 体重減少  
 管理計画) 2カ月程度、栄養補助食品や栄養補助飲料等で不足した熱量や栄養素を補充する。  
 (咀嚼困難だと糖質に偏った食事になりがちのため、たんぱく質を中心にバランスよく摂取できるように計画する。)
- #3 口腔機能の低下  
 依頼事項) 歯科衛生士に口腔機能訓練と定期的な専門的口腔ケアを依頼

### 経過記録

- #1 義歯を修理したところ、1か月後には傷も治り痛みが改善した。
- #2 口腔機能が回復するまで、間食に栄養補助食品を効果的に使用し、食事時間が長くないように配慮した。嚥下調整食3、水分は薄いとろみ、痛みの改善後再検討を行うこととした。
- #3 口腔機能訓練と専門的口腔ケアの介入により 日中は義歯の装着を継続でき、常食摂取がほぼ問題なくできるようになり、2ヶ月後には体重が49Kgになった。

ケース2

経口移行・経口維持計画（様式例）

別紙3

氏名 <b>B夫 様</b>	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 S11年 3月 11日	経口摂取の状態 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 経口維持加算(I)及び(II) (協同歯科医療機関名 <b>H歯科医院</b> )
摂食・嚥下機能検査の実施* <input checked="" type="checkbox"/> 水飲みテスト <input checked="" 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 checked="" 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* 27年3月1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 checked="" type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input checked="" 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：27年 3月 3日 食事の観察の参加者：口医師 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ		
② 頸部が後屈しがちである	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
③ 食事を楽しみにしていない	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑨ 口腔内が乾燥している	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⑬ 上下の奥歯や義歯が咬み合っていない	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑰ 食事中や食後に濁った声になる	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑲ 頻りにむせたり、せきこんだりする	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⑳ 食事中や食後に濁った声に変わる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
㉓ 食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	<input checked="" 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：27年 3月 18日 会議参加者：口医師 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 変更	
	② 食事の周囲環境	<input checked="" type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	
	③ 食事の介助の方法	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 変更	
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性	<input checked="" 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)	歯科医師	芳賀 健磨	義歯咬耗、破折、義歯性潰瘍、咀嚼機能低下
	管理栄養士	栄 計世	義歯治療終了まで、間食に補助栄養食品を使う
	看護師	那須 優子	食事後半の疲労
	介護福祉士	寄居 心	豆腐・うどんなど軟らかいものしか食べない
経口維持加算(II)	歯科衛生士	羽野 清香	痛みによる口腔ケア困難、口腔機能低下
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		嚥下調整食3、水分はうすいとろみ付、間食に栄養補助アイス	

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）	27年 3月 20日（管理栄養士 栄 計世）	説明 介護支援専門員 援藤 守夫
作成（変更）日（作成者）	年 月 日（ ）	
入所（院）者又は家族の意向	入れ歯の痛みを取りたい おいしく食事をしたい (B夫氏)	同意者のサイン (※初回作成時及び大幅な変更時) <b>B夫 息子</b>
		説明と同意を得た日 (※初回作成時及び大幅な変更時) 27年 3月 20日
解決すべき課題や目標、目標期間	① 歯科受診 ② 栄養量の確保 ③ 口腔機能の改善 義歯治療終了までを目安とする	
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)*	栄養補給、食形態調整、補助食品の検討歯科依頼
	経口維持加算(II)*	口腔機能訓練、専門的口腔ケア

## 医師と歯科衛生士が参画するケース

ケース3  
症例：88歳 女性 C美さん  
ADL：自立 歩行器を使用し歩行可能



### 主観的情報

#### 《生活情報収集》

●先月風邪を引いたあとに、口腔内の痛みが出現した。口腔ケアはいままで自立していたが、疼痛のため行わなくなり、その後舌や頬粘膜に白色の偽膜が出現した。施設医師に診察を受けたところ、口腔カンジダ症と診断され、抗真菌剤の洗口剤が処方され、連携先の歯科医師に診察依頼があった。上下に部分義歯あり、適合は問題なし。残存歯は上6本下3本であった。

●C美氏はもともと几帳面な性格で、食後に義歯はきちんと自分で洗っていたが、現在は義歯の着脱が痛いようで、義歯を入れたままの状態セルフケアを行っており就寝時も義歯をはずしていない。

●口が渴いて飲み込みにくい。口腔内の疼痛が出現してから、会話でも「擦れて痛い」と会話が減り、得意なカラオケやレクレーションも休んでいる。

#### 《食事観察》

●酸味・塩味の強いもの、熱いものは滲みるので食べない。普段は果物が大好物であるが、最近は避けている。パンなどパサパサした食感のものでむせる。

●何を食べてもおいしくない、と言い食事量が減少している。

### 客観的情報

身長140cm 体重36kg BMI：18.37kg/m<sup>2</sup>

最近6ヵ月での体重変化：-1kg（体重低下リスクは低リスク）

要介護度：要介護1

障害老人の日常生活自立度：A1

認知症高齢者の日常生活自立度：I

既往歴：糖尿病、老年期認知症

※療養食（糖尿病食）

水飲みテスト：4 反復唾液嚥下テスト 2回 口腔ディアドコキネシス Ka 2回/秒

医師の診察時に喉頭侵入ありと判断された。

### 問題リストと支援計画

#### #1 口腔の痛み

依頼事項) 口腔カンジダ症の治療（医師による処方）。

歯科医師より施設勤務の歯科衛生士に、口腔ケア・洗口方法の指導を行う様に指示。

管理計画) 痛みが改善するまでは栄養補助食品で不足した熱量や栄養素を補充する。

味つけや提供温度などにも注意する。

#### #2 口腔機能の低下と口腔乾燥

依頼事項) 歯科医師から歯科衛生士に口腔機能訓練と機能的口腔ケア、義歯取り扱いの指導を指示。

#### #3 口腔乾燥による嚥下困難

管理計画) 粉っぽく唾液が少ないと食べにくい食品や食形態は避ける。洗口・義歯取り扱いの補助。

### 経過記録

#1 抗真菌剤の洗口剤を処方し、2週間使用したところ痛みが改善した。特別な管理（看護師の口腔粘膜ケア、介護士の洗口と義歯取り扱いの補助）の効果もあり、口腔内の白色病変が消失した。

#2 痛みが無くなり活気が出て口腔機能訓練を楽しんで行うことができ、カラオケやレクレーションにも積極的に取り組むようになった。セルフケアも再開できた。

#3 偏食が改善されバランスよく食事をとることができるようになった。体重維持できている。

ケース3

経口移行・経口維持計画（様式例）

別紙3

氏名 <b>C美様</b>	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日 S2年8月2日	経口摂取の状態 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 経口維持加算(I)及び(II) (協力歯科医療機関名) <b>A歯科クリニック</b>
摂食・嚥下機能検査の実施* <input checked="" 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 checked="" 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* 27年10月1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 checked="" 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：27年10月3日 食事の観察の参加者： <input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
② 頸部が後屈しがちである	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
③ 食事を楽しみにしていない	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑨ 口腔内が乾燥している	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑰ 食事中や食後に濁った声になる	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑳ 食事中や食後に濁った声に変わる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
㉓ 食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	<input checked="" 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：27年10月3日 会議参加者： <input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input checked="" 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・とりみ、補助食の活用	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更
	② 食事の周囲環境	<input checked="" type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	③ 食事の介助の方法	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 変更
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性	<input checked="" 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)	医師	医王田 保	糖尿病コントロール不良 難治性の口腔カンジダ症
	管理栄養士	栄 計世	本人の好物をうまく取り入れて摂取量改善を目指す
	看護師	那須 優子	洗口の支援、粘膜ケア
	介護福祉士	寄居 心	食べやすい甘くて柔らかいものを偏食している。
経口維持加算(II)	歯科衛生士	羽野 清香	疼痛による口腔機能の低下、セルフケア不良
食事形態の種類・とりみの程度 ※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	嚥下調整食3 水分とろみなし <span style="float:right">※療養食（糖尿病食）</span>		

2. 経口による食事の摂取のための計画

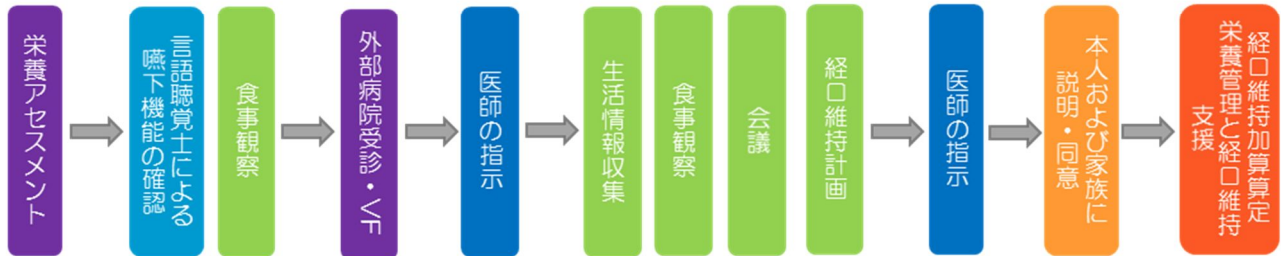
※ 栄養ケア計画や施設サービス計画において記入している項目は、下記の該当項目の記入は不要です。また、初回作成時及び前月から変更がある場合に記載して下さい。

初回作成日（作成者）	27年10月13日（管理栄養士 栄 計世）	説明 介護支援専門員 援護 守夫
作成（変更）日（作成者）	年 月 日（ ）	
入所（院）者又は家族の意向	□の中の不快な状態を改善したい。好物の果物を食べたい。	同意者のサイン (※初回作成時及び大幅な変更時) <b>C美 孫</b>
説明と同意を得た日 (※初回作成時及び大幅な変更時)	27年10月13日	
解決すべき課題や目標、目標期間	①補助食品の使用 □口腔環境の改善 ②口腔機能の改善 ③食形態の調整	
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)*	□口腔カンジダ症治療 □口腔内の状態に合わせた食事の提供、糖尿病コントロールのための栄養量調整
	経口維持加算(II)*	洗口方法の指導、嚥下体操など口腔機能向上、セルフケアの指導

## 医師と言語聴覚士が参画するケース

ケース4

症例：75歳 男性 D彦さん  
ADL：寝返りは自立、移乗、更衣は一部介助、歩行器歩行 左半身麻痺  
洗身一部介助、食事は一部介助、左空間失認、水分で時々むせる



### 主観的情報

#### 《生活情報収集》

- 脳出血発症後のリハビリテーション病院入院を経て1年前に施設入所した。施設入所後二度目の脳血管障害により失語症が発症し、当施設のSTが週2回リハビリを行っていた。
- 先月誤嚥性肺炎を起こし近隣病院に2週間入院した後、経口摂取可能とのことで退院したが、この1年間で今回と半年前の2回、誤嚥性肺炎の既往がある。
- 定年前は公務員で、真面目に物事を進めるタイプ、痛みなどを訴えることなく我慢する傾向にある。

#### 《食事観察》

- 食事が一番の楽しみで、経口摂取再開への意欲は強い。義歯・咀嚼機能に問題ない。
- 左空間失認があり、介助は右側から食事介助を行っており配膳も気をつけている。水分でむせる。
- 咀嚼している時間が長く食事のペースが遅い。食べているうちにだんだん食欲がなくなってしまう。
- あまり甘いものが好きでなく、栄養補助ゼリーには手をつけない。

### 客観的情報

身長166cm 体重48.3kg BMI：17.53kg/m<sup>2</sup>  
最近1か月の体重変化：-1.7kg (-3.4%) (体重低下リスクは中リスク)

要介護度：要介護3

障害老人の日常生活自立度：B1

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa

既往歴：高血圧、脳出血、左半身麻痺、失語症、誤嚥性肺炎

水飲みテスト 3 頸部聴診 水泡音、複数回嚥下

医師の指示でリハ病院に外来受診して嚥下造影検査を行った。嚥下反射の低下と水分で嚥下前誤嚥があったと報告された。

### 問題リストと支援計画

#### #1 水分でのムセ

管理計画) 姿勢の調整、水分にとろみをつける。

#### #2 食事ペースが遅く、分量を食べる前に疲れてしまう。

管理計画) 食事回数を増やす(間食に高タンパク質性食品を追加)

摂取量が足りない時は栄養補助食品を導入する。

一食40分以内で食事終了するように、一食の食事量を調整。

#### #3 嚥下機能低下嚥下に関する筋力が低下している。

依頼事項) リハビリテーションは失語に加え嚥下反射の惹起性改善や筋力訓練、嚥出訓練を導入。

### 経過記録

家族の同意が得られた5月から算定開始した。

#1 食事に使う椅子に姿勢保持のクッションを組み合わせ、うまく姿勢を維持できるよう調整した。とろみ水を冷やして提供したところ、ムセが改善した。

#2 間食に冷奴など 甘くなく食べやすいものを出したところ、喜んで摂取するようになった。

#3 既に担当リハビリスタッフと良好なコミュニケーションが取れており、摂食嚥下リハビリテーションについても熱意をもって取組み、2か月後にはムセることがなくなり安定した経口摂取ができるようになった。その後半年経過しているが誤嚥性肺炎は再発していない。



ケース4

経口移行・経口維持計画（様式例）

別紙3

氏名 <b>D彦 様</b>	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 S15年11月3日	経口摂取の状態 <input checked="" type="checkbox"/> 歯又は使用中の義歯がある <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 経口維持加算(I)及び(II) (協力歯科医療機関名 A 歯科クリニック)
摂食・嚥下機能検査の実施* <input checked="" type="checkbox"/> 水飲みテスト <input checked="" type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input checked="" 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* 27年4月20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 checked="" 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：27年4月5日(1回目)、4月28日(2回目) 食事の観察の参加者： <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
③ 食事を楽しみにしていない	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
④ 食事をしながら、寝てしまう	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑨ 口腔内が乾燥している	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑬ 上下の奥歯や義歯が咬み合っていない	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑱ 一口あたり何度も嚥下する	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑳ 食事中や食後に濁った声に変わる	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
㉓ 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ

多職種会議における議論の概要  
 会議実施日：27年4月28日  
 会議参加者：医師 歯科医師 管理栄養士/栄養士 歯科衛生士 言語聴覚士 作業療法士 理学療法士 看護職員 介護職員 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 checked="" type="checkbox"/> 変更
	② 食事の周囲環境	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更
	③ 食事の介助の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	④ 口腔のケアの方法	<input checked="" 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 checked="" 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)	医師	医王田 保	毎週 食後頭部聴診を行い経過をみる
	管理栄養士	栄 計世	補食は本人好みのもので高たんぱく質食品
	看護師	那須 優子	声掛け、吸引機の準備
	理学療法士	力武 歩	姿勢維持用のクッションで体幹の維持、嚥出訓練
経口維持加算(II)	言語聴覚士	五井 増恵	嚥下反射の惹起性を改善するリハビリ

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  
 間食に高たんぱく質食品追加、嚥下調整食3、水分に中等度のとろみ(冷やして提供)

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)	27年4月13日 (管理栄養士 栄 計世)	説明 介護支援専門員 援藤 守夫
作成(変更)日(作成者)	年 月 日 ( )	
入所(院)者又は家族の意向	できるだけ口から食べたい、リハビリ頑張る(D彦氏)・リハビリに対して意欲あります。(弟)	同意者のサイン (※初回作成時及び大幅な変更時) D彦 弟
説明と同意を得た日 (※初回作成時及び大幅な変更時)	27年5月1日	
解決すべき課題や目標、目標期間	①姿勢調整 ②食事ペースの安定、食形態提供法に関して検討 ③直接+間接の摂食嚥下訓練	
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)*	椅子、テーブルなど環境調整、姿勢が維持できるように工夫、間食追加、温度の工夫
	経口維持加算(II)*	摂食嚥下リハビリテーション強化

## 入所時に栄養アセスメントと 嚥下機能検査を同時に行うケース

ケース  
5

症例：症例 78歳 女性 E代さん  
ADL：寝返りは自立、移乗、更衣は全介助 自立歩行不可 車椅子  
左半身麻痺 洗身一部介助、食事は一部介助。入浴機械浴、洗身全介助



### 主観的情報

#### 《生活情報収集》

●75歳アルツハイマー病（以下AD）診断され78歳（4か月前）に脳血管障害発症。発症1か月後リハビリテーション病院に転院となった。リハビリテーション病院で摂食機能療法を行い、一部介助で嚥下調整食2-2の経口摂取が可能となったため、今回当施設に入所となった。

●入所前調査票の情報から、入所時に嚥下機能検査を行うこととなった。

#### 《食事観察》

●脳血管障害で入院以来、ずっと部分義歯を外しており、義歯は痛いからと言って、食事のときも義歯なしで残存歯を使って食べている。奥歯はない様子。

●食事の食べ始めはペースが速いが、食べ方にムラがあり、途中で中断することもある。食事時間が長く、最後の方は疲れてしまっているようで他のことに注意が向いてしまう。

●左手は誘導しないと使わない。食器を倒してこぼしてしまうことがある。

●処方薬内服の際に錠剤がのみにくい様子で、今まで数回口腔内に残薬があった。

### 客観的情報

身長152cm 体重52kg BMI：22.5kg/m<sup>2</sup>

最近6ヵ月での体重変化は-2.5kg（体重低下リスクは低リスク）

要介護度：要介護4

障害老人の日常生活自立度：B2

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱb

既往歴：HT、AD、脳血管障害、心房細動、高脂血症、左上肢不全麻痺 ※療養食（高脂血症食）

水飲みテスト 3

入所時に医師が頸部聴診し、咽頭の水泡音があり、摂食機能障害の様子から特別な管理が必要と判断された。

### 問題リストと支援計画

#### 問題と治療計画

##### #1 水分でのムセ

管理計画) 姿勢の調整 水分にとろみをつける。

##### #2 食事ペースが速く 食べこぼしや食器の転倒がある。

管理計画) 声掛けをして、食事をゆっくり摂取して頂く。食具や食器、配膳の方法を検討する。

##### #3 丸飲みしている。

依頼事項) 歯科受診し義歯の治療。義歯着脱指導。

##### #4 錠剤が飲みにくい。

R x) 内服にとろみ水を使用する。簡易懸濁など他の経口与薬方法を検討する。

### 経過記録

#1 食事に使う椅子に姿勢保持のクッションを組み合わせ うまく姿勢を維持できるよう調整した。トロミ水を冷水で作成したところムセが改善した。

#2 本人の性格に合わせて声掛けをして食事のペースを保った。ST・OTリハビリを導入した。

#3 義歯調整をし、着脱・洗浄を介助で行うことにした。2か月後咀嚼するようになってきた。

#4 服薬補助ゼリーを使用し、残薬しないようになった。

氏名 <b>E代 様</b>	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日 S1年 6月 6日	経口摂取の状態 <input checked="" type="checkbox"/> 歯又は使用中の義歯がある <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 水飲みテスト <input checked="" 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* 27年 9月 6日	検査結果や観察等を通して把握した課題の所在 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能 <input checked="" type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input checked="" 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。

<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：27年 9月 0日 食事の観察の参加者： <input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
② 頸部が後屈しがちである	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ		
④ 食事をしながら、寝てしまう	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑰ 食事中や食後に濁った声になる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⑱ 一口あたり何度も嚥下する	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑳ 食事中や食後に濁った声に変わる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
㉓ 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ		
<b>多職種会議における議論の概要</b> 会議実施日：27年 9月 11日 会議参加者： <input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input checked="" type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 変更	
	② 食事の周囲環境	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更	
	③ 食事の介助の方法	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 変更	
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性	<input checked="" 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）	医師	医王田 保	協力歯科医師に義歯治療を依頼
	看護師	那須 優子	義歯不使用で咬めていない。口腔内残渣がある
	作業療法士	業平 耕作	右手で扱えるような配膳を提案
	管理栄養士	栄 計世	義歯治療終了まで食形態変更
経口維持加算（Ⅱ）	言語聴覚士	五井 増恵	食べるペースのコントロールについて検討
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		嚥下調整食3 中等度のとろみ ※療養食（高脂血症食）	

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）	27年9月16日（管理栄養士 栄 計世）	説明 介護支援専門員 援藤 守夫
作成（変更）日（作成者）	年 月 日（ )	
入所（院）者又は家族の意向	肉が食べたい（E代氏） 本人は食べるのが好き（夫）	同意者のサイン （※初回作成時及び大幅な変更時） <b>E代 夫</b>
		説明と同意を得た日 （※初回作成時及び大幅な変更時） 27年 9月 16日
解決すべき課題や目標、目標期間	①姿勢調整 ②食事ペースの安定 ③義歯治療 ④与薬方法検討	
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）*	椅子、テーブルなどの環境調整、姿勢の維持、食具・配膳方法の調整
	経口維持加算（Ⅱ）*	義歯調整の依頼、摂食嚥下訓練、ペースのコントロール

