

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

栄養や口腔における かかりつけ医との連携

一般社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院
栄養管理室 室長

西岡 心大

北海道大学大学院歯学研究院 口腔健康科学分野
高齢者歯科学教室 准教授

渡邊 裕

栄養におけるかかりつけ医との連携

一般社団法人是真会
長崎リハビリテーション病院
栄養管理室 室長

西岡 心大

はじめに

高齢者では低栄養が頻繁に認められ、ADLの低下や口腔問題などに関連するため、リハビリテーションや口腔管理との一体的実施が求められる。低栄養改善のためには近年推奨されている適切な手法による栄養評価、外部の管理栄養士との連携も含めた栄養介入が重要となる。

1. 地域包括ケアと栄養ケア
2. 医療における栄養とかかりつけ医との連携
3. 介護における栄養とかかりつけ医との連携

1.地域包括ケアと栄養ケア

高齢者における低栄養

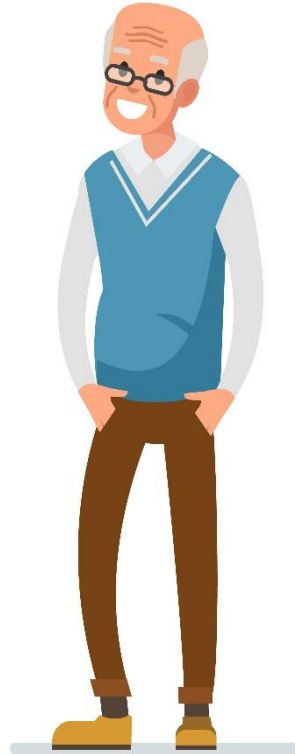
Malnutrition in older adults

Elsa Dent, Olivia R L Wright, Jean Woo, Emiel O Hoogendijk

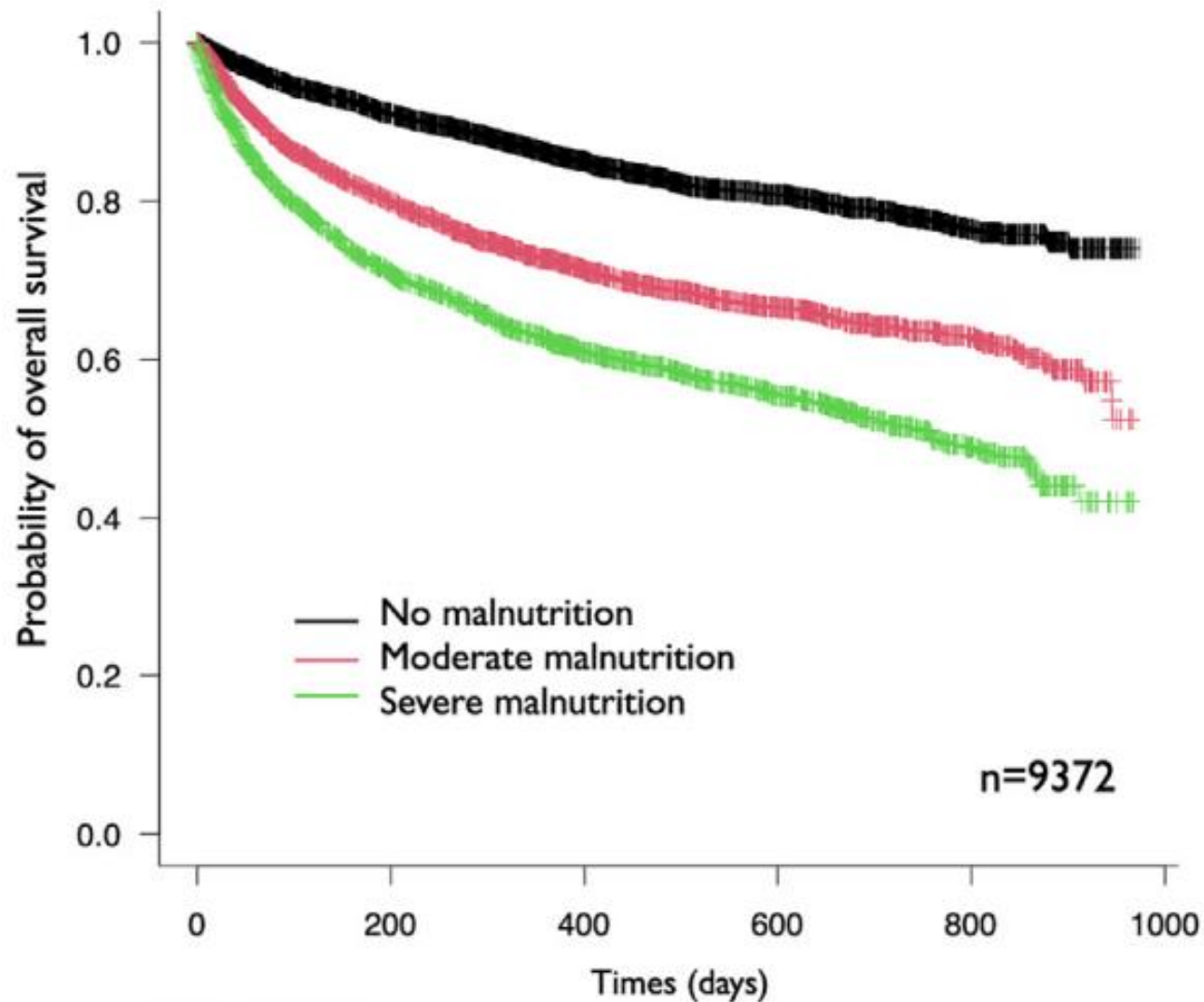


Dent E, et al. Lancet. 2023;401(10380):951-966.

- 3%(地域在住)~29%(長期療養施設) が低栄養
- **食欲低下、入院、ADL低下・口腔問題等が危険因子**
- フレイル、筋力低下、死亡率増加などをもたらす
- 定期的な栄養スクリーニング/アセスメント、
個別栄養ケアプラン、栄養強化、栄養教育、補助食品が推奨



入院患者における低栄養と死亡率



栄養状態が良好な

入院患者と比べ

● 重度低栄養患者は3倍

● 中等度低栄養患者は2倍

死亡率が高い

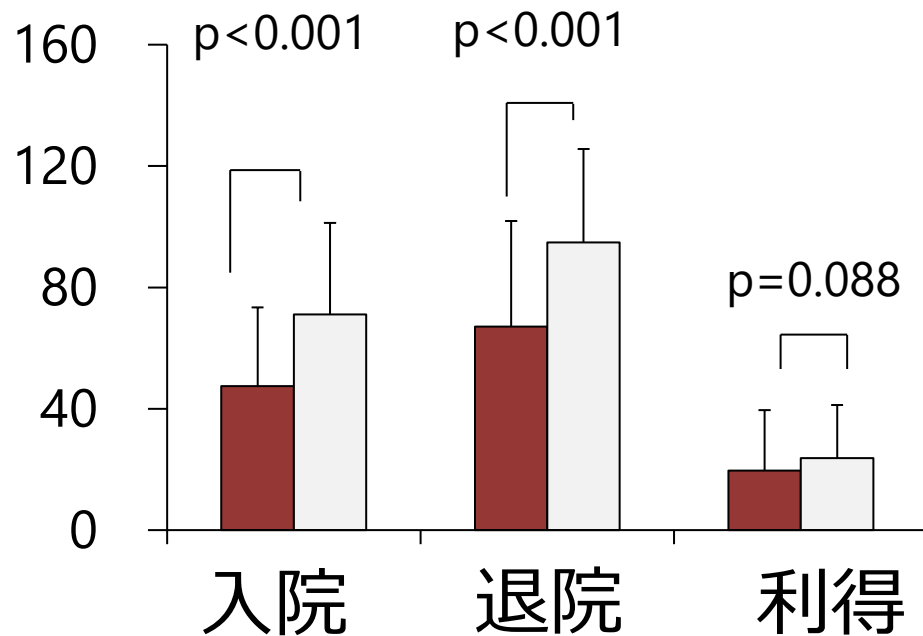
Mori N, et al. Clin Nutr. 2023;42(2):166-172.

低栄養とADL・自宅復帰

- 回復期リハ入院患者を対象としたコホート研究(n=134)

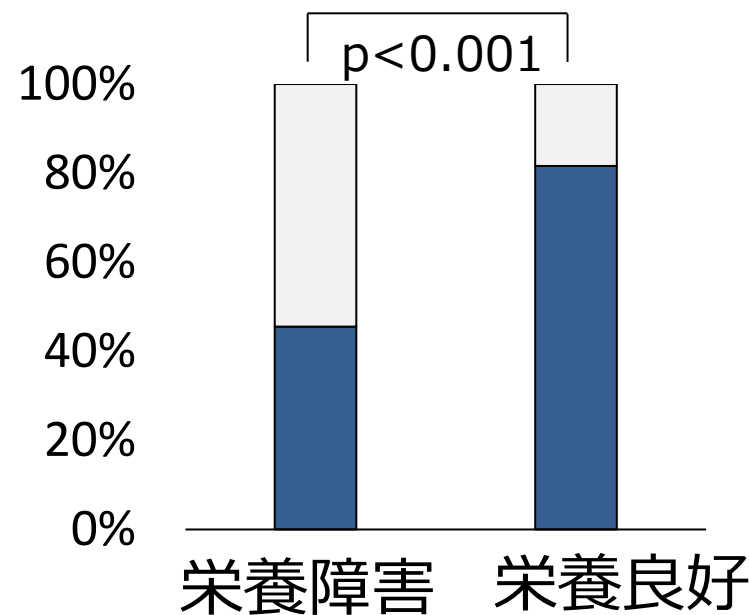
西岡心大, 他. 日本静脈経腸栄養学会雑誌. 2015;30(5):1145-1151.

ADL (FIM)



■ 栄養障害 (GNRI < 92) □ 栄養良好 (GNRI ≥ 92)

自宅復帰



■ 自宅 □ 自宅以外

- 栄養障害の程度が1段階高いと
- 退院時FIM-4点
- 自宅復帰のオッズ -42%

骨太の方針2023

健康寿命を延伸し、高齢者の労働参加を拡大するためにも、健康づくり・予防・重症化予防を強化し、デジタル技術を活用したヘルスケアイノベーションの推進やデジタルヘルスを含めた医療分野のスタートアップへの伴走支援などの環境整備に取り組むとともに、第3期データヘルス計画を見据え、エビデンスに基づく保健事業²⁵⁵を推進する。リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る。



2024年医療・介護・障害トリプル改定に色濃く反映

リハ・栄養・口腔の一体的実施

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることが期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理

- ・筋力・持久力の向上
- ・活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整
- ・低栄養の予防・改善
- ・食欲の増進

リハビリテーション・機能訓練

- ・口腔・嚥下機能の維持・改善
- ・口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防

栄養

口腔

・適切な食事形態・摂取方法の提供 ・食事摂取量の維持・改善 ・経口摂取の維持

- ・ リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- ・ 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

- 心身機能やADL
 - 口腔問題
 - 栄養状態
- ⇒ひとつでも問題が生じたら他の2要素も評価することが望まれる

厚生労働省．第178回社会保障審議会介護給付費分科会．2020.6.25

2.医療における栄養とかかりつけ医との連携

診療報酬における栄養管理の評価

栄養食事指導

入院栄養食事指導
外来栄養食事指導
集団栄養食事指導
在宅患者訪問栄養食事指導 等

~2006

栄養管理

栄養管理実施加算（廃止）
栄養サポートチーム加算
入院基本料(栄養管理体制) 等

~2018

個別化栄養管理

回り八入院料(専任管理栄養士)
早期栄養介入管理加算
入院栄養管理体制加算 等

2018~

急性期におけるリハ・栄養・口腔の連携促進

令和6年度診療報酬改定 II-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進-①

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

- ▶ 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(1日につき) 120点



より早期からの切れ目のないリハ(離床)・栄養・口腔の取組

- ・疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
- ・土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
- ・入棟後早期のリハビリテーションの実施
- ・病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入



多職種による評価と計画

- ・原則48時間以内の評価と計画作成
- ・口腔状態の評価と歯科医師等の連携
- ・定期的カンファレンスによる情報連携

- 専従/専任PT・OT・ST
- 専任管理栄養士
- 常勤医
- 48時間以内のリハ・栄養・口腔評価
- リハ・栄養管理・口腔管理の提供

厚生労働省、令和6年度診療報酬改定説明資料

GLIM基準の要件化

令和6年度診療報酬改定 I-1 医療従事者の人材確保や質上げに向けた取組-②等

栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

栄養管理体制の基準の明確化

- 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

現行

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
- (3)～(9) (略)

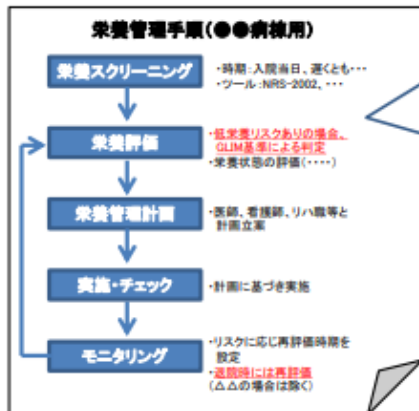
改定後

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（**標準的な**栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、**退院時を含む**定期的な評価等）を作成すること。
- (3)～(9) (略)

イメージ 各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



GLIM基準を活用することが望ましいが、GLIM基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を位置づけていけば差し支えない。

<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

2018年に世界の栄養学会（ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米）が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定

●栄養スクリーニング

- ・全ての対象者に対して栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある症例を特定
- ・検証済みのスクリーニングツール（例：MUST、NRS-2002、MNA-SFなど）を使用

低栄養リスクあり

●低栄養診断

| 表現型基準（フェノタイプ基準） | | | 病因基準（エチオロジー基準） | |
|-----------------|------|-------|---------------------|---------|
| 意図しない体重減少 | 低BMI | 筋肉量減少 | 食事摂取量減少、 消化吸収能低下 | 疾病負荷/炎症 |
| それぞれの項目で1つ以上に該当 | | | それぞれの項目で1つ以上に該当 | |

低栄養と判定

重症度判定（中等度低栄養、重度低栄養）

※詳細は、日本栄養治療学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

- 入院料通則において「標準的な」栄養評価法としてGLIM基準の使用が推奨された
- 回復期リハ病棟入院料1は入退院時GLIM基準評価が必須に

厚生労働省、令和6年度診療報酬改定説明資料

GLIM基準の要件化

入院・外来・在宅患者訪問栄養食事指導料

- (6) 低栄養状態にある患者とは、次のいずれかを満たす患者をいう。
- ア GLIM 基準による栄養評価を行い、低栄養と判定された患者
 - イ 医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者

栄養サポートチーム加算

- (2) 栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。
- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果を踏まえ、GLIM 基準による栄養評価を行い、低栄養と判定された患者

低栄養の判断基準がアルブミン⇒GLIM基準へ

標準的な栄養評価法（低栄養診断）としてのGLIM基準

妥当性のあるスクリーニングツールでリスクあり



表現型(Phenotypic criteria)

- ①意図しない体重減少
- ②BMI低値
- ③筋量減少

病因(Etiologic criteria)

- ①食事摂取量低下/消化吸収能低下
- ②疾患負荷/炎症



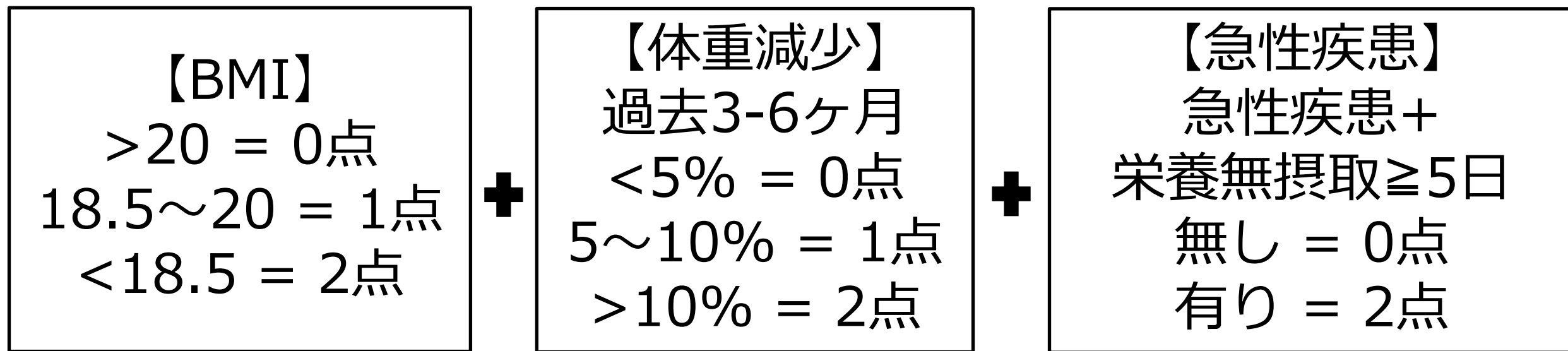
少なくとも1つの表現型、原因に該当 = **低栄養**と診断



重症度判定

妥当性のある栄養スクリーニング法の例

MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)



合計

0点(低リスク) : 年1回スクリーニング継続
1点(中リスク) : 栄養素摂取量少なければ栄養介入を考慮
2点以上(高リスク) : **管理栄養士やNSTに照会**

Malnutrition Advisory Group (MAG). British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, 2000.

表現型の判定基準

| 意図しない 体重減少 | BMI低値 | 筋量減少 |
|-----------------------|--|--|
| >5%/6ヶ月 >10%/6ヶ月以上 | <20(<70歳) <22(>70歳) アジア人 <18.5(<70歳) <20(>70歳) | 妥当性のある 方法で減少を確認 (CT,MRI,BIA,DXA) |

Cederholm T, et al. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9.

筋量は下腿周囲長で推定可能



利き足の反対側、または左側、または非麻痺側の下腿の最大径をメジャーで測定

- GLIM推奨：男性<**33**cm 女性<**32**cm
(BMI25-30:-3cm, BMI30-40:-7cm)

Barazzoni R, et al. Clin Nutr. 2022;41:1425-1433.

- 入院高齢者：男性 \leq **30**cm 女性 \leq **29**cm

Maeda K, et al. Ann Nutr Metab. 2017;71:10-5.

- 回復期脳卒中患者：男性<**33**cm 女性<**32**cm

Nishioka S, Yamanouchi A, et al. Nutrition. 2021;82:111028.

原因の判定基準

食事摂取量低下 消化吸収障害

推定必要量の50%以下が
1週間以上持続 or
摂取量減少が2週間以上持続
or
消化吸収に悪影響を与える慢性的な
消化器症状の存在
(嚥下障害・嘔気・下痢・便秘等)

炎症反応

急性疾患／外傷
慢性疾患

医師の判断が重要

Cederholm T, et al. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9.

GLIM基準の判定例

- 75歳男性
- 155cm 40kg
- 1ヶ月前45kg
(-11%/月)
- BMI16.6kg/m²
- 下腿周囲長26cm
- 重症肺炎にて入院
- 嚥下障害なし
- 1週間輸液のみ
- 必要量1600kcal
- 投与量250kcal

MUST=6点：高リスク



表現型

- ① 体重減少 $\geq 5\%$
- ② BMI低値 < 18.5
- ③ 筋量減少 < 33

病因

- ① 食摂低下 $< 50\%$
- ② 疾患/炎症
重症肺炎



表現型3・病因2該当 = **低栄養 (重度)**

血清アルブミン値は栄養指標として推奨されない

- 栄養状態だけでなく炎症反応、脱水や溢水、肝・腎機能によっても増減し体重減少・エネルギー不足等と一致しない
- アルブミンを含む急性相蛋白質の栄養指標としての価値は限定的である

White J, et al. JPEN. 2012;36:275-83.

- 米国静脈経腸栄養学会 「栄養指標として使用すべきではない」

malnutrition and visceral-protein levels. These proteins correlate well with patients' risk for adverse outcomes rather than with protein-energy malnutrition. Therefore, serum albumin and prealbumin should not serve as proxy measures of total body protein or total muscle mass and should not be used as nutrition markers. This paper has been approved by the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Board of Directors. (*Nutr Clin Pract.* 2020;0:1-7)

Evans DC, et al. *Nutr Clin Pract.* 2021;36(1):22-28.

- Lancet総説：「高齢者の低栄養指標としては推奨されない」

Dent E, et al. *Lancet.* 2023;401(10380):951-966.

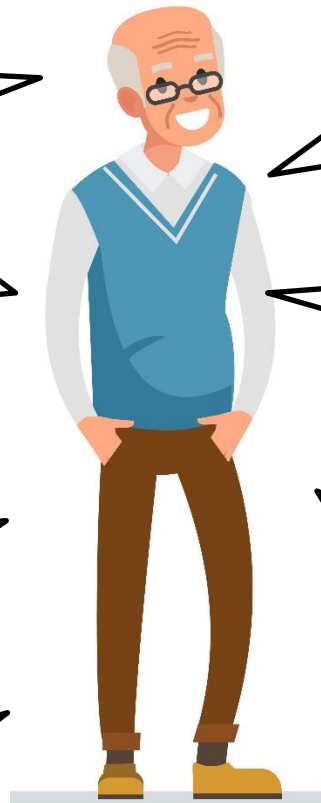
外来診察での栄養状態チェックのポイント

• 最近食欲が落ちてきた

• 準備が大変なので1日2食で済ませている

• 入院して体力が落ちた

• 腕や足が細くなった



• 洋服、ベルトや時計が緩くなってきた

• 肉、魚、油を控えている

• 1食分を妻(夫)と分けて食べている

低栄養の可能性に要注意

高齢者のエネルギー必要量



活動量が低い日本人における
推定エネルギー必要量

| 75歳以上男性 | 75歳以上女性 |
|-----------|-----------|
| 1,800kcal | 1,400kcal |

日本人の食事摂取基準(2020年版)



弁当1/2個→250~400kcal

3食→750~1,200kcal (不足)

低栄養を疑ったら？

簡易スクリーニング



BMI

<18.5?

体重減少率

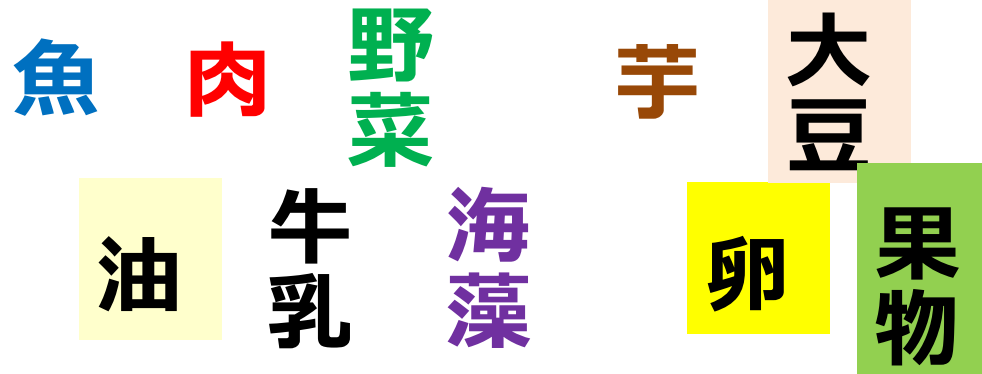
>5%/6月?

食事の量とバランス



さあにぎやかにいただく

ロコモ チャレンジ！推進協議会



専門家への照会



体重減少の持続

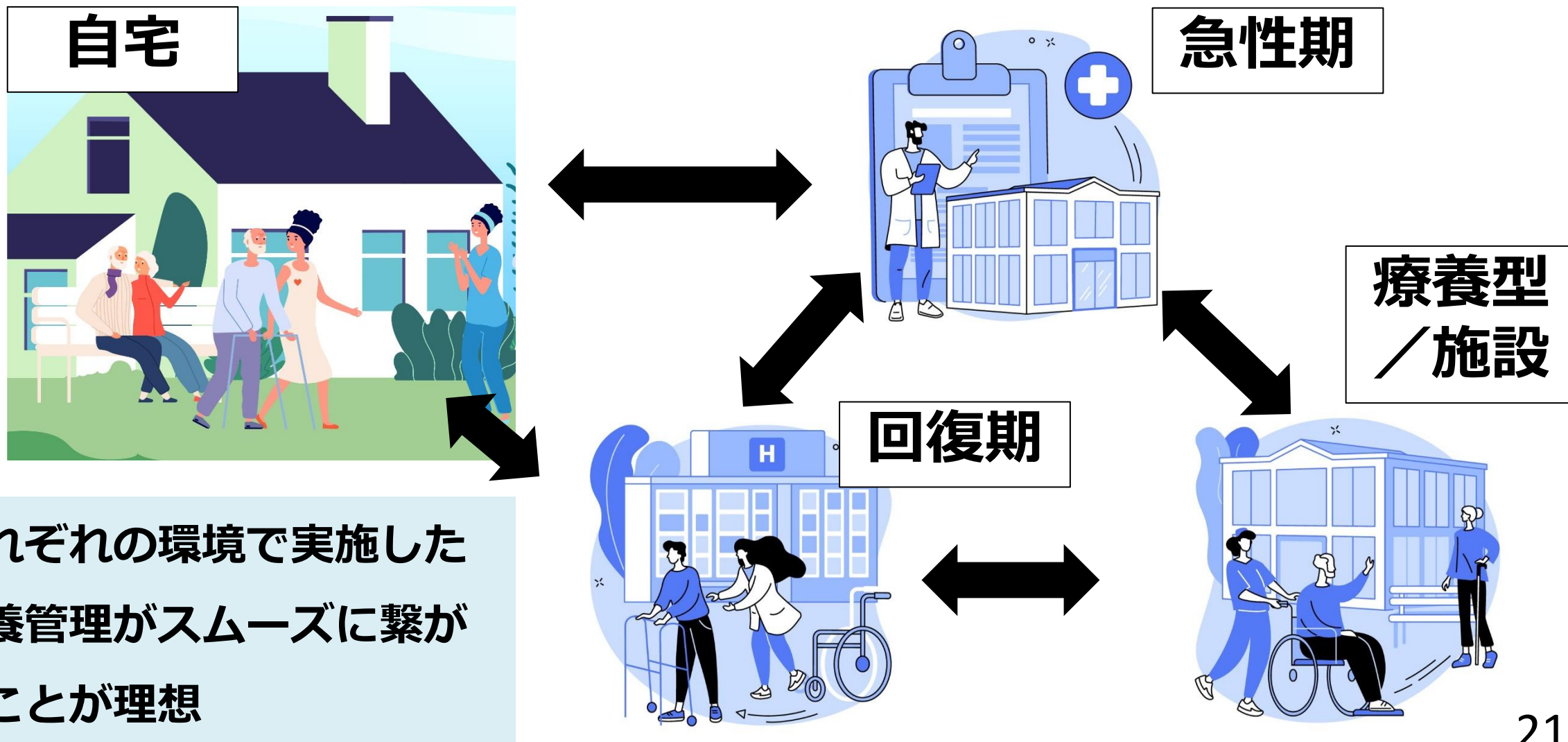
食事摂取量

<50%/1-2週



管理栄養士へ

栄養情報連携



栄養情報連携料

令和6年度診療報酬改定 II-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進-⑦

医療と介護における栄養情報連携の推進

栄養情報連携料の新設

- 医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、名称、要件及び評価を見直す。

(新) 栄養情報連携料

70点

[対象患者]

- ア 入院栄養食事指導料を算定した患者
- イ 退院先が他の保険医療機関、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）であり、栄養管理計画が策定されている患者

[算定要件]

- (1) 区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料を算定した患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関等の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中1回に限り算定する。
- (2) (1)に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。
- (3) 区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。
- (4) 区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料（回復期リハビリテーション入院料1に限る。）においては、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料と同様に、包括範囲外とする。

<入院中に栄養食事指導を行った患者>



<介護保険施設等に退院する患者>



- 栄養情報提供加算の見直しにより新設
- ① 栄養食事指導を実施した入院患者に情報提供書を作成し**医師**または**管理栄養士**に情報提供・共有
- ② 指導せず退院先**管理栄養士**に情報提供・共有

厚生労働省. 令和6年度診療報酬改定説明資料

25

特定疾患療養管理料・生活習慣病管理料

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から**糖尿病・脂質異常症・高血圧**が除外
- 検査等を包括しない生活習慣病管理料(II)が新設

(脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者が対象)

※**外来栄養食事指導料・集団栄養食事指導料は併算定可能**

【施設基準】

(1)生活習慣病管理に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、**管理栄養士等**の多職種と連携して実施することが望ましい。

生活習慣病管理料 療養計画書(初回)

| | | | |
|--------------------------|---------|-----------|----------|
| 【検査項目】 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 身長 | (| cm) |
| <input type="checkbox"/> | 体重:現在 | (| kg) →目標(|
| <input type="checkbox"/> | BMI | (|) |
| <input type="checkbox"/> | 腹囲:現在 | (| cm) →目標(|
| <input type="checkbox"/> | 栄養状態 | (低栄養状態の恐れ | 良好 肥満) |
| <input type="checkbox"/> | 収縮期/拡張期 | 収縮期 | 拡張期 |
| <input type="checkbox"/> | 運動負荷 | 心電図 | |
| <input type="checkbox"/> | その他 | (|) |



低栄養：GLIM基準やスクリーニングツールによる判定が望ましいが…
BMI<18.5 or 体重減少>5%/6月 or 食事摂取量<50%/1週 等で推測

- 低栄養の恐れがあれば食事量・回数の増加、少量高エネルギーの食材（脂の多い魚、芋、揚げ物など）の活用などを検討
- 外来栄養指導を考慮

| | | |
|------------|---|------------|
| □食事 | <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする | |
| | <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす | |
| | <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす | |
| | <input type="checkbox"/> 節酒: [減らす(種類・量: を週 回)] | |
| | <input type="checkbox"/> 間食: [減らす(種類・量: を週 回)] | |
| | <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) | |
| | <input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる | |
| | | 担当者 の氏名 |

生活習慣病管理料

療養計画書(継続用)

| | |
|--|----------------|
| 【検査項目】 | |
| <input type="checkbox"/> 身長 () | cm) |
| <input type="checkbox"/> 体重:現在() | kg) →目標() kg) |
| <input type="checkbox"/> BMI () |) |
| <input type="checkbox"/> 腹囲:現在() | cm) →目標() cm) |
| <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) |) |
| <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(/) | mmHg) |
| <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図 |) |
| <input type="checkbox"/> その他 () |) |



BMI (体重) の増加
体重減少の停止
食事摂取量の増加

栄養改善の
徴候

- 食習慣の変容が見られれば経過観察
- 体重減少が持続するなら経腸栄養剤や栄養補助食品、薬剤の見直しを検討
- 外来栄養指導を考慮

| | | |
|-----------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食事 | <input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし | |
| | <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする | <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える |
| | <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす | <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() |
| | <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす | <input type="checkbox"/> その他() |
| | <input type="checkbox"/> 節酒:[減らす(種類・量:) | を週(回)] |
| | <input type="checkbox"/> 間食:[減らす(種類・量:) | を週(回)] |
| | <input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他() |) |
| | <input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる | |
| | | 担当者の氏名 |
| | | (印) |

外部と連携した外来栄養食事指導料

- 直接管理栄養士を雇用していない場合、外部の管理栄養士と連携して算定することが可能（**外来栄養食事指導料 2**）
初回250点 2回目以降190点（初回月は2回/月、以降1回/月）
- 当該診療所以外（日本栄養士会または都道府県栄養士会が設置し、運営する「**栄養ケア・ステーション**」又は**他の保険医療機関**に限る。）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき、指導を行った場合に算定する。

在宅療養支援診療所・病院施設基準の追加

令和6年度診療報酬改定 II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑧

在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進

在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し

- 訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。

現行

【在宅療養支援診療所】
【施設基準】
(新設)

【在宅療養支援病院】
【施設基準】
(新設)

改定後

【在宅療養支援診療所】
【施設基準】
・ 当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。

【在宅療養支援病院】
【施設基準】
・ 当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有していること。

【経過措置】
令和6年3月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、該当するものとみなす。

- 当該病院・診療所または当該診療所以外の管理栄養士（**栄養ケア・ステーション**か**他の医療機関**）と連携し訪問栄養指導を実施可能な体制整備が義務・努力義務化

厚生労働省、令和6年度診療報酬改定説明資料

外部と連携した在宅訪問栄養食事指導料

- 直接管理栄養士を雇用していない場合、外部の管理栄養士と連携して算定することが可能（在宅患者訪問栄養食事指導料2）
420～510点（月2回）
- 特掲診療料の施設基準等に規定する特別食を提供する必要性を認めた場合又は低栄養・がん・摂食/嚥下機能低下患者が対象
- 外部の管理栄養士の条件は外来栄養食事指導料2と同様
（**栄養ケア・ステーション**か**他の保険医療機関**）
- 介護保険利用者は居宅療養管理指導が優先

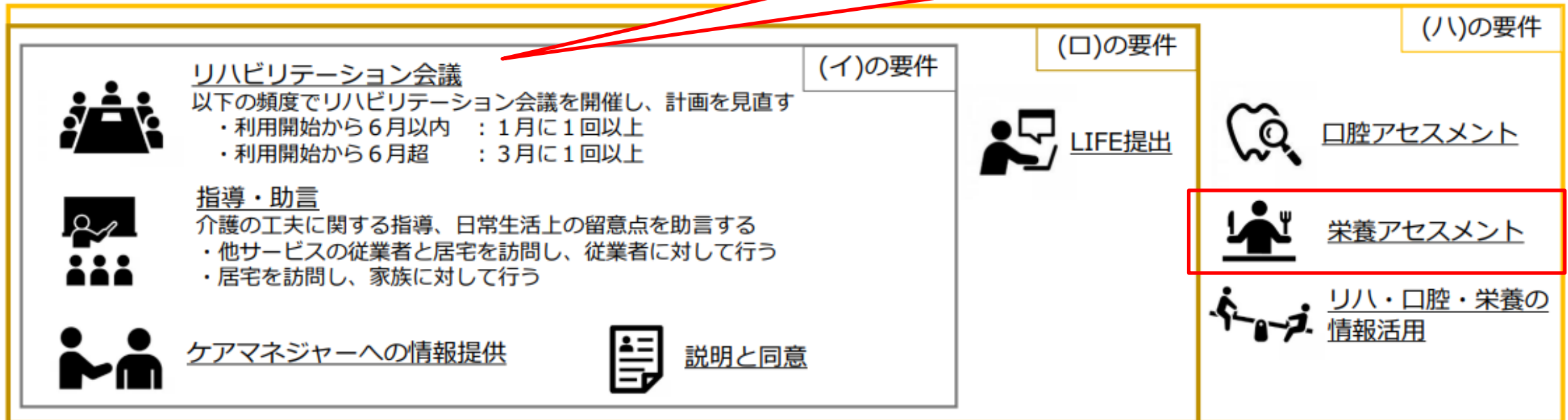
3.介護における栄養とかかりつけ医との連携

リハ・栄養・口腔の一体的実施

○ 通所リハビリテーション ＜リハビリテーションマネジメント加算(ハ)＞ (新設)

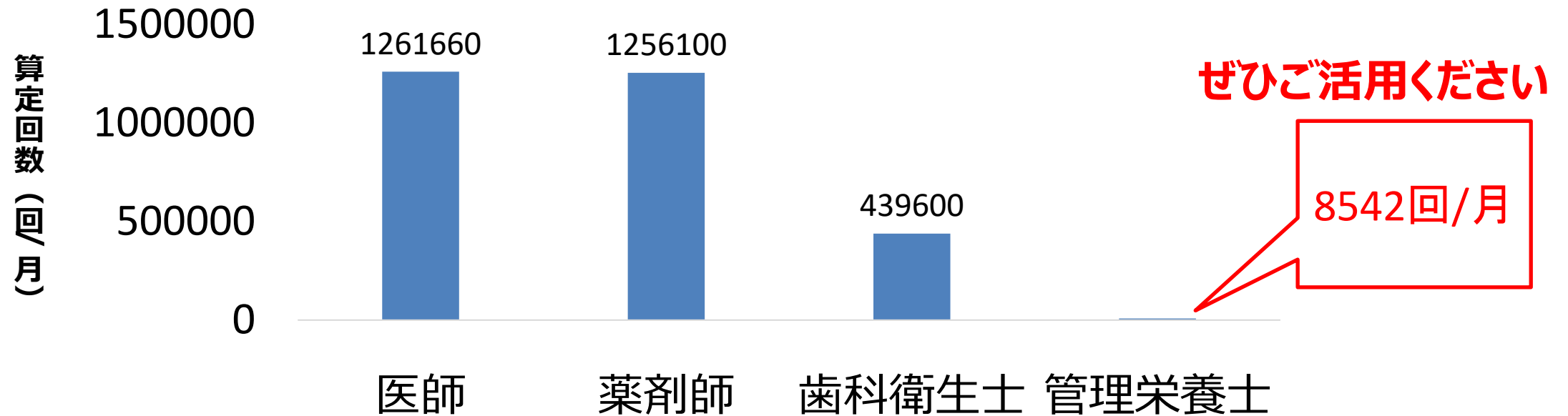
医師の詳細な指示等に加え

リハビリテーションマネジメント加算



居宅療養管理指導（管理栄養士）

- 特別食を要するか低栄養状態にある通院困難な利用者に対して、医師の指示に基づき栄養管理に係る情報提供、指導、助言を30分以上行うことにより算定



介護給付費等実態統計（令和3年6月審査分）

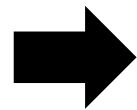
栄養ケア・ステーション

- 日本栄養士会または都道府県栄養士会が設置し、運営する「**栄養ケア・ステーション**」は、管理栄養士を雇用していない診療所と契約することで以下の業務が可能

【医療保険】 外来栄養食事指導料 2 ・ 在宅患者訪問栄養食事指導料 2

【介護保険】 居宅療養管理指導費 II

相談先に迷ったら都道府県
栄養士会へ



都道府県栄養士会



<https://www.dietitian.or.jp/about/region/>



公益社団法人
日本栄養士会

35

他の医療機関との連携

- 他の医療機関・指定居宅療養管理指導事業所の管理栄養士との連携により同様の診療報酬・介護報酬が算定可能

問 143 生活習慣病管理料（Ⅱ）において、「治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい」とされたが、管理栄養士を雇用していない診療所において、外来栄養食事指導が必要となり、他の保険医療機関の管理栄養士と連携し、当該管理栄養士が所属する保険医療機関で対面により栄養食事指導を行った場合について、指示を出した医師の診療所が「B001」の「9」外来栄養食事指導料2を算定できるか。

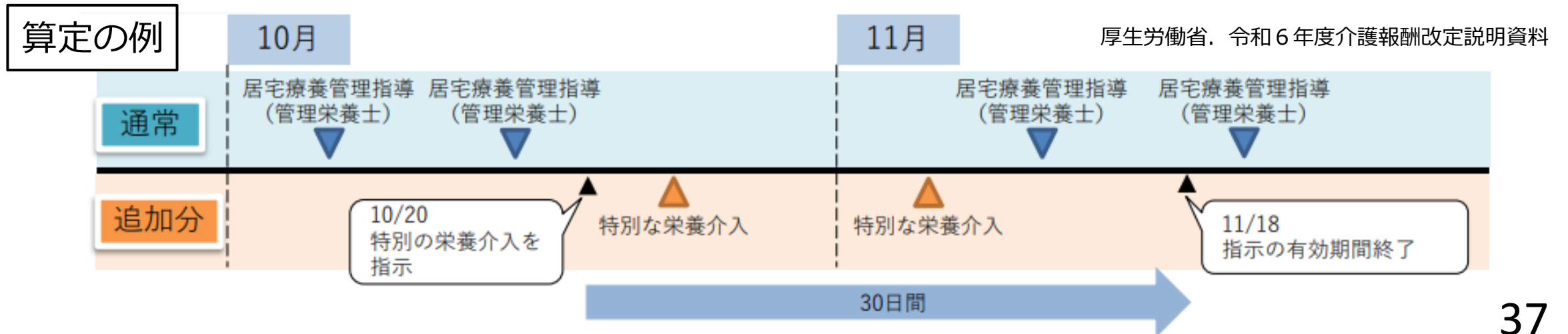
（答）算定可能。ただし、栄養食事指導を行う管理栄養士は、指示を出す医師の診療所と適宜連絡が取れる体制を整備するとともに、栄養指導記録を必ず共有すること。



※他の指定居宅療養管理指導事業所との連携により管理栄養士を確保し、居宅療養管理指導を実施する場合、主治医が認めた場合は、管理栄養士が所属する居宅療養管理指導事業所が算定することも可能

令和6年改定による居宅療養管理指導の要件変更

- 通院困難であるが**通所サービス**を利用している**対象者**について居宅療養管理指導が算定可能となった
- 利用者の急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要があると医師が判断した場合、**特別の指示**を行うことで、**上限を超えて2回**まで算定可能となった



当法人の在宅訪問栄養食事指導



- 2015年：在宅支援リハセンターへ管理栄養士配置
- 2016年：通所リハでの栄養改善サービス開始
- 2018年：居宅療養管理指導事業所開設

在宅訪問栄養食事指導依頼までの流れ



入院担当
チーム



訪問リハ



通所リハ

相談



依頼
報告

承認

在宅支援リハ
センター内会議

依頼・
指示

相談

依頼・
ケアプラン組込

法人外
かかり
つけ医

ケアマネ
ジャー



| 居宅療養管理指導(管理栄養士)指示書 | | | | | | | | | |
|--|----|----|----|-----|-------------------|----------|----|-----|-----|
| 指示日 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | 日まで | |
| 氏名 | 姓 | 名 | 年 | 月 | 日 | (歳) | 性別 | 男 | 女 |
| 身長 | cm | 体重 | kg | BMI | kg/m ² | 検査値・検査内容 | | | 血糖値 |
| <p><疾患名></p> <p><対象となる特別食等?></p> <p><input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 腸胃障害食</p> <p><input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 腸胃障害食</p> <p><input type="checkbox"/> 高齢者・高齢者食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 腸胃障害食</p> <p><input type="checkbox"/> 特別な場合の特別食 <input type="checkbox"/> 低栄養状態</p> <p><その他></p> <p><食生活等?></p> <p><input type="checkbox"/> 食生活の調整 <input type="checkbox"/> エネルギー摂取量の調整 <input type="checkbox"/> たんぱく質摂取量の調整</p> <p><input type="checkbox"/> 脂質摂取量の調整 <input type="checkbox"/> ビタミン摂取量の調整 <input type="checkbox"/> ミネラル摂取量の調整</p> <p><その他></p> <p><主治医師・その他内容・目標等?></p> | | | | | | | | | |
| <p><留意事項></p> <p>本指示書は居宅療養管理指導(管理栄養士)の指導に基づき作成されています。</p> <p>ご不明な点は(管理栄養士)にご相談ください。</p> | | | | | | | | | |
| <p><署名欄等?></p> <p>管理栄養士: _____ 職名: _____</p> <p>たんぱく質: _____ 単位: _____</p> <p>糖質: _____ 単位: _____</p> | | | | | | | | | |
| <p>居宅療養管理指導(管理栄養士)指示書</p> <p>一般社団法人 健康会 在宅支援リハビリテーションセンター せんじゅ</p> <p>居宅療養管理指導事業所 通所リハビリテーション 訪問リハビリテーション 在宅療養指導指導事業所</p> <p>〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1 Tel: 03-5561-1111 / 03-5561-1234</p> | | | | | | | | | |

在宅訪問栄養食事指導依頼後の流れ

医師の指示
本人・家族の意思確認
(介)ケアプランへの反映

栄養評価

(介)栄養ケア計画

実施 (月2回まで)

目標達成状況評価

栄養ケア計画書

氏名: 様 性別: 男 年齢: 71歳 依頼年度: 11月12日 氏名より前向きに
氏名より前向きに

利用者が/家族の
意向: できるだけ専門職に任せていただき、食事支援を希望する。

解決すべき課題
(ニーズ): 認知症のリスク 高リスク

長期目標
(ゴール) 状態: フロアにできる程度まで自立して、食生活の維持が望ましい。

| 短期目標と期間 | ① 栄養状態・食事・食生活 | ② 身体 | ③ 精神 | ④ 状態 |
|---|--|------|-------|----------------|
| 1. 適切な食事摂取 状態を維持する | ① 本人、ご本人のからの能力のもと、適切な食事内容を把握し、 栄養計画を作成する。 | ② 体重 | ③ 認知症 | ④ 目標達成 目標達成 |
| 2. フロアにできる程度まで自立して、 食生活の維持を 図る。 | ① 本人、ご本人のからの能力のもと、適切な食事内容を把握し、 栄養計画を作成する。 | ② 体重 | ③ 認知症 | ④ 目標達成 目標達成 |
| 3. 栄養状態を改善する。体重増進、 便秘解消などを用いて栄養状態を チェックし、食事アドバイ スを行う。 | ① 本人、ご本人のからの能力のもと、適切な食事内容を把握し、 栄養計画を作成する。 | ② 体重 | ③ 認知症 | ④ 目標達成 目標達成 |
| 4. 1.3をもち、食事の作りかたが 専門職と連携し、1.3をもちに 適切な食事内容を把握し、 栄養計画を作成する。 | ① 本人、ご本人のからの能力のもと、適切な食事内容を把握し、 栄養計画を作成する。 | ② 体重 | ③ 認知症 | ④ 目標達成 目標達成 |

栄養ケア
計画書

簡易栄養状態評価表
Mini Nutritional Assessment
MNA®

氏名: 性別: 年齢: 依頼年度: 氏名より前向きに
氏名より前向きに

1. 1.3をもち、食事の作りかたが
専門職と連携し、1.3をもちに
適切な食事内容を把握し、
栄養計画を作成する。

栄養アセスメント
(MNA)

一般社団法人是真会HPより



評価に基づく個別的介入 (≠一方的な制限)

「栄養におけるかかりつけ医との連携」

おわりに

1. 高齢者において低栄養は高頻度に認められ、食欲低下、入院、ADL低下・口腔問題等が危険因子となるためリハビリテーション・口腔管理との一体的実施が求められる
2. 低栄養の評価には妥当性のあるスクリーニング法やGLIM基準のような適切な手法を用いることが望まれる
3. 診療報酬・介護報酬においては栄養ケア・ステーションや他の保険医療機関等の管理栄養士と連携して栄養食事指導を実施することが可能である

口腔における かかりつけ医との連携

北海道大学大学院歯学研究院
口腔健康科学分野
高齢者歯科学教室 准教授

渡 邊 裕

はじめに

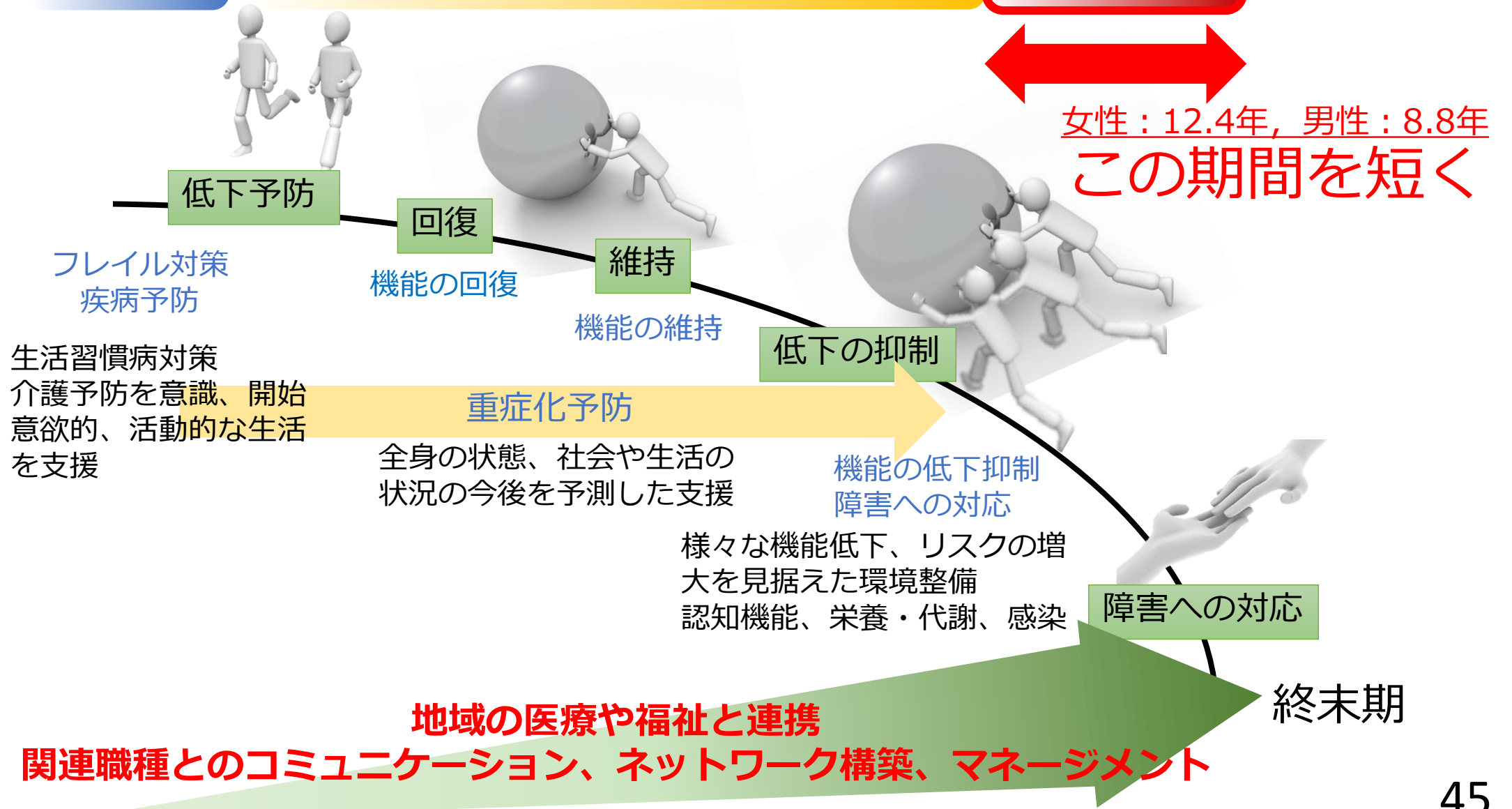
1. 健康と口の関係
2. 口の健康とは
3. 口の健康に関する医科歯科連携

1. 口と健康寿命との関係

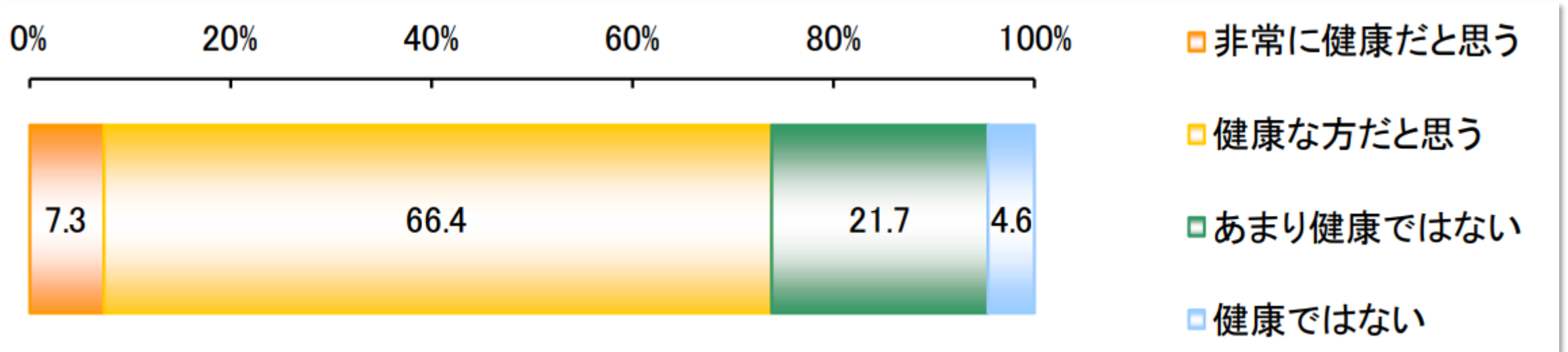
健康

フレイル

要介護



普段健康と感じていますか？



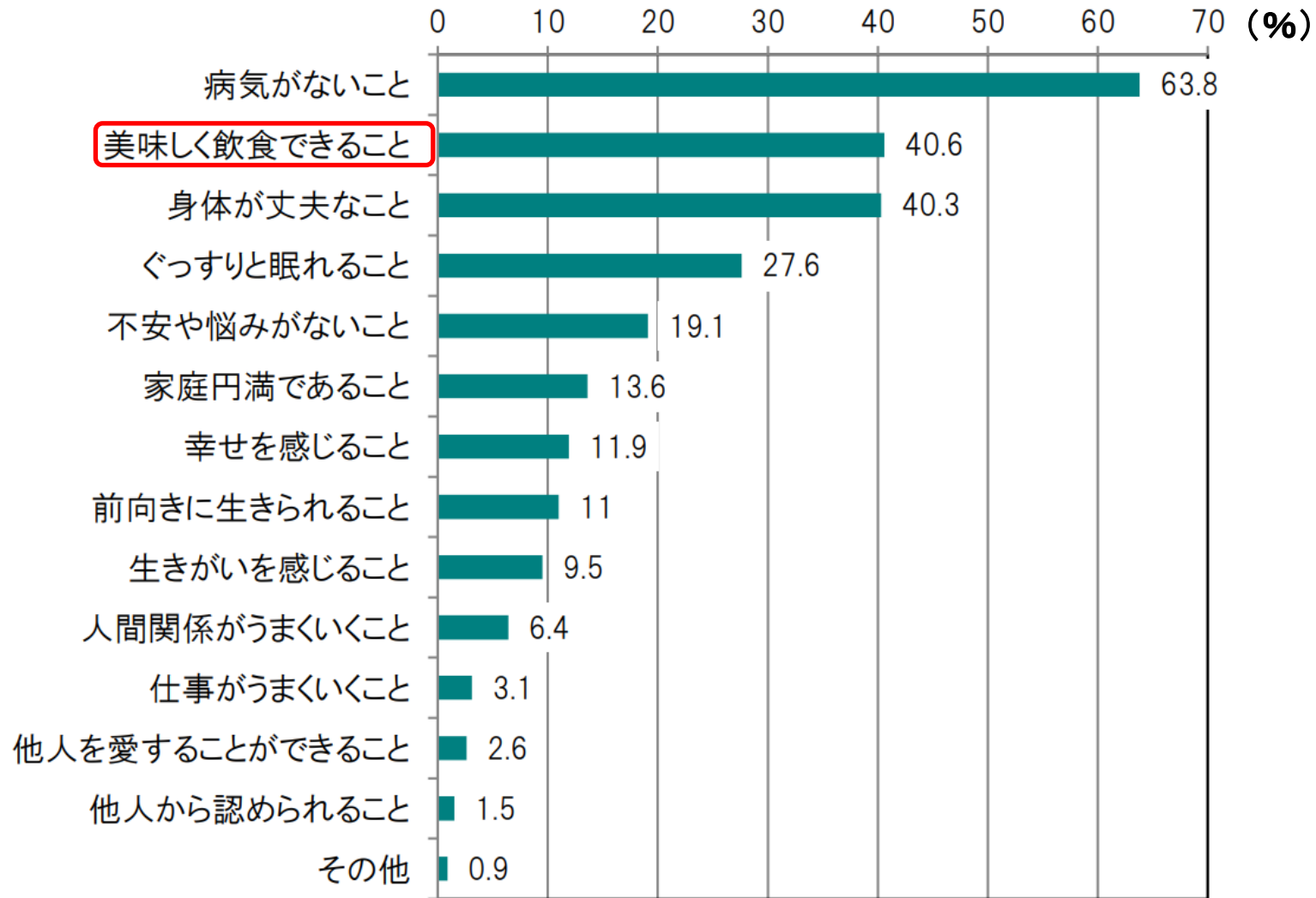
健康でないと思っている人は26.3%

厚生労働省「健康意識に関する調査」：https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/001.pdf

自分が健康だと判断する時に重視すること

- 1.病気がないこと
- 2.身体が丈夫なこと
- 3.ぐっすり眠れること
- 4.美味しく飲食できること
- 5.不安や悩みがないこと
- 6.家庭円満であること
- 7.幸せを感じることに
- 8.前向きに生きられること

自分が健康だと判断する時に重視すること



厚生労働省「健康意識に関する調査」：https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/001.pdf

- 健康の基準は人それぞれ
- 美味しくなんでも食べることができる
- いつまでも健康であるためにも重要



65歳以上5000人を対象とした 健康余命に関する調査

| 咀嚼可能な食品 | % |
|---------------------|------|
| さきいか・たくあん | 69.1 |
| 豚ももゆで・生にんじん・セロリ | 12.7 |
| 油揚げ・酢だこ・白菜の漬物・乾しぶどう | 9.3 |
| ご飯・林檎・つみれ・ゆでたアスパラガス | 6.2 |
| バナナ・煮豆・コーンビーフ・ウエハース | 1.9 |
| どの食品も噛み切れない | 0.8 |

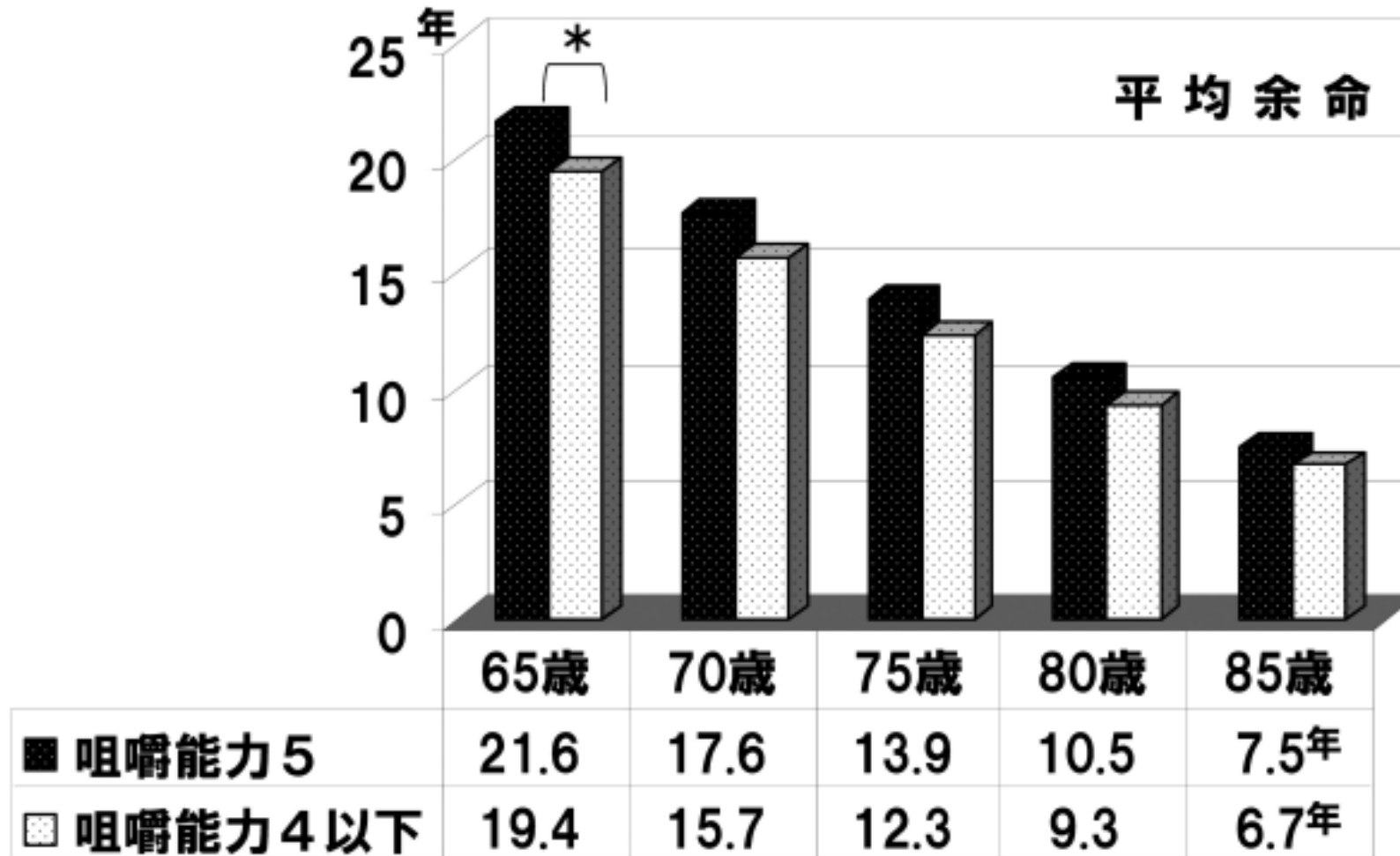
30.9%

(1999 年日本大学「健康と生活に関する調査」より)

那須郁夫 日補綴会誌 2012

那須 郁夫, 咬合咀嚼は健康長寿にどのように貢献しているのか 咀嚼能力の向上は健康余命を延伸する, 日本補綴歯科学会誌, 4巻, 380-387, 2012.

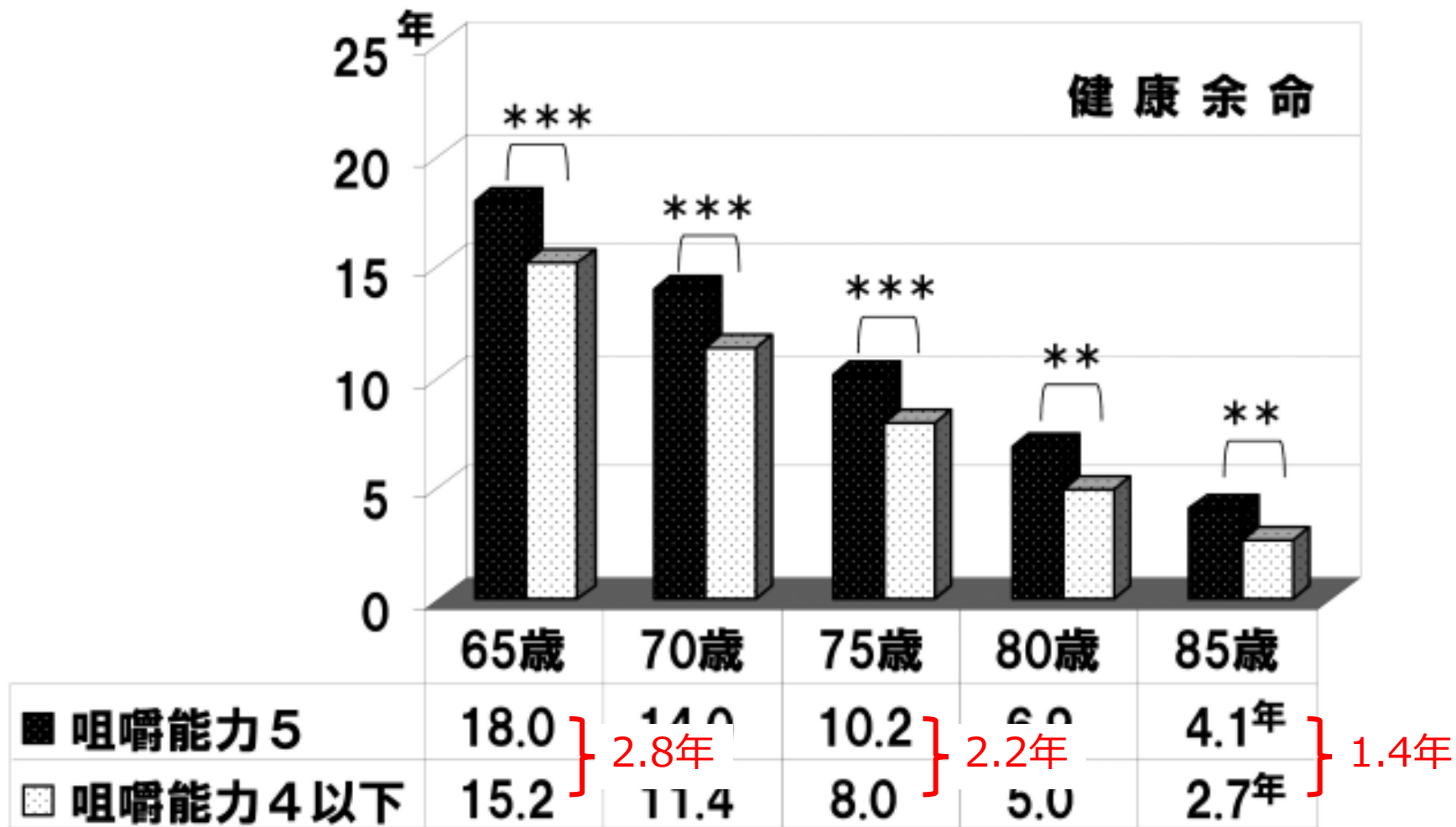
咀嚼能力と平均余命の関係



日本大学「健康と生活に関する調査」 1999-2003年

那須 郁夫, 咬合咀嚼は健康長寿にどのように貢献しているのか 咀嚼能力の向上は健康余命を延伸する, 日本補綴歯科学会誌, 4巻, 380-387, 2012.

咀嚼能力と健康余命の関係

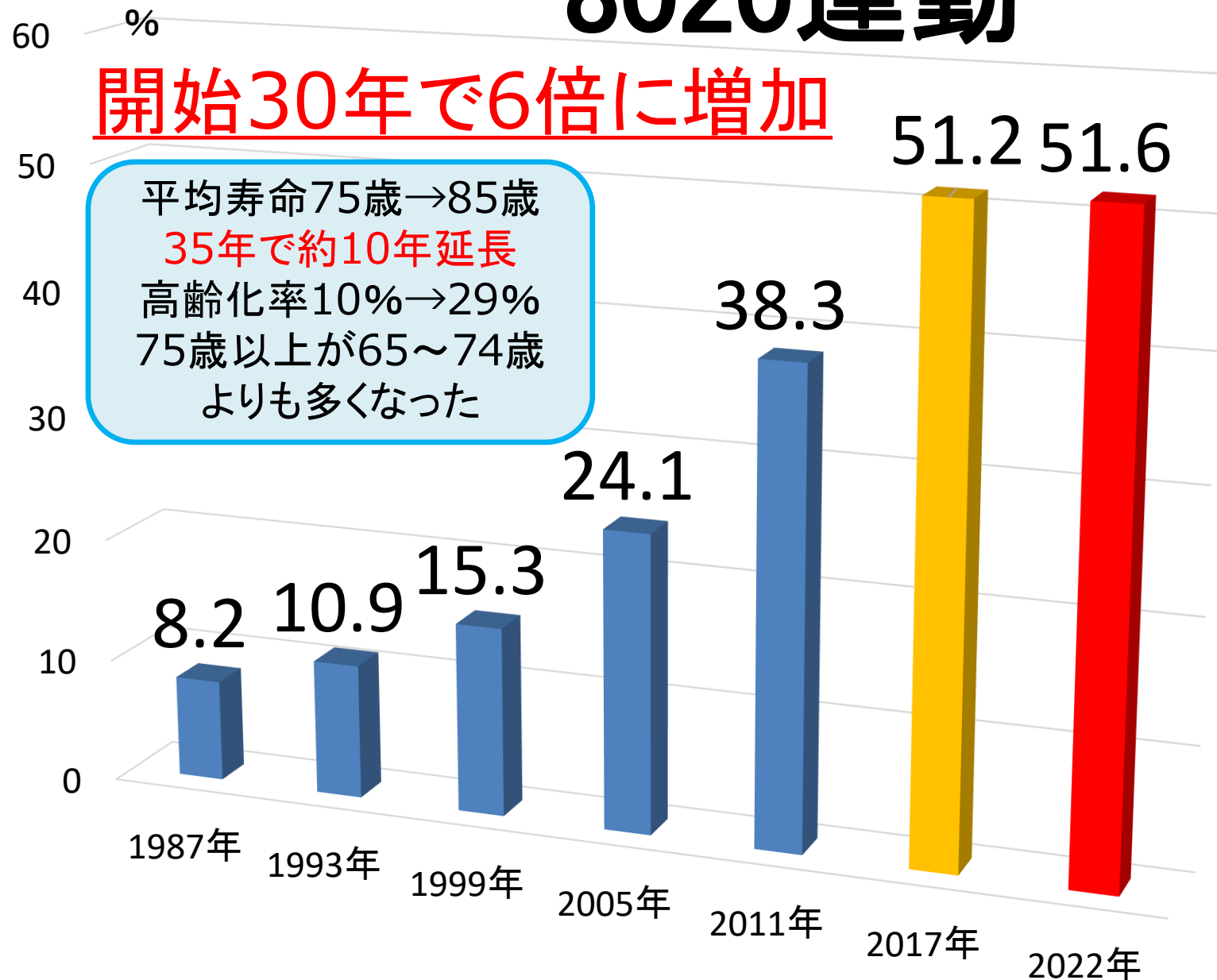


日本大学「健康と生活に関する調査」 1999-2003年

那須 郁夫, 咬合咀嚼は健康長寿にどのように貢献しているのか 咀嚼能力の向上は健康余命を延伸する, 日本補綴歯科学会誌, 4巻, 380-387, 2012.

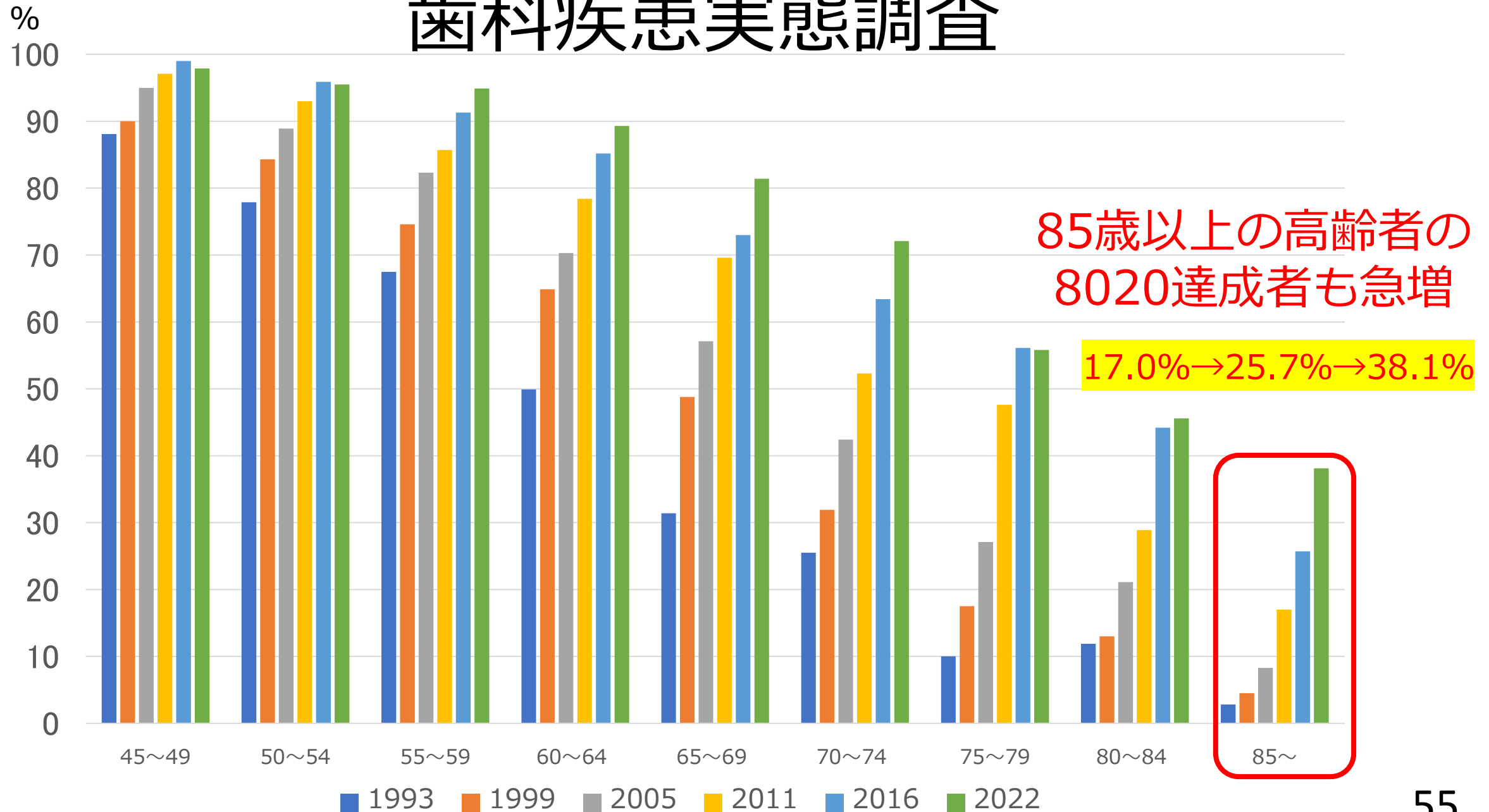
2. 口の健康とは

8020運動



多くの歯を有した
高齢者が増加
↓
歯科疾患(う蝕、
歯周病、欠損)の
急増

歯科疾患実態調査

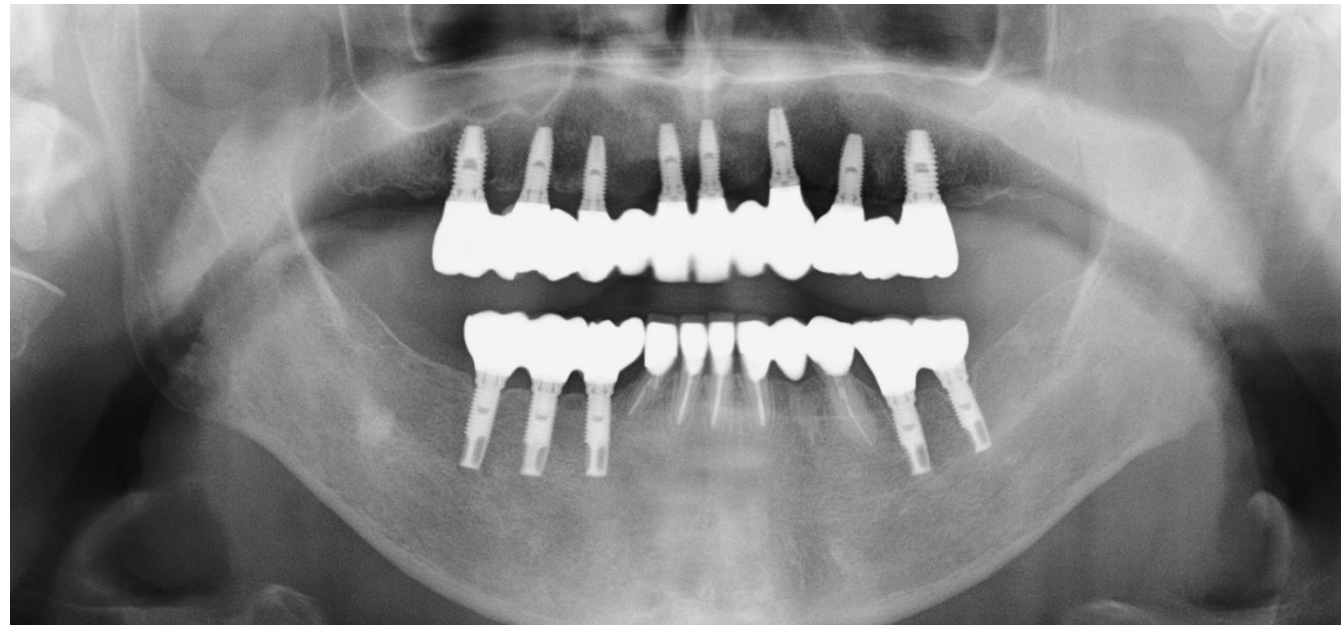
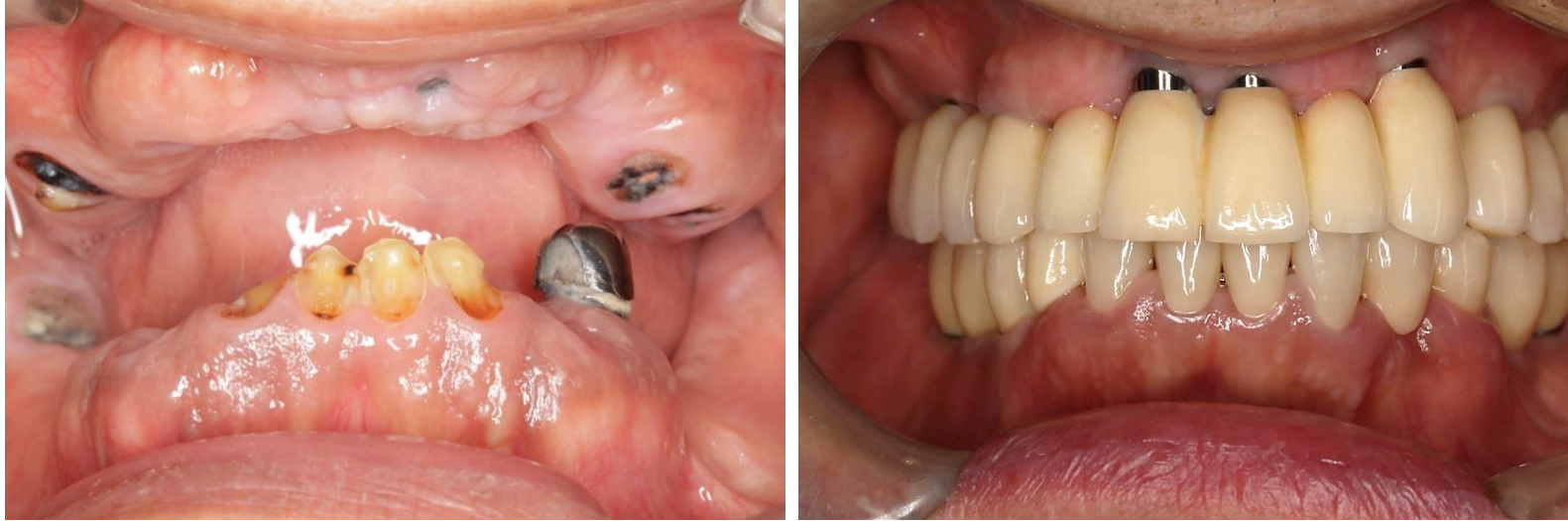


歯があれば

毎日使っている口は老化しないでしょう

食べられなくなることはないでしょう

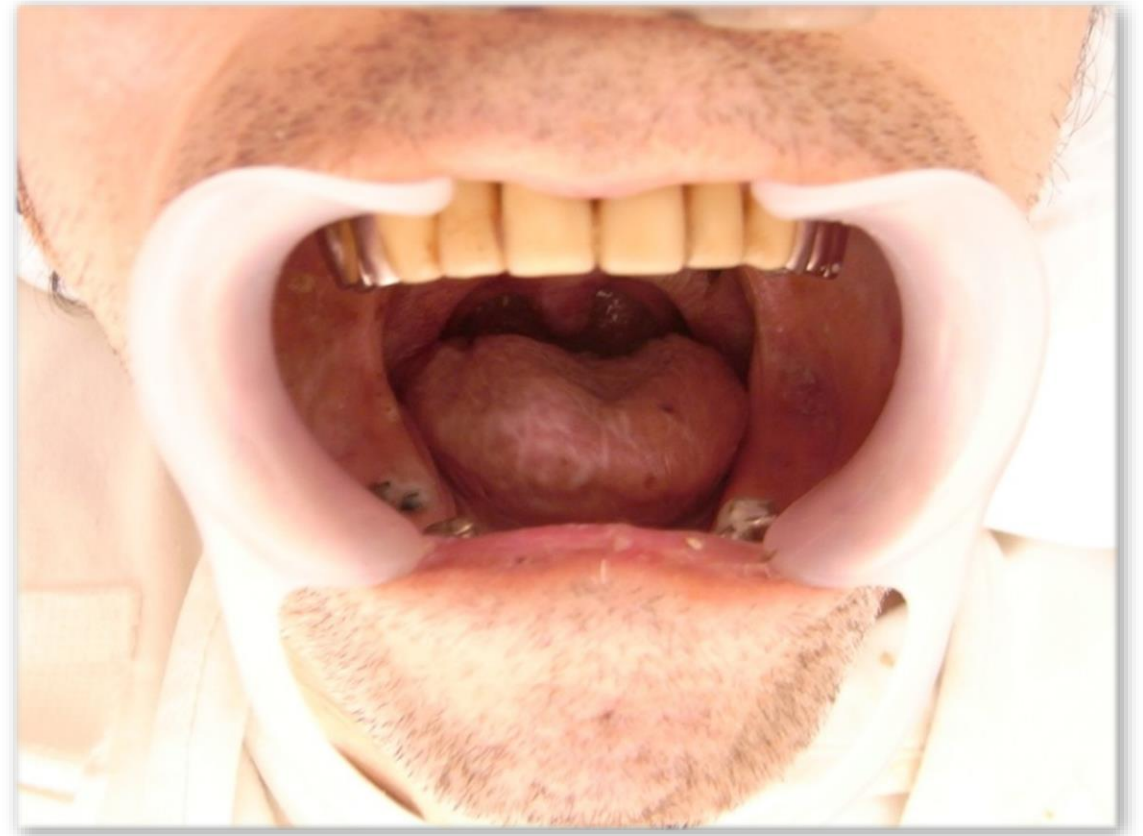
歯科医療技術の進歩



介護施設では



寿命の延伸によって



歯があっても食事が摂れない高齢者の増加

食べる機能

杵：歯・義歯

かえし手
：舌・頬

つき手
：咀嚼筋
咬合力
混和能力

打ち水
：唾液



餅：食塊

臼：口腔

餅米：食物

食べる機能の低下

杵：歯・義歯

古くなってしっかり
つけなくなる

かえし手
：舌・頬

うまく
返せなくなる

つき手
：咀嚼筋
咬合力

つく力、
能力が落ちる

打ち水
：唾液

少なくなる

こびりつく
こぼれる

臼：口腔
咀嚼能力

餅：食塊

餅米：食物



食べる機能の低下

杵：歯・義歯

古くなってしっかり
つけなくなる

最初からお餅を買ってくれば、つかなくて良い
口の機能の低下を自覚しても
食事を変えることで代償できる
やがて口の機能の低下を感じなくなる

舌・頬

返せなくなる

咀嚼筋
咬合力

つく力、
能力が落ちる

打ち水
：唾液

少なくなる

こびりつく
こぼれる

臼：口腔
咀嚼能力

餅：食塊

餅米：食物

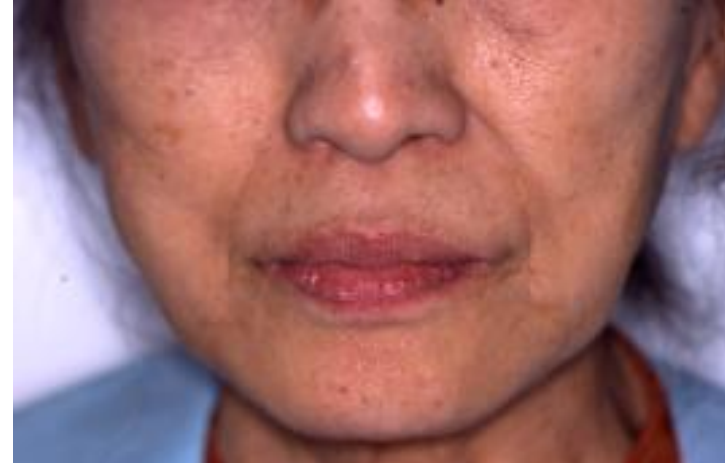
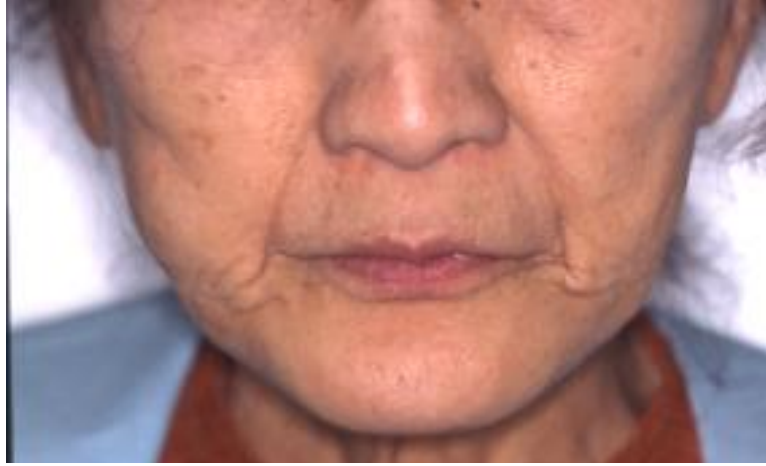
現在の老化のサイン



現在の老化のサイン



容姿は口の健康の重要な要素



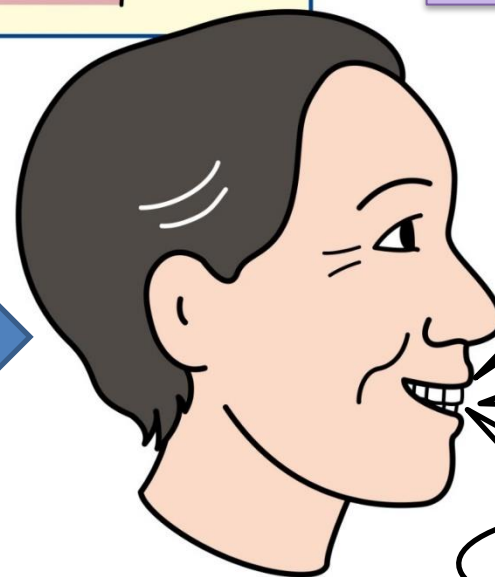
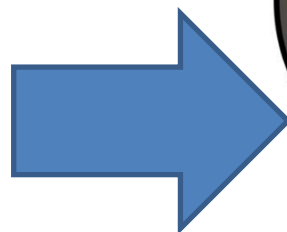
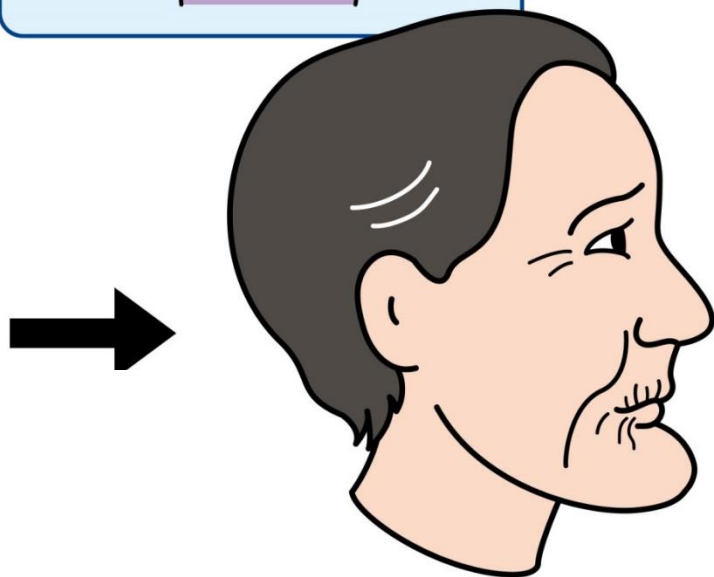
義歯が入っていない状態

義歯を入れた状態

オーラルフレイル



- 食欲
- 意欲
- コミュニケーション
- 活動範囲
- 社会参加
- 精神心理



- 容姿
- 咀嚼
- 会話

地域在住高齢者を対象としたオーラルフレイルと死亡等リスクに関する研究 (柏スタディ)

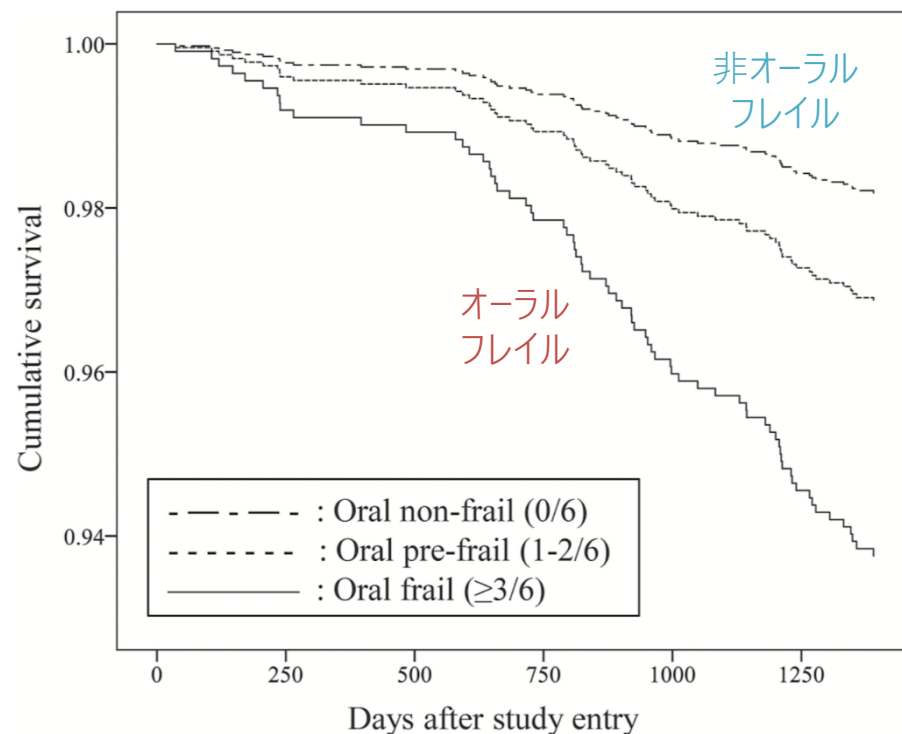
オーラルフレイルを6つの口腔指標の低下で定義

- ① 現在歯数20歯未満
- ② 咀嚼能力：男；14.2、女；10.8 (a*値) 未満
- ③ オーラルディアドコキネシス「タ」：
男；5.2、女；5.4 回/秒未満
- ④ 舌圧：男；27.4、女；26.5 kPa未満
- ⑤ かたいものが食べにくくなりましたか (はい)
- ⑥ お茶や汁物でむせますか (はい)

- ・無該当者：健常者
- ・1-2項目該当者：プレオーラルフレイル
- ・3項目以上該当者：オーラルフレイル

オーラルフレイルと全身状態悪化の関連性

| 新規発症 | HR | 95%CI | P-value |
|---------------|-------------|--------------------|--------------|
| 身体的フレイル | 2.41 | (1.27-4.55) | <0.001 |
| サルコペニア | 2.13 | (1.05-4.58) | 0.032 |
| 要介護認定 | 2.35 | (1.18-4.67) | 0.015 |
| 総死亡リスク | 2.09 | (1.00-4.35) | 0.048 |



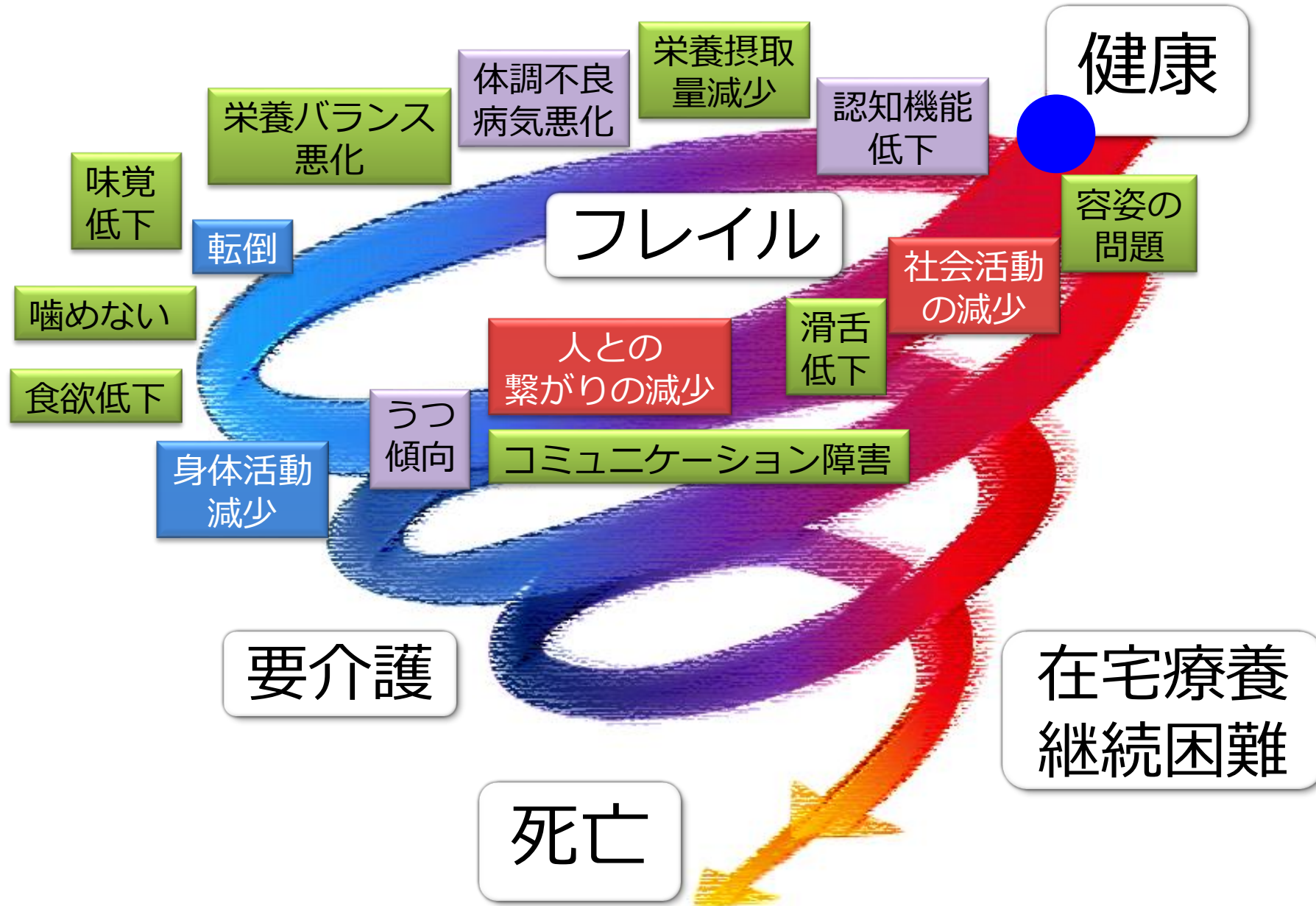
総死亡に対する累積生存曲線

年齢や性別、日常生活動作、栄養状態、認知機能などといった要因をすべて考慮

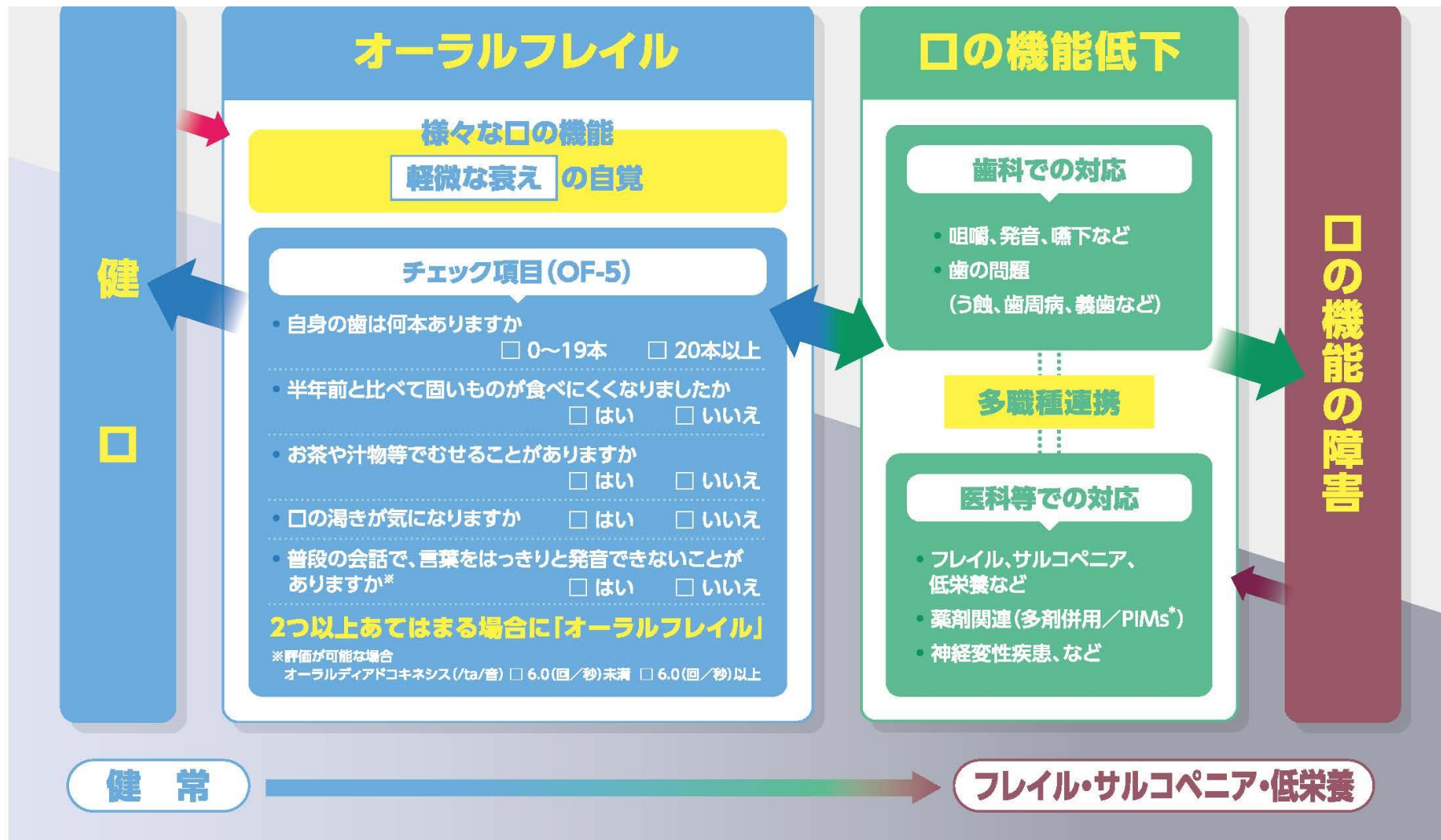
オーラルフレイルはフレイル、サルコペニア、身体機能障害、死亡のすべて発生に影響していた。

Tanaka T, Takahashi K, Hirano H, Kikutani T, Watanabe Y, Ohara Y, Furuya H, Tsuji T, Akishita M, Iijima K. Oral Frailty as a Risk Factor for Physical Frailty and Mortality in Community-Dwelling Elderly. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2017 Nov 17. doi: 10.1093/gerona/glx225.

フレイルリティサイクル（オーラルフレイル版）



★ オーラルフレイル概念図 専門職種向け



*Potentially Inappropriate Medications (潜在的に不適切な処方)

一般社団法人 日本老年医学会
一般社団法人 日本老年歯科医学会
一般社団法人 日本サルコペニア・フレイル学会

オーラルフレイルに関する3学会合同ステートメント：
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/important_info/pdf/20240401_01_01.pdf

3. 口の健康に関する医科歯科連携

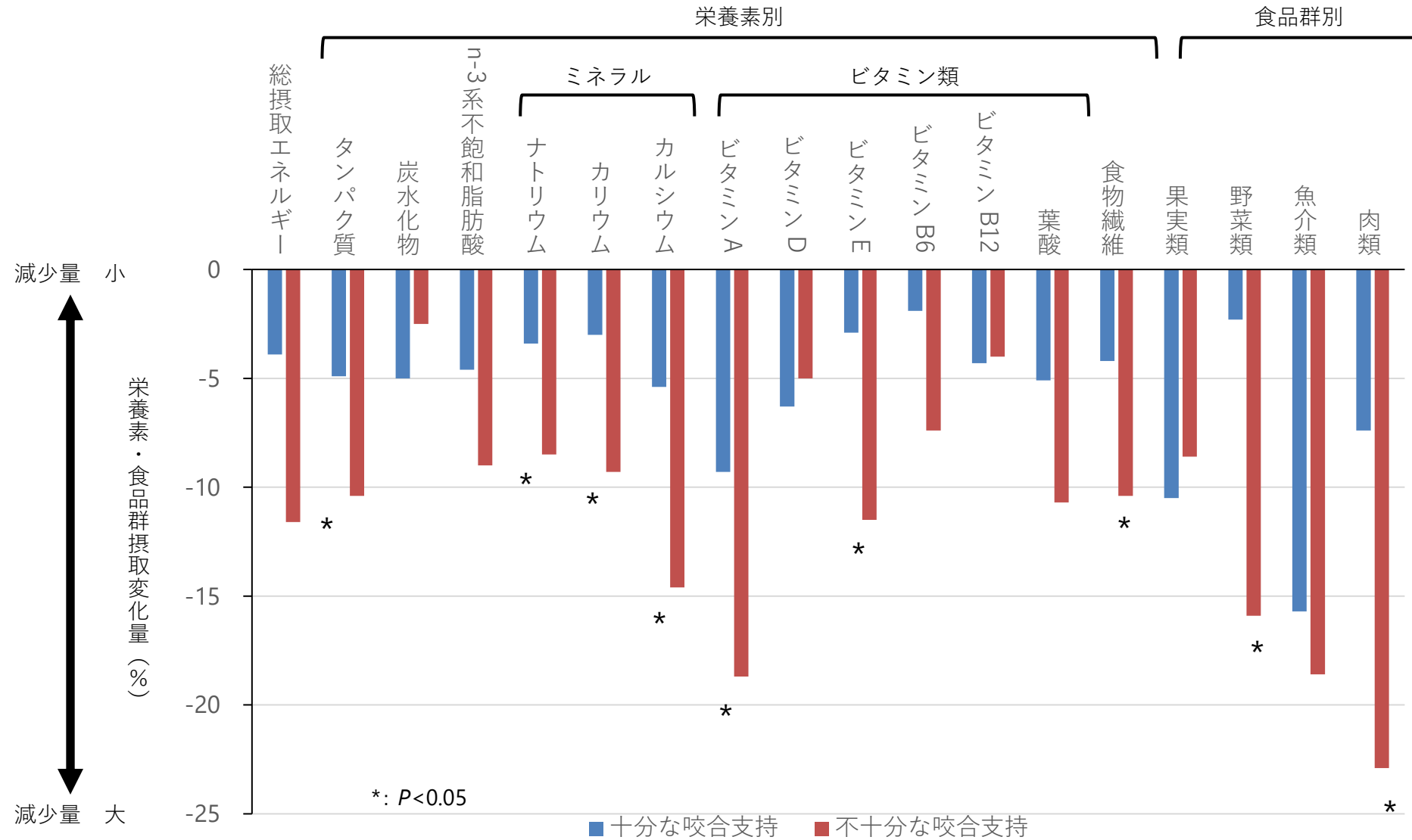
咀嚼しなくてよい食事



咀嚼が必要な食事

栄養バランスが良い
たんぱく質が多く、糖質が少ない
味が感じやすい
満足感が得られやすい
口腔機能が維持される

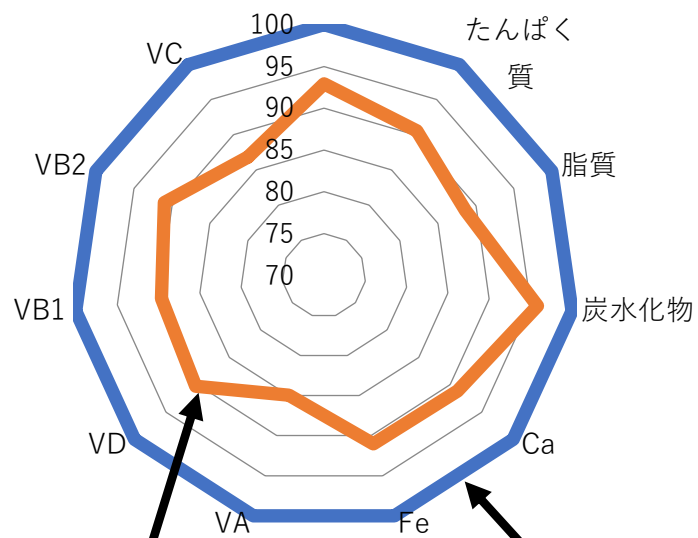
咬合の有無に関する栄養素別、食品群別の摂取量の変化量 (%) の比較



Iwasaki M, Yoshihara A, Ogawa H, Sato M, Muramatsu K, Watanabe R, Ansai T, Miyazaki H. Longitudinal association of dentition status with dietary intake in Japanese adults aged 75 to 80 years. J Oral Rehabil. 2016 Oct;43(10):737-44.

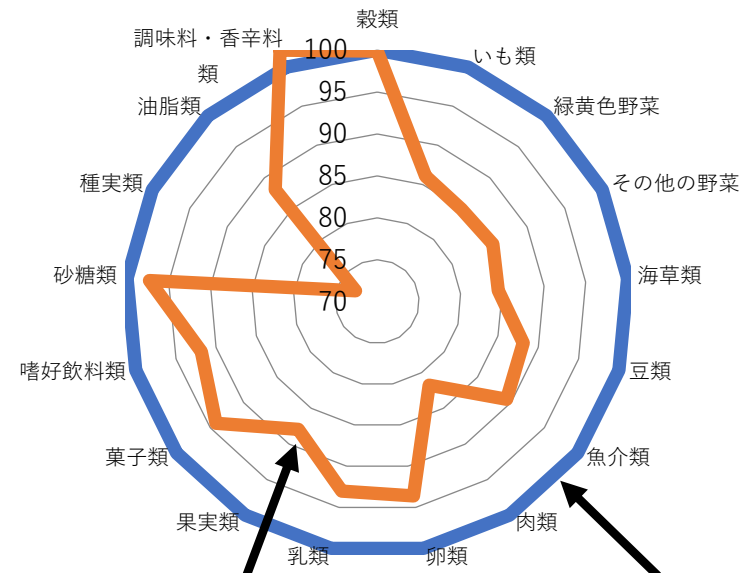
咀嚼力と食品群別・栄養素等別摂取量

栄養素等摂取量 エネルギー



噛めないグループ (Yellow box) 噛めるグループ (Blue box)

食品群別摂取量



噛めないグループ (Yellow box) 噛めるグループ (Blue box)

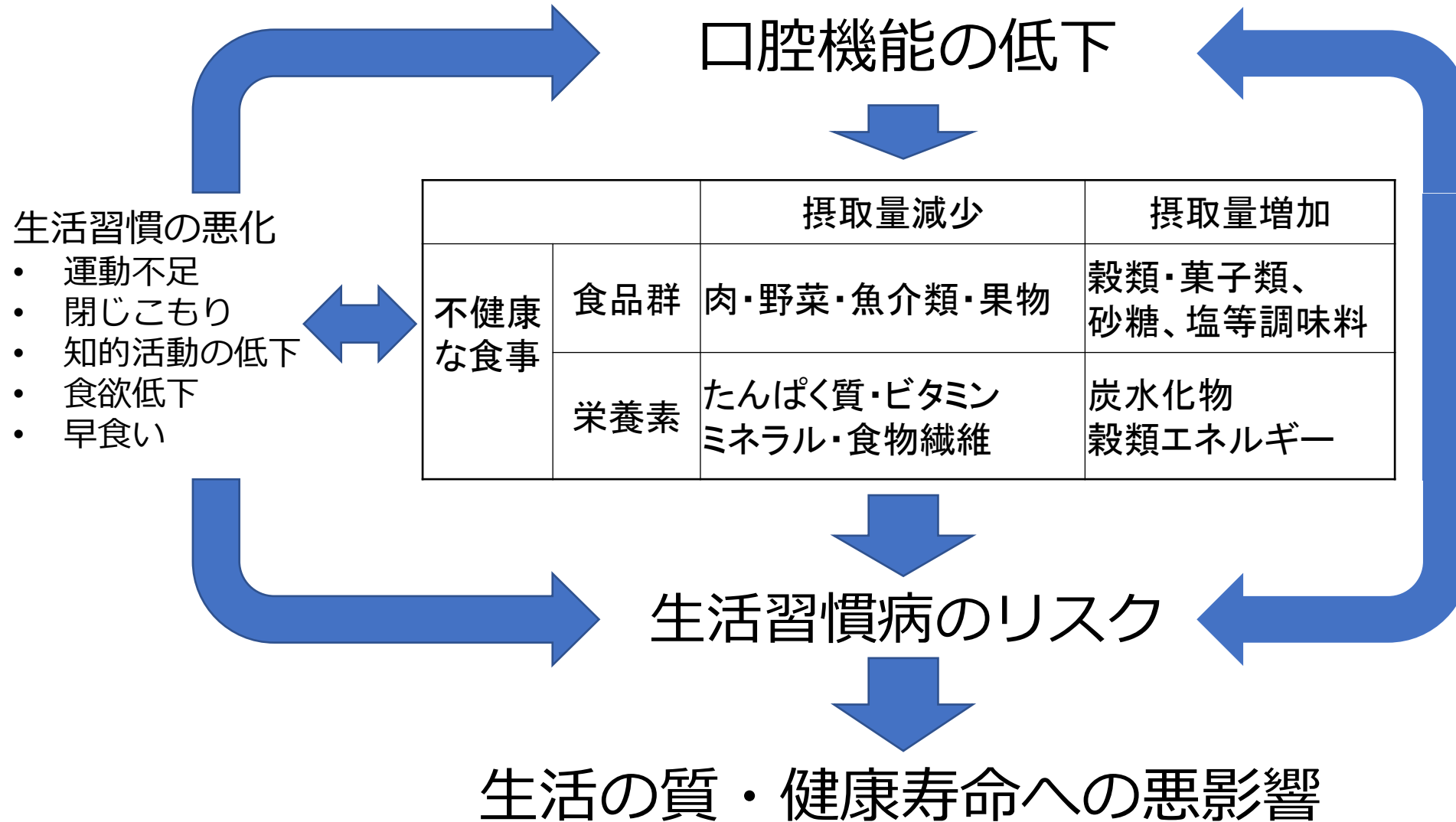


地域在住高齢者700名
咀嚼力判定ガムによる判定
(1,2,3) ⇒ 噛めない (4,5) ⇒ 噛める
性・年齢を調整

よく噛めるグループに比較して、噛めないグループは多くの栄養素、食品群別摂取量で低値を認めた。特に10%以上低値を認めたのは、**栄養素：たんぱく質、脂質、鉄、VA、VC**であり、**食品群別摂取量：いも類、緑黄色野菜、その他の野菜、海藻類、豆類、魚介類、肉類、種実類**であった。

本川 佳子. (2019). 高齢期の栄養ケア 歯科と栄養の連携. 老年歯科医学 34, 81-85.

口腔機能低下による栄養への影響





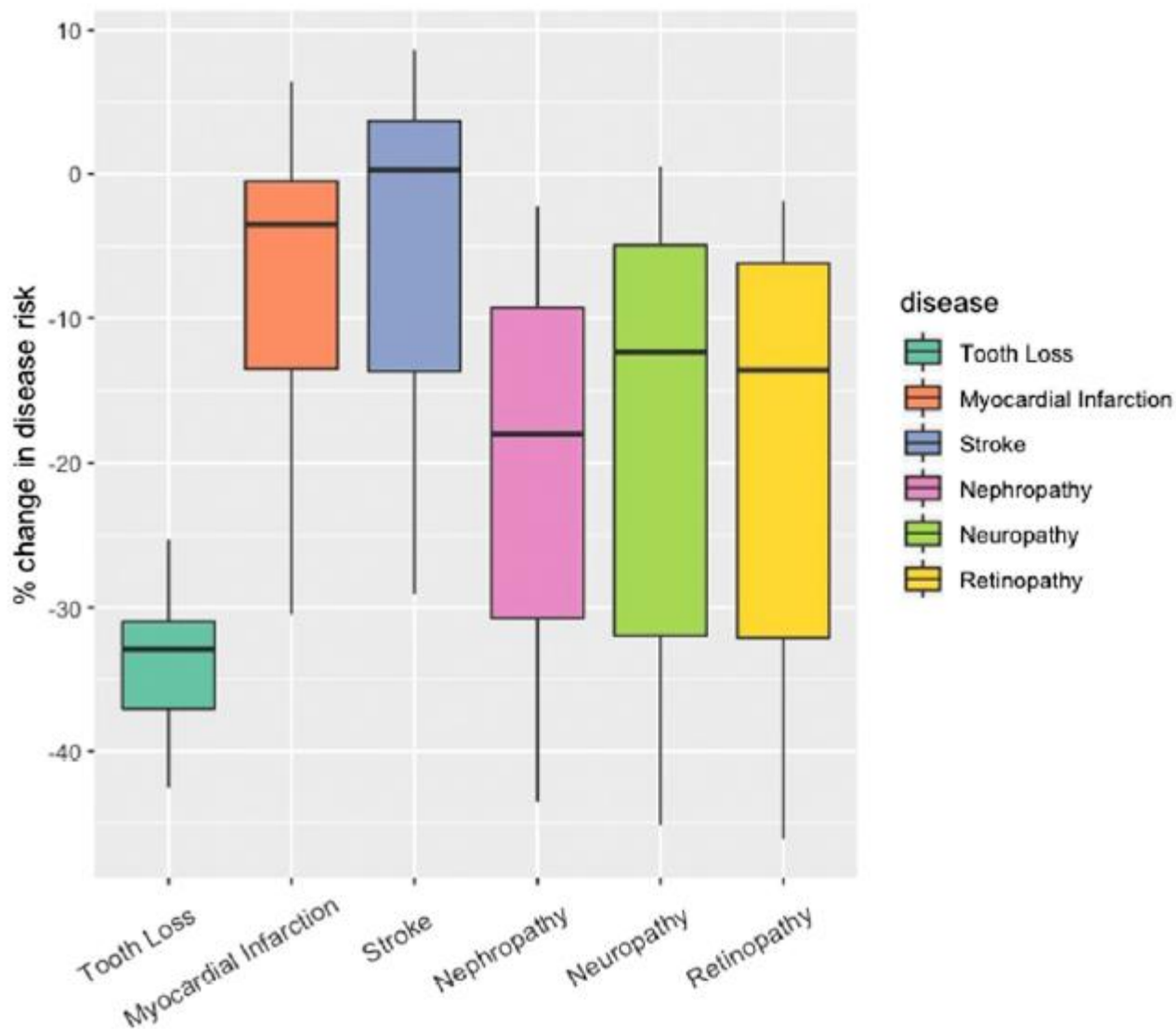
Impact of Treating Oral Disease on Preventing Vascular Diseases: A Model-Based Cost-effectiveness Analysis of Periodontal Treatment Among Patients With Type 2 Diabetes

Sung Eun Choi,¹ Corneliu Sima,² and Ankur Pandya³

<https://doi.org/10.2337/dc19-1201>

2型糖尿病患者の歯周病を治療すると、合併症が大幅に抑制されるとともに、糖尿病治療全体の費用対効果も向上する可能性が報告

米ハーバード大学歯学部の研究によるもので、米国では保険者の一部が、糖尿病などの慢性疾患患者の歯周病に対する非外科的治療の保険適用を開始した。この研究は、このような口腔疾患の治療適用拡大で期待される、2型糖尿病患者の臨床アウトカムへの影響と費用対効果の検証を試みた。2009～2014年の米国国民健康栄養調査(NHANES)、および2型糖尿病患者を対象に歯周病治療の効果を検討したランダム化比較試験のデータを用いた。



歯周病治療の直接的効果として歯の喪失が34.1%抑制された。

糖尿病による腎症が20.5%、神経障害が17.7%、網膜症が19.2%抑制されると推計された。

医療費については、治療の適用拡大によって歯周病治療に要するコストが新たに発生するにも関わらず、医療費のトータルコストは患者1人当たり5,904ドル(約65万円)節約された。調整生存年(Quality-adjusted life year ; QALY)が0.6年延長すると予測された。

口腔状態が不良な2型糖尿病患者に歯周病治療を勧めることは、健康状態を改善し、かつ医療費の節約につながり費用対効果が高い

咀嚼と血糖値との関係

北海道大学の山仲勇二郎准教授と札幌国際大学スポーツ指導学科の大塚吉則教授らの研究グループは、健常成人を対象に、異なる咀嚼回数（1口あたり10回あるいは40回）で食事をした際に食後の血糖値及び血糖値の調節を担う膵ホルモン・インスリンの分泌が朝と夜で異なるかを比較

結果、食後の血糖値は、朝に40回咀嚼を行った条件で最も低くなり、食後30分のインスリン分泌量の上昇に關与することを発見

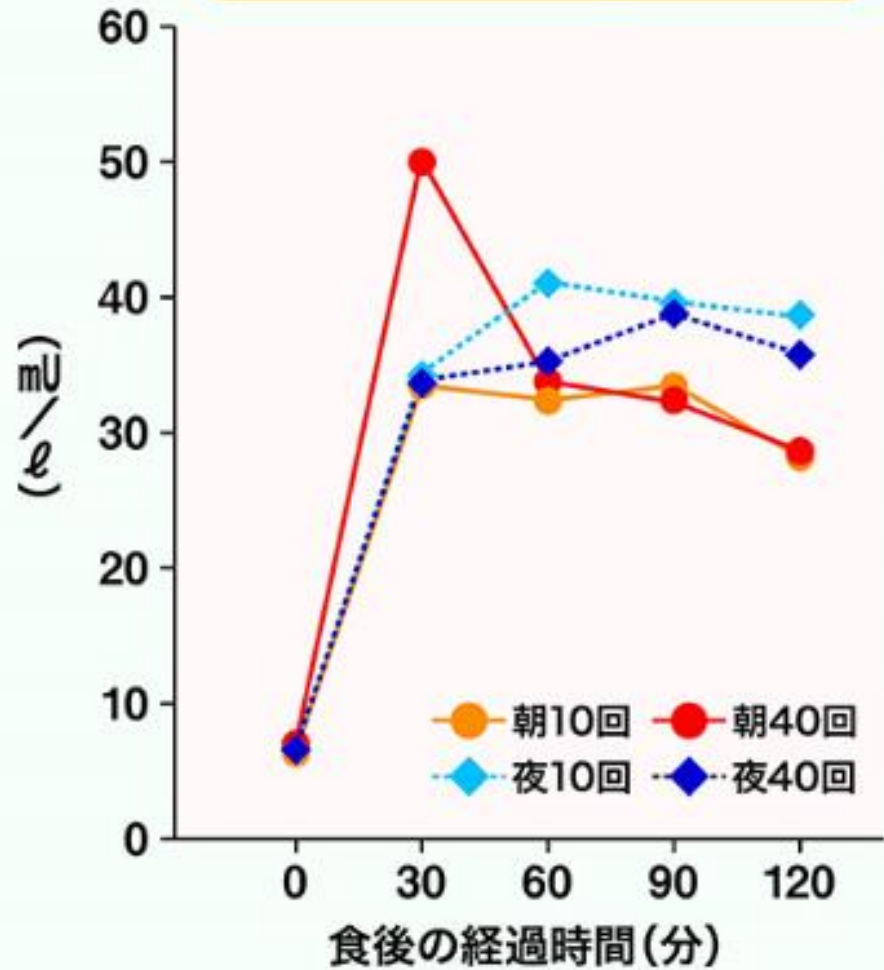
- よく噛むことが、満腹感が早期に得られ食事が抑えられること
- 食欲に関わるホルモン分泌に影響すること
- 食後のエネルギー消費量を増加させることで肥満の予防につながる

が実証され、よく噛むことによる血糖値の調節作用が1日の中で異なることが明らかになった

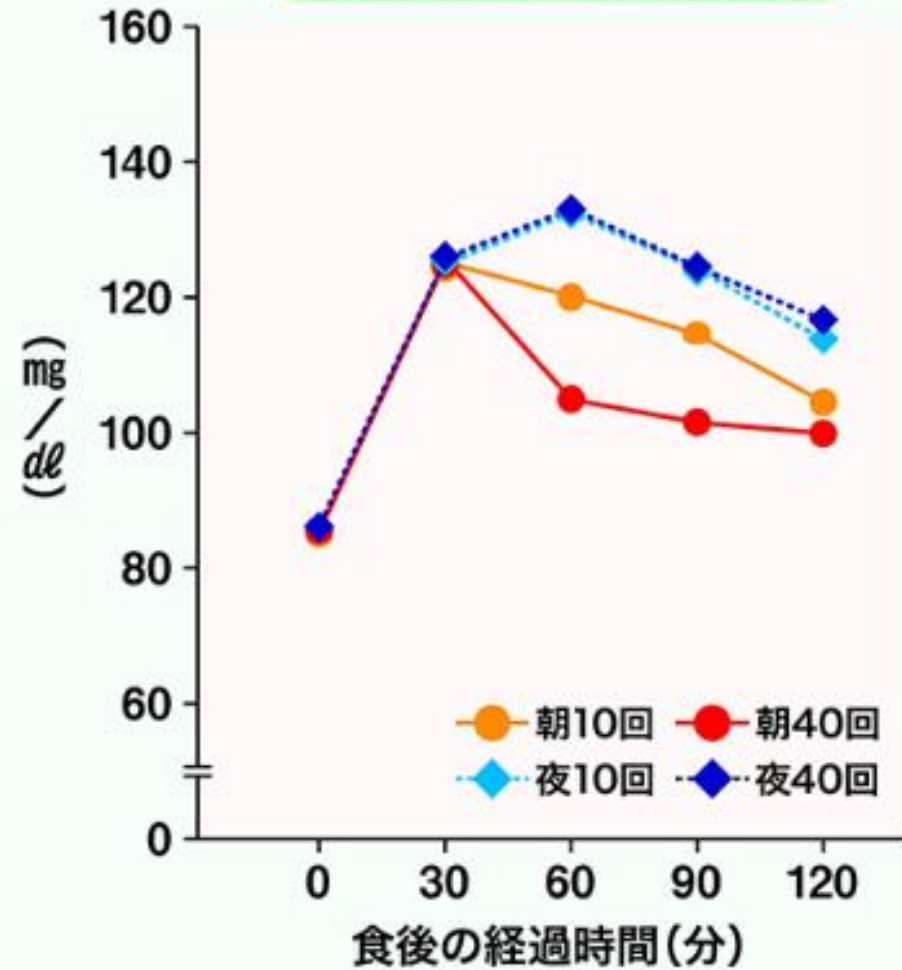
「よく噛んで食事をする」という古くから実践されてきた健康な食習慣の根拠が示された。

Sato A, Ohtsuka Y, Yamanaka Y. Morning Mastication Enhances Postprandial Glucose Metabolism in Healthy Young Subjects. Tohoku J Exp Med. 2019 Nov;249(3):193-201.

インスリン分泌量の変化



血糖値の変化



Sato A, Ohtsuka Y, Yamanaka Y. Tohoku J Exp Med.2019

朝40回噛んで食べると血糖がすぐに落ちる、インシュリンの分泌もすぐに増加

噛むこと研究室より引用 : <https://www.lotte.co.jp/kamukoto/body/1068>

2024年度診療報酬改定

診療所と200床未満の病院における外来糖尿病診療での
指導管理「生活習慣病管理料ⅠまたはⅡ」を行う

生活習慣病管理料の算定要件

糖尿病のある人には歯科への受診勧奨を行う

【13. 糖尿病と歯周病】

CQ13-5歯周治療は血糖コントロールの改善に有効か？

- 2型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性があり、推奨される。

[推奨グレードA]

日本糖尿病学会「糖尿病診療ガイドライン2019」



入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する 口腔の健康状態の評価

| 項目番号 | 項目 | 評価 | 評価基準 |
|------|-------------------------|--|---|
| 1 | 開口 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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「できない」とする。 |
| 2 | 歯の汚れ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。 |
| 3 | 舌の汚れ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。 |
| 4 | 歯肉の腫れ、出血 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。 |
| 5 | 左右両方の奥歯で しっかりかみしめられる | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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「できない」とする。 |
| 6 | むせ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。 |
| 7 | ブクブクうがい※1 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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「できない」とする。 |
| 8 | 食物のため込み、残留※2 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。 |
| 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。 |

※1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。（誤嚥のリスクも鑑みて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可）

※2 食事の観察が可能な場合は確認する。（改めて実施頂く事項ではないため空欄可）

バーセルインデックス (Barthel Index)

| 項目 | 点数 | 項目 | 点数 |
|--------------|-----------|--------------|-----------|
| 食事 | 10・5・0 | 歩行 | 15・10・5・0 |
| 車椅子からベッドへの移動 | 15・10・5・0 | 階段昇降 | 10・5・0 |
| 整容 | 5・0 | 着替え | 10・5・0 |
| トイレ動作 | 10・5・0 | 排便コントロール | 10・5・0 |
| 入浴 | 5・0 | 排尿コントロール | 10・5・0 |
| | | 合計得点(/100点) | |

栄養状態 栄養状態の評価は、GLIM基準を用いて行う。



GLIM基準による判定 低栄養非該当 低栄養 (中等度低栄養 重度低栄養)

※ 詳細については、日本臨床栄養代謝学会 (JSPEN) ホームページ「GLIM基準について」を参照

口腔状態

| 項目 | 評価 | |
|---------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 歯の汚れ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 歯肉の腫れ、出血 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない |
| 義歯の使用 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

年 月 日

情報提供先事業所 _____ 医療機関の所在地及び名称 _____
 担当 _____ 殿 ← 電話番号 _____
 FAX番号 _____
 医師氏名 _____ 印 _____

| | | | |
|------|--------------------|---|---------|
| 患者氏名 | (ふりがな) | 男 | 〒 |
| | 生年月日:西暦 年 月 日 (歳) | 女 | 連絡先 () |

1. 患者の病状、経過等

(1) 診断名 (生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病については1.に記入) 及び発症年月日

| | |
|---|-------------------|
| 1 | 発症年月日 (西暦 年 月 日頃) |
| 2 | 発症年月日 (西暦 年 月 日頃) |
| 3 | 発症年月日 (西暦 年 月 日頃) |

(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び治療内容

(3) 病状等の説明内容と患者の希望

(4) 日常生活の自立度等について

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(5) 栄養・口腔に関する情報

下記参照 別紙様式50等参照

摂食方法: 経口 経管栄養 静脈栄養 食物アレルギー: なし あり ()

摂食嚥下機能障害: なし あり 水分とろみ: なし あり (薄い・ 中間・ 濃い)

食形態: 主食 米飯 軟飯 全粥 その他 () 副食 普通 軟菜 その他 ()

義歯使用: なし あり (部分・ 総) 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる: できる できない

歯の汚れ: なし あり 歯肉の腫れ、出血: なし あり

在宅生活における留意点:

(6) 服薬に関する情報

内服薬: なし あり (入院後の内服薬変更: なし あり) 一包化の必要性: なし あり

服薬介助: 自立 一部介助 (介助内容:) 全介助

退院時処方: なし あり (退院日含め 日分) 服薬アレルギー: なし あり ()

在宅生活における留意点:

(7) 療養上の工夫点 (医療上の留意点、安全の配慮等)

なし あり

→工夫点 (例: ご本人の見えない位置にカテーテルを固定した等):

(8) 入院期間

入院日: 年 月 日 退院日: 年 月 日

リハビリテーション実施計画書

| | | | | | |
|--|-----------|---|-----------------|-----------------|-----------------|
| 患者氏名 氏名(姓・名) | | 性別 (男・女) | 年齢 (歳) | 計画開始年月日 (年 月 日) | |
| 療養病名 | | 治療内容 | 発症日・手術日 (年 月 日) | リハ開始日 (年 月 日) | |
| 併存疾患・合併症 | | <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法 <input type="checkbox"/> 安静度・リスク | 禁忌・特記事項 | | |
| 心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS・GCS) <input type="checkbox"/> 呼吸機能障害 <input type="checkbox"/> 循環系 ()L/min <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環系 <input type="checkbox"/> EF ()% <input type="checkbox"/> 不整脈 (有・無) <input type="checkbox"/> 危険因子 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 () <input type="checkbox"/> 栄養障害 () <input type="checkbox"/> 排泄機能障害 () <input type="checkbox"/> 褥瘡 () <input type="checkbox"/> 疼痛 () <input type="checkbox"/> その他 () | | <input type="checkbox"/> 関節可動域制限 () <input type="checkbox"/> 拘縮・変形 () <input type="checkbox"/> 筋力低下 () <input type="checkbox"/> 運動機能障害 () <input type="checkbox"/> 痛痺 () <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> パキンソニズム <input type="checkbox"/> 筋緊張異常 () <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 () <input type="checkbox"/> 音声・発話障害 () <input type="checkbox"/> 構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 () <input type="checkbox"/> 精神行動障害 () <input type="checkbox"/> 見当識障害 () <input type="checkbox"/> 記憶障害 () <input type="checkbox"/> 発達障害 () <input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害 | | | |
| 基本動作 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 座位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 立位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 日常生活活動(動作)(実行状況) ※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載 | | | | | |
| 運動 | セルフケア | 項目 | FIM | BI | 使用用具及び 介助内容等 |
| | | 食事 | → | 10・5・0 → 10・5・0 | |
| | 整容 | → | 5・0 → 5・0 | | |
| | 清拭・入浴 | → | 5・0 → 5・0 | | |
| | 更衣(上半身) | → | 10・5・0 → 10・5・0 | | |
| | 更衣(下半身) | → | 10・5・0 → 10・5・0 | | |
| | トイレ | → | 10・5・0 → 10・5・0 | | |
| | 排泄 | 項目 | FIM | BI | |
| | 排尿コントロール | → | 10・5・0 → 10・5・0 | | |
| | 排便コントロール | → | 10・5・0 → 10・5・0 | | |
| 移乗 | 項目 | FIM | BI | | |
| トイレ | → | 15・10 → 15・10 | | | |
| 浴槽・シャワー | → | 5・0 → 5・0 | | | |
| 移動 | 項目 | FIM | BI | | |
| 歩行 (杖・装具:) | → | 15・10 → 15・10 | | | |
| 車椅子 | → | 5・0 → 5・0 | | | |
| 階段 | → | 10・5・0 → 10・5・0 | | | |
| 小計 (FIM 13-91, BI 0-100) | → | → | → | | |
| 認知 | コミュニケーション | 理解 | → | → | |
| | 表現 | → | → | → | |
| | 社会的交流 | → | → | → | |
| | 社会認識 | 問題解決 | → | → | |
| | 記憶 | → | → | → | |
| 小計 (FIM 5-35) | → | → | → | | |
| 合計 (FIM 18-126) | → | → | → | | |
| 栄養(※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入) | | | | | |
| 基礎情報 <input type="checkbox"/> 身長(*1): ()cm <input type="checkbox"/> 体重: ()kg <input type="checkbox"/> BMI(*1): ()kg/m ² *1:身長測定が困難な場合は最新可 栄養供給方法(複数選択可) <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 補助食品, <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他, <input type="checkbox"/> 静脈 <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心 嚥下調整の必要性: (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (学会分類コード)) 栄養状態の評価: ① GLIM基準による評価(成人のみ):判定 <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養(中等度低栄養, <input type="checkbox"/> 重度低栄養) ② 該当項目 表頭型(<input type="checkbox"/> 体重減少, <input type="checkbox"/> 低BMI, <input type="checkbox"/> 筋肉量減少) 病因 <input type="checkbox"/> 食事摂取量減少/消化吸収能低下, <input type="checkbox"/> 疾病負荷/炎症 【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】 必要栄養量 ()kcal 熱量: ()kcal たんぱく質量 ()g *2:入院後等で不足な場合は調整栄養量でも可 総摂取栄養量(経口・経管・経静脈栄養の合計(*2)) 熱量: ()kcal たんぱく質量 ()g | | | | | |
| 口腔(※回復期リハビリテーション病棟入院料1・2を算定する場合は必ず記入) | | | | | |
| 義歯の使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 歯肉の腫れ・出血: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 歯の汚れ(<input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし) 左右両方の歯槽でしっかりとみられる(<input type="checkbox"/> できない, <input type="checkbox"/> できる) その他 () | | | | | |
| 社会保険サービスの申請状況 ※該当あるもののみ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 要介護状態区分等 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 療育手帳・支援手帳 <input type="checkbox"/> その他(聴病等) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 保障措置手帳 <input type="checkbox"/> 要介護状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) 種 級 保障措置手帳 障害程度 | | | | | |
| 目標(1ヶ月) | | 目標(終了時) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 予定入院期間() <input type="checkbox"/> 退院先() <input type="checkbox"/> 長期的・継続的にケアが必要 | | | |
| 治療方針(リハビリテーション実施方針) | | 治療内容(リハビリテーション実施内容) | | | |
| リハ担当医 _____ 主治医 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 看護師 _____ 管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____ | | 説明を受けた人:本人、家族() 説明日: 年 月 日 署名 _____ | | | |
| 説明者署名 _____ | | 説明者署名 _____ | | | |

リハビリテーション実施計画書

| | | | | | |
|--|-----------|---|-----------------|-----------------|-----------------|
| 患者氏名 氏名(姓・名) | | 性別 (男・女) | 年齢 (歳) | 計画開始年月日 (年 月 日) | |
| 療養病名 | | 治療内容 | 発症日・手術日 (年 月 日) | リハ開始日 (年 月 日) | |
| 併存疾患・合併症 | | <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法 <input type="checkbox"/> 安静度・リスク | 禁忌・特記事項 | | |
| 心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS・GCS) <input type="checkbox"/> 呼吸機能障害 <input type="checkbox"/> 循環系 ()L/min <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環系 <input type="checkbox"/> EF ()% <input type="checkbox"/> 不整脈 (有・無) <input type="checkbox"/> 危険因子 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 () <input type="checkbox"/> 栄養障害 () <input type="checkbox"/> 排泄機能障害 () <input type="checkbox"/> 褥瘡 () <input type="checkbox"/> 疼痛 () <input type="checkbox"/> その他 () | | <input type="checkbox"/> 関節可動域制限 () <input type="checkbox"/> 拘縮・変形 () <input type="checkbox"/> 筋力低下 () <input type="checkbox"/> 運動機能障害 () <input type="checkbox"/> 痛痺 () <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> パキンソニズム <input type="checkbox"/> 筋緊張異常 () <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 () <input type="checkbox"/> 音声・発話障害 () <input type="checkbox"/> 構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 () <input type="checkbox"/> 精神行動障害 () <input type="checkbox"/> 見当識障害 () <input type="checkbox"/> 記憶障害 () <input type="checkbox"/> 発達障害 () <input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害 | | | |
| 基本動作 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 座位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 立位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 日常生活活動(動作)(実行状況) ※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載 | | | | | |
| 運動 | セルフケア | 項目 | FIM | BI | 使用用具及び 介助内容等 |
| | | 食事 | → | 10・5・0 → 10・5・0 | |
| | 整容 | → | 5・0 → 5・0 | | |
| | 清拭・入浴 | → | 5・0 → 5・0 | | |
| | 更衣(上半身) | → | 10・5・0 → 10・5・0 | | |
| | 更衣(下半身) | → | 10・5・0 → 10・5・0 | | |
| | トイレ | → | 10・5・0 → 10・5・0 | | |
| | 排泄 | 項目 | FIM | BI | |
| | 排尿コントロール | → | 10・5・0 → 10・5・0 | | |
| | 排便コントロール | → | 10・5・0 → 10・5・0 | | |
| 移乗 | 項目 | FIM | BI | | |
| トイレ | → | 15・10 → 15・10 | | | |
| 浴槽・シャワー | → | 5・0 → 5・0 | | | |
| 移動 | 項目 | FIM | BI | | |
| 歩行 (杖・装具:) | → | 15・10 → 15・10 | | | |
| 車椅子 | → | 5・0 → 5・0 | | | |
| 階段 | → | 10・5・0 → 10・5・0 | | | |
| 小計 (FIM 13-91, BI 0-100) | → | → | → | | |
| 認知 | コミュニケーション | 理解 | → | → | |
| | 表現 | → | → | → | |
| | 社会的交流 | → | → | → | |
| | 社会認識 | 問題解決 | → | → | |
| | 記憶 | → | → | → | |
| 小計 (FIM 5-35) | → | → | → | | |
| 合計 (FIM 18-126) | → | → | → | | |
| 栄養(※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入) | | | | | |
| 基礎情報 <input type="checkbox"/> 身長(*1): ()cm <input type="checkbox"/> 体重: ()kg <input type="checkbox"/> BMI(*1): ()kg/m ² *1:身長測定が困難な場合は最新可 栄養供給方法(複数選択可) <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 補助食品, <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他, <input type="checkbox"/> 静脈 <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心 嚥下調整の必要性: (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (学会分類コード)) 栄養状態の評価: ① GLIM基準による評価(成人のみ):判定 <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養(中等度低栄養, <input type="checkbox"/> 重度低栄養) ② 該当項目 表頭型(<input type="checkbox"/> 体重減少, <input type="checkbox"/> 低BMI, <input type="checkbox"/> 筋肉量減少) 病因 <input type="checkbox"/> 食事摂取量減少/消化吸収能低下, <input type="checkbox"/> 疾病負荷/炎症 【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】 必要栄養量 ()kcal 熱量: ()kcal たんぱく質量 ()g *2:入院後等で不足な場合は調整栄養量でも可 総摂取栄養量(経口・経管・経静脈栄養の合計(*2)) 熱量: ()kcal たんぱく質量 ()g | | | | | |
| 口腔(※回復期リハビリテーション病棟入院料1・2を算定する場合は必ず記入) | | | | | |
| 義歯の使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 歯肉の腫れ・出血: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 歯の汚れ(<input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし) 左右両方の歯槽でしっかりとみられる(<input type="checkbox"/> できない, <input type="checkbox"/> できる) その他 () | | | | | |
| 社会保険サービスの申請状況 ※該当あるもののみ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 要介護状態区分等 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 療育手帳・支援手帳 <input type="checkbox"/> その他(聴病等) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 保障措置手帳 <input type="checkbox"/> 要介護状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) 種 級 保障措置手帳 障害程度 | | | | | |
| 目標(1ヶ月) | | 目標(終了時) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 予定入院期間() <input type="checkbox"/> 退院先() <input type="checkbox"/> 長期的・継続的にケアが必要 | | | |
| 治療方針(リハビリテーション実施方針) | | 治療内容(リハビリテーション実施内容) | | | |
| リハ担当医 _____ 主治医 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 看護師 _____ 管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____ | | 説明を受けた人:本人、家族() 説明日: 年 月 日 署名 _____ | | | |
| 説明者署名 _____ | | 説明者署名 _____ | | | |

口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の確認及び情報提供文書

(別紙様式●)

口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の確認及び情報提供文書

〔西暦〕 年 月 日

歯科医療機関（居宅介護支援事業所）の所在地及び名称 _____ 介護事業所の所在地及び名称 _____

電話番号 _____ 電話番号 _____

FAX番号 _____ FAX番号 _____

担当者氏名 _____ 管理者氏名 _____

_____ 実施者氏名 _____

利用者氏名 (ふりがな) _____ 男・女 _____ 年 月 日 生 _____ 連絡先 () _____

基本情報

| | |
|-------------|---|
| 要介護度 | <input type="checkbox"/> 要支援 (□ 1 □ 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5) |
| 基礎疾患 | <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他の精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 誤嚥性肺炎の発症・既往 | <input type="checkbox"/> あり (直近の発症日:〔西暦〕 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし |
| 麻痺 | <input type="checkbox"/> あり (部位: □ 手 □ 顔 □ その他) <input type="checkbox"/> なし |
| 摂食方法 | <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 |
| 現在の歯科受診について | かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診 <input type="checkbox"/> あり (最終受診日:〔西暦〕 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし |
| 義歯の使用 | <input type="checkbox"/> あり (□ 部分・□ 全部) <input type="checkbox"/> なし |
| 口腔清掃の自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 (介助方法:) <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 現在の処方 | <input type="checkbox"/> あり (薬剤名:) <input type="checkbox"/> なし |

| 項目番号 | 項目 | 評価 | 評価基準 |
|------|---------------------|--|---|
| 1 | 開口 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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「できない」とする。 |
| 2 | 歯の汚れ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。 |
| 3 | 舌の汚れ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。 |
| 4 | 歯肉の腫れ、出血 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。 |
| 5 | 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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「できない」とする。 |
| 6 | むせ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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、食後の痕がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」とする。 |
| 7 | ブクブクうがい※1 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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「できない」とする。 |
| 8 | 食物のため込み、残留※2 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。 |
| 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。 |

※1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。(誤嚥のリスクも鑑みて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

※2 食事の観察が可能な場合は確認する。(改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

| | | |
|---------------------|---|---|
| 歯科医師等による口腔内等の確認の必要性 | <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い | ・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、歯科専門職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専門職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。 |
| 歯科医療機関への伝達事項 | 自由記載: | |
| 介護支援専門員への伝達事項 | 自由記載: | |



口腔衛生の管理に係る口腔の健康状態の確認

(別紙様式●)

口腔衛生の管理に係る口腔の健康状態の確認

〔西暦〕 年 月 日

利用者氏名 (ふりがな) _____ 男・女 _____ 年 月 日 生 _____ ※基本情報は、入所時評価以外に変更が無ければ記載の省略可

基本情報

| | |
|-------------|---|
| 要介護度 | <input type="checkbox"/> 要支援 (□ 1 □ 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5) |
| 基礎疾患 | <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他の精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 誤嚥性肺炎の発症・既往 | <input type="checkbox"/> あり (直近の発症日:〔西暦〕 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし |
| 麻痺 | <input type="checkbox"/> あり (部位: □ 手 □ 顔 □ その他) <input type="checkbox"/> なし |
| 摂食方法 | <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 |
| 現在の歯科受診について | かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診 <input type="checkbox"/> あり (最終受診日:〔西暦〕 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし |
| 義歯の使用 | <input type="checkbox"/> あり (□ 部分・□ 全部) <input type="checkbox"/> なし |
| 口腔清掃 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 (介助方法:) <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 現在の処方 | <input type="checkbox"/> あり (薬剤名:) <input type="checkbox"/> なし |

評価 入所時 2回目以降 (前回:〔西暦〕 年 月 日) 評価者氏名: _____

| 項目番号 | 項目 | 評価 | 評価基準 |
|------|---------------------|--|---|
| 1 | 開口 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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「できない」とする。 |
| 2 | 歯の汚れ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。 |
| 3 | 舌の汚れ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。 |
| 4 | 歯肉の腫れ、出血 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。 |
| 5 | 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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「できない」とする。 |
| 6 | むせ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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、食後の痕がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」とする。 |
| 7 | ブクブクうがい※1 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 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「できない」とする。 |
| 8 | 食物のため込み、残留※2 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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「あり」とする。 |
| 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。 |

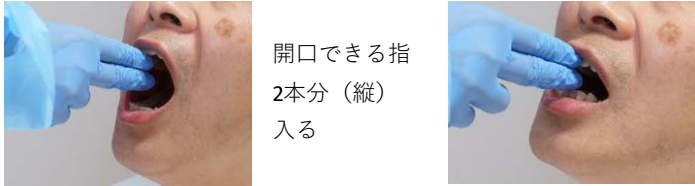



※1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。(誤嚥のリスクも鑑みて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

※2 食事の観察が可能な場合は確認する。(改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

| | | |
|---------------------|---|---|
| 歯科医師等による口腔内等の確認の必要性 | <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い | ・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、歯科専門職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専門職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。 |
| 自由記載欄 | | |

口腔の健康状態の確認

(1/2)

| 項目番号 | 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 | <p>・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3cm以下）には「2」につける。</p>  | <p>・開口できなければ、口腔の健康状態の確認は行えないことから、歯科医師等との連携は必須</p> <p>・開口保持ができない場合は、口腔清掃不良となる可能性が高い。また、舌骨上筋群の筋力低下から嚥下障害も疑われる。</p> |
| 2 | 歯の汚れ | 1.なし | 2.あり | <p>・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。</p>  <p>乾燥した汚れ 歯の根元と根に白色の汚れ 歯石 歯全体に汚れ</p> | <p>・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。</p> |
| 3 | 舌の汚れ | 1.なし | 2.あり | <p>・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。</p>  <p>正常舌 白苔（口腔カンジダ） 茶（舌苔、汚れ） 黒（黒毛舌）</p> | <p>・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。</p> <p>・むし歯の存在や義歯の不適合が原因で汚れている可能性や、口唇・舌・頬などの動きが低下し、自浄作用が低下している可能性も考慮する。</p> <p>・口腔カンジダ症や貧血など免疫低下や低栄養といった全身の問題も疑われる。</p> |
| 4 | 歯肉の腫れ、出血 | 1.なし | 2.あり | <p>・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。</p>  <p>健全な歯肉 腫れた歯肉 腫れて出血した歯肉</p> | <p>・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。</p> <p>・歯周病の悪化は糖尿病等の全身疾患との関連も報告されている。</p> |





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評価に関する基本的な考え方

<https://www.jads.jp/assets/pdf/basic/r06/document-240325.pdf> (日本歯科医学会)

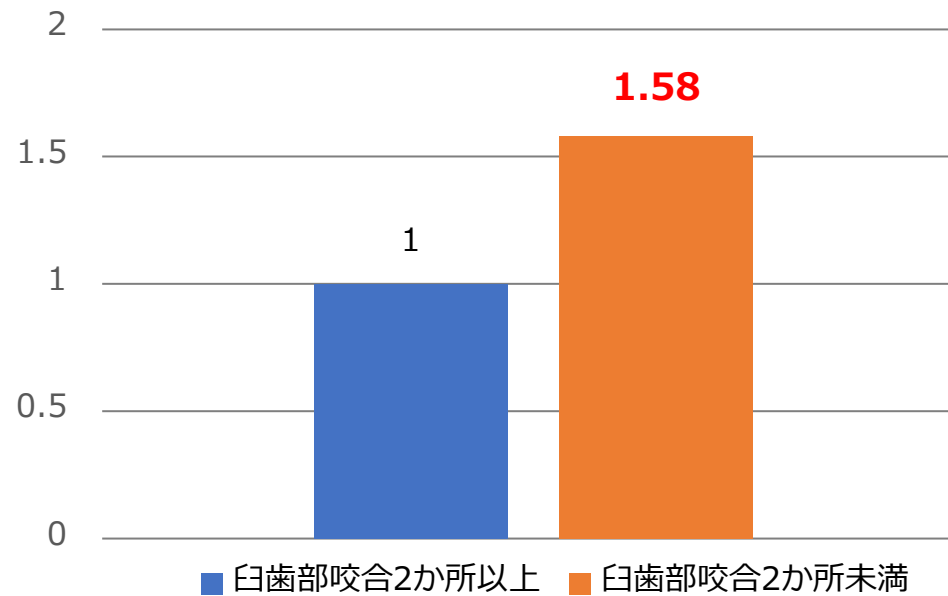
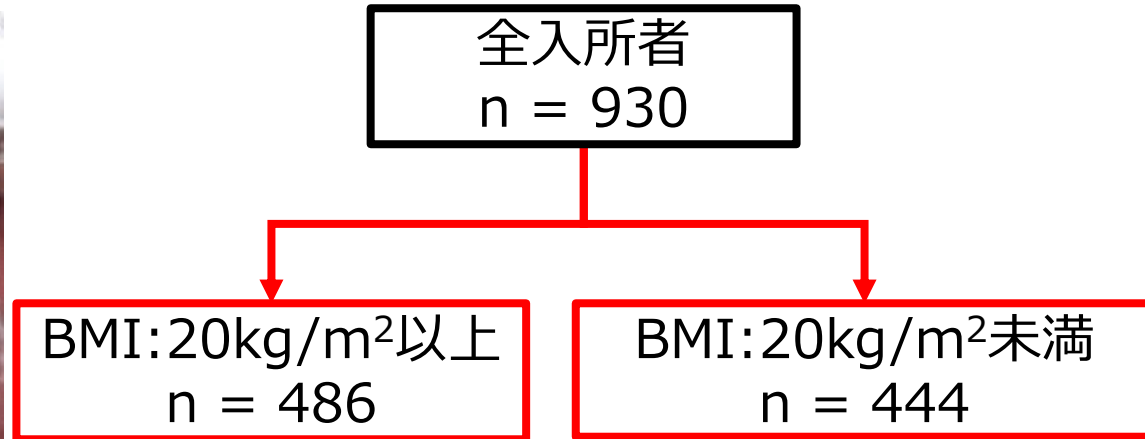
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会 「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」 西岡心大、渡邊裕

口腔の健康状態の確認

(2 / 2)

| | | | | |
|---|---------------------|----------------|--|--|
| 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 | <p>・奥歯がない部分があっても、本人にしっかりかみしめられないとの訴えがある場合や、義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は2.「できない」とする。</p>  <p>義歯でしっかりかみあっている 左右上下の奥歯はすべてある 右の上下の奥歯がない</p> | <p>・奥歯がない場合に、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。</p> |
| 6 | むせ | 1. なし 2. あり | <p>・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、息が荒くなる等がある場合は2.「あり」とする。</p>  <p>むせ 呼吸切迫 解説動画</p> | <p>・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。 ・唾液や食物等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。 ・不顕性誤嚥がある者は「むせ」がある者よりも誤嚥性肺炎の可能性が高い状態といえ、医療機関との連携が必須である。</p> |
| 7 | ぶくぶくうがい※1 | 1. できる 2. できない | <p>・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せた頬を左右に動かせない場合は2.「できない」とする。</p>  <p>できる できない 解説動画</p> | <p>・ぶくぶくうがいの可否は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。 ・口腔機能の低下とともに、口腔衛生管理が困難となる要因の一つである。</p> |
| 8 | 食物のため込み、残留※2 | 1. なし 2. あり | <p>・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.「あり」とする。</p>  <p>食物が残っている 義歯に食物がついている 解説動画</p> | <p>・摂食嚥下障害の可能性はある。 ・口腔機能と食事形態があっていない可能性がある。 ・食事形態の検討や、摂食嚥下機能の精査、訓練等が必要な状態である。</p> |

臼歯部の咬合と低BMIとの関連（介護保険施設入所者）



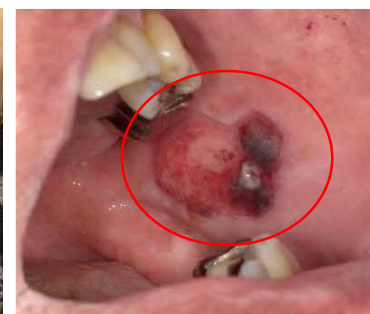
年齢、性別、BI、CDR、機能歯数、嚥下機能、口腔衛生管理、肺炎、脳血管疾患、糖尿病、うつ病の既往を調整



⇒動揺して抜けかけている上の奥歯。

⇒義歯のバネがかかる歯が破折し、義歯が不安定になっている。

⇒歯が欠け、鋭縁で唇を傷つけている。



⇒顎の関節が脱臼し、口が閉じられない状態である。閉口「できない」の評価も必要である。

⇒左の頬の粘膜の誤って噛むことによる傷。繰り返す傷や治らない傷も確認する。

⇒頬の粘膜の口腔カンジダ症による白い塊の付着である。口腔カンジダ症は舌や頬の粘膜等広く症状がでることがある。



⇒舌の口内炎。

⇒義歯による傷。

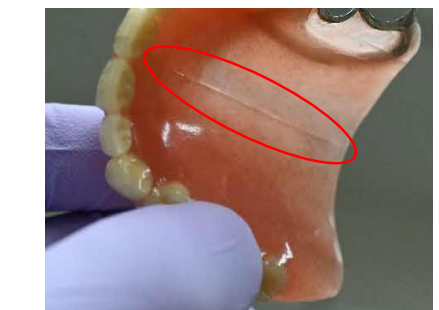
⇒下の歯肉の傷。



⇒高齢者に多い歯の根元の虫歯。放置すると歯の頭の部分とれる可能性がある。

⇒根だけの状態。

⇒骨が出ている状態。（骨粗鬆症等で処方されるビスフォスフォネート薬等で起こりやすい）



⇒義歯のカビ

⇒義歯が割れている。

⇒義歯にヒビが入っている。

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評価に関する基本的な考え方 <https://www.jads.jp/assets/pdf/basic/r06/document-240325.pdf> (日本歯科医学会)

- 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 歯科疾患がある可能性が高く、更なる悪化や誤嚥性肺炎などの全身疾患への進行を防ぐために、歯科医師等による確認が必要。
- その他の項目等も含め、判断が難しい場合には一度、歯科医師等に相談することが望ましい。

病院に入院している患者等においては、患者の主治の医師に口腔の健康状態の評価結果を報告し、その上で歯科医療機関との連携が必要であると判断された場合は、患者や家族の意向等を踏まえ、かかりつけ歯科医等に口腔の健康状態の評価結果等の情報提供を行い連携する。

かかりつけ医の日常診療において 口腔に関してどのような指導・アドバイスがあるか

口の問題によって

- 人と会うこと、外出を避ける
- 口をあけて笑えない、食べられない、話せない
- 噛めない、美味しくない、食事が面倒
- 軟らかいものばかり食べる
- 食事のバランスが悪い
- さらに口の機能が低下する



かかりつけ医の日常診療において 口腔に関してどのような指導・アドバイスがあるか

口の問題を解決して

- 積極的に外出して人と会う
- 大きく口を動かして、笑う、食べる、話す
- 1日1回は硬いものをしっかり噛んで美味しく食べる
- 毎日しっかり歯をみがく
- 1年に1回は歯科で定期健診を受ける



口腔の問題への対応

適切なリハビリの処方というよりも

- 口腔の問題を**自覚**してもらうこと
- 口腔の問題が全身に及ぼす影響を**理解**してもらうこと
- 日常の会話、食事、表情において口腔を**意識**してもらうこと

口腔の機能は生きるために必要な機能
毎日意識して使うことが最良のリハビリ

「口腔における かかりつけ医との連携」

おわりに

1. 口は身体の一部であり、口の健康は身体の健康を支える重要な要素の一つです。
2. 「食べる」「話す」「笑う」はWell-beingの良い指標であり、これらを支えるという目標は、チームで共有しやすい。
3. 最後まで「食べる」「話す」「笑う」ことができれば、健康寿命を全うできたといえるのではないのでしょうか。