

CHASEにおける収集項目の検討

～「口腔・嚥下」領域～

東邦大学大学院医学研究科
リハビリテーション医学講座 教授
海老原 寛

事業所から収集する項目の分類

介護事業所からCHASEで収集する項目について、まず以下の3種に大別して検討してはどうか。

- ① できるだけ多くの事業者から収集すべき項目
- ② 加算対象など特定の事業者から確実に収集すべき項目
- ③ 収集項目として必要性があるものの、まずは、モデル事業等の対象とすることが必要である項目

① できるだけ多くの事業者から収集すべき項目

- 口腔・嚥下領域の介護を行うにあたっては、誤嚥性肺炎・窒息等のリスクを勘案し、適切な食事形態を提供し、可能な限り経口摂取を続けていくことが肝要である。さらにその食事形態の維持あるいは向上（常食に近づける）が介護の目標の一つとなり得る。そういった観点からは、できるだけ多くの介護事業者において、口腔・嚥下に関する項目として、まずは、以下の項目を収集していただくこととし、その上で、更なる項目とあわせて解析することで、介護の手法や、利用者のリスク等との関係についてのエビデンスを示していくことで、科学的介護の実践につなげていくことができるのではないか。

【具体例】

- **食事の形態** ※ただし、分類については標準的な分類を用いることが可能かモデル事業等で検討が必要
 - ✓ 経口摂取が維持されている状態において、重要となる評価指標は、食事の形態である。
 - ✓ 常食またはそれに近い形態の食事を維持出来ていることが重要である
- **誤嚥性肺炎の既往**
 - ✓ 口腔・嚥下機能について、目指すべき主要なエンドポイントは、利用者の経口摂取の維持である
 - ✓ 経口摂取の維持が困難と判断する主な基準は、反復する誤嚥性肺炎の発症と考える

② 加算対象など特定の事業者から確実に収集すべき項目

- 現行の介護報酬体系の中で、介護事業者が加算要件として、一定の様式を作成し、利用者から取得している項目が複数ある
- 様式例と同じ項目であれば、新たな入力の手間をかけることなく、データの取得が可能ではないか
- 様式例の項目についても、基本的に提出を必須とする項目と、任意提出とする項目を選定するのが現実的か

② 加算対象など特定の事業者から確実に収集すべき項目

【具体例】

基本的に提出を必須とする項目

- ・ かかりつけ歯科医の有無
- ・ 入れ歯の有無
- ・ 嚥下機能検査による評価結果
- ・ 多職種会議への参加者

任意提出とする項目

- ・ RSST
- ・ オーラルディアドコキエシス
- ・ 「経口移行・経口維持計画様式例」に含まれる項目
- ・ 「口腔機能向上サービスに関する評価票様式例」に含まれる項目

③ モデル事業等の対象とすることが必要である項目

- CHASEの収集項目としての必要性はあるが、実際に収集する前に、モデル事業等において検討が必要。

【具体例】

- 主食、副食、水分の摂取形態
 - ✓ 多くの介護事業所において収集すべき項目と考えるが、その前提として、各事業所間において共通で用いることが可能な形態についての分類を整理することが必要。
 - ✓ 例えば「きざみ食」や「とろみ」といった形態の分類は、概ね大半の施設において用いられている分類であると考えられるが、実際に、共通の分類として用いるためには、実際の利用の状況等を踏まえ、一定のコンセンサスを得る必要がある。

モデル事業の進め方について

- 以上のような情報の収集にあたっては、必要な専門職の関与や、各項目を評価するにあたって、適切な研修等を実施することが必要であり、信頼性・妥当性の検証とあわせて、こうした観点も含めた検討を行うことが必要ではないか。
- 実際のデータ収集にあたっては、データ入力・評価のために必要な研修等を行いながら、運用を行っていくことが必要ではないか。

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

別紙 1

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名		要介護度・病名等						
		かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

1. 関連職種等により把握された課題等（該当する項目をチェック）

（記入日：平成 年 月 日、記入者： ）

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

2. 事前・事後アセスメント・モニタリング

（アセスメント、モニタリングでそれぞれ記入）

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

観察・評価等	評価項目	事前	モニタリング	事後評価
①課題の確認・把握	固いものかみにくさ	1ない 2ある		
	お茶や汁物等によるむせ	1ない 2ある		
	口のかわき	1ない 2ある		
②咬筋の触診（咬合力）		1強い 2弱い 3無し		
③歯や義歯のよごれ		1ない 2ある 3多い		
④舌のよごれ		1ない 2ある 3多い		
⑤ブクブクうがい（空ブクブクでも可）		1できる 2やや不十分 3不十分		

（以下の⑥と⑦の評価は専門職の判断により必要に応じて実施）

⑥RSST（※ 30秒間の喉頭挙上の回数）	（ ）回/30秒	（ ）回/30秒	（ ）回/30秒	（ ）回/30秒
⑦オーラルディアドコネシス	パ（ ）回/10秒	パ（ ）回	パ（ ）回	パ（ ）回
	タ（ ）回/10秒	タ（ ）回	タ（ ）回	タ（ ）回
	カ（ ）回/10秒	カ（ ）回	カ（ ）回	カ（ ）回

⑧特記事項等※3	
⑨問題点	<input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 口のかわき <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 食べこぼし
	<input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> その他（ ）

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

※2 モニタリングについては、利用開始日の翌月の結果をモニタリングの欄に記載する。

※3 対象者・利用者の状況により観察・評価に係る項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録

別紙2



ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明						
氏名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大	年	月	日	生まれ		
			<input type="checkbox"/> 昭						

1. 口腔機能改善管理指導計画

※：内容を通所介護計画、通所リハ計画、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハ計画に記載する場合は不要

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

【実施計画】(実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」に記入する。)

関連職種又は専門職種の実施項目	指導等	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操	<input type="checkbox"/> 嚥みがき支援	<input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導
	その他				
専門職の実施項目	機能訓練	<input type="checkbox"/> 嚥みがき実地指導	<input type="checkbox"/> かむ	<input type="checkbox"/> 飲み込み	<input type="checkbox"/> 発音・発声
	その他				
家庭での実施項目	本人	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操	<input type="checkbox"/> 嚥みがきの実施	<input type="checkbox"/> その他()	
	介護者	<input type="checkbox"/> 嚥みがき支援(確認・声かけ・介助)	<input type="checkbox"/> 口腔体操等支援	<input type="checkbox"/> その他()	
サービスの説明と同意	開始時：平成 年 月 日	同意者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()	担当者名：		
	継続時：平成 年 月 日	同意者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()	担当者名：		

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

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

特記事項(注意すべき点、利用者の変化等)

--

経口移行・経口維持計画（様式例）

別紙3



氏名	性別 □男 □女	生年月日 年 月 日	経口摂取の状態 □経口又は使用中の嚥食がある □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(Ⅱ)及び(Ⅲ) 協力の歯科医療従事者
嚥食・嚥下機能検査の実施 □水飲みテスト □経口摂取法 □嚥下造影検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・嚥食の検査 □認知機能に問題あり（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状態の所在 □認知機能 □咀嚼 □嚥下機能 □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*

※ 当該の項目に関しては、食事の観察及び会話を月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： 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 □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	
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 嚥筋が弛緩しがちである	□はい □いいえ
③ 食事を多量に食べていない	□はい □いいえ
④ 食事を多量に食べている	□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多口に運ぶ	□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 嚥むことが困難である（歯・嚥食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 上下の歯茎や嚥舌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 食物が多量に飲み込まず、嚥下に時間がかかる	□はい □いいえ
⑰ 食事中や食後に嘔吐したことになる	□はい □いいえ
⑱ 一口あたり何度も嚥下する	□はい □いいえ
⑲ 頻りにむせたり、せきこんだりする	□はい □いいえ
⑳ 食事中や食後に嘔吐したことになる	□はい □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	□はい □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	□はい □いいえ
㉓ 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

多職種会議における継続の概要 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 □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 □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	※日本摂食・嚥下リハビリテーション学会「嚥下機能検査の手引き」を参照のこと

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、初回作成時及び年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（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）	拒絶と同意者または （※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)*		