**算定様式８**

**年　　 　月 　　　日**

**栄養改善加算に関する届出書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事業所名** |  | **事業所番号** |  |
| **施設種別** | **１　　阿南市介護予防通所介護相当サービス　　　　　２　　阿南市はつらつデイサービス** | | |
| **異動区分** | **１　　新　規　　　　　２　　終　了** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **要　　　件** | １ | 管理栄養士を１名以上配置している。  ※直接雇用者又は労働者派遣法に基づく紹介予定派遣により派遣された者を配置。委託による配置は不可  ※併設の特養、老健と兼務可 | | 適・否 |
| ２ | 加算を算定できる利用者は、次のいずれかに該当する者であって、栄養改善サービス（利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものをいう。以下同じ。）の提供が必要と認められる者である。 | | 適・否 |
|  | ① | ＢＭＩが１８．５未満である者 |  |
|  | ② | １～６か月間で３％以上の体重の減少が認められる者又は基本チェックリストのNo.(11)の項目が「１」に該当する者 |  |
|  | ③ | 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 |  |
|  | ④ | 食事摂取量が不良（７５％以下）である者（次のような場合）  ・ 普段に比較し、食事摂取量が７５％以下である場合  ・ １日の食事回数が２回以下であって、１回あたりの食事摂取量が普段より少ない場合 |  |
|  | ⑤ | その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者（次のような者）  ・ 医師が医学的な判断により低栄養状態にある又はそのおそれがあると認める者  ・ 認定調査票の「えん下」、「食事摂取」、「口腔清潔」、「特別な医療について」などの項目や、特記事項、主治医意見書などから、低栄養状態にある又はそのおそれがあると、サービス担当者会議において認められる者  ※低栄養状態のおそれがあると認められる者とは、現状の食生活を続けた場合に、低栄養状態になる可能性が高いと判断される場合を想定 |  |
|  | ⑥ | 次のような問題を有する者は①～⑤に該当するか適宜確認する。  ・　口腔及び摂食・嚥下機能の問題（基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)のいずれかの項目において「１」に該当する者などを含む）  ・　生活機能の低下の問題  ・　褥瘡に関する問題  ・　食欲の低下の問題  ・　閉じこもりの問題（「基本チェックリスト」の閉じこもりに関連する(16)、(17)のいずれかの項目において「１」に該当する者などを含む）  ・　認知症の問題（「基本チェックリスト」の認知症に関連する(18)、(19)、(20)のいずれかの項目において「１」に該当する者などを含む）  ・ うつの問題（「基本チェックリスト」のうつに関連する(21)～(25)の項目について、２項目以上「１」に該当する者などを含む） |  |
| ３ | 栄養改善サービスの提供 | | 適・否 |
|  | ① | 利用者ごとの低栄養状態のリスクを利用開始時に把握する。 | 適・否 |
|  | ② | 管理栄養士が中心となって利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ栄養状態に関する解決すべき課題の把握（栄養アセスメント）を行うこと。 | 適・否 |
|  | ③ | 栄養ケア計画を作成する。  ・ 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同で栄養ケア計画を作成すること。  ・ 栄養ケア計画には、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき栄養管理上の課題等に対し、関連職種が共同して取り組むべき事項を記載すること。 | 適・否 |
|  | ④ | 作成した計画については、栄養改善サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。 | 適・否 |
|  | ⑤ | 利用者ごとの栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が利用者ごとの栄養改善サービスを提供すること。その際、栄養ケア計画に実施上の問題点があれば、直ちに当該計画を修正すること。 | 適・否 |
|  | ⑥ | 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、概ね３か月ごとに体重を測定する等により、栄養状態の評価を行い、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や利用者の主治の医師に対して情報提供すること。 | 適・否 |
| ４ | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。 | | 適・否 |
| ５ | 栄養改善サービスを概ね３か月実施した時点で栄養状態の改善状況について評価を行い、その結果を介護予防支援事業者に報告する。栄養状態に係る課題が解決され、サービスを継続する必要性が認められない場合は、サービスを終了する。 | | 適・否 |
| ６ | 管理栄養士による居宅療養管理指導が行われている者に算定することは不可 | | 適・否 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **添付書類** | １　算定開始予定月の従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（管理栄養士の勤務を記載） | □ |
| ２　管理栄養士の資格証 | □ |

※ 加算の要件については、介護報酬告示及び解釈通知を確認してください。また、「居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（厚生労働省通知）を確認してください。

**介護予防・日常生活支援総合事業用**