

【運営基準】

【LIFE関連加算】

必見！ 解釈通知 令和3年介護報酬改定

運営基準の改定、口腔衛生管理加算の改定に伴うもの（2021年3月16日時点）

口腔衛生体制及び口腔衛生管理加算編（特養）

講師：高頭 晃紀

（日本ケアコミュニケーションズ チーフコンサルタント）

ポイント

- 口腔衛生については、
- 従来の口腔衛生管理体制加算が廃止され、基本サービスに組み込まれました
- →義務化されました。3年の猶予があります
- 口腔衛生管理加算Ⅰは、ほぼ従来通り
- 口腔衛生管理加算Ⅱは、Ⅰに加えて、LIFEへのデータ提出とPDCAが必要です

基本理解：基準省令に追加

(口腔衛生の管理)

第十七条の三 指定介護老人福祉施設は、入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない。

基本理解；基準の解釈通知

18 口腔衛生の管理

基準省令第17条の3は、指定介護老人福祉施設の入所者に対する口腔衛生の管理について、令和3年度より口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして行うことを踏まえ、入所者の口腔の健康状態に応じて、以下の手順により計画的に行うべきことを定めたものである。

口腔衛生管理体制加算 → 加算を廃止して義務化

基本理解；基準の解釈通知

(1) 当該施設において、**歯科医師又は**歯科医師の指示を受けた**歯科衛生士が**、当該施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る**技術的助言及び指導を年2回以上行うこと。**

(2) (1)の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した、入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直すこと。なお、口腔衛生の管理体制に係る計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合はその記載をもって口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができるものとする。

イ 助言を行った歯科医師

ロ 歯科医師からの助言の要点

ハ 具体的方策

ニ 当該施設における実施目標

ホ 留意事項・特記事項

(3) 医療保険において歯科訪問診療料が算定された日に、介護職員に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導又は(2)の計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第9条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（老認発0316第3号老老発0316第2号令和3年3月16日）

第7 口腔衛生の管理体制に関する基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

1 口腔衛生の管理体制の基本的な考え方

口腔衛生の管理体制は、ケアマネジメントの一環として、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士（以下「歯科医師等」という。）及び関連職種の共同により、口腔衛生に係る課題把握・改善を行い、入所者に適した口腔清掃等を継続的に行うための体制をいう。

歯・口腔の健康の保持・増進を図ることは、自立した質の高い生活を営む上で重要であり、介護保険施設における口腔衛生等の管理は、利用者の口腔の健康状態に応じた効率的・効果的な口腔清掃等が行われるだけでなく、摂食・嚥下機能の維持・向上、栄養状態の改善等にもつながるものである。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（老認発0316第3号老老発0316第2号令和3年3月16日）

口腔衛生の管理については、平成21年に口腔機能維持管理加算が新設、平成27年に口腔衛生管理体制加算に名称変更され、介護保険施設の入所者に対して計画的な口腔ケア・マネジメントを行うことができるよう、歯科医師等が日常的な口腔清掃等のケアに係る技術的指導・助言を行う場合の評価を行ってきた。

令和3年度介護報酬改定において、全ての施設系サービスにおいて口腔衛生の管理体制を整備し、入所者の状態に応じた丁寧な口腔衛生の管理を更に充実させる観点から、施設系サービスにおける口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして行うこととした。歯科医師等に技術的指導・助言を受ける体制を整備していない介護保険施設においては、郡市区歯科医師会等と連携を図りながら、施設における口腔衛生の管理体制の整備を進められたい。

2 口腔衛生の管理体制の整備にかかる実務について

(1) 口腔衛生管理体制計画の立案

歯科医師等は、介護保険施設における口腔清掃等の実態の把握、介護職員からの相談等を踏まえ、当該施設の実情に応じ、口腔衛生の管理に係る技術的助言・指導を行うこと。

介護職員は、当該技術的助言・指導に基づき、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式3及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式1を参考に、以下の事項を記載した口腔衛生管理体制計画を作成すること。

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

口腔衛生管理加算 様式 (実施計画)

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

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等については介護保険施設と連携を図り把握するよう努めることにも、6月以内の状況について記載すること。
※医療保険により訪問歯科衛生指導料 (歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導) を同一月内に3回以上算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

1 口腔に関する問題点 (スクリーニング)

記入日: 令和 年 月 日 記入者:

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

2 口腔衛生の管理内容 (アセスメント)

記入日: 令和 年 月 日

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

3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日: 令和 年 月 日 (記入者:)

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

4 その他の事項

--

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分) 及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」**別紙様式3**

別紙様式3と別紙様式1は同じです

これだと利用者分作成になります

たしかにそう書いてあるのですが…

口腔衛生管理体制についての計画

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

個人的には、こちらの様式ではないかと考えていますが…

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」
別紙様式7(口腔衛生管理体制についての計画)

これだと施設で1枚です。

(2) 入所者の口腔の状況の確認

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

【スクリーニング例】

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

歯・口腔の疾患が疑われる場合や介護職員による口腔清掃等が困難な場合等は、歯科医師による訪問診療等の際、各利用者の口腔の健康状態に応じた口腔健康管理が行われるよう、当該歯科医師に相談することが望ましい。

(3) 口腔清掃の用具の整備

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

(4) 口腔清掃の実施

口腔清掃の実施担当者及び実施時刻等を、口腔清掃の実施回数・方法・内容等を踏まえて検討し、施設におけるサービス提供に係るタイムスケジュールに組み込むこと。

(5) 介護職員の口腔清掃に対する知識・技術の習得、安全確保

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

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

なお、歯科医師等が単独で介護職員への研修会等を開催することが困難な場合は、都道府県や都道府県歯科医師会等で実施されている介護職員向けの研修を紹介することでも差し支えない。

(6) 食事環境をはじめとした日常生活における環境整備

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

(7) 歯科医師等からの技術的助言・指導と計画の見直し

介護職員は、口腔清掃等を含めた施設における課題や疑問等を、適宜、歯科医師等に相談する。

歯科医師等は、概ね6か月毎に、施設における口腔清掃の実態、介護職員からの相談等を踏まえ、当該施設の実情に応じた口腔衛生管理体制計画に係る技術的助言・指導を行うこと。

介護職員は、当該技術的助言・指導を踏まえ、口腔衛生管理体制計画の見直しを行い、口腔衛生の管理体制の充実を図ること。



以上は、すべての特養がしなくてはならない！

ただし、

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第9条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

ここからは、加算の話です。

告示

リ 口腔衛生管理加

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定介護老人福祉施設において、入所者に対し、歯科衛生士が口腔衛生の管理を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるの他の加算は算定しない。

- (1) 口腔衛生管理加算(Ⅰ) 90単位
- (2) 口腔衛生管理加算(Ⅱ) 110単位

大臣基準：口腔衛生管理加算の基準

六十九 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス及び介護医療院サービスにおける口腔衛生管理加算の基準

イ 口腔衛生管理加算(I)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。→利用者個別？施設で1枚？
- (2) 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月二回以上行うこと。
- (3) 歯科衛生士が、(1)における入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。
- (4) 歯科衛生士が、(1)における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。
- (5) 通所介護費等算定方法第十号、第十二号、第十三号及び第十五号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

大臣基準：口腔衛生管理加算の基準

□ 口腔衛生管理加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) イ(1)から(5)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2) 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る 情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

報酬解釈通知

(27) 口腔衛生管理加算について

- ① 口腔衛生管理加算については、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行い、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員へ具体的な技術的助言及び指導をした場合において、当該入所者ごとに算定するものである。
- ② (略)
- ③ 歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行う **歯科衛生士は**、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点(ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔衛生の管理を行うにあたり配慮すべき事項とする。)、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る **記録を別紙様式3を参考として作成し、当該施設に提出すること**。当該施設は、当該記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供すること。
- ④ (略)

口腔衛生管理加算 様式 (実施計画)

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

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等については介護保険施設と連携を図り把握するよう努めることにも、6月以内の状況について記載すること。

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

1 口腔に関する問題点 (スクリーニング)

記入日: 令和 年 月 日 記入者:

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

2 口腔衛生の管理内容 (アセスメント)

記入日: 令和 年 月 日

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

3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日: 令和 年 月 日 (記入者:)

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

4 その他の事項

--

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分) 及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」

別紙様式3

⑤ 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE) 関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の状態に応じた口腔衛生の管理の内容の決定(P L A N)、当該決定に基づく支援の提供(D O)、当該支援内容の評価(C H E C K)、その評価結果を踏まえた当該支援内容の見直し・改善(A C T I O N)の一連のサイクル(P D C Aサイクル)により、サービスの質の管理を行うこと。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑥ (略)

LIFEへの登録：提出頻度と情報

1.4 口腔衛生管理加算(Ⅱ)

(1) LIFEへの情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、2(1)を参照されたい。

(2) LIFEへの提出情報について

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式3又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式1(口腔衛生管理加算 様式(実施計画))にある「要介護度・病名等」、「かかりつけ歯科医」、「入れ歯の使用」、「食形態」、「誤嚥性肺炎の発症・罹患」、「口腔に関する問題点(スクリーニング)」、「口腔衛生の管理内容(アセスメント)(実施目標、実施内容及び実施頻度に限る。)」及び「歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容」の各項目に係る情報をすべて提出すること。

提出情報の時点は、個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、2(2)イを参照されたい。

提出頻度と情報の時点：個別機能訓練Ⅱより

利用者ごとに、アからウまでに定める月の翌月10日までに提出すること。

ア 新規に個別機能訓練計画の作成を行った日の属する月

イ 個別機能訓練計画の変更を行った日の属する月

ウ ア又はイのほか、少なくとも3月に1回

これだと計画が必要

イ 提出情報は、以下の時点における情報とすること。

- ・ (1)ア及びイに係る提出情報は、当該情報の作成又は変更時における情報
- ・ (1)ウに係る提出情報は、前回提出時以降の情報

提出情報

別紙様式3又は別紙様式1

- 「要介護度・病名等」
- 「かかりつけ歯科医」
- 「入れ歯の使用」
- 「食形態」
- 「誤嚥性肺炎の発症・罹患」
- 「口腔に関する問題点(スクリーニング)」
- 「口腔衛生の管理内容(アセスメント)(実施目標、実施内容及び実施頻度に限る。)」
- 「歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容」

口腔衛生管理加算 様式 (実施計画)

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

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等については介護保険施設と連携を図り把握するよう努めることにも、6月以内の状況について記載すること。

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

1 口腔に関する問題点 (スクリーニング)

記入日: 令和 年 月 日 記入者:

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

2 口腔衛生の管理内容 (アセスメント)

記入日: 令和 年 月 日

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

3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日: 令和 年 月 日 (記入者:)

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

4 その他の事項

--

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分) 及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」

別紙様式3

フィードバックに基づくPDCA

- 基本的な理解としては、各計画書の見直しに関して、フィードバックを組み込むことを行うというもの
- フィードバックのタイミングが現状で不明であるので、フィードバックが来たら、情報共有とカンファレンスを行う仕組みを作っておく→マニュアル化しておき、記録をとっておくとよい
- フィードバックに必ず従わなければいけないというものではない
- ただし、フィードバックを参考にしたらうえ検討し、計画の継続をするならば、その旨の記録を残しておくべきである

ポイント

- 口腔衛生については、
- 従来の口腔衛生管理体制加算が廃止され、基本サービスに組み込まれました
- →義務化されました。3年の猶予があります
- 口腔衛生管理加算Ⅰは、ほぼ従来通り
- 口腔衛生管理加算Ⅱは、Ⅰに加えて、LIFEへのデータ提出とPDCAが必要です