

各都道府県介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 介護制度改革本部

介護制度改革 INFORMATION

今回の内容

「口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」の送付について

計 13 枚（本送信票除く）

vol. 89

平成18年4月4日

厚生労働省介護制度改革本部

〔貴都道府県内市町村及び関係諸団体に速やかに送信いただきますようお願いいたします。〕

事 務 連 絡

平成 18 年 4 月 4 日

都道府県介護保険担当主管課(室) 御中

厚生労働省老健局老人保健課

介護報酬関連の解釈通知の発出について

介護保険制度の円滑な推進については、種々ご尽力いただき厚く御礼申し上げます。

さて、平成 18 年 3 月 31 日付けにて別添の解釈通知を発出いたしましたので、情報提供させていただきます。

厚生労働省老健局老人保健課

企画法令係

電話 03-5253-1111

(内線 3948・3949・3960)



老老発第0331008号

平成18年3月31日

都道府県
各指定都市介護保険主管部（局）長 殿
中核市

厚生労働省老健局老人保健課長



口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について

今般、介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）及び平成18年度介護報酬改定の平成18年4月1日からの施行に伴い、通所介護及び通所リハビリテーション並びに居宅療養管理指導（介護予防サービスとして行われる場合を含む。以下同じ。）における要支援及び要介護高齢者の口腔機能の向上のための口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導（以下「口腔機能向上サービス」という。）を評価することとしたところである。

通所サービスにおける口腔機能向上加算及び歯科衛生士等の居宅療養管理指導の算定については、別に通知する「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（訪問通所サービス、居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援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」（平成12年老企第36号）及び「指定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」（平成18年3月17日付老計発第0317001号、老振発第0317001号・老老発第0317001号通知）において示しているところであるが、今般、口腔機能向上サービスに係る事務処理手順例及び様式例を別紙の通りお示しするので、御了知の上、管下市町村、関係団体、関係機関にその周知をお願いする。

当該事務処理手順例及び様式例は、口腔機能向上サービスの適切な実施に資するよう一つの参考例としてお示しするものであり、当該事務処理手順例及び様式例によらない場合であっても、適正に個別の高齢者の口腔機能の向上のための口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導が実施されていると認められる場合においては、介護報酬上算定して差し支えないものであるのを念のため申し添える。

記

1. 口腔機能向上サービスの実務等について
 - (1) 通所サービスにおける口腔機能向上サービスの提供体制

- ア 口腔機能向上サービスの提供体制は、ヘルスケアサービスの一環として、個人に最適な実地指導を行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。
- イ 事業所は、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員（以下「サービス担当者」という。）と介護職員、生活相談員その他の職種の者等（以下「関連職種」という。）が共同した口腔機能向上サービスを行う体制を整備する。
- ウ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービスに関する手順（利用開始時における把握（リスクの確認）、解決すべき課題の把握（アセスメント）、口腔機能改善管理指導計画、モニタリング、評価等）をあらかじめ定める。
- エ サービス担当者は、利用者に適切な実地指導を効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。
- オ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービス体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。

(2) 口腔機能向上サービスの実務

- ア 利用開始時における把握（リスクの確認）の実施
- 口腔機能向上サービスを行う通所サービスにおける関連職種は、サービス担当者と連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクを把握する。なお、サービス担当者は、関連職種に対し、利用開始時における把握について指導及び助言等を十分に行うこととし、この把握には、別紙1の様式例を参照の上、作成する。
- イ 解決すべき課題の把握（アセスメント）の実施
- サービス担当者は、利用開始時における口腔衛生等に関するリスクの把握を踏まえ（実施されていない場合は、サービス担当者が実施する。）、利用者毎に口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題を把握する。解決すべき課題の把握の実施にあたっては、別紙2の様式例を参照の上、作成する。この際、利用者が要支援者である場合は、別紙2中の（Ⅰ）の様式例に、利用者が要介護者である場合は、別紙2中の（Ⅱ）の様式例に必要な事項を記入する。
- 様式例におけるQOL，食事・衛生等、衛生、機能及びその他の項目については、事業所等の実状にあわせて項目を追加することについては差し支えない。ただし、項目の追加に当たっては、利用者等の過剰な負担とならぬよう十分配慮しなければならない。
- ウ 口腔機能改善管理指導計画の作成
- ① サービス担当者は、関連職種が利用開始時に把握した口腔衛生等に関する内容を確認し、利用者の i) 口腔衛生に関して解決すべき課題（口腔内の清掃、有床義歯の清掃等） ii) 摂食・嚥下機能に関して解決すべき課題（摂食・嚥下機能の維持・向上に必要な実地指導、歯科保健のための食生活指導等） iii) 解

決すべき課題に対しサービス担当者と関連職種が共同して取り組むべき課題等について記載した口腔機能改善管理指導計画原案を作成する。なお、この作成には、別紙3の様式例を参照の上、作成する。

- ② サービス担当者は、作成した口腔機能改善管理指導計画原案については、関連職種と調整を図り、口腔機能改善管理指導計画原案の内容を、事業所を通じて居宅サービス計画又は介護予防サービス計画にも適切に反映させる。
- ③ 介護予防通所介護又は通所介護において行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治医又は主治の歯科医師の指示・指導が必要な場合、サービス担当者は、主治医又は主治の歯科医師の指示・指導を受けなければならない。
- ④ 介護予防通所リハビリテーション又は通所リハビリテーションにおいて行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、医師又は歯科医師の指示・指導が必要であり、利用者の主治医又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。

エ 利用者又はその家族への説明

サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に際して、口腔機能改善管理指導計画原案を利用者又はその家族に説明し、口腔機能向上サービスの提供に関する同意を得る。

医師又は歯科医師は、指示・指導が必要な場合、口腔機能改善管理指導計画の実施に当たり、その計画内容、利用者又はその家族の同意等を確認する。

オ 口腔機能向上サービスの実施

- ① サービス担当者に関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づいた口腔機能向上サービスの提供を行う。
- ② サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づいて、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導を実施する。
- ③ サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に当たっては、関連職種に対して、口腔機能改善管理指導計画に基づいて個別又は集団に対応した口腔機能向上サービスの提供ができるように指導及び助言等を行う。
- ④ サービス担当者は、関連職種と共同して口腔機能向上サービスに関するインシデント・アクシデント事例等の把握を行う。
- ⑤ サービス担当者は、口腔機能向上サービス提供の主な経過を記録する。記録の内容は、実施日、指導の要点、解決すべき課題の改善等に関する要点、口腔清掃方法の変更の必要性及び関連職種のケアの状況等について記録する。サービスの経過は、別紙4の様式例を参照の上、作成する。様式例における記録の項目については、事業所等の実状にあわせて項目を追加することについては差し支えない。

カ 実施上の問題点の把握

関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づき、サービス担当者の指導及び助言等に従い、利用者の目標の達成度、口腔衛生、摂食・嚥下機能の改善状況等を適宜把握する。改善状況に係る記録は、別紙5の様式例を参照の上、作成する。口腔機能改善管理指導計画の変更が必要になる状況が疑われる場合には、サービス担当者へ報告し、サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画の変更を検討する。

キ モニタリングの実施

- ① サービス担当者は、目標の達成度、口腔衛生、摂食・嚥下機能の改善状況等を適宜モニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、口腔機能改善管理指導計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙5の様式例を参照の上、作成する。
- ② モニタリングは、口腔機能改善管理指導計画に基づき、対象者が要支援者の場合は概ね1か月毎、対象者が要介護者の場合は概ね2週間毎適宜行う。

ク 再把握の実施（利用終了時における把握の実施）

サービス担当者は、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクにかかる把握を3か月毎に実施し、事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等へ情報を提供する。なお、この把握には、別紙1、別紙2、別紙5の様式例を参照の上、作成する。

介護支援専門員又は介護予防支援事業者等は、情報提供を受け、サービス担当者と連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクにかかわらず、把握を3か月毎に実施する。

ケ 口腔機能向上サービスの継続及び終了時の説明等

サービス担当者は、総合的な評価を行い、口腔機能向上サービスの継続又は終了の場合には、その結果を利用者又はその家族に説明するとともに、利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等に継続又は終了の情報を提供し、サービスを継続又は終了する。サービスの継続又は終了については、利用者又はその家族へ説明し同意を得る。

総合的な評価の結果が改善等により終了する場合は、関連職種や居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所との連携を図り、総合的な評価の結果において医療が必要な場合は、必要に応じて主治医又は主治の歯科医師、介護支援専門員若しくは介護予防支援事業者並びに関係機関（その他の居宅サービス事業所等）との連携を図る。

2. 歯科衛生士等の居宅療養管理指導の実務等について

居宅療養管理指導にかかる口腔機能スクリーニング、口腔機能アセスメント、管理指導計画、モニタリング、評価等については、別紙の1～5の様式例を準用する。

口腔機能向上サービスのフローチャート

提供前

情報収集

- ・サービス担当者会議

診療情報提供書：主治医、主治の歯科医師 → 通所事業所

- ・口腔機能向上サービスに関するご本人・ご家族の希望の聴取

ケアプラン原案

口腔機能向上サービスについての情報伝達・連携

提供時

関連職種の利用開始時における把握（リスクの確認）
（介護職員・生活相談員・その他の職種の者等）

サービス担当者の解決すべき課題の把握
（言語聴覚士・歯科衛生士・看護職員）

口腔機能改善管理指導計画原案の作成

- ・サービス担当者は関連職種と調整
- ・必要に応じて主治医又は主治の歯科医師の指示・指導

利用者及び家族への説明と同意

口腔機能改善管理指導計画

口腔機能向上サービス提供

サービス担当者：言語聴覚士・歯科衛生士・看護職員
関連職種：介護職員・生活相談員・その他の職種の者等

関連職種の実施上の問題点の把握
（関連職種によるモニタリング）
【サービスの質の向上】

サービス担当者のモニタリング
【サービスの質の向上】

本人・家族への説明

介護支援専門員

ケアプラン

※3ヶ月毎

継続・終了時

情報提供

- ・サービス担当者会議等：サービス担当者、関連職種、介護支援専門員等

診療情報提供書：主治医、主治の歯科医師 → 通所事業所

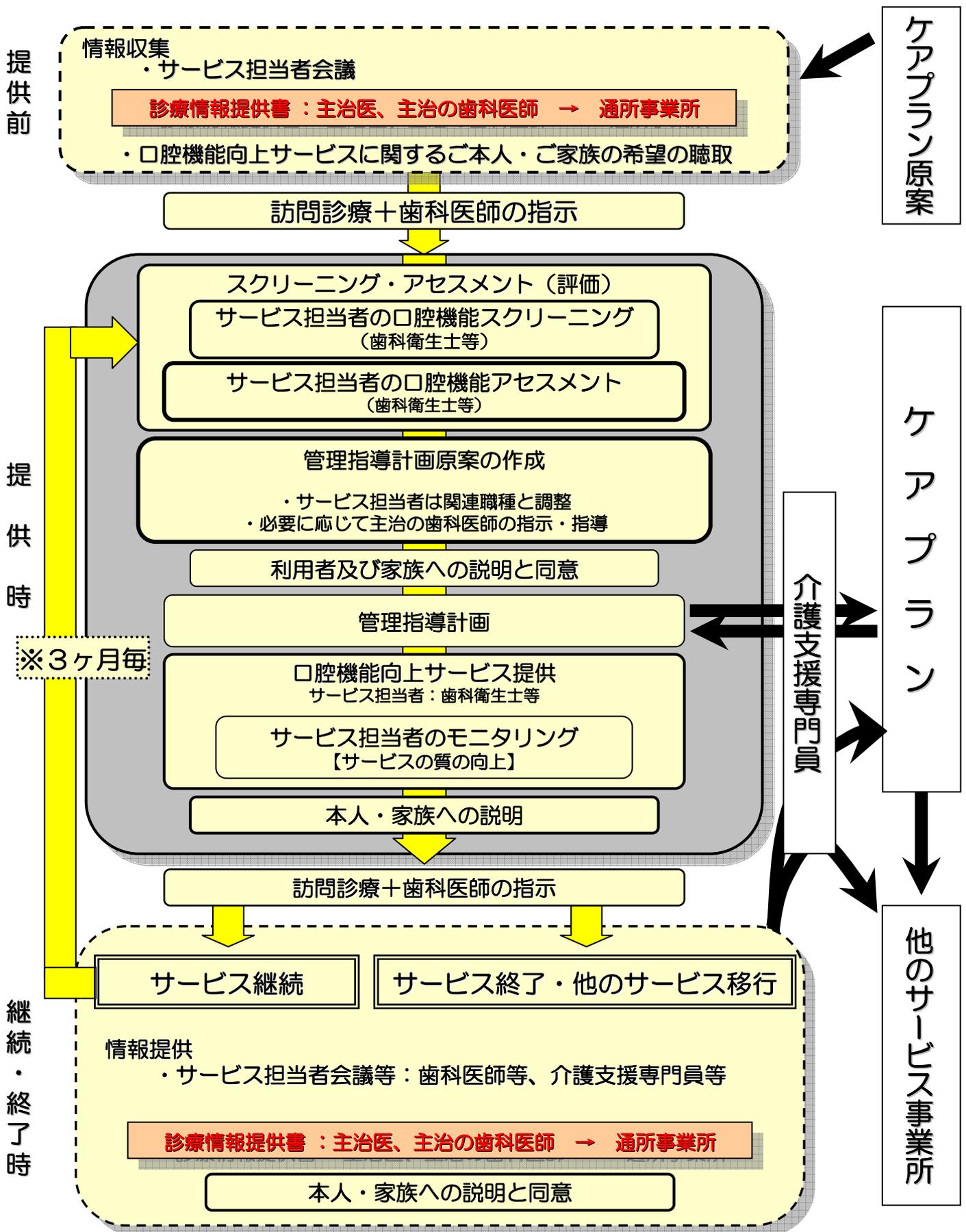
本人・家族への説明と同意

他のサービス事業所

サービス継続

サービス終了・他のサービス移行

歯科衛生士等の居宅療養管理指導のフローチャート



利用開始時・終了時における把握・口腔機能スクリーニング（様式例）

別紙1

記入者： _____
 実施年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名	(ふりがな) _____	男・女	要介護認定等					
	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日		非該当	要支援	1	2		
			要介護	1	2	3	4	5

(主治医の意見書が入手できた場合は添付する)

質問項目		評価項目		転記	事前	事後
基本チェックリスト	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい	2 いいえ			
	14 お茶や汁物等でむせることがありますか	1 はい	2 いいえ			
	15 口の渇きが気になりますか	1 はい	2 いいえ			
理学的検査	視診による口腔内の衛生状態	1 良好	2 不良			
	反復唾液嚥下テスト(RSST)	1 3回以上	2 3回未満			

「転記」の欄には、サービス等実施前の基本チェックリスト、生活機能評価の結果を転記する。

QOL	1 食事が楽しみですか	1 とても楽しみ 4 楽しくない	2 楽しみ 5 全く楽しくない	3 ふつう		
	2 食事をおいしく食べていますか	1 とてもおいしい 4 あまりおいしくない	2 おいしい 5 おいしくない	3 ふつう		
	3 しっかりと食事が摂れていますか	1 よく摂れている 4 あまり摂れていない	2 摂れている 5 摂れていない	3 ふつう		
	4 お口の健康状態はどうですか	1 よい 4 あまりよくない	2 まあよい	3 ふつう 5 よくない		
食事・衛生等	1 食事への意欲はありますか	1 ある	2 あまりない	3 ない		
	2 食事中や食後のむせ	1 ある	2 あまりない	3 ない		
	3 食事中の食べこぼし	1 こぼさない	2 多少はこぼす	3 多量にこぼす		
	4 食事中や食後のタン(痰)のからみ	1 ない	2 時々ある	3 いつもからむ		
	5 食事の量(残食量)	1 なし	2 少量(1/2未満)	3 多量(1/2以上)		
	6 口臭	1 ない	2 弱い	3 強い		
	7 舌、歯、入れ歯などの汚れ	1 ある	2 多少ある	3 ない		
その他	1 今回のサービスなどで好ましい変化が認められたもの	1 食欲 4 その他()	2 会話	3 笑顔		
	2 生活意識の変化	1 前進()	2 変化なし	3 後退()		

実施のための利用者の情報

歯科診療の状況	なし 有り 1 週間に1~2回程度の治療(う蝕、歯周病、義歯作成などによる治療が中心) 1~数ヶ月に1回程度のメンテナンス等(定期健診なども含む)
口腔機能にかかる 主治医・主治の歯科医師の連絡先	診療所・病院名： 電話番号：
特記事項・その他 (利用者に関する食事のペース、一口の量、手の運動機能、食事の姿勢、食具等の情報等)	

解決すべき課題の把握・口腔機能アセスメント（様式例）

別紙 2 -

記入者： _____ 職種（ 言語聴覚士・ 歯科衛生士・ 看護職員 ）
 実施年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【 】

氏名	(ふりがな)	男・女	病名・障害名
	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
口の中の状態や訴えに関する利用者及び家族の希望			

	質問項目	評価項目	事前	事後
理学的 検査	視診による口腔内の衛生状態	1 良好 2 不良		
	反復唾液嚥下テスト(RSST)	1 3回以上 2 3回未満		

衛生	1	食物残渣	1 なし・少量 2 中程度 3 多量		
	2	舌苔	1 なし・少量 2 中程度 3 多量		
	3	義歯あるいは歯の汚れ	1 なし・少量 2 中程度 3 多量		
	4	口腔衛生習慣(声かけの必要性)	1 必要がない 2 必要あり 3 不可		
	5	口腔清掃の自立状況 (支援の必要性)	1 必要がない 2 一部必要 3 必要		
	6	ここ1ヶ月の発熱回数	()回/月 37.8度以上の発熱回数を記入		
機能	1	反復唾液嚥下テスト(RSST)の積算時間	1回目()秒 2回目()秒 3回目()秒	1() 1() 2() 2() 3() 3()	
	2	オーラルディアドコキネシス	パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	パ() パ() タ() タ() カ() カ()	
	3	頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)	1 左右十分可能 2 やや十分 3 不十分		
その他	1	今回のサービス等の満足度	1 満足 2 やや満足 3 どちらでもない 4 やや不満 5 不満		

実施のための利用者の情報

義歯の状況	なし	有り 上顎	全部床義歯	部分床義歯	口腔内状況 
清掃用具や食事環境の状況			全部床義歯	部分床義歯	
主治の歯科医師又は連携する歯科医師等からの指示					
特記事項					

()さんの口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画(例)

わたしのゴール

--

ゴールに向かう 身近な目標	目標達成のための具体的計画(頻度等も含む。)	実施期間 評価予定

実行や支援にあたって、注意することなど

--

利用者同意サイン		続柄	
-----------------	--	----	--

計画作成者： _____ 職種 (言語聴覚士・ 歯科衛生士・ 看護職員)
 初回作成日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 作成(変更)日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

サービス担当者が実施する計画、 関連職員が実施する計画、 利用者又はその家族等が実施する計画とそれに係る具体的な指導、助言等の文書等を添付する。

口腔機能向上サービス・居宅療養管理指導の提供経過記録(実地指導に係る記録)(例)

氏名	(ふりがな).....	男 ・ 女	
訪問先			

実施日	月 日	月 日	月 日	月 日
開始・終了時刻	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
指導の要点				
解決すべき課題の改善等に関する要点				
口腔清掃方法変更の必要性				
関連職種 のケアの状況				
担当者の署名				

居宅療養管理指導においては、訪問先、訪問日、指導の開始及び終了時刻、歯科医師からの指示等、歯科医師の訪問診療に同行した場合には当該歯科医師の診療開始及び終了時刻等についても記録する。

口腔機能向上サービス・居宅療養管理指導のモニタリング（例）

氏名	(ふりがな)	男・女	
----	--------	-----	--

	質問項目	評価項目	サービス提供前		週・月日		週・月日		週・月日		週・月日	
			月日		月日		月日		月日		月日	
			評価	問題 チェック	評価	問題 チェック	評価	問題 チェック	評価	問題 チェック	評価	問題 チェック
関連職種によるモニタリング 食事・衛生等	1 食事への意欲はありますか	1 ある 2 あまりない 3 ない										
	2 食事中や食後のむせ	1 ある 2 あまりない 3 ない										
	3 食事中の食べこぼし	1 こぼさない 2 多少はこぼす 3 多量にこぼす										
	4 食事中や食後のタン(痰)のからみ	1 ない 2 時々ある 3 いつもからむ										
	5 食事の量	1 なし 2 少量 3 多量										
	6 口臭	1 ない 2 弱い 3 強い										
	7 舌、歯、入れ歯などの汚れ	1 ある 2 あまりない 3 ない										
	1 入れ歯あるいは歯の汚れ	1 なし 2 少しある 3 ある										
	2 食べかすの残留	1 なし 2 少しある 3 ある										
	3 舌の汚れ	1 なし 2 少しある 3 ある										
4 口や入れ歯の清掃への声かけ	1 必要がない 2 必要あり 3 不可											
言語聴覚士・歯科衛生士・看護職員によるモニタリング 衛生	1 食物残渣	1 なし・少量 2 中程度 3 多量										
	2 舌苔	1 なし・少量 2 中程度 3 多量										
	3 義歯あるいは歯の汚れ	1 なし・少量 2 中程度 3 多量										
	4 口腔衛生習慣	1 必要がない 2 必要あり 3 不可										
	5 口腔清掃の自立状況	1 必要がない 2 一部必要 3 必要										
	6 ここ1ヶ月の発熱回数	()回/月										
機能	1 反復唾液嚥下テストの積算時間	1 回目()秒 2 回目()秒 3 回目()秒	1 ()秒 2 ()秒 3 ()秒									
	2 オーラルディアドコネシス	パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	パ()回 タ()回 カ()回									
	3 頬の膨らまし	1 左右十分可能 2 やや十分 3 不十分										
評価												
計画の変更の必要性			無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	
総合評価												