

令和

3 年度

介護報酬の改定 について



歯科衛生士の皆さんが記録を容易に行えるよう、基本の様式を分割、再構成した様式を掲載しています。業務に合わせ必要なものを印刷、ご使用ください。

新たな様式への理解を深めるために、サンプル事例による、新たな様式の記載例を掲載しています。

◆◆◆ 目 次 ◆◆◆

令和3年 介護報酬改定の概要	1
居宅療養管理指導の改定点	2
口腔衛生管理体制加算の変更点	7
口腔衛生管理加算の変更点	9
口腔機能向上加算の変更点	13
口腔・栄養スクリーニング加算の新設	17
新たな様式集・参考資料	18

令和3年 介護報酬改定の概要



1. 感染症や災害への対応力強化

- 感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築
 - 日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

2. 地域包括ケアシステムの推進

- 住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進
 - 認知症への対応力向上に向けた取組の推進
 - 看取りへの対応の充実
 - **医療と介護の連携の推進**
 - 在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化
 - ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
 - 地域の特性に応じたサービスの確保

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

- 制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進
 - **リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化**
 - **介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進**
 - 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

- 喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応
 - 介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進
 - テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進
 - 文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

- 必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る
 - 評価の適正化・重点化
 - 報酬体系の簡素化

令和3年度 介護報酬改定の主な事項についての概要です。歯科に関連した部分を赤字にしています。



居宅療養管理指導の改定

基本方針を踏まえ、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、より適切なサービスを提供していく観点から、近年、「かかりつけ医等が患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつなげる取組」を進める動きがあることも踏まえ、また多職種間での情報共有促進の観点から、見直しを行う。

● 基準・算定要件 < 歯科医師 > 1月に2回限度

利用者の社会生活面の課題にも目を向け、利用者の多様なニーズについて地域における多様な社会資源につながるよう留意し、必要に応じて指導、助言等を行う。

単一建物居住者が1人	509 単位	▶▶▶	516 単位
単一建物居住者が2～9人	485 単位	▶▶▶	486 単位
単一建物居住者が10人以上	444 単位	▶▶▶	440 単位

* 歯科疾患在宅療養管理料（医療）の様式を踏まえた**新たな様式を設定**。様式には、居宅要介護者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう、関連の記載欄を設定。ケアマネジャーへの情報提供はサービス担当者会議に参加して行なうことが基本であるが、メール、FAX等で行うことも可。

● 基準・算定要件 < 歯科衛生士 > 1月に4回限度

医師・歯科医師の指導、助言等につながる情報の把握に努め、必要な情報を医師又は歯科医師に提供する。

単一建物居住者が1人	356 単位	▶▶▶	361 単位
単一建物居住者が2～9人	324 単位	▶▶▶	325 単位
単一建物居住者が10人以上	296 単位	▶▶▶	294 単位

* 歯科衛生士等による居宅療養管理指導を行った場合の記録等の様式について、その充実を図る観点から、診療報酬における訪問歯科衛生指導料や歯科衛生実地指導料の記載内容を参考に**新たな様式を設定**。

* **算定要件に新設**：必要に応じて、居宅要介護者の社会生活面の課題にも目を向けた地域社会における様々な支援につながる情報を把握し、関連する情報を指示を行った歯科医師に提供するように努めること。

★ なお、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として2021年4月から9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せする。

● 居宅療養管理指導における通院が困難なものの取扱いの明確化

居宅療養管理指導は、在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、定期的に訪問して管理・指導を行った場合の評価であり、継続的な管理・指導の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならず、例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、適切なサービスの提供を進める観点から、診療報酬の例を参考に、これらの者については**居宅療養管理指導費は算定できないことを明確化する。**

● 新たな様式① (歯科診療所/歯科衛生士)

歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画

1 基本情報

利用者名・年齢・性別・食形態・誤嚥性肺炎発症・罹患

2 スクリーニング・アセスメント (概ね1月に1回)

口腔衛生状態：口臭、歯の汚れ、義歯の汚れ、舌苔
 口腔機能の状態：食べこぼし、舌の動きが悪い、むせ
 痰がらみ、口腔乾燥
 歯科疾患等：歯数、歯の問題、歯周病、粘膜の問題
 義歯の問題

3 居宅療養管理指導計画 (概ね3月に1回)

目標：歯科疾患、口腔衛生、摂食・嚥下機能
 食形態、栄養状態、誤嚥性肺炎の予防、その他
 実施内容：口腔の清掃、口腔清掃に関する指導
 義歯の清掃、義歯の清掃に関する指導
 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導
 誤嚥性肺炎の予防に関する指導、その他
 訪問頻度
 関連職種との連携

4 実施記録 (月に1~4回)

訪問日・実施者・訪問先・歯科医師の同行の有無
 実施指導：口腔の清掃、口腔清掃に関する指導
 の要点 義歯の清掃、義歯の清掃に関する指導
 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導
 誤嚥性肺炎の予防に関する指導、その他
 解決すべき課題
 特記事項

歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画			
1 基本情報			
利用者氏名	(ふりがな)	明・大・昭 年 月 日生	男・女
食形態	<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"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> あり (発症日: 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし		
<small>嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を併記するものがあること、1ヶ月以内の状況について記載すること。</small>			
2 スクリーニング・アセスメント			
記入者・記入年月日	(氏名)	令和 年 月 日	
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
口腔機能の状態	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	むせ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
<small>(以下評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施)</small>			
歯科疾患等	歯数	() 歯	
	歯の問題(欠損、破折、脱離等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	歯周病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	粘膜の問題(潰瘍等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	義歯の問題(不適合、破折)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
特記事項			
3 居宅療養管理指導計画 利用者家族に説明を行った日 令和 年 月 日			
初回作成日	令和 年 月 日	作成(変更)日	令和 年 月 日
記入者	歯科医師:	歯科衛生士:	
目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患(重症化予防) <input type="checkbox"/> 歯科治療 <input type="checkbox"/> 口腔衛生(自立) <input type="checkbox"/> 介助者の口腔清掃 <input type="checkbox"/> 技術の向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等	<input type="checkbox"/> 食形態(維持) <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 栄養状態(維持) <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能(維持) <input type="checkbox"/> 改善	<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()	
訪問頻度	<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()		
関連職種との連携			
訪問日	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分	実施者	
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設(有料老人ホーム、介護老人ホーム、軽費老人ホーム)		
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分		
実施指導の要点	<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()	
解決すべき課題	<input type="checkbox"/> 実施指導に係る情報提供・指導() <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示()		
特記事項			

●居宅療養管理指導（歯科衛生士）の様式等の考え方について●

スクリーニング・アセスメントで課題を把握し、当該課題を解決するための計画を立案、約3か月に1回、計画の内容を見直しが必要でしょうか？

- 3か月に1回の再評価、居宅療養管理指導計画の立案を行ってください。その際にも「歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画」を使用します。
- スクリーニング・アセスメントの頻度は月1回程度と想定し、その際にも「歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画」を使用します。

「歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画」はカルテに添付するのでしょうか？

- 歯科医師は、歯科訪問診療における要点をカルテ記載、計画を添付し保存します。管理指導計画立案に際して、歯科衛生士に指示した内容の要点をカルテ記載してください。
- 歯科衛生士からの報告等に基づき、歯科衛生士と共同して計画を見直し、見直した計画をカルテ貼付します。なお、当該様式は貼らなくても構いません。
- 歯科衛生士は実施記録を作成し、交付した（利用者又は家族に）管理指導計画を当該記録に添付する等により保存します。
- 「4実施記録」を別刷りにした場合は、基本的には手交しなくても良いです。

● 居宅療養管理指導 記載例

在宅で生活している ^{かめて} 亀手マスさんの例

81歳 女性 要介護度3

高血圧、脳梗塞後遺症、脊柱管狭窄症、大腿骨転子部骨折（3年前）、誤嚥性肺炎 既往あり

一人では歩行困難、50歳代の息子と二人暮らし

上下部分床義歯使用、普通食

介護者である息子は仕事をしており、歯科受診のための支援ができない。食事は息子がスーパーで菓子パンや惣菜を購入する。週3回デイケアを利用している。ケアマネジャーより、デイでの食事の際にむせることが多くなった、口臭も強く、義歯も合っていないようだと言われ相談があり、歯科訪問診療を行った。

口腔衛生状態不良、鉤歯が動揺しており、痛みがあるためしっかり噛めていない。食事中にむせることもあり、窒息の危険もある。

歯科医師より、口腔清掃及び口腔機能向上のための取り組みを行うよう、歯科衛生士へ指示があり、継続的な居宅療養管理指導を行うことになった。



主治医や管理栄養士、ケアマネジャーや通所事業所等と連携し、可能な限り把握しましょう。嚥下調整食については最終ページの資料を参照してください。

誤嚥性肺炎予防を目的に実施する場合は**6か月以内の状況**について可能な限り把握しましょう。

概ね3か月に1回の再評価を行い、計画の立案、見直しを行います。計画を変更した際は再度この用紙を使用し、説明、同意を得ましょう。

ご本人やご家族に伝わりやすい言葉で簡潔に記載しましょう。

計画を説明後、同意・署名を得たら、後日コピーを渡すか、当日2枚準備し、交付しましょう。どのような計画を立案し、それに基づいた介入が実施できているか確認するためにも保管が必要です。

歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画

基本情報	
利用者氏名	(ふりがな) かめてます 亀手 マス
食形態	<input checked="" type="checkbox"/> 経口摂取 (<input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (□4 □3 □2-2 □2-1 □1j □0t □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 checked="" type="checkbox"/> あり (発症日: 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日) <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介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6ヶ月以内の状況について記載すること。

居宅療養管理指導計画	
初回作成日	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 作成(変更)日 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
記入者	歯科医師: 羽己垣 史郎 歯科衛生士: 歯科 衛子
目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患 (<input checked="" type="checkbox"/> 重症化予防 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科治療) <input type="checkbox"/> 食形態 (<input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 (<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃 技術の向上 <input checked="" type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (<input type="checkbox"/> 維持 <input checked="" type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 (<input type="checkbox"/> 維持 <input checked="" type="checkbox"/> 改善) <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他 ()
実施内容	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導
訪問頻度	<input checked="" 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 ()
関連職種との連携	デイでの食前の体操やセルフケアの声かけや促し、食形態や摂取量の情報共有

備考	ご自宅美味しく、安全に食事をするために食べ方の工夫や指導を行います。誤嚥性肺炎予防のためのセルフケアの方法や、口腔体操の指導、継続の支援を行います。
----	--

居宅療養管理指導サービスの提供にあたり、上記のとおり説明いたしました。

令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	医療機関名 はみがきデンタルクリニック
	医療機関所在地 〇〇市〇〇町 80-28
	電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	FAX 番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	歯科医師名 羽己垣 史郎
	歯科衛生士名 歯科 衛子

《利用者》 氏名 _____

《代筆人》 氏名 _____

日本歯科衛生士会版 様式

『日衛 R3R-③』▶概ね1か月に1回の**2スクリーニング、アセスメント**が必要です。介入の成果や経時変化が確認できるよう3か月分を配置し、再構成した様式を作成しています。

『日衛 R3R-④』▶概ね3か月に1回再評価を行い、計画の立案、見直しが必要です。**2スクリーニング、アセスメント**の結果に基づき**3居宅療養管理指導計画**を立案、ご本人やご家族への説明・手交用として**2スクリーニング、アセスメント**項目を削除、署名欄を儲け、再構成した様式を作成しています。

『日衛 R3R-⑤』▶居宅療養管理指導は月に4回までを限度として、サービスの提供が認められています。**4実施記録**4回分を配置、1枚の用紙に記載できるよう、再構成した様式を作成しています。

歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画

4 実施記録 利用者氏名：亀手 マス

訪問日	令和3年4月15日14時02分～14時38分	実施者	歯科 衛子
訪問先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設（有料老人ホーム、介護老人ホーム、軽費老人ホーム）		
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り 令和3年4月15日13時36分～14時00分		
実地指導の要点	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導	<input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> その他（口腔体操のプリントを渡し指導）	
解決すべき課題	疼痛の除去、口腔環境を整え、義歯を使用して安全に食事をする		
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示（備考欄に記載）		
備考	本人、多職種と連携し、口腔清掃、口腔機能向上の取り組みを行うこと		

歯科衛生士が居宅療養管理指導を行った時間を記載しましょう。**20分以上の実施**が算定要件です。

概ね3か月に1回の歯科訪問診療が必要です。歯科医師が同行した際は、歯科医師が診療を行った時間を記載しましょう。

訪問日	令和3年4月22日14時00分～14時26分	実施者	歯科 衛子
訪問先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設（有料老人ホーム、介護老人ホーム、軽費老人ホーム）		
歯科医師の同行の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 令和 年 月 日 時 分～ 時 分		
実地指導の要点	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導	<input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
解決すべき課題	セルフケア、口腔体操の習慣化		
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導（ ） <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示（ ）		
備考			

歯科医師は歯科訪問診療における要点、管理指導計画立案に際して、歯科衛生士に指示した内容の要点を記載します。また、管理指導計画をカルテに添付、保存します。

訪問日	令和3年4月29日14時05分～14時33分	実施者	歯科 衛子
訪問先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設（有料老人ホーム、介護老人ホーム、軽費老人ホーム）		
歯科医師の同行の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 令和 年 月 日 時 分～ 時 分		
実地指導の要点	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導	<input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> その他（舌体操の回数を増やす）	
解決すべき課題	セルフケア、口腔体操の習慣化、継続		
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導（ ） <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示（ ）		
備考			

口腔衛生状態や口腔機能状態、食環境や食形態、歯科疾患やセルフケア等、解決すべき課題を記載しましょう。

訪問日	令和 年 月 日 時 分～ 時 分	実施者	
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設（有料老人ホーム、介護老人ホーム、軽費老人ホーム）		
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 令和 年 月 日 時 分～ 時 分		
実地指導の要点	<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（ ）	
解決すべき課題			
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導（ ） <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示（ ）		
備考			

▶ 『日衛 R3R-③』 スクリーニング、アセスメントの実施
 ▶ 『日衛 R3R-④』 計画立案、説明・同意を得る
 ▶ 実施記録は『日衛 R3R-⑤』へ

『日衛 R3R-③』 1枚+『日衛 R3R-④』 2枚+『R3R-⑤』 1枚で3か月分です。

口腔衛生管理体制加算の変更点

介護老人福祉施設/地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護/介護老人保健施設
介護療養型医療施設（一部除く）/介護医療院

口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うことを求める。3年の経過措置期間（令和6年3月31日までの間は努力義務）

口腔衛生管理体制加算 30 単位/月 ▶▶▶ 廃止（基本サービスへ）

● 基準・算定要件

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。

* 「計画的に」とは、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施することとする。

● 新たな様式②（施設）

口腔衛生管理体制についての計画

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、「口腔衛生管理加算 様式（実施計画）」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

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。

策定日	令和 年 月 日
作成者	歯科医療機関
助言を行った歯科医師等	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、 担当者など)	
留意事項、特記事項等	

【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

私たち介護職員が入所者さんたちの口腔の健康状態のスクリーニングを実施します。



③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。

- * 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。
- * 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も差し支えない。

● 口腔衛生管理体制についての計画 記載例

郡市区歯科医師会経由で〇〇特養より歯科訪問診療の依頼があった。
 〇〇特養を訪れた際、施設職員から「口腔衛生管理体制を整備したい」旨の相談があったため、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、実情に応じ、口腔衛生の管理に係る技術的助言・指導を行った。



従来の『施設口腔ケア・マネジメント計画書』が新たな様式に変更になりました。

口腔衛生管理体制についての計画

策定日	令和3年4月15日
作成者	〇〇特養 介護課長 ●● ●●
助言を行った歯科医師等	歯科医療機関 真白歯科診療所 歯科医師名 真白 白介 連絡先 012-345-6789
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 施設職員に対する研修会の開催 <input checked="" 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)	令和3年6月 真白先生による口腔ケアの研修会予定 1階食堂にて19時から開催 研修会担当者：介護主任 ●● ●●
留意事項、特記事項等	上記研修会には、真白歯科診療所の歯科衛生士による口腔清掃が困難な入所者の具体的な清掃方法についての研修も含む。

特定施設入居者生活介護/地域密着型特定施設入居者生活介護
 認知症対応型共同生活介護

口腔衛生管理体制加算 30 単位/月 ▶▶▶ 継続

* 従来通り月1回の助言が必要、様式については従来のもの、または新たな様式を使用しても構わない。

主治医や管理栄養士、ケアマネジャーと連携し、可能な限り把握しましょう。嚥下調整食については最終ページの資料を参照してください。

誤嚥性肺炎予防を目的に実施する場合は**6ヵ月以内の状況**について可能な限り把握しましょう。

概ね**1か月に1回**のスクリーニングが必要です。スクリーニングの結果、必要があれば**2口腔衛生の管理内容（アセスメント）**を見直しましょう。

概ね**3か月に1回**、見直しを行います。

口腔衛生管理加算 様式（実施計画）

氏名（ふりがな）	苑下 貴納（えんげ きのう）
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 年 月 日 生まれ 85歳
要介護度・病名等	要介護度4 高血圧、くも膜下出血、左上下肢麻痺、高次脳機能障害、誤嚥性肺炎
かかりつけ歯科医	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 特養 協力歯科医：真白歯科
入れ歯の使用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input checked="" type="checkbox"/> 経口摂取（ <input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、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科（歯科衛生士によるお口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 3年 ●月 ●日 記入者：永世 甘莉

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 checked="" type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input checked="" type="checkbox"/> むせ <input checked="" type="checkbox"/> 痰がらみ <input checked="" type="checkbox"/> 口腔乾燥） <input type="checkbox"/> 歯数（ 0 ）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 checked="" type="checkbox"/> 義歯の問題（ <input checked="" type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 歯周病 <input checked="" 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 3年 ●月 ●日

記入者	歯科衛生士：永世 甘莉 （指示を行った歯科医師名：真白 白介）
実施目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患（ <input type="checkbox"/> 予防 <input checked="" type="checkbox"/> 重症化予防） <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 栄養状態（ <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善） <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施内容	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他（ ）

備考

左下4周辺粘膜に小さな傷あり、歯科訪問診療依頼済み。
義歯の着脱は本人ができます。
誤嚥性肺炎予防のため、粘膜の清掃、義歯の清掃には介助が必要。

日本歯科衛生士会版 様式

『日衛 R3E-②』▶概ね1か月に1回**1口腔に関する問題点（スクリーニング）**、概ね3か月に1回**2口腔衛生の管理内容（アセスメント）**が必要です。**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を削除し、再構成した様式を作成しています。**

『日衛 R3E-③』▶入所者対し、口腔ケアを月2回以上行うことが算定要件です。**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を2回分配置、また、備考欄を追加し、再構成した様式を作成しています。**

『日衛 R3E-④』▶概ね1か月に1回必要である**1口腔に関する問題点（スクリーニング）**と、**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を2回分配置し、月1枚の用紙に記載できるよう、再構成した様式を作成しています。**

口腔衛生管理加算 様式（実施計画）

氏名（ふりがな）	苑下 貴納（えんげ きのう）
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 年 月 日 生まれ 85歳

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3年5月13日 記入者：永世 甘莉

口腔衛生等の管理	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 <input checked="" 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（ ）
備考	義歯の清掃には義歯用ブラシを使用してください。ケアの手順や方法、使用道具については洗面所横に貼っていますので、確認しながら実施してください。口腔ケアの際に、左下の粘膜の傷の経過観察を行ってください。左半側空間無視があるため、食事介助や口腔ケアは右側から行ってください。

口腔衛生の管理内容（アセスメント）の実施目標、実施内容に基づき、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行うことが算定要件です。

介護職員に対し、具体的な口腔ケアの手技や助言等を記載しましょう。また、介護職員からの相談等に必要に応じ対応しましょう。

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3年5月25日 記入者：永世 甘莉

口腔衛生等の管理	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 現在の取組の継続 <input type="checkbox"/> その他（ ）
備考	義歯の清掃状態が改善されています。口腔乾燥著明なため、十分に保湿後、ケアを開始してください。舌はスポンジブラシでケア、強く擦り過ぎないよう注意が必要です。左下粘膜の傷は改善しています。痛みの訴えがないため、今後も口腔ケアの際は、粘膜に傷などが無いか確認してください。

- ▶ 『日衛 R3E-②』 スクリーニング、アセスメントの実施
- ▶ 『日衛 R3E-③』 技術的助言内容や実施記録
- ▶ 『日衛 R3E-④』 口腔衛生の管理内容（アセスメント）に変更がない場合

『日衛 R3E-②』 1枚+『日衛 R3E-③』 1枚で1か月分です。
 口腔衛生の管理内容（アセスメント）に変更がない場合は『日衛 R3E-④』 1枚で1か月分です。

● **新たな様式の設定④** (通所系サービス事業所/言語聴覚士・歯科衛生士・看護師)

口腔機能向上サービスに関する計画書 (様式例)

○ **基本情報**

氏名・性別・年齢・かかりつけ歯科医・入れ歯の使用・食形態等・誤嚥性肺炎発症・罹患

2 **スクリーニング、アセスメント、モニタリング**
(概ね1月に1回)

記入年月日・記入者

口腔衛生状態：口臭、歯の汚れ、義歯の汚れ、舌苔

口腔機能の状態：食べこぼし、舌の動きが悪い、むせ痰がらみ、口腔乾燥

特記事項：歯、義歯、歯周病、口腔粘膜疾患の可能性
音声・言語機能に関する疾患の可能性

3 **口腔機能改善管理計画**
(概ね3月に1回)
*継続時には総合的判断

計画立案者・作成日・サービス提供者

目標：口腔衛生、摂食・嚥下機能、食形態

音声・言語機能、誤嚥性肺炎の予防、その他

実施内容：摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導

口腔清掃、口腔清掃に関する指導

音声・言語機能に関する指導、その他

4 **実施記録**
(月2回まで)

実施日・サービス提供者

口腔清掃、口腔清掃に関する指導

摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導

音声・言語機能に関する指導

その他

口腔機能向上サービスに関する計画書 (様式例)

氏名 (ふりがな)	性別	年齢	誕生日	かかりつけ歯科医	入れ歯の使用	食形態等	誤嚥性肺炎の発症・罹患
	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>		昭和 〇 〇 年 〇 月 〇 日	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	経口摂取 (□ 常食、□ 嚥下調整食 (□ 4、□ 3、□ 2-2、□ 2-1、□ 0t、□ 0j)) □ 経腸栄養、□ 静脈栄養	あり (発症日：令和 〇 〇 年 〇 月 〇 日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

※記入済みの場合、誤嚥性肺炎の発症歴について記載する場合は必ずしも、発症日以内の日に記載してください。

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

記入者	令和 〇 〇 年 〇 月 〇 日
□ 看護職員 □ 歯科衛生士 □ 言語聴覚士	
口腔衛生	口臭 <input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
歯の汚れ	あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
義歯の汚れ	あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
舌苔	あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
食べこぼし	あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
舌の動きが悪い	あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
歯周病	あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
むせ痰がらみ	あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
口腔乾燥	あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	□ 歯 (予備、補綴物脱落等)、義歯 (着脱不適合等)、歯周病、口腔粘膜 (潰瘍等) の発症の可能性 □ 音声・言語機能に関する疾患の可能性 □ その他 ()

2 口腔機能改善管理計画

計画立案者	□ 看護職員、□ 歯科衛生士、□ 言語聴覚士
サービス提供者	□ 看護職員、□ 歯科衛生士、□ 言語聴覚士
目標	□ 口腔衛生 (□ 維持、□ 改善 ()) □ 摂食・嚥下機能 (□ 維持、□ 改善 ()) □ 食形態 (□ 維持、□ 改善 ()) □ 音声・言語機能 (□ 維持、□ 改善 ()) □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他 ()
実施内容	□ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 □ 音声・言語機能に関する指導 □ その他 ()

3 実施記録

実施年月日	令和 〇 〇 年 〇 月 〇 日
サービス提供者	□ 看護職員、□ 歯科衛生士、□ 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	□ 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	□ 実施
音声・言語機能に関する指導	□ 実施
その他 ()	□ 実施



● **口腔機能向上サービスに関する計画書 (様式例) 記載例**

デイサービスを利用している きのうこうじょう 喜納孝丈さんの例

79歳 男性 要介護度2

アルツハイマー型認知症、左大腿骨頸部骨折後

アルツハイマー型認知症の妻 (80歳) と二人暮らし、息子がいるが県外在住であり疎遠

上：全部床義歯 下：部分床義歯使用、口腔清掃状態不良

普通食、自力摂取、時々むせあり

息子は県外在住で盆と正月に帰ってくる程度、両親が電話に出れないため、疎遠状態。

食事はヘルパーさんによる調理、総菜や弁当、菓子パン等の買い置き、夕食は宅配を利用している。

保清が保たれないため、入浴はデイサービスにて行う、セルフケアの概念がなく、義歯の着脱も困難なため、事業所に勤務する歯科衛生士へ口腔機能向上サービスを依頼。

主治医や管理栄養士、ケアマネジャーや通所事業所等と連携し、可能な限り把握しましょう。嚥下調整食については最終ページの資料を参照してください。

誤嚥性肺炎予防を目的に実施する場合は**6か月以内の状況**について可能な限り把握しましょう。

概ね**1か月に1回**のスクリーニング、アセスメント、モニタリングが必要です。スクリーニング、アセスメント、モニタリングの結果、必要があれば2口腔機能改善管理計画を見直しましょう。

口腔機能が向上せず、実施の継続が必要と認められる利用者については、引き続き算定することができます。**継続時には総合的判断**が必要です。

概ね**3か月に1回**、1スクリーニング、アセスメント、モニタリングに基づき口腔機能改善管理計画の立案、見直しを行います。

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

氏名（ふりがな）	喜納 孝文（きのう こうじょう）
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生まれ 79歳
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input checked="" 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 checked="" 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把握するよう努めるとともに、6か月以内の状況について記載すること。

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

		令和3年 ●月 ●日
		記入者： 延岐 珠真
		<input type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 無歯顎
	義歯の汚れ	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 義歯なし
口腔機能の状態	舌苔	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	食べこぼし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌の動きが悪い	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性	
	<input checked="" type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性	
	<input checked="" type="checkbox"/> その他（ 右上口腔粘膜びらんあり ）	

総合評価

サービス継続の必要性：	<input checked="" type="checkbox"/> あり（継続） <input type="checkbox"/> なし（終了）	計画変更の必要性：	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
-------------	--	-----------	--

2 口腔機能改善管理計画

作成日：令和3年 ●月 ●日

計画立案者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
目標	<input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持 <input checked="" type="checkbox"/> 改善（ ））
	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input checked="" type="checkbox"/> 改善（ ））
	<input type="checkbox"/> 食形態（ <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ））
	<input type="checkbox"/> 音声・言語機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input checked="" type="checkbox"/> 改善（ ））
	<input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ 口腔粘膜の改善 ）
実施内容	<input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導
	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導
	<input checked="" type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導
	<input checked="" type="checkbox"/> その他（ 口腔粘膜の経過観察 ）

その他特記事項

自宅でセルフケアを行っていない（できない）、同居の妻もアルツハイマー型認知症のため、介助は困難。義歯は外すことはできるが、装着は難しい。食物残渣が長期間に渡り停滞していたためか、右上口腔粘膜にびらんあり、経過観察が必要。週3回のデイサービス時、スタッフによる口腔ケアが必須である。ご家族に電話をし、口腔ケア用品の購入の許可をいただく。

日本歯科衛生士会版 様式

『日衛 R3K-②』▶概ね1か月に1回**1スクリーニング、アセスメント、モニタリング**、概ね3か月に1回**2口腔機能改善管理計画**が必要です。サービスの継続には総合的判断が必要となりますので、**3実施記録**を削除し、**総合評価**の欄を設け、再構成した様式を作成しています。

『日衛 R3K-③』▶利用者対し、月1～2回口腔機能向上サービスを提供することが可能です。**3実施記録**を2回配置、また、その他の特記事項欄を拡大し、再構成した様式を作成しています。

『日衛 R3K-④』▶概ね1か月に1回必要である**1スクリーニング、アセスメント、モニタリング**と、**3実施記録**を2回配置し、月1枚の用紙に記載できるよう、再構成した様式を作成しています。

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

氏名（ふりがな）	喜納 孝丈（きのう こうじょう）
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生まれ 79歳

3 実施記録

実施年月日	令和3年 ●月 10日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	<input checked="" type="checkbox"/> 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	<input checked="" type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input checked="" type="checkbox"/> 実施
その他（口腔粘膜の経過観察）	<input checked="" type="checkbox"/> 実施
その他特記事項	口腔ケアに対する抵抗はなく、開口等の協力動作あり。右上のびらんは少し改善したように感じる。以前のような義歯の汚染はみられない、デイサービスでの昼食後の口腔ケアの継続をスタッフにお願いする。胸元の汚れが気になる、食べこぼし等の情報を得る。

経過や口腔に関する詳細、サービス提供時の様子、介護職員への助言内容、多職種との連携内容等を記載しておきましょう。

3 実施記録

実施年月日	令和3年 ●月 24日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	<input checked="" type="checkbox"/> 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	<input checked="" type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input checked="" type="checkbox"/> 実施
その他（口腔粘膜の経過観察）	<input checked="" type="checkbox"/> 実施
その他特記事項	昼食の様子を観察、口唇閉鎖弱く、食べこぼしや数回のむせあり。若干、指示が入りづらいため、食事前の準備体操として、歌や音読の実施を試みる。右上の粘膜のびらんは随分改善している。ヘルパーさんは生活援助のため口腔ケアは不可能、食後のうがいの声かけだけでもしていただけないか、CMさんへ連絡する。

- ▶ 『日衛 R3K-②』 スクリーニング、アセスメント、モニタリングを実施
口腔機能改善管理計画を立案
- ▶ 『日衛 R3K-③』 実施記録
- ▶ 『日衛 R3K-④』 口腔機能改善管理計画に変更がない場合

『日衛 R3K-②』 1枚+『日衛 R3K-③』 1枚で1か月分です。
口腔機能改善管理計画に変更がない場合は『日衛 R3K-④』 1枚で1か月分です。

口腔・栄養スクリーニング加算の新設



通所介護/地域密着型通所介護/認知症対応型通所介護★/通所リハビリテーション★
小規模多機能型居宅介護★/看護小規模多機能居宅介護/特定施設入居者生活介護★
地域密着型特定施設入居者生活介護/認知症対応型共同生活介護★

(★は予防サービスを含む)

通所・居住系等のサービスについて、利用者の口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理等を行うことにより、口腔機能低下の重症化等の予防、維持、回復等につなげる観点から、介護職員等が実施可能な口腔スクリーニングを評価する加算を創設する。その際、栄養スクリーニング加算による取組・評価と一体的に行う。

● 基準・算定要件

栄養スクリーニング加算 5単位/回

- ▶▶▶ 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 20単位/月 (新設)
- ▶▶▶ 口腔・栄養スクリーニング加算 (II) 5単位/月 (新設)

■ 口腔・栄養スクリーニング加算 (I)

介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること
(* 栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可)

■ 口腔・栄養スクリーニング加算 (II)

利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること
(* 栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており加算 (I) を算定できない場合にのみ算定可能)

ふりかき	口腔 口内	口腔口外	年	月	日	氏名
氏名	記入者名:					記入者名
	作成年月日: 年 月 日					作成年月日
	事業所内の業務担当					事業所内の業務担当
	公称 口内					公称 口外
	事業所内の管理責任者(栄養士)					事業所内の管理責任者(栄養士)
	口内					口外

スクリーニング項目	前回結果 (●月●日)	今回結果 (●月●日)
口内		
硬いものを食べ、柔らかいものばかり食べる	はい・いいえ	はい・いいえ
入れ歯を履いている	はい・いいえ	はい・いいえ
むせやすい	はい・いいえ	はい・いいえ
特記事項 (歯科医師等への連携の必要性)		
身長 (cm) ※1	(cm)	(cm)
体重 (kg)	(kg)	(kg)
BMI (kg/m ²) ※1	□無 □有 (kg/m ²)	□無 □有 (kg/m ²)
過去1～6か月間における3%以上の体重減少※2	□無 □有 (kg/ か月)	□無 □有 (kg/ か月)
過去6か月間における2～3kg以上の体重減少※2	□無 □有 (kg/ 6か月)	□無 □有 (kg/ 6か月)
血清アルブミン値 (g/dl) ※3	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)
食事摂取エネルギー量※3	□無 □有 (%)	□無 □有 (%)
特記事項 (医師、管理栄養士等への連携の必要性)		

※1 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。
 ※2 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない。(初回は評価不要)
 ※3 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

口腔・栄養スクリーニングは歯科衛生士が実施するものではありません。ケアマネジメントの一環として、介護職員等が行ない、利用者の介護支援専門員に報告するものです。

介護職員から相談された場合は、リスクに応じた助言をしましょう。



- * 利用開始時及び利用中6月ごとに実施。
- * 口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングは、利用者に対して、原則として一体的に実施すべきものであること。

◆◆◆ 新たな様式集 ◆◆◆

- 日衛 R3R-① 都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）
厚労省作成：基本形
- 日衛 R3R-② 歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画
厚労省作成：基本形
- 日衛 R3R-③ 歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画
日衛版：1 基本情報 2 スクリーニング、アセスメント×3 回
- 日衛 R3R-④ 歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画
日衛版：基本情報 居宅療養管理指導計画 同意・署名欄
- 日衛 R3R-⑤ 歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画
日衛版：4 実施記録×4 回

- 日衛 R3T-① 口腔衛生管理体制についての計画
厚労省作成

対象者への聞き取り等が困難な場合もあるため、様式への記載は**観察者の判断で記載**しましょう。

- 日衛 R3E-① 口腔衛生管理加算 様式（実施計画）
厚労省作成：基本形
- 日衛 R3E-② 口腔衛生管理加算 様式（実施計画）
日衛版：1 口腔に関する問題点（スクリーニング） 2 口腔衛生の管理内容（アセスメント）
- 日衛 R3E-③ 口腔衛生管理加算 様式（実施計画）
日衛版：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×2 回
- 日衛 R3E-④ 口腔衛生管理加算 様式（実施計画）
日衛版：1 口腔に関する問題点（スクリーニング）
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×2 回

- 日衛 R3K-① 口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）
厚労省作成：基本形
- 日衛 R3K-② 口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）
日衛版：基本情報 1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング 2 口腔機能改善管理計画
- 日衛 R3K-③ 口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）
日衛版：基本情報 3 実施記録×2 回
- 日衛 R3K-④ 口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）
日衛版：基本情報 1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング 3 実施記録×2 回

- 嚥下調整食に関する参考資料（学会分類 2013 と他分類の対応）



都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所
 担当 殿

医療機関名
 医療機関所在地
 電話番号
 FAX 番号
 歯科医師氏名

基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	-
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先	()

利用者の病状、経過等

(1) 情報提供の目的

(2) 病状、経過等

口腔衛生状態不良

う蝕等

歯周病

口腔粘膜疾患（潰瘍等）

義歯の問題（ 義歯新製が必要な欠損 義歯破損・不適合等）

摂食・嚥下機能の低下

口腔乾燥

その他（)

配慮すべき基礎疾患（)

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 必要な歯科治療

う蝕治療 冠・ブリッジ治療 義歯の新製や修理等

歯周病の治療 口腔機能の維持・向上 その他（)

(2) 利用すべきサービス

居宅療養管理指導（ 歯科医師、 歯科衛生士） その他（)

(3) その他留意点

摂食・嚥下機能 誤嚥性肺炎 低栄養 その他（)

(4) 連携すべきサービス

特になし あり（)

→必要な支援（)

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項

(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援

社会生活面の課題 特になし あり

()

→必要な支援（)

(3) 特記事項

歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画

1 基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	明・大・昭	男・女
		年 月 日生 (歳)	
食形態	<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		

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

2 スクリーニング、アセスメント

記入者・記入年月日	(氏名)	令和 年 月 日
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
(以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施)		
歯科疾患等	歯数	歯
	歯の問題 (う蝕、破折、脱離等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯周病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	粘膜の問題 (潰瘍等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の問題 (不適合、破折)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項		

3 居宅療養管理指導計画 利用者家族に説明を行った日 令和 年 月 日

初回作成日	令和 年 月 日	作成(変更)日	令和 年 月 日
記入者	歯科医師：	歯科衛生士：	
目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患 (<input type="checkbox"/> 重症化予防 <input type="checkbox"/> 歯科治療) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃 技術の向上 <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 ()	
訪問頻度	<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 ()		
関連職種との連携			

4 実施記録

訪問日	令和 年 月 日 時 分～ 時 分	実施者
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設 (有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム)	
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 令和 年 月 日 時 分～ 時 分	
実地指導の要点	<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 ()
解決すべき課題		
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導 () <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示 ()	

歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画

1 基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	明・大・昭 年 月 日生 (歳)	男・女
食形態	<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		

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

2 スクリーニング、アセスメント①

記入者・記入年月日	(氏名)	令和 年 月 日
口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 無歯顎 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 義歯なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
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"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
(以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施)		
歯科疾患等	歯数 <input type="checkbox"/> 歯の問題 (う蝕、破折、脱離等) <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 粘膜の問題 (潰瘍等) <input type="checkbox"/> 義歯の問題 (不適合、破折)	歯 (内残根 歯) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項		

2 スクリーニング、アセスメント②

記入者・記入年月日	(氏名)	令和 年 月 日
口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 無歯顎 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 義歯なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
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"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
(以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施)		
歯科疾患等	歯数 <input type="checkbox"/> 歯の問題 (う蝕、破折、脱離等) <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 粘膜の問題 (潰瘍等) <input type="checkbox"/> 義歯の問題 (不適合、破折)	歯 (内残根 歯) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項		

2 スクリーニング、アセスメント③

記入者・記入年月日	(氏名)	令和 年 月 日
口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 無歯顎 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 義歯なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
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"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
(以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施)		
歯科疾患等	歯数 <input type="checkbox"/> 歯の問題 (う蝕、破折、脱離等) <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 粘膜の問題 (潰瘍等) <input type="checkbox"/> 義歯の問題 (不適合、破折)	歯 (内残根 歯) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項		

歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画

基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	明・大・昭	男・女
		年 月 日生 (歳)	
食形態	<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		

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

居宅療養管理指導計画

初回作成日	令和 年 月 日	作成(変更)日	令和 年 月 日
記入者	歯科医師： _____ 歯科衛生士： _____		
目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患 (<input type="checkbox"/> 重症化予防 <input type="checkbox"/> 歯科治療) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃 技術の向上 <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 ()	
訪問頻度	<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 ()		
関連職種との連携			

備考

居宅療養管理指導サービスの提供にあたり、上記のとおり説明いたしました。

令和 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

FAX 番号

歯科医師名 _____

歯科衛生士名 _____

《利用者》 氏名 _____

《代筆者》 氏名 _____

歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画

4 実施記録

利用者氏名：

訪問日	令和 年 月 日 時 分～ 時 分	実施者	
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設（有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム）		
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 令和 年 月 日 時 分～ 時 分		
実地指導の要点	<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（ ）	
解決すべき課題			
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導（ ） <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示（ ）		
備考			

訪問日	令和 年 月 日 時 分～ 時 分	実施者	
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設（有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム）		
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 令和 年 月 日 時 分～ 時 分		
実地指導の要点	<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（ ）	
解決すべき課題			
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導（ ） <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示（ ）		
備考			

訪問日	令和 年 月 日 時 分～ 時 分	実施者	
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設（有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム）		
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 令和 年 月 日 時 分～ 時 分		
実地指導の要点	<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（ ）	
解決すべき課題			
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導（ ） <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示（ ）		
備考			

訪問日	令和 年 月 日 時 分～ 時 分	実施者	
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設（有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム）		
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 令和 年 月 日 時 分～ 時 分		
実地指導の要点	<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（ ）	
解決すべき課題			
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導（ ） <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示（ ）		
備考			

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介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、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

--

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介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、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 上（内残根 ）下（内残根 ）
	<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（ ）

備考

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

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（ ）
備考	

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（ ）
備考	

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

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 上 (内残根) 下 (内残根) <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）
----------------------------	--

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（ ）
備考	

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（ ）
備考	

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生まれ 歳
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

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

		令和 年 月 日
		記入者： <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	<input type="checkbox"/> 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

2 口腔機能改善管理計画

作成日：令和 年 月 日

計画立案者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
目標	<input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <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"/> 音声・言語機能（ <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"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）

3 実施記録

実施年月日	令和 年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
その他（ ）	<input type="checkbox"/> 実施

4 その他特記事項

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生まれ 歳
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

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

		令和 年 月 日
		記入者： <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 無歯顎
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 義歯なし
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	<input type="checkbox"/> 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

● 総合評価

サービス継続の必要性： <input type="checkbox"/> あり（継続） <input type="checkbox"/> なし（終了）	計画変更の必要性： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
---	---

2 口腔機能改善管理計画

作成日：令和 年 月 日

計画立案者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
目標	<input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <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"/> 音声・言語機能（ <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"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）

その他特記事項

公益社団法人 日本歯科衛生士会
在宅・施設口腔健康管理委員会

担当副会長 久保山裕子
担当常務理事 山口 朱見
委員 松尾 由佳
篠原 弓月
佐藤 奈美
原口 公子

令和3年度 介護報酬の改定について

公益社団法人 日本歯科衛生士会

〒169-0072

東京都新宿区大久保2-11-19

TEL：03-3209-8020

FAX：03-3209-8023