

○ 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（平成18年3月31日老老発第0331008号 厚生労働省老健局老人保健課長通知）（抄）

	改 正 後	改 正 前
<p>1 口腔機能向上サービスの業務等について            (1) 略            (2) 口腔機能向上サービスの業務            ア 略            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1の様式例を参照の上、作成する。</p> <p>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、事業所等の実情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。</p> <p>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) 口腔衛生に関する課題(口腔内の清掃、有床義歯の清掃等) ii) 摂食・嚥下機能に関する課題(口腔内の清掃、有床義歯の清掃等) iii) 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) iv) 解決すべき課題に対しサービス担当者と同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2の様式例を参照の上、作成する。平成11年厚生省令第37号)第99条若しくは第115条又は指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第35号)第109条若しくは第125条において作成すること</p>	<p>1 口腔機能向上サービスの業務等について            (1) 略            (2) 口腔機能向上サービスの業務            ア 略            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)の様式例に必要事項を記入する。</p> <p>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、事業所等の実情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。</p> <p>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) 口腔衛生に関する課題(口腔内の清掃、有床義歯の清掃等) ii) 摂食・嚥下機能に関する課題(口腔内の清掃、有床義歯の清掃等) iii) 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) iv) 解決すべき課題に対しサービス担当者と同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。</p>	

とされている各計画の中に、口腔機能改善管理指導計画原案に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画原案の作成に代えることができるものとすること。

②～④ 略

エ 略

オ 口腔機能向上サービスの実施

①～④ 略

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へのケアの状況等について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第91条、第105条の19若しくは第119条において準用する第19条又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第107条若しくは第123条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録においてサービス担当者が口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は、当該記録とは別に歯科衛生士等の居宅療養管理指導費又は口腔機能向上加算の算定のために口腔機能向上サービスの提供の経過を記録する必要はないものとすること。

カ 略

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1の様式例を参照の上、作成する。

② 略

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  
かる把握を三か月毎に実施し、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

②～④ 略

エ 略

オ 口腔機能向上サービスの実施

①～④ 略

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 略

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 略

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  
かる把握を三か月毎に実施し、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

<p>にかかわらず、把握を三か月毎に実施する。</p> <p>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1、2の様式例を準用する。</p>	<p>にかかわらず、把握を三か月毎に実施する。</p> <p>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。</p>
--	---

口腔機能の向上の記録 アセスメント・モニタリング・評価

ふりがな			□男 □女	□明□大□昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名	病名等								
	かかりつけ歯科医		□あり □なし	入れ歯の使用		□あり □なし			
介護認定等	認定	平成	年	月	□ 特定高齢者	要支援 □1 □2		要介護 □1 □2 □3 □4 □5	
変更後	変更	平成	年	月	□ 一般高齢者	□ 特定高齢者		要支援 □1 □2 □3 □4 □5	

1. 事前・事後アセスメント、関連職種等によるモニタリング (番号を事前、モニタ、事後にそれぞれ記入)

事前	平成	年	月	日	モニタリング	平成	年	月	日	事後	平成	年	月	日
	記入者					記入者					記入者			
質問項目・観察項目等					評価項目					事前	モニタ	事後		
質問	①固いものは食べにくいですか				1.いいえ 2.はい									
	②お茶や汁物でむせることがありますか				1.いいえ 2.はい									
	③口の渇きが気になりますか				1.いいえ 2.はい									
	④自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか				1.両方できる 2.片方だけできる 3.どちらもできない									
	⑤全体的にみて、過去1ヶ月間のあなたの健康状態はいかがですか				1.最高によい 2.とても良い 3.良い 4.あまり良くない 5.良くない 6.ぜんぜん良くない									
	⑥お口の健康状態はいかがですか				1.よい 2.やや良い 3.ふつう 4.やや悪い 5.悪い									
観察	⑦口臭				1.ない 2.弱い 3.ある									
	⑧自発的な口腔清掃習慣				1.ある 2.多少ある 3.ない									
	⑨むせ				1.ない 2.多少ある 3.ある									
	⑩食事時の食べこぼし				1.ない 2.多少ある 3.多い									
	⑪表情の豊かさ				1.豊富 2.やや豊富 3.ふつう 4.やや乏しい 5.乏しい									
特記事項等※1														

2. 専門職による課題把握のためのアセスメント、モニタリング (番号を事前、モニタ、事後それぞれ記入)

事前	平成	年	月	日	モニタリング	平成	年	月	日	事後	平成	年	月	日
	記入者					記入者					記入者			
	□ 言語聴覚士	□ 歯科衛生士	□ 看護師			□ 言語聴覚士	□ 歯科衛生士	□ 看護師			□ 言語聴覚士	□ 歯科衛生士	□ 看護師	
観察・評価等					評価項目					事前	モニタ	事後		
①右側の咬筋の緊張の触診 (咬合力)					1.強い 2.弱い 3.無し									
②左側の咬筋の緊張の触診 (咬合力)					1.強い 2.弱い 3.無し									
③歯や義歯のよごれ					1.ない 2.多少ある 3.ある									
④舌のよごれ					1.ない 2.多少ある 3.ある									
⑤RSSTの積算時間 (必要に応じて実施)					1.回目 ( ) 秒 2.回目 ( ) 秒 3.回目 ( ) 秒					1( )	1( )	1( )		
⑥オーラルディアドコキネシス (必要に応じて実施)					パ( ) 回/秒 ※パ、夕、力をそれぞれ10秒間に言える回数を測定し、1秒あたりに換算 夕( ) 回/秒 カ( ) 回/秒					パ( )	パ( )	パ( )		
⑦ブクブクうがい (空ブクブクでも可)					1.できる 2.やや不十分 3.不十分					夕( )	夕( )	夕( )		
カ( )					カ( )					カ( )	カ( )	カ( )		
特記事項等※1														
問題点 □ かむ □ 飲み込み □ 口のかわき □ 口臭 □ 歯みがき □ 食べこぼし □ むせ □ 会話 □ その他 ( )														

※1 対象者・利用者の状況により質問項目・観察項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

3. 総合評価

□ 口腔機能向上の利用前後の比較であてはまるものをチェック		
□ 食事がよりおいしくなった	□ 薄味がわかるようになった	□ かめるものが増えた
□ むせが減った	□ 口の渇きが減った	□ 噛みしめられるようになった
□ 食事時間が短くなった	□ 食べこぼしが減った	□ 薬が飲みやすくなった
□ 口の中に食べ物が残らなくなった	□ 話しやすくなった	□ 口臭が減った
□ 会話が増えた	□ 起きている時間が増えた	□ 元気になった
□ その他 ( )		
事業またはサービスの継続の必要性	□ なし (終了)	□ あり (継続)
計画変更の必要性	□ なし	□ あり

口腔機能の向上の指導管理計画・実施記録

別紙2

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

1. 口腔機能の向上指導管理計画 (平成 年 月 日 作成) ※1

( ) さんのご希望・目標	作成者	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 看護師

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

専門職 実施項目	<input type="checkbox"/> 口腔機能の向上に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操指導
	<input type="checkbox"/> 歯みがき指導 <input type="checkbox"/> 歯みがきの実施	<input type="checkbox"/> 唾液腺マッサージ
機能訓練	<input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み	<input type="checkbox"/> 発音・発声 <input type="checkbox"/> 呼吸法
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
関連職種 実施項目	<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操	<input type="checkbox"/> 歯みがきの支援 <input type="checkbox"/> 実施確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
家庭での 実施項目	本人 <input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操	<input type="checkbox"/> 歯みがきの実施 <input type="checkbox"/> その他
	介護者 <input type="checkbox"/> 歯みがきの支援 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> その他

2. 口腔機能の向上実施記録 ※2

① 専門職の実施

(実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。)

実施日						
担当者名						
<input type="checkbox"/> 口腔機能の向上に関する情報提供						
<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操指導						
<input type="checkbox"/> 口腔清掃指導						
<input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施						
唾液腺マッサージ指導						
咀嚼機能訓練						
嚥下機能訓練						
発音・発声に関する訓練						
呼吸法に関する訓練						
食事姿勢や食環境についての指導						
特記事項 (注意すべき点、利用者の変化等)						

② 関連職種の実施

(実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。)

関連職種 実施項目	<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操	<input type="checkbox"/> 歯みがきの支援	<input type="checkbox"/> 実施確認	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
特記事項 (利用者の変化、専門職への質問等)					

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

※2：サービスの提供の記録において、口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は不要。