

令和6年度

# 介護報酬

## 改定のポイント

### リハビリテーション・口腔・栄養の 一体的取組の推進

実施計画書を共有  
各アセスメント内容を共有



### 口腔衛生管理の強化

#### 特定施設

体制加算の  
基本サービス化



#### 特定施設以外

定期的に口腔の  
健康状態を評価



### 歯科医療機関での 継続した口腔健康管理

口腔連携強化加算の新設  
口腔・栄養スクリーニング加算の充実

# リハビリテーション・口腔・栄養の一体的推進

## 介護保険施設・通所系サービスにおけるリハビリテーション

### 自立支援・重度化防止を効果的に進める

#### リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書

- リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の取組を一体的に行う際に、各取組に係る専門職が情報共有を行い、共同して計画を作成する際に用いることができる
- 各取組についての情報をそれぞれ記載した上で、多職種が連携し、それらを踏まえた共通課題を抽出し、共通目標を設定するとともに、具体的なケア内容に反映させる

#### R6改定後 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組

赤字：R6の主な改定事項

施設	介護老人保健施設	<p>&lt;リハビリテーションマネジメント計画書情報加算&gt; I：53単位/月、II：33単位/月 ※加算（I）、（II）は併算定不可</p> <p>Iの主な算定要件：口腔衛生管理加算（II）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出</p>	<p>&lt;栄養マネジメント強化加算&gt; 11単位/日 算定要件：管理栄養士を規定の常勤換算数以上配置し、低栄養状態のリスクが高い入所者への丁寧な栄養ケア（週3回以上の食事観察や退所時の栄養情報連携等）を行う</p>	<p>&lt;口腔衛生管理加算&gt; I：90単位/月、II（LIFE）：110単位/月 算定要件：入所者に対する専門的口腔ケアを月2回以上入所者に係る口腔ケアについて介護職員に対する具体的な技術的助言及び指導、相談対応</p>	<p>一体的な実施計画書</p> <p>○リハビリテーション・栄養管理・口腔管理実施計画書（施設系）</p> <p>○個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（施設系）</p>
	介護医療院	<p>&lt;理学療法、作業療法、言語聴覚療法&gt; 理学療法 注6、作業療法 注6、言語聴覚療法 注4 33単位/月の算定に加えて、各々、<b>理学療法 注7、作業療法 注7、言語聴覚療法 注5</b> 20単位/月を更に算定可能</p> <p>理学療法 注7、作業療法 注7、言語聴覚療法 注5の算定要件：口腔衛生管理加算（II）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出</p>			
	介護老人福祉施設	<p>&lt;個別機能訓練加算&gt; I：12単位/日、II：20単位/月、III：20単位/月 IIIの算定要件：口腔衛生管理加算（II）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出している場合にI、IIに加えて更にIIIを算定可</p>			
	地密介護老人福祉施設				
通所	通所リハビリテーション	<p>&lt;リハビリテーションマネジメント加算&gt; (6月以内) イ：560単位/日、ロ：593単位/月、ハ：793単位/月 (6月以上) イ：240単位/日、ロ：273単位/月、ハ：473単位/月 ハの算定要件：管理栄養士の配置（外部連携可）、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の配置。口腔の健康状態の評価及び栄養アセスメントを実施し、関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出</p>	<p>併算定可</p> <p>&lt;栄養改善加算&gt; 200単位/回 算定要件：栄養改善を目的として管理栄養士等が共同して作成した利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて居宅訪問等を実施し、栄養管理を行うとともに、定期的な栄養ケア計画の進捗状況の評価を実施</p> <p>&lt;栄養アセスメント加算&gt; 50単位/月 算定要件：管理栄養士が多職種と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握）を実施し、利用者等への相談に応じる</p>	<p>&lt;口腔機能向上加算&gt; (月2回) I：150単位/回、IIイ(リハ・栄養)：155単位/回、IIロ(LIFE)：160単位/回 IIイの算定要件：リハビリテーションマネジメント加算ハを算定し、口腔清掃の指導若しくは実施、又は摂食・嚥下訓練の指導若しくは実施</p> <p>&lt;口腔機能向上加算&gt; (月2回) I：150単位/回、II(LIFE)：160単位/回 算定要件：口腔清掃の指導若しくは実施、又は摂食・嚥下訓練の指導若しくは実施</p>	<p>一体的な実施計画書</p> <p>○リハビリテーション・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）</p> <p>○個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）</p>
	介護予防通所リハビリテーション	<p>※リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組においては各加算において共有された情報を活用する。</p>			
	通所介護				

# リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書(施設系)抜粋

	リハビリテーション 評価日： 年 月 日	栄 養 評価日： 年 月 日	口 腔 評価日： 年 月 日
評 価 時 の 状 態	<p><b>【心身機能・構造】</b></p> <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 <input type="checkbox"/> 関節可動域制限 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症・構音障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> BPSD 歩行評価 <input type="checkbox"/> 6分間歩行 <input type="checkbox"/> TUG test ( ) 認知機能評価 <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R ( ) <p><b>【活動】</b> ※課題のあるものにチェック                      基本動作：  <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> 起き上がり  <input type="checkbox"/> 座位の保持 <input type="checkbox"/> 立ち上がり  <input type="checkbox"/> 立位の保持                      ADL：BI ( ) 点  <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 移乗 <input type="checkbox"/> 整容  <input type="checkbox"/> トイレ動作 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 歩行  <input type="checkbox"/> 階段昇降 <input type="checkbox"/> 更衣  <input type="checkbox"/> 排便コントロール  <input type="checkbox"/> 排尿コントロール                      IADL：FAI ( ) 点  <b>【参加】</b></p>	低栄養リスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 生活機能低下 3%以上の体重減少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 月 )	<p><b>【誤嚥性肺炎の発症・既往】</b></p> <input type="checkbox"/> あり (直近の発症年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし
具 体 的 支 援 内 容	<p>①課題： 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回</p> <p>②課題： 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回</p> <p>③課題： 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回</p>	<input type="checkbox"/> 栄養食事相談 <input type="checkbox"/> 食事提供量の増減 ( <input type="checkbox"/> 増量 <input type="checkbox"/> 減量 ) <input type="checkbox"/> 食事形態の変更 ( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 ) <input type="checkbox"/> 栄養補助食品の追加・変更 <input type="checkbox"/> その他：	<p><b>【口腔衛生状態の問題】</b></p> <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
特 記 事 項		<p><b>【食生活状況】</b></p> 食事摂取量 (全体) % 食事摂取量 (主食) % 食事摂取量 (主菜/副菜) % / %	<p><b>【口腔機能の状態の問題】</b></p> <input type="checkbox"/> 奥歯のかみ合わせがない <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> ふくぶくうがい困難 <sup>*1</sup> ※1 現在、歯磨き後のうがいをしている方に 限り確認する。
		<p><b>【栄養量 (エネルギー/たんぱく質)】</b></p> 摂取栄養量：( ) kcal/kg、( ) g/kg 提供栄養量：( ) kcal/kg、( ) g/kg 必要栄養量：( ) kcal/kg、( ) g/kg	<p><b>【歯数の問題】</b></p> <input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 歯の破折 <input type="checkbox"/> 修復物脱離 <input type="checkbox"/> 残根歯 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<p><b>【GLIM 基準による評価※】</b></p> <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養 ( <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 ) ※医療機関から情報提供があった場合に記入す る。	<p><b>【義歯の問題】</b></p> <input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 必要だが使用してない <input type="checkbox"/> その他 ( )
			<p><b>【歯周組織、口腔粘膜の問題】</b></p> <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患 (潰瘍等) <p>記入者： 指示を行った歯科医師名：</p>
			実施日： 年 月 日 記入者： 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 ( )
			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： <b>【口腔衛生等の管理】</b> <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <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
			<p><b>【介護職員への技術的助言等の内容】</b></p> <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"/> 摂食嚥下等の口腔機能の改善のための 取組の実施 <input type="checkbox"/> 食事の状態の確認、食形態等の検討の 必要性 <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続 <input type="checkbox"/> その他 ( )

# 口腔衛生管理の強化

## (介護予防) 特定施設

新たに特定施設で口腔衛生管理体制を廃止して基本サービスに

- ☞ 全ての特定施設において、口腔衛生管理体制の確保を促す
- ☞ 各入居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
- ☞ 経過措置期間は3年

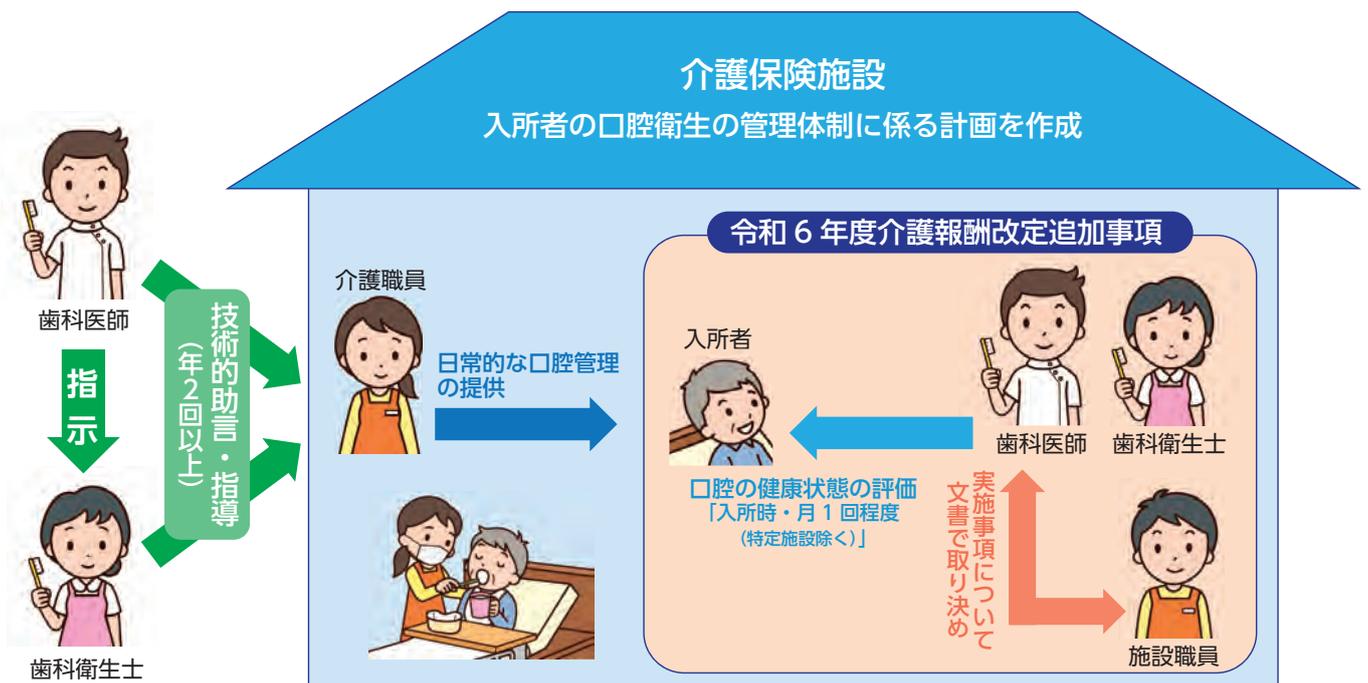
## 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設

### 共通

- ◎ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、施設の介護職員に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
- ◎ 技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成
- ◎ 計画は必要に応じて、定期的に見直す
- ◎ 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や計画に係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
- ◎ **施設と実施事項等について文書で取り決める**

### 特定施設以外 令和3年度改定から更に充実

- ◎ **施設の従業者又は歯科医師等が入所者毎に施設入所時及び月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施**



## I 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とは、介護保険施設及び特定施設において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（居）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ことに留意すること。

## II 口腔衛生の管理体制の整備にかかる実務について

### 1. 口腔衛生の管理体制に係る計画の立案

歯科医師等は、介護保険施設及び特定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及び指導を行うこと。なお、施設の実情を踏まえて、適切に介護職への理解に資すると考えられる場合は、当該助言及び指導について、情報通信機器を用いて実施しても差し支えない。

介護職員は、当該技術的助言及び指導に基づき口腔衛生管理体制計画を作成すること。

実施目標においては、助言及び指導を踏まえて、施設の実情に応じて検討されたい。例えば、口腔清掃の用具の整備、口腔清掃の方法・内容等の見直し、施設職員に対する口腔衛生管理の推進に資する研修会の開催、歯科専門職による入所（居）者の口腔管理等、歯科専門職による食事環境、食形態等の確認又は現在の取組の継続等である。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の管理体制に係る計画に関する技術的助言及び指導を行うこと。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。また、必要に応じて、「介護保険施設等における口腔衛生管理の評価と実践」（一般社団法人日本老年歯科医学会）等の関連学会が示す記載等も参考にされたい。

### 2. 入所者の口腔の健康状態の評価

介護保険施設においては、当該施設の従業者又は歯科医師等が入所者の施設入所時及び月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施することとしており、各入所者について、「口腔の健康状態の評価及び情報共有書」（P14 参照）を参考に確認する。ただし、歯科医師等が訪問歯科診療、訪問歯科衛生指導、又は口腔衛生管理加算等により口腔管理を実施している場合は、当該口腔の健康状態の評価に代えることができる。

歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高い場合、歯・口腔の疾患が疑われる場合及び介護職員による口腔清掃等が困難な場合等は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、歯科受診の必要性も含めて歯科医師等に相談する。

### 《協力歯科医療機関》

- 歯科医療の確保の観点から予め定めておくよう努める
- 近距離にあることが望ましい

### 《口腔衛生管理加算》

- 歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、訪問歯科衛生指導料が3回以上（歯科診療報酬点数表の区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料の「注2」に規定する緩和ケアを実施する場合は、**7回以上**）算定された場合には算定できない

## 口腔衛生の管理体制についての計画（特定施設）

策定日	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"/> 入居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"/> 口腔清掃の用具の整備
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の方法・内容等の見直し
	<input type="checkbox"/> 歯科専門職による入居者の口腔衛生管理等
	<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	

### 介護保険施設

「実施目標」欄に「施設職員によるスクリーニング」がない。

また、下記の「施設職員等による入所者の口腔の健康状態の評価」が追加された。

施設職員等による入所者の口腔の健康状態の評価	各入所者の入所時及び（ 週・月）に1回 ※週・月のいずれかに○をつける
------------------------	--

## 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

新設

### リハビリテーション マネジメント加算(ハ)

- 管理栄養士を1名以上配置、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置
- リハビリテーションに加えて、口腔及び栄養のアセスメントを実施
- アセスメントを踏まえたリハビリテーション計画等の内容を関係職種で共有。  
必要に応じて LIFE に提出した情報を活用
- 共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画を見直し、見直した内容を関係職種で共有

新設

### 口腔機能向上加算 (Ⅱ) イ

共有されたリハ・口腔・栄養  
の情報を活用

#### 【口腔機能向上加算(Ⅱ)イ】

- リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定
- 口腔機能改善管理指導計画(P 8～9参照)等の内容を厚生労働省に提出
- 口腔機能向上サービスの実施に当たって、口腔機能改善管理指導計画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

#### 【口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ】(下記の要件以外は、口腔機能向上加算(Ⅱ)と同一)

- リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定していない  
※口腔機能向上加算(Ⅰ)の変更はない

## 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、介護医療院

### リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)

- 入所者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出
- リハビリテーションの実施に当たって、リハビリテーション計画書の情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用
- 口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定**
- リハビリテーション計画等の内容を関係職種で共有
- 共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画を見直し、見直した内容を関係職種で共有

### リハビリテーション会議

- 必要に応じて歯科医師、歯科衛生士等が参加
- リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等(リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器)を活用して行うことができる
- 利用者又はその家族が参加する場合は、テレビ電話装置等の活用について同意を得なければならない

## 口腔機能向上加算における配置要件

言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置している

## 口腔機能向上加算の対象者

次のイからハまでのいずれかに該当する者

- イ 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において見守り等、一部介助、全部介助の者
- ロ 基本チェックリストの口腔機能に関連する
  - ・半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか
  - ・お茶や汁物等でむせることがありますか
  - ・口の渴きが気になりますかの3項目のうち、2項目以上が「はい」の者
- ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者

## 口腔機能向上サービスの手順

※①から④までに掲げる手順を実施する。

- ① 利用者ごとの口腔機能等の口腔の健康状態を、利用開始時に把握する  
→「口腔機能向上サービスに関する計画書」(P9参照)の「1 口腔の健康状態の評価・再評価(口腔に関する問題点等)」を記載
- ② 利用開始時に、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が中心となって、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成する。作成した口腔機能改善管理指導計画については、口腔機能向上サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得る  
→「口腔機能向上サービスに関する計画書」(P9参照)の「2 口腔機能改善管理指導計画」を記載
- ③ 口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供する。その際、口腔機能改善管理指導計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正する  
→「口腔機能向上サービスに関する計画書」(P9参照)の「3 実施記録」を記載
- ④ 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供する

## 口腔の健康状態の再評価の実施

- サービス担当者は、目標の達成状況、口腔衛生、口腔機能等の改善状況等を適宜、再評価を行うとともに、サービスの見直し事項を含めた、口腔機能改善管理指導計画の変更の必要性を判断する
- 口腔の健康状態の再評価は、月1回程度を目処に、必要に応じて適宜実施する。再評価の結果、口腔の健康状態に変化がある場合には、口腔機能改善管理指導計画を再度作成する

## 再把握の実施

- サービス担当者は、口腔衛生、摂食嚥下機能等に関する解決すべき課題の把握を3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
- 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、摂食嚥下機能等に関するリスクにかかわらず、把握を3月毎に実施する

# 口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

評価日： 年 月 日

氏名（ふりがな）			
生年月日・性別	年 月 日生まれ	・	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
要介護度・病名等			
日常生活自立度	障害高齢者：		認知症高齢者：
現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	直近1年間の歯科受診	<input type="checkbox"/> あり（最終受診年月： 年 月）	<input type="checkbox"/> なし
義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部） <input type="checkbox"/> なし		
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（コード <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）		
誤嚥性肺炎の発症・既往	<input type="checkbox"/> あり（直近の発症年月： 年 月） <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 口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）

年 月 日 記入者：		<input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <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	奥歯のかみ合わせ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	食べこぼし	<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
	口腔乾燥	<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
	ぶくぶくうがい※ ※現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 分からない
歯科受診の必要性		<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 口腔機能改善管理指導計画

作成日： 年 月 日

計画立案者	氏名：	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
サービス提供者	氏名：	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患（ <input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 歯科受診） <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能（ <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"/> 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"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

## 3 実施記録

実施年月日	年 月 日		
サービス提供者	氏名：	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	
口腔清掃	<input type="checkbox"/> 実施	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
誤嚥性肺炎の予防に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施	その他（ ）	<input type="checkbox"/> 実施

## 4 その他特記事項

--

## 口腔・栄養スクリーニング加算

- 口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合はかかりつけ歯科医への受診状況を利用者又はその家族等に確認し、必要に応じて受診を促すとともに、当該利用者を担当する介護支援専門員に対して、口腔機能向上サービスの提供を検討するように依頼する

### 参考

〈口腔スクリーニングの実施に当たって〉

「入院（所）中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の確認に関する基本的な考え方」（令和6年3月日本歯科医学会）

## 口腔・栄養スクリーニング様式（口腔部分抜粋）

### 《共通》

ふりがな	□男 □女	年	月	日	生まれ	歳
氏 名	要介護度・病名・特記事項等	記入者名：				
		作成年月日： 年 月 日				
		事業所内の歯科衛生士 □無 □有				
		事業所内の管理栄養士・栄養士 □無 □有				

### 《通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス（介護予防も含む）》

□ 腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる	はい・いいえ	はい・いいえ
	入れ歯を使っている	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）		



「はい」があった利用者、誤嚥性肺炎の既往がある利用者、その他の口腔の健康状態に確認を要する状態の利用者においては、口腔の健康状態の評価項目（P13 参照）の利用も検討することが望ましい

### 《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（介護予防も含む）》

□ 腔	開口	できる・できない	できる・できない
	歯の汚れ	なし・あり	なし・あり
	舌の汚れ	なし・あり	なし・あり
	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	できる・できない	できる・できない
	歯肉の腫れ、出血	なし・あり	なし・あり
	むせ	なし・あり	なし・あり
	ぶくぶくうがい <sup>*1</sup>	できる・できない	できる・できない
	食物のため込み、残留 <sup>*2</sup>	なし・あり	なし・あり
特記事項（歯科医師等への連携の必要性等）			



介護職員等は、利用者全員の口腔の健康状態及び栄養状態を継続的に把握すること

## 通院時情報連携加算

歯科診療所に介護支援専門員が利用者と同行する場合を新たに評価

### 通院時情報連携加算 50 単位（利用者1人につき1月に1回）

- 歯科医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、歯科医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報の提供を行う
- 歯科医師等から利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合に算定
- 同席の際は、利用者の同意を得た上で、歯科医師等と連携

## LIFE（科学的介護情報システム）

◎情報提出頻度 ⇒ 「少なくとも3か月に1回」に統一

※歯科関係では、口腔衛生管理加算（Ⅱ）、口腔機能向上加算（Ⅱ）及び（Ⅱ）イ、ロ

### 科学的介護推進に関する評価 ※口腔関係抜粋

義歯の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	む せ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ・出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

## 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、介護予防特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護

## 退居（所）時・入院時の情報提供

退居時情報提供書、退所時情報提供書、入院時情報提供書〈在宅版〉 ※口腔関係

### 4. 口腔・栄養について

摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分（とろみ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い）
食形態（主食）	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他（ ）	食形態（副食）	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他（ ）
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総）	左右両方の奥歯で しっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
特記事項			

訪問介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、訪問看護、  
介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、  
介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、  
定期巡回・随時対応型訪問介護看護、訪問リハビリテーション

**新設**

## 口腔連携強化加算

**50単位**

※ 1月に1回限り

口腔の健康状態の評価結果を、  
利用者の同意を得て、  
歯科医療機関及び介護支援専門員に  
情報提供したときに算定

- ・利用者毎の口腔の健康状態
- ・歯科専門職の確認を要する状態

把握

歯科専門職による  
適切な口腔管理の実施へ

- ☞ 歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保し、文書等で取り決めている
- ☞ 口腔・栄養スクリーニング加算を算定（他の介護サービス事業所で口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を算定している場合を除く）
- ☞ 歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定（口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除く）
- ☞ 他の介護サービス事業所において口腔連携強化加算を算定

- 必要に応じて、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談
- 連携歯科医療機関は複数でも可
- 評価した情報を歯科医療機関及び当該利用者を担当する介護支援専門員に提供
- 利用者又は家族等の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見等を踏まえ、連携歯科医療機関・かかりつけ歯科医等のいずれか又は両方に情報提供する
- 原則として、継続的に実施
- 必要に応じて口腔健康管理に係る研修等も活用し、適切な口腔の健康状態の評価の実施に務める
- 介護職員について、事業所の医療従事者に相談する等の対応を検討する

### 《情報提供された歯科医療機関の対応》

- 必要に応じて相談に応じる
- 歯科診療等の必要な歯科医療提供についても検討
  - ※ 歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が「高い」場合  
情報提供した介護事業所及び利用者を担当する介護支援専門員等に利用者の状況を確認し、歯科診療の必要性等について検討する
  - ※ 歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が「低い」場合  
基本情報も含めて確認し、不明点等がある場合や、追加で必要な情報がある場合は、情報提供した介護事業所及び利用者を担当する介護支援専門員等に問い合わせる等の必要な対応を行う

# 口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書

年 月 日

情報提供先（歯科医療機関・居宅介護支援事業所）

名称 \_\_\_\_\_  
 担当 \_\_\_\_\_ 殿

介護事業所の名称 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_  
 FAX番号 \_\_\_\_\_  
 管理者氏名 \_\_\_\_\_  
 記入者氏名 \_\_\_\_\_

利用者氏名	(ふりがな)	男	〒	-	
	年 月 日生	女	連絡先 ( )		
基本情報	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 )			
	基礎疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (※上記以外の) <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他			
	誤嚥性肺炎の発症・既往	<input type="checkbox"/> あり (直近の発症年月: 年 月) <input type="checkbox"/> なし			
	麻痺	<input type="checkbox"/> あり (部位: <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> なし			
	摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養			
	現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診 <input type="checkbox"/> あり (最終受診年月: 年 月) <input type="checkbox"/> なし			
	義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部 ) <input type="checkbox"/> なし			
	口腔清掃の自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 (介助方法: ) <input type="checkbox"/> 全介助			
現在の処方	<input type="checkbox"/> あり (薬剤名: ) <input type="checkbox"/> なし				

## 【口腔の健康状態の評価】

項目番号	項目	評価	評価基準
1	開口	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	・上下の前歯の間に指2本分(縦) 入る程度まで口があかない場合(開口量3cm以下)には「できない」とする。
2	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	・歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「あり」とする。
3	舌の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	・舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「あり」とする。
4	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	・歯肉が腫れている場合(反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較)や歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「あり」とする。
5	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	・本人にしっかりとかみしめられないとの認識がある場合または義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「できない」とする。
6	むせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	・平時や食事時にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」とする。
7	ぶくぶくうがい <sup>*1</sup>	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	・歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頬を膨らませない場合や膨らました頬を左右に動かせない場合は「できない」とする。
8	食物のため込み、残留 <sup>*2</sup>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	・食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「あり」とする。
その他	(自由記載)		・歯や粘膜に痛みがある、口の中の乾燥、口臭、義歯の汚れ、義歯がすぐに外れる、口の中に葉が残っている等の気になる点があれば記載する。

\*1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。(誤嚥のリスクも鑑みて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

\*2 食事の観察が可能な場合は確認する。(改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

歯科医師等 <sup>*</sup> による口腔内等の確認の必要性	<input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い	・項目1-8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性「高い」とする。 ・その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高いと考えられる場合は、「高い」とする。
-----------------------------------	---	---

\* 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

歯科医療機関への連絡事項	(自由記載)
介護支援専門員への連絡事項	(自由記載)

## 居宅療養管理指導

### 歯科医師



- 診療方針に関して利用者の意思決定支援を行った場合は、関連する情報について、ケアマネジャー等に提供するよう努める

単一建物居住者 1 人に対して行う場合	516 単位	⇒	<b>517</b> 単位
単一建物居住者 2 人以上 9 人以下に対して行う場合	486 単位	⇒	<b>487</b> 単位
単一建物居住者 10 人以上に対して行う場合	440 単位	⇒	<b>441</b> 単位

### 歯科衛生士等



- 通院が困難な通所利用者への算定も可能に
- がん末期の利用者には 1 月に 6 回まで算定可

単一建物居住者 1 人に対して行う場合	361 単位	⇒	<b>362</b> 単位
単一建物居住者 2 人以上 9 人以下に対して行う場合	325 単位	⇒	<b>326</b> 単位
単一建物居住者 10 人以上に対して行う場合	294 単位	⇒	<b>295</b> 単位

## 《身体的拘束等の適正化》

- 利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない
- 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない（記録は 2 年間保存）

## 《「書面掲示」規制の見直し》

- インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、「書面掲示」に加え、原則としてウェブサイトに掲載することを義務付ける。経過措置は 1 年
- 自身で管理するホームページ等がなく、ウェブサイトへの掲載が過重な負担となる場合は、行わないことができる

### 参考

#### 「書面掲示」の内容

運営規程の概要／居宅療養管理指導従業者等の勤務体制／事故発生時の対応／苦情処理の体制／提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項

## 《高齢者虐待防止の推進》

- 虐待の発生又は再発の防止のための委員会の定期的な開催、指針の整備、従業者への研修の定期的な実施、担当者を設定を義務付け
- 経過措置期間を 3 年間延長（令和 9 年 3 月 31 日まで）

## 《業務継続に向けた取組の強化》

- 感染症や非常災害の発生時の業務継続に向けた、計画の策定及び周知、研修及び訓練（シミュレーション）の実施等の義務付け
- 経過措置期間を 3 年間延長（令和 9 年 3 月 31 日まで）

# 指定居宅介護支援事業向け診療提供書（居宅療養管理指導・歯科医師）

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	〒	—
	年 月 日生		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）

義歯の使用（ 部分  全部）

臼歯部咬合（ 良好  不良）

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

施設	介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院 地密介護老人福祉施設	<p>〈口腔衛生管理加算〉 I : 90単位/月、II (LIFE) : 110単位/月、 サービス内容：入所者に対する専門的口腔ケアを月2回以上 入所者に係る口腔ケアについて介護職員に対する具体的な技術的助言及び指導、相談対応 サービス担当者：歯科医師の指示を受けた歯科衛生士</p>	
	<p>基本サービス費に包括化 口腔衛生管理体制加算 (入所時及び定期的な口腔 の健康状態の確認)</p>	<p>〈経口移行加算〉 28単位/日 サービス内容：経管栄養の入所者への経口 移行計画の策定 サービス担当者：医師、歯科医師、管理栄 養士、看護師、介護支援専門員等</p>	<p>〈経口維持加算〉 I : 400単位/月、II (協力歯科医療機関を設定) : 100単位/月 サービス内容：摂食機能障害の入所者への食事観察及び会議等の実施、経口 維持計画の策定 (要件緩和：原則6月廃止) サービス担当者：医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等</p>
短期	短期入所生活介護* 短期入所療養介護*	<p>〈口腔連携強化加算〉 50単位/月 内容：事業所と歯科医療機関の連携体制整備、介護職員等による口腔の健康状 態の評価の実施、評価内容の歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供 サービス担当者：看護師、リハビリテーション専門職、介護職員等</p>	
訪問	訪問介護、訪問看護* 訪問リハ*、定期巡回	<p>併算定は不可</p> <p>〈居宅療養管理指導費〉 (歯科医師) 517単位、487単位、 441単位/回 (月2回) サービス内容：介護支援専門員に対 するケアプラン作成等に必要な情報 提供や利用者等に対する居宅サービ スを利用する上での留意点、介護方 法等についての指導及び助言等</p>	
居住	特定施設*	<p>〈口腔・栄養スクリーニング加算〉 (口腔及び栄養) : 20単位/回 サービス内容：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・ 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 〈口腔スクリーニングの項目変更： 小多機を除く〉 サービス担当者：介護職員</p>	
	<p>基本サービス費に包括化 口腔衛生管理体制加算</p> <p>地密特定施設 認知症対応型共同 生活介護*</p>	<p>〈口腔衛生管理体制加算〉 30単位/月 内容：日常的な口腔ケアに係る介護職員 への技術的助言／指導 サービス担当者：歯科医師、歯科医師の 指示を受けた歯科衛生士</p>	<p>〈口腔・栄養スクリーニング加算〉 I (口腔及び栄養) : 20単位/回 II (口腔又は栄養) : 5単位/回 サービス内容：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・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 サービス担当者：介護職員</p>
多機能	小多機* 看多機	<p>摂食機能療法の併算定が可</p>	<p>〈口腔機能向上加算〉 (月2回) I : 150単位/回 IIイ (リハ・栄養) : 155単位/回 IIイ (LIFE) : 160単位/回 サービス内容：口腔清掃の指導も しくは実施、又は摂食・嚥下訓練 の指導もしくは実施 サービス担当者：歯科衛生士、看 護師、言語聴覚士</p>
通所	通所介護 通所リハ* 地密通所介護 認知症対応型通所介護	<p>〈口腔機能向上加算〉 (月2回) I : 150単位/回 IIイ (リハ・栄養) : 155単位/回 IIイ (LIFE) : 160単位/回 サービス内容：口腔清掃の指導も しくは実施、又は摂食・嚥下訓練 の指導もしくは実施 サービス担当者：歯科衛生士、看 護師、言語聴覚士</p>	<p>〈口腔・栄養スクリーニング加算〉 I (口腔及び栄養) : 20単位/回 II (口腔又は栄養) : 5単位/回 サービス内容：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・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 サービス担当者：介護職員</p>

\* 介護予防も含む

■ 歯科医療機関が算定  
■ 介護施設・事業所が算定  
■ R6改定で新設  
赤字：R6改定で新設又は大規模な改定事項  
青字：R3改定で新設又は大規模な改定事項

入院 (所) 中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の評価

報酬	評価等	口腔の健康状態の評価項目
介護報酬	口腔連携強化加算	開口、歯の汚れ、舌の汚れ、歯肉の腫れ・出血、左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる、むせ、ブクブクうがい、食物のため込み・残留
	口腔衛生の管理 (介護保険施設のみ)	開口、歯の汚れ、舌の汚れ、歯肉の腫れ・出血、左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる、むせ、ブクブクうがい、食物のため込み・残留
	口腔・栄養スクリーニング加算 (居住系サービスのみ)	開口、歯の汚れ、舌の汚れ、歯肉の腫れ・出血、左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる、むせ、ブクブクうがい、食物のため込み・残留
	科学的介護推進体制加算	歯の汚れ、歯肉の腫れ・出血、義歯の使用、むせ
	退居時情報提供加算	歯の汚れ、歯肉の腫れ・出血、義歯の使用、左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる
	退所時情報提供加算	歯の汚れ、歯肉の腫れ・出血、義歯の使用、左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる
診療報酬	診療情報提供料 (I)	歯の汚れ、歯肉の腫れ・出血、義歯の使用、左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる
	回復期リハビリテーション病棟入院料 1・2	歯の汚れ、歯肉の腫れ・出血、義歯の使用、左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる
	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料に係る評価書 (別紙様式7の2)	歯の汚れ、歯肉の腫れ・出血、義歯の使用、左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる