

2024年度 報酬改定対応 口腔機能向上加算 算定セット

<動画資料>

※動画内で使用している資料です。資料を見ながらご活用ください

目次

- ◆口腔機能向上加算…………… 1
- ◆口腔清掃・口腔清掃に関する指導 …… 22
- ◆摂食嚥下訓練・音声言語機能 …… 41

口腔機能向上加算

- ・加算の仕組み
- ・口腔プログラム例
- ・口腔清掃メニュー
- ・口腔清掃訓練例
- ・その他の訓練例
- ・運動－口腔－栄養の一体的提供

対象者

② スクリーニング結果の情報提供等

介護職員等は、各利用者のスクリーニング結果を、当該利用者を担当する介護支援専門員に別紙様式6を参考に文書等で情報提供すること。

また、口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合又は低栄養状態の利用者については、かかりつけ医又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又は栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下この注において「口腔機能向上サービス」という。）を行った場合は、口腔機能向上加算として、当該基準に掲げる区分に従い、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。また、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うこと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る。

- イ 口腔機能向上加算(Ⅰ) 150単位
- ロ 口腔機能向上加算(Ⅱ) 160単位

口腔・栄養スクリーニング様式

ふりがな	□男 □女	年	月	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			
スクリーニング項目		前回結果 (月 日)	今回結果 (月 日)		
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）					
身長 (cm) ※1		(cm)	(cm)		
体重 (kg)		(kg)	(kg)		
BMI (kg/m ²) ※1 18.5未満		□無 □有 (kg/m ²)	□無 □有 (kg/m ²)		
直近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)		
直近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) ※2 3.5 g/dl未満		□無 □有 ((g/dl))	□無 □有 ((g/dl))		
食事摂取量 75%以下※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等）					

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	□男 □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	□あり □なし
	直近1年間の歯科受診	□あり（最終受診年月： 年 月） □なし
義歯の使用	□あり（□部分・□全部） □なし	
栄養補給法	□経口のみ □一部経口 □経腸栄養 □静脈栄養	
食事形態	□常食 □嚥下調整食（コード□4、□3、□2-2、□2-1、□1j、□0t、□0j）	
誤嚥性肺炎の発症・既往	□あり（直近の発症年月： 年 月） □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：	□ 歯科衛生士 □ 看護職員 □ 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭		□あり □なし □分からない
	歯の汚れ		□あり □なし □分からない
	義歯の汚れ		□あり □なし □分からない
	舌苔		□あり □なし □分からない
口腔機能の状態	奥歯のかみ合わせ		□あり □なし □分からない
	食べこぼし		□あり □なし □分からない
	むせ		□あり □なし □分からない
	口腔乾燥		□あり □なし □分からない
	舌の動きが悪い		□あり □なし □分からない
	ぶくぶくうがい [※]		□できる □できない □分からない
		※現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認	
		歯科受診の必要性	□あり □なし □分からない
特記事項	□ 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 □ 音声・言語機能に関する疾患の可能性 □ その他（)		

2 口腔機能改善管理指導計画

作成日： 年 月 日

計画立案者	氏名：	□ 歯科衛生士 □ 看護職員 □ 言語聴覚士
サービス提供者	氏名：	□ 歯科衛生士 □ 看護職員 □ 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：	□ 歯科衛生士 □ 看護職員 □ 言語聴覚士	
口腔清掃	□ 実施	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
誤嚥性肺炎の予防に関する指導	□ 実施	その他（ ）	□ 実施

4 その他特記事項

--

口腔清掃の指導・実施

入れ歯の人

磨き方指導



目で確認



磨き方の習得



リハビリ



口腔ケア (義歯)



・ 義歯歯ブラシ、義歯用歯磨き粉を使い、
しっかり清掃してもらう。

その他の訓練例

デイサービスでのプログラム

- ・ 集団口腔体操（昼食前）
- ・ クイズ形式の勉強会
（口腔ケアについて）
- ・ 口腔レクリエーション
- ・ 個別口腔訓練
- ・ 口腔ケア（歯磨き指導）



口腔訓練

- ・嚥下訓練・呼吸訓練・発声訓練・表情訓練・唾液腺マッサージ



自宅支援プログラム

- ・口腔体操プリント
- ・訓練グッズ
- ・訓練チェックシート
- ・家族への指導
- ・プリントとチェックシートを渡し、
自宅で実施した訓練内容に○をつけて
もらう

