

7.介護保険について（居宅療養管理指導）

（1）歯科医師が行う場合



（居宅療養管理指導費（歯科医師））

主治の歯科医師が、在宅の利用者で通院が困難な人に対して、計画的かつ継続的な医学的管理または歯科医学的管理に基づき、

- ①ケアマネジャーに対するケアプランの作成等に必要な情報提供（利用者の同意が必要）
- ②利用者や家族等に対し、介護サービスを利用するうえでの留意点、介護方法等についての指導および助言

を行った場合に単一建物居住者の人数（※図1）に従い、以下の単位を算定を行います（月2回まで）。

ケアマネジャーへの情報提供がない場合には、算定することができません。

単一建物居住者の人数	単位（月2回まで）
単一建物居住者1人に対して行う場合	517単位
単一建物居住者2～9人に対して行う場合	487単位
単一建物居住者10人以上に対して行う場合	441単位

※図1

また、利用者が他の介護サービスを利用している場合は、利用者または家族の同意を得て、必要に応じて介護サービス事業者等に介護サービスを提供するうえでの情報提供や助言を行う必要があります。

1) ケアマネジャーへの情報提供



- (1) サービス担当者会議へ参加し、ケアプラン策定に必要な情報提供をします(必ずしも文書等による必要はない)。その場合は情報提供の要点を、医療保険のカルテ等に記載します。カルテに記載する場合は下線または枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにしておきます。
- (2) サービス担当者会議へ参加できない場合や、会議が開催されていない場合等はケアマネジャーに文書等(メール、FAX等でも可)により情報提供を行います。なお、文書等で情報提供した場合は、その写しをカルテに添付するなどにより保存します(保存期間2年)。「ケアマネジャーへの情報提供文書」(P15)には以下の①～④の内容を記載します。

- ① 基本情報
- ② 利用者の病状、経過等
- ③ 介護サービスを利用するうえでの留意点、介護方法等
- ④ 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



2) 利用者またはその家族等への情報提供

利用者またはその家族への情報提供には、「歯科疾患在宅療養管理料」の提供文書の書式(P16)を使用してもよいとされています。なお、情報提供は義務ではなく、必要に応じて行われ、利用者や家族の同意のもと、担当のケアマネジャーにも管理計画書として情報提供することが望ましいです。

■介護保険（ケアマネジャーへの情報提供）様式（歯科医師⇒ケアマネジャー）

介護保険（ケアマネジャーへの情報提供）様式

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	〒 _____	_____ 市	_____ 町
	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	
<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態不良 プラーク (<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 異常なし) 舌苔 (<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 異常なし) 口臭 (<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 異常なし) 義歯の汚れ (<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない) <input type="checkbox"/> う蝕等 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患 (カンジダ症、口内炎、潰瘍等) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能の低下 <input type="checkbox"/> 義歯の問題 (<input type="checkbox"/> 義歯新製が必要な欠損 <input type="checkbox"/> 義歯破損・不適合等) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> う蝕治療 <input type="checkbox"/> 冠・ブリッジ治療 <input type="checkbox"/> 義歯の新製や修理等 <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 <input type="checkbox"/> 口腔機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 利用すべきサービス	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士) <input type="checkbox"/> その他 ()
(3) その他留意点	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()
(4) 連携すべきサービス	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり (必要な支援)
(3) 特記事項	

※ウェブサイト“かっちえて” 在宅医療・多職種連携サービスガイド【別冊】医療と介護の連携様式集よりダウンロード後、入力が可能です。

■ 歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書 (歯科医師→利用者、家族・ケアマネジャー)

別紙様式3

歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書

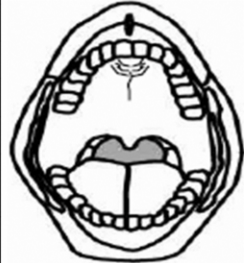
年 月 日

患者氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
------	--------	-----	------	--------------------

【全身の状態】

1	基礎疾患	1. なし 2. あり (疾患名:)
2	服薬	1. なし 2. あり (薬剤名:)
3	肺炎の既往	1. なし 2. あり 3. 繰り返しあり
4	低栄養リスク (体重の変化等)	1. なし 2. あり 3. 不明
5	食事形態	1. 普通食 2. 介護食 3. 非経口

【口腔内の状態】

1	口腔衛生の状況	1. 良好 2. 不良 3. 著しく不良	特記事項があれば記載 
2	口腔乾燥	1. なし 2. 軽度 3. 重度	
3	う蝕(むし歯)	1. なし 2. あり 治療の緊急性 □なし □あり	
4	歯周疾患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 □なし □あり	
5	口腔軟組織疾患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 □なし □あり	
6	義歯(入れ歯)の使用状況	上顎 1. 総義歯 2. 部分床義歯 3. 義歯なし 下顎 1. 総義歯 2. 部分床義歯 3. 義歯なし	
7	臼歯部での咬合 (義歯での咬合を含む)	1. あり(片側・両側) 2. なし 義歯製作(修理等)の必要性 □なし □あり	

【口腔機能管理】 (口腔機能管理加算に係る管理計画)

1	口腔機能	舌機能	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		頬、口唇機能	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		軟口蓋機能	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
2	構音機能	ハの音	1. 明瞭 2. やや不明瞭 3. 不明瞭
		タの音	1. 明瞭 2. やや不明瞭 3. 不明瞭
		カの音	1. 明瞭 2. やや不明瞭 3. 不明瞭
3	咀嚼運動	1. 下顎の回転運動を伴う咀嚼が可能 3. 下顎の上下運動のみ	2. 下顎および舌の上下運動 4. ほとんど下顎の動きがない
4	食形態	1. 常食 2. 軟菜食 3. 刻み食 4. とろみ付き刻み食 5. ミキサー食 6. 流動食 7. ゼリー 8. その他	
5	口腔ケアに対するリスク	経管栄養チューブ	1. ない 2. ある→胃ろう 3. 経鼻 4. その他
		座位保持	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		頸部可動性	1. 十分 2. 不十分 3. 不可
		開口保持	1. 可能 2. 困難 3. 不可能
		口腔内での水分の保持	1. 可能 2. 困難 3. 不可能→むせ 4. 飲んでしまう 5. 口から出る
		含嗽(ブクブクうがい)	1. 可能 2. 困難 3. 不可能→むせ 4. 飲んでしまう 5. 口から出る

【管理方針等】

--

(2) 歯科衛生士が行う場合

(居宅療養管理指導費(歯科衛生士))



在宅の利用者で通院または通所が困難であり、

- ①居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断した人(その実施に同意する者に限る)に対して、歯科衛生士、保健師、看護職員(以下、歯科衛生士等)が利用者を訪問し、歯科医師、歯科衛生士その他の職種のもので共同して、利用者ごとの口腔衛生状態および摂食嚥下機能に配慮した管理指導計画(P18)を作成している
- ②利用者ごとの管理指導計画に従い、療養上必要な指導として利用者の口腔内の清掃、有床義歯の清掃または摂食嚥下機能に関する実地指導を行っているとともに、利用者またはその家族等に対して、実地指導にかかわる情報提供および指導または助言を行い、定期的に記録している
- ③利用者ごとの管理指導計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直している

上記、いずれの基準にも適合する指定居宅療養管理指導事業所の歯科衛生士等が、介護保険の利用者に対して訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づいて訪問し、実地指導を行なった場合に、単一建物居住者の人数(※図2)に従い、以下の単位で算定を行います。

(月4回まで)

単一建物居住者の人数	単位(月4回まで)
単一建物居住者1人に対して行う場合	362単位
単一建物居住者2~9人に対して行う場合	326単位
単一建物居住者10人以上に対して行う場合	295単位

※図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

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)		
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()	

8. 居宅療養管理指導（歯科衛生士等）の実際の進め方

① スクリーニング：

利用者の口腔衛生状態および口腔機能の状態（摂食嚥下機能等）について、リスクを把握する

② アセスメント：

スクリーニングの結果を踏まえ解決すべき課題を把握する。アセスメント結果を記載

③ 管理指導計画の作成：

アセスメントを踏まえ、歯科医師、歯科衛生士、その他の職種の者が共同して利用者ごとに具体的な計画を含めた管理指導計画を作成し、利用者またその家族に説明し、同意を得る

④ モニタリング：

定期的に利用者の生活機能等の状況を検討しモニタリングを行い、指示を行った歯科医師に報告する。モニタリングにおいては、口腔衛生状態の評価、口腔機能の状態の把握を行う

⑤ スクリーニング：

おおむね3ヶ月をめぐりにスクリーニングを実施し、指示を行った歯科医師に報告する。必要に応じて、歯科医師その他の職種とともに「管理指導計画」を見直す

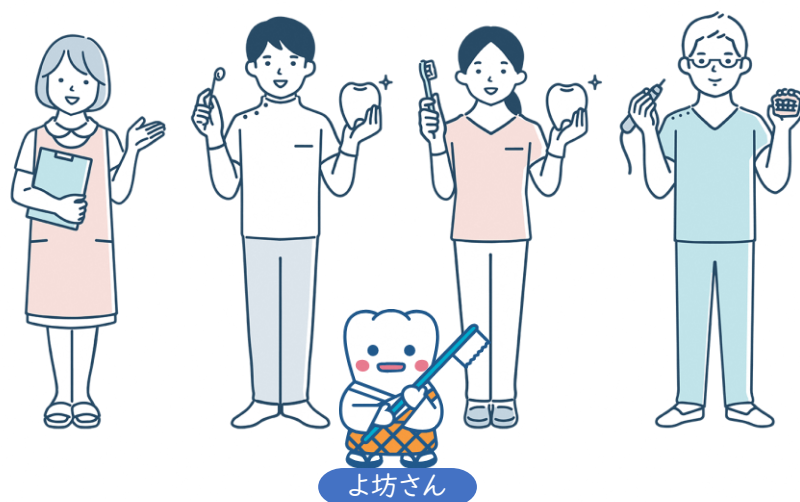


9.介護保険（その他の口腔関連の加算）

施設	<ul style="list-style-type: none"> ・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 ・介護医療院 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 	【口腔衛生管理加算】 I：90単位/月 II（LIFE）：110単位/月	
	※令和6年4月より従来の口腔衛生管理体制加算は基本サービスに包括化	【経口移行加算】 28単位/日	
		【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	
短期	<ul style="list-style-type: none"> ・短期入所者生活介護 ・短期入所療養介護 	【口腔連携強化加算】 50単位/月	
訪問	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・定期巡回 		
居宅	<ul style="list-style-type: none"> ・特定施設入所者生活介護 	【口腔衛生管理体制加算】 30単位/月	【口腔・栄養スクリーニング加算】 （口腔および栄養） ：20単位/回
	<ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型特定施設入所者生活介護 ・認知症対応型共同生活介護 	※特定施設入所者生活介護においては、令和6年度介護報酬改定後、3年間の経過措置期間後に基本サービスに包括化	
多機能	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能型居宅介護 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・看護小規模多機能型居宅介護 	【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 III口（LIFE）：160単位/回	【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（口腔または栄養） ：5単位/回
通所	<ul style="list-style-type: none"> ・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 		

佐世保市在宅医療・多職種連携サービスガイド

訪問歯科診療編



佐世保市在宅医療・多職種連携サービスガイド 訪問歯科診療編
令和7年7月1日発行

佐世保市在宅医療・介護連携協議会
佐世保市在宅医療・多職種連携推進専門部会

【監修】

一般社団法人 佐世保市歯科医師会