**算定様式９**

**年　　 　月 　　　日**

**口腔機能向上加算に関する届出書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事業所名** |  | **事業所番号** |  |
| **施設種別** | **１　　阿南市介護予防通所介護相当サービス　　　　　２　　阿南市はつらつデイサービス** | | |
| **異動区分** | **１　　新　規　　　　　２　　終　了** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **要　　　件** | １ | 言語聴覚士、歯科衛生士、看護師又は准看護師を１名以上配置している。  ※直接雇用者又は労働者派遣法に基づく紹介予定派遣により派遣された者を配置。委託による配置は不可 | | 適・否 |
| ２ | 加算を算定できる利用者は、次のいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービス（個別的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をいう。以下同じ。）の提供が必要と認められる者である。 | | 適・否 |
|  | ① | 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「１」以外に該当する者 |  |
|  | ② | 基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)の３項目のうち、２項目以上が「１」に該当する者 |  |
|  | ③ | 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（次のような者）  ・ 認定調査票の特記事項における記載内容（不足の判断根拠、介助方法の選択理由等）から、口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者  ・ 主治医意見書の摂食・嚥下機能に関する記載内容や特記すべき事項における記載内容（不足の判断根拠、介助方法の選択理由等）から、口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者  ・ 視認により口腔内の衛生状態に問題があると判断される者  ・ 医師、歯科医師、介護支援専門員、サービス提供事業所等からの情報提供により口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者 |  |
| ３ | 医療対応が必要な場合を想定し、必要に応じて、介護支援専門員を通じての主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じている。 | | 適・否 |
| ４ | 歯科医療を受診している場合であって、次のいずれかに該当する場合は、加算は算定できない。 | | 適・否 |
|  | ① | 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合 |  |
|  | ② | ①の摂食機能療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合 |  |
| ５ | 口腔機能向上サービスの提供 | | 適・否 |
|  | ① | 利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握する。 | 適・否 |
|  | 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う。 | 適・否 |
|  | ③ | 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。 | 適・否 |
|  | ④ | 口腔機能改善管理指導計画について、利用者又はその家族に説明し、同意を得る。  ※自署又は押印は不要。同意を得た旨の記録は必要 | 適・否 |
|  | ⑤ | 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。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 | 適・否 |
|  | ⑥ | 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が利用者の口腔機能を定期的に記録 | 適・否 |
|  | ⑦ | 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、概ね３か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、介護支援専門員や主治医、主治の歯科医師に対して情報提供する。 | 適・否 |
|  | ⑧ | ⑦の評価の結果、次のいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上又は維持の効果が期待できると認められるものについては、継続的に口腔機能向上サービスを提供する。  ・ 口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者  ・ 当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が低下するおそれのある者 | 適・否 |
| ６ | 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない | | 適・否 |
| ７ | 口腔機能向上サービスを概ね３か月実施した時点で口腔機能の状態の評価を行い、その結果を介護予防支援事業者に報告する。口腔機能向上に係る課題が解決され、サービスを継続する必要性が認められない場合は、サービスを終了する。 | | 適・否 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **添付書類** | １　算定開始予定月の従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表  （言語聴覚士、歯科衛生士、看護師又は准看護師の勤務を記載） | □ |
| ２　言語聴覚士、歯科衛生士、看護師又は准看護師の資格証 | □ |

※ 加算の要件については、介護報酬告示及び解釈通知を確認してください。また、「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」（厚生労働省通知）を確認してください。

**介護予防・日常生活支援総合事業用**