

新潟県保険医会 FAXニュース

新潟県保険医会
〒950-0865
新潟市中央区本馬越2-17-5
TEL (025)241-8625
FAX (025)241-4959
開所時間 月～金 9:00～17:30

2021年度介護報酬改定の概要について(歯科診療所)

介護報酬改定に関し、歯科診療所に関連する内容の一部をお知らせします。

なお、詳細や別紙様式は厚生労働省のホームページ「令和3年度介護報酬改定について」を参照してください。

1、居宅療養管理指導について

(1)単位数の改定

1回につき	単一建物居住者の人数		
	1人	2～9人	10人以上
歯科医師（月2回限度）	509→516 (+7)	485→486 (+1)	444→440 (-4)
歯科衛生士（月4回限度）	356→361 (+5)	324→325 (+1)	296→294 (-2)

(2)新型コロナ特例で0.1%上乗せ

①新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、2021年9月末までの間、「1か月分の所定単位数」に0.1%上乗せして算定します。

上乗せする0.1%相当分は小数点以下を四捨五入し、1単位数に満たない場合は切り上げて1単位数とします。

例1) 歯科医師が行う居宅療養管理指導、単一建物居住者1人、月1回算定の場合

516単位数×0.1%=0.516単位数

四捨五入すると1単位数となるため、 $516 + 1 = 517$ 単位数

例2) 歯科衛生士が行う居宅療養管理指導、単一建物居住者1人、月1回の算定の場合

361単位数×0.1%=0.361単位数

四捨五入すると1単位数に満たないため切り上げて1とし、 $361 + 1 = 362$ 単位数

②当該上乗せは利用者負担にも反映されます。

(※上乗せ分の請求を行わない場合は国保連合会より返戻されるためご注意ください。)

(3) 歯科医師によるケアマネジャー等への情報提供

ケアマネジャー等への情報提供について、診療報酬の歯科疾患在宅療養管理料（歯在管）の様式を踏まえた新たな様式「都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）」（3枚目参照）が示されました。

① サービス担当者会議等への参加により情報提供を行う場合

新たな様式を参考に診療録等に要点を記載する。

② 文書等で情報提供を行う場合

これまで診療報酬の「診療情報提供料（I）」の様式の活用が認められていたが、規定が削除されたため、今後は新様式を使用し、交付した様式の写しを診療録等に添付する等により保存する。

(4) 歯科衛生士による居宅療養管理指導に指導記録様式が新設

歯科衛生士が居宅療養管理指導を行った場合の記録等の様式について、診療報酬における訪問歯科衛生指導料（訪衛指）、歯科衛生実地指導料（実地指）の記載内容を参考にした新たな様式「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」（3枚目参照）が示された。

2、人員、設備及び運営に関する基準の改定

すべての介護サービス事業者に以下の体制整備等が義務付けられました。

（②～④は3年間の経過措置が設けられ、2024年3月31日までは努力義務とされています。）

① ハラスメント（セクハラ・パワハラ等）対策として、方針等の明確化や相談窓口の設置を行う。

→ 方針の具体例（保団連HP）：https://hodanren.doc-net.or.jp/kaigo/s4_bphm.pdf

② 感染症や災害が発生した場合の業務継続計画の策定、研修・訓練の年1回以上の実施。

③ 事業所における感染症の発生及びまん延の防止のための委員会の開催、指針の整備、研修・訓練の実施。

④ 高齢者虐待防止のための委員会の開催、指針の整備、研修の実施等。

※各様式は厚生労働省ホームページ「令和3年度介護報酬改定について」からダウンロード（Word版）できます。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）

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	〒	—
	明・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

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 ()

(2) 特記事項

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) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		
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()		