

令和7年度

集 団 指 導 資 料

(指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業)

那珂川市健康福祉部高齢者支援課

1. 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護に関する事項

(基準条例)

「那珂川市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」
(平成 25 年 3 月 6 日那珂川市条例第 9 号)

(指定基準)

- ①「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」
(平成 18 年厚労省令第 34 号)
- ②「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について」
(平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331004 号・老振発第 0331004 号・老老発第 0331017 号)

(介護報酬基準)

- ①「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」
(平成 18 年厚労省告示第 126 号)
- ②「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」
(平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331005 号・老振発第 0331005 号・老老発第 0331018 号)

(1) 基本方針等

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が尊厳を保持し、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、定期的な巡回又は随時通報によりその者の居宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活上の緊急時の対応その他の安心してその居宅において生活を送ることができるようにするための援助を行うとともに、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すものでなければならない。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護においては、次に掲げるサービスを提供するものとする。

① 定期巡回サービス

訪問介護員等が定期的に利用者の居宅を巡回して行う日常生活上の世話

「訪問介護員等」

介護福祉士又は法第 8 条第 2 項に規定する政令で定める者であって介護職員初任者研修過程を修了した者に限る。

＊ 「政令で定める者」は次の各号に掲げる研修の課程を修了し、それぞれア又はイに定める者から当該研修を修了した旨の証明書の交付を受けた者（介護保険法施行令第 3 条第 1 項第 1 号）

ア 都道府県知事の行う介護員の養成に関する研修 当該都道府県知事

イ 介護員養成研修事業者の行う研修であって、厚生労働省令で定める基準に適合するものとして都道府県知事の指定を受けたもの 当該介護員養成研修事業者

（資格を有する者の具体例）

介護福祉士、介護職員実務者研修、介護職員初任者研修、（旧）介護職員基礎研修課程修了者並びに（旧）訪問介護員１級又は２級の研修課程を修了した者

- * 定期巡回サービスについて、「定期的」とは原則として１日複数回の訪問を行うことを想定しているが、訪問回数及び訪問時間等については適切なアセスメント及びマネジメントに基づき、利用者との合意の下で決定されるべきものであり、利用者の心身の状況等に応じて訪問しない日があることを必ずしも妨げるものではないこと。また、訪問時間については短時間に限らず、必要なケアの内容に応じ柔軟に設定すること。
- * 看護師の資格を有する者を訪問介護員等として雇用する場合は、訪問介護員等として雇用されているため、診療の補助及び療養上の世話の業務（自らの事業又はその一環として、たんの吸引等の業務を行うための登録を受けている事業所において実施されるたんの吸引等の業務を除く。）を行うものでない。

② 随時対応サービス

あらかじめ利用者の心身の状況、その置かれている環境等を把握した上で、随時、利用者又はその家族等からの通報を受け、通報内容等を基に相談援助を行う又は訪問介護員等の訪問若しくは看護師等による対応の要否等を判断するサービス

「看護師等」

保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士

- * 随時対応サービスについては、利用者のみならず利用者の家族等からの在宅介護における相談等にも適切に対応すること。また、随時の訪問の必要性が同一時間帯に頻回に生じる場合には、利用者の心身の状況を適切に把握し、定期巡回サービスに組み替える等の対応を行うこと。なお、通報の内容によっては、必要に応じて看護師等からの助言を得る等、利用者の生活に支障がないよう努めること。

③ 随時訪問サービス

随時対応サービスにおける訪問の要否等の判断に基づき、訪問介護員等が利用者の居宅を訪問して行う日常生活上の世話

- * 随時訪問サービスについては、随時の通報があつてから、概ね30分以内の間に駆けつけられるような体制確保に努めること。なお、同時に複数の利用者に対して随時の訪問の必要性が生じた場合の対応方法についてあらかじめ定めておくとともに、適切なアセスメントの結果に基づき緊急性の高い利用者を優先して訪問する場合があります等について、利用者に対する説明を行う等あらかじめサービス内容について理解を得ること。

④ 訪問看護サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の一部として看護師等が利用者の居宅を訪問して行う療養上の世話又は必要な診療の補助

- * 訪問看護サービスについては、医師の指示に基づき実施されるものであり、全ての利用者が対象となるものではないこと。また、訪問看護サービスについては定期的に行うもの及び随時行うもののいずれも含まれること。

(2) 人員に関する基準

① オペレーター（随時対応サービスとして利用者又はその家族等からの通報に対応する定期巡回・随時対応型訪問介護看護従事者）

ア 提供時間帯を通じて1以上確保されるために必要な数以上。

- * サービス利用の状況や利用者数及び業務量を考慮し適切な員数の人員を確保するものとする。
- * 事業所に常駐している必要はなく、定期巡回サービスを行う訪問介護員等に同行し、地域を巡回しながら利用者からの通報に対応することも差し支えない。
- * 午後6時から午前8時までの時間帯については、ICT等の活用により、事業所外においても、利用者情報（具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況や家族の状況等）の確認ができるとともに、電話の転送機能等を活用することにより、利用者からのコールに即時にオペレーターが対応できる体制を構築し、コール内容に応じて、必要な対応を行うことができると認められる場合は、必ずしも事業所内で勤務する必要はない。
- * サテライト拠点を有する事業所においては、本体となる事務所及びサテライト拠点のいずれかにおいて常時1以上のオペレーターが配置されていること。

イ オペレーターは、看護師、介護福祉士その他厚生労働大臣が定める者をもって充てなければならない。

ただし、利用者の処遇に支障がない場合であって、提供時間帯を通じて、看護師、社会福祉士等又は事業所において訪問看護サービスを行う看護師等（保健師、看護師又は准看護師）との連携を確保しているときは、サービス提供責任者の業務に1年以上（特に業務に従事した経験が必要な者として厚生労働大臣が定めるものにあつては、3年以上）従事した経験を有する者をもって充てることができる。

「その他厚生労働大臣が定める者」

医師、保健師、准看護師、社会福祉士又は介護支援専門員

厚生労働大臣が定める「特に業務に従事した経験が必要な者」

介護職員初任者研修課程修了者及び旧訪問介護職員養成研修2級修了者のサービス提供責任者

- * オペレーターがオペレーターとして勤務する時間以外の時間帯において、オペレーター又は定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の看護師等との緊密な連携を確保することにより、利用者からの通報に適切に対応できると認められる場合は、サービス提供責任者として1年以上（介護職員初任者研修課程修了者及び旧訪問介護職員養成研修2級修了者にあつては、3年以上）従事した者をオペレーターとして充てることができる。
- * この場合、「1年以上（3年以上）従事」とは単なる介護等の業務に従事した期間を含まず、サービス提供責任者として任用されていた期間を通算したものであること。

ウ オペレーターのうち1人以上は、常勤の看護師、介護福祉士等。

- * 同一敷地内の訪問介護事業所及び訪問看護事業所並びに夜間対応型訪問介護事業所の職務については、オペレーターと同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるため、これらの職務に従事していた場合も、常勤の職員として取り扱うことができる。

エ オペレーターは、専らその職務に従事するものでなければならない。

ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、当該事業所の定期巡回サービス若しくは訪問看護サービス、同一敷地内の訪問介護事業所、訪問看護事業所若しくは夜間対応型訪問介護事業所の職務又は利用者以外の者からの通報を受け付ける業務に従事することができる。

- * オペレーターが、定期巡回サービスに従事している等、利用者の居宅においてサービスの提供を行っているときであっても、オペレーターが利用者からの通報を受けることができる体制を確保していること。

オ 事業所の同一敷地内に次のいずれかの施設等がある場合において、施設等の入所者等の処遇に支障がない場合は、専従の要件にかかわらず、施設等の職員をオペレーターとして充てることができる。

- * ただし、施設等の職員とは看護師、介護福祉士等のオペレーターの要件を満たすものとする。

短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院

- * 職員が定期巡回サービス、随時訪問サービス又は訪問看護サービスに従事する場合は、勤務時間を施設等の勤務時間には算入できないため、施設等における最低基準（当該勤務を行うことが介護報酬の加算の評価対象となっている場合は、加算要件）を超えて配置している職員に限られることに留意すること。

カ 当該事業所の利用者に対応する随時対応サービスの提供に支障がない場合は、オペレーターは、随時訪問サービスに従事することができる。

- * 「利用者に対する随時対応サービスの提供に支障がない場合」とは、ＩＣＴ等の活用により、事業所外においても、利用者情報（具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況や家族の状況等）の確認ができるとともに、電話の転送機能等を活用することにより、利用者からのコールに即時にオペレーターが対応できる体制を構築し、コール内容に応じて、必要な対応を行うことができると認められる場合であること。

② 定期巡回サービスを行う訪問介護員等

交通事情、訪問頻度等を勘案し、利用者に適切に定期巡回サービスを提供するために必要な数以上。

③ 随時訪問サービスを行う訪問介護員等

ア 提供時間帯を通じて、随時訪問サービスの提供に当たる訪問介護員等が１以上確保されるために必要な数以上。

- * 午後６時から午前８時までの時間帯については、利用者からの連絡を受けた後、事業所から利用者宅へ訪問するのと同程度の対応ができるなど、随時訪問サービスの提供に支障がない体制が整備されているのであれば、必ずしも事業所内で勤務する必要はない。
- * サテライト拠点を有する事業所においては、本体となる事務所及びサテライト拠点のいずれかにおいて、事業所として必要とされる随時訪問サービスを行う訪問介護員等が配置されていること。

イ 随時訪問サービスを行う訪問介護員等は、専ら当該随時訪問サービスの提供に当たる者でなければならない。

- * 利用者の処遇に支障がない場合は、事業所の定期巡回サービス又は同一敷地内にある訪問介護事業所若しくは夜間対応型訪問介護事業所の職務に従事することができる。

ウ オペレーターが随時訪問サービスに従事している場合において、事業所の利用者に対する随時訪問サービスの提供に支障がないときは、随時訪問サービスを行う訪問介護員等を置かないことができる。

- * サービス利用の状況や利用者数及び業務量を考慮し適切な員数の人員を確保するものとする。

④ 訪問看護サービスを行う看護師等

ア 配置数

保健師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）

→常勤換算方法で2.5以上

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士

→事業所の実情に応じた適当数（配置しないことも可能）

- * 勤務日及び勤務時間が不規則な看護職員によるサービス提供の実績がある事業所における、看護職員1人当たりの勤務時間数は、事業所の看護職員の前年度の過当たりの平均稼働時間（サービス提供時間及び移動時間）とする。
- * 勤務日及び勤務時間が不規則な看護職員によるサービス提供の実績がない事業所又は極めて短期の実績しかない等のため上記の方法によって勤務延時間数の算定を行うことが適当でないと認められる事業所については、看護職員が確実に勤務できるものとして勤務表に明記されている時間のみを勤務延時間数に算入すること。なお、この場合においても、勤務表上の勤務延時間数は、サービス提供の実態に即したものでなければならぬため、勤務表上の勤務時間と実態が乖離していると認められる場合には、勤務表上の勤務時間の適正化の指導の対象となる。
- * サテライト拠点があるときは、常勤換算を行う際の看護職員の勤務延時間数に、当該サテライト拠点における勤務延時間数も含める。
- * 事業所の看護職員が、オペレーターとして従事するとき及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画作成等において必要なアセスメントのための訪問を行うときの勤務時間については、常勤換算を行う際の訪問看護サービスの看護職員の勤務時間数として算入して差し支えない。
- * 訪問介護員等として定期巡回サービス及び随時訪問サービスを行うときの勤務時間については、常勤換算を行う際に算入できない（勤務時間と訪問看護サービスを行う勤務時間を合算した時間数が、常勤の職員が勤務すべき時間数となる場合は、看護職員を常勤職員として取扱うこと。）。

イ 看護職員のうち1人以上は常勤の保健師又は看護師でなければならない。

ウ 看護職員のうち1人以上は、提供時間帯を通じて、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者との連絡体制が確保された者でなければならない。

エ 事業者が訪問看護事業者の指定を併せて受け、かつ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業と訪問看護の事業が同じ事業所で一体的に運営されている場合は、常勤換算方法で2.5以上配置されていることで、双方の基準を満たす。

- * なお、これに加えて複合型サービス事業者の指定を併せて受け、一体的に運営する場合は、さらに常勤換算方法で2.5以上の看護職員の配置が必要であることに留意すること。

⑤ 計画作成責任者

事業者は、事業所ごとに、従業者であって看護師、介護福祉士等であるもののうち1人以上を、利用者に対する定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成に従事する者（以下「計画作成責任者」という。）としなければならない。

- * 計画作成責任者は、従業者のうち、看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士、介護支援専門員から1人以上を選任しなければならないこととしており、オペレーターの要件として認められているサービス提供責任者として3年以上従事した者については資格等を有しない場合、計画作成責任者としては認められないことに留意する。
- * 利用者の処遇に支障がない場合は、管理者との兼務もできる。

⑥ 管理者

事業者は、事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、事業所の管理上支障がない場合は、事業所の他の職務に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができる。

（他の職務を兼ねることができる具体的事例）

- * 事業所のオペレーター、定期巡回サービスを行う訪問介護員等、随時訪問サービスを行う訪問介護員等、訪問看護サービスを行う看護師等又は計画作成責任者の職務に従事する場合
- * 事業者が訪問介護事業者、訪問看護事業者又は夜間対応型訪問介護事業者の指定を併せて受け、同一の事業所においてそれぞれの事業が一体的に運営されている場合の、訪問介護事業所、訪問看護事業所又は夜間対応型訪問介護事業所の職務に従事する場合
- * 同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する時間帯も、当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令に支障が生じないときに、他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合

（管理業務に支障がある具体的事例）

- * 管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合
- * 併設される入所施設において入所者に対しサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合（施設における勤務時間が極めて限られている場合を除く。）
- * 事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は利用者へのサービス提供の現場に駆け付けることができない体制となっている場合

※事業所内及び同一法人内の複数事業所間で兼務している場合は、辞令書（兼務発令）等により、各事業所への配置、職種の位置づけを明確にすること。

「常勤換算方法」

事業所の従業員の勤務延時間数を事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、事業所の従業員の員数を常勤の従業員に換算する方法。

ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第13条第1項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける所定労働時間の短縮措置（以下「育児・介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業員が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1として取り扱うことができる。

「常勤」

事業所における勤務時間が、事業所において定められている常勤の従業員が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいう。ただし、母性健康管理措置又は育児・介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業員が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことが可能。

同一の事業者によって事業所に併設される事業所（同一敷地内に所在する又は道路を隔てて隣接する事業所をいう。ただし、管理上支障がない場合は、その他の事業所を含む。）の職務であって、事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業員が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たす。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業（産前産後休業）、母性健康管理措置、育児・介護休業法第2条第1号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第2号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第1項（第2号に係る部分に限る。）の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（育児休業に準ずる休業）を取得中の期間において、人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従事者を常勤の従業員の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能。

（３）設備に関する基準

① 設備及び備品等

ア 事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画

- ａ 利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペースを確保する。
- ｂ 手指を洗浄するための設備等感染症予防に必要な設備等に配慮すること。

イ 利用者の心身の状況等の情報を蓄積することができる機器等

- ａ 利用者の心身の状況等の情報を蓄積し、利用者からの通報を受けた際に瞬時にそれらの情報が把握できるものでなければならない。

- b 利用者の心身の状況等の情報を蓄積する機器等については、事業所・事業者内のネットワークや情報セキュリティに十分配慮した上で、オペレーターが所有する端末から常時利用者の情報にアクセスできる体制が確保されていれば、必ずしも事業所において機器等を保有する必要はない。
- ウ 随時適切に利用者からの通報を受けることができる通信機器等
 - * 必ずしも事業所に設置され固定されている必要はなく、地域を巡回するオペレーターが携帯することもできる。したがって、通報を受ける機器としては、携帯電話等であっても差し支えない。
- エ ケアコール端末
 - 利用者が援助を必要とする状態となったときに適切にオペレーターに通報できるよう、利用者に対し、通信のための端末機器（ケアコール端末）を配布しなければならない。
 - * 利用者に配布する端末は、ボタンを押すなどにより、簡単にオペレーターに通報できるものでなければならない。ただし、利用者の心身の状況によって、一般の家庭用電話や携帯電話でも随時の通報を適切に行うことが可能と認められる場合は、利用者所有の家庭用電話や携帯電話により随時の通報を行わせることも差し支えない。
- オ 事業者が夜間対応型訪問介護事業者の指定を併せて受け、かつ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業と夜間対応型訪問介護事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合については、夜間対応型訪問介護の設備基準を満たすことをもって、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の設備基準を満たしているとみなすことができる。

（４）運営に関する基準

① 内容及び手続の説明及び同意

- ア 重要事項説明書には、「運営規程の概要」、「従業員の勤務体制」、「事故発生時の対応」、「苦情処理の体制」及び「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）」等を記載すること。
- イ 利用申込者又はその家族に文書を交付して説明し、書面による同意を得ること。

② 提供拒否の禁止

事業者は、正当な理由（※）なく指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を拒んではない。

- ※ア 当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合
- イ 利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合
- ウ その他利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難な場合

③ サービス提供困難時の対応

事業者は、事業所の通常の事業の実施地域（当該事業所が通常時に当該サービスを提供する地域をいう。以下同じ。）等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る指定居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じなければならない。

④ 受給資格等の確認

ア 事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめるものとする。

イ 事業者は、前項の被保険者証に、法第七十八条の三第二項の規定により認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供するように努めなければならない。

⑤ 要介護認定の申請に係る援助

ア 事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。

イ 事業者は、指定居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する日の三十日前までに行われるよう、必要な援助を行わなければならない。

⑥ 心身の状況等の把握

事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供に当たっては、計画作成責任者による利用者の面接によるほか、利用者に係る指定居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

⑦ 居宅介護支援事業者等との連携

ア 事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供するに当たっては、指定居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

イ 事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る指定居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

⑧ 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助

事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供の開始に際し、利用申込者が施行規則第六十五条の四各号のいずれにも該当しないときは、当該利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を指定居宅介護支援事業者に依頼する旨を市町村に対して届け出ること等により、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、指定居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行わなければならない。

⑨ 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供

事業者は、居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画に沿った指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供しなければならない。

⑩ 居宅サービス計画等の変更の援助

事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る指定居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行わなければならない。

⑪ 身分を証する書類の携行

事業者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者に身分を証する書類を携行させ、面接時、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しなければならない。

⑫ サービスの提供の記録

ア 事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供した際には、当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供日及び内容、当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護について法第四十二条の二第六項の規定により利用者に代わって支払を受ける地域密着型介護サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しなければならない。

イ 事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければならない。

⑬ 利用料等の受領

ア 事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護に係る地域密着型介護サービス費用基準額から当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者に支払われる地域密着型介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。

イ 事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護に係る地域密着型介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。

ウ 事業者は、前二項の支払を受ける額のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行う場合は、それに要した交通費の額の支払を利用者から受けることができる。

エ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、前項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

⑭ 保険給付の請求のための証明書の交付

事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の

内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。

⑮ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の基本取扱方針

ア 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、定期巡回サービス及び訪問看護サービスについては、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うとともに、随時対応サービス及び随時訪問サービスについては、利用者からの随時の通報に適切に対応して行うものとし、利用者が安心してその居宅において生活を送ることができるようにしなければならない。

イ 事業者は、自らその提供する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の質の評価を行い、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない。

⑯ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の具体的取扱方針

定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の行う指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

ア 定期巡回サービスの提供に当たっては、第三条の二十四第一項に規定する定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づき、利用者が安心してその居宅において生活を送るのに必要な援助を行うものとする。

イ 随時訪問サービスを適切に行うため、オペレーターは、計画作成責任者及び定期巡回サービスを行う訪問介護員等と密接に連携し、利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行うものとする。

ウ 随時訪問サービスの提供に当たっては、第三条の二十四第一項に規定する定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づき、利用者からの随時の連絡に迅速に対応し、必要な援助を行うものとする。

エ 訪問看護サービスの提供に当たっては、主治の医師との密接な連携及び第三条の二十四第一項に規定する定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図るよう妥当適切に行うものとする。

オ 訪問看護サービスの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導等を行うものとする。

カ 特殊な看護等については、これを行ってはならないものとする。

キ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うものとする。

ク 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供に当たっては、当該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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。

ケ 前号の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。

コ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供に当たっては、介護技術及び医学の進歩に対応し、適切な介護技術及び看護技術をもってサービスの提供を行うものとする。

サ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供に当たり利用者から合鍵を預かる場合

には、その管理を厳重に行うとともに、管理方法、紛失した場合の対処方法その他必要な事項を記載した文書を利用者に交付するものとする。

⑰ 主治の医師との関係

- ア 事業所の常勤看護師等は、主治の医師の指示に基づき適切な訪問看護サービスが行われるよう必要な管理をしなければならない。
- イ 事業者は、訪問看護サービスの提供の開始に際し、主治の医師による指示を文書で受けなければならない。
- ウ 事業者は、主治の医師に次条第一項に規定する定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画（訪問看護サービスの利用者に係るものに限る。）及び同条第十一項に規定する訪問看護報告書を提出し、訪問看護サービスの提供に当たって主治の医師との密接な連携を図らなければならない。
- エ 医療機関が当該事業所を運営する場合にあつては、前二項の規定にかかわらず、第二項の主治の医師の文書による指示並びに前項の定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画及び次条第十一項に規定する訪問看護報告書の提出は、診療録その他の診療に関する記録（以下「診療記録」という。）への記載をもって代えることができる。

⑱ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画等の作成

- ア 計画作成責任者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、定期巡回サービス及び随時訪問サービスの目標、当該目標を達成するための具体的な定期巡回サービス及び随時訪問サービスの内容等を記載した定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成しなければならない。
- イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。ただし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画における指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供する日時等については、当該居宅サービス計画に定められた指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護が提供される日時等にかかわらず、当該居宅サービス計画の内容及び利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえ、計画作成責任者が決定することができる。この場合において、計画作成責任者は、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を、当該利用者を担当する介護支援専門員に提出するものとする。
- ウ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画は、看護職員が利用者の居宅を定期的に訪問して行うアセスメント（利用者の心身の状況を勘案し、自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することをいう。）の結果を踏まえ、作成しなければならない。
- エ 訪問看護サービスの利用者に係る定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画については、第一項に規定する事項に加え、当該利用者の希望、心身の状況、主治の医師の指示等を踏まえて、療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載しなければならない。
- オ 計画作成責任者が常勤看護師等でない場合には、常勤看護師等は、前項の記載に際し、必要な指導及び管理を行うとともに、次項に規定する利用者又はその家族に対する定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の説明を行う際には、計画作成責任者に対し、必要な協力を行わなければならない。
- カ 計画作成責任者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成に当たっては、そ

の内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

キ 計画作成責任者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成した際には、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を利用者に交付しなければならない。

ク 計画作成責任者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成後、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の変更を行うものとする。

ケ 第一項（ア）から第七項（キ）までの規定は、前項（ク）に規定する定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の変更について準用する。

コ 訪問看護サービスを行う看護師等（准看護師を除く。）は、訪問看護サービスについて、訪問日、提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成しなければならない。

サ 常勤看護師等は、訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行わなければならない。

シ 前条第四項（主治医との関係 エ）の規定は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画（訪問看護サービスの利用者に係るものに限る。）及び訪問看護報告書の作成について準用する。

⑲ 同居家族に対するサービス提供の禁止

事業者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者に、その同居の家族である利用者に対する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護（随時対応サービスを除く。）の提供をさせてはならない。

⑳ 利用者に関する市町村への通知

事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を受けている利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。

- 一 正当な理由なしに指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。
- 二 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

㉑ 緊急時等の対応

ア 従業者は、現に指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

イ 前項の定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者が看護職員である場合にあっては、必要に応じて臨時応急の手当てを行わなければならない。

㉒ 管理者等の責務

ア 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の管理者は、当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の従業者及び業務の管理を、一元的に行わなければならない。

イ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の管理者は、当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の従業者にこの節の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

ウ 計画作成責任者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所に対する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用の申込みに係る調整等のサービスの内容の管理を行うものとする。

②③ 運営規程

事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めておかなければならない。

- 一 事業の目的及び運営の方針
- 二 従業者の職種、員数及び職務の内容
- 三 営業日及び営業時間
- 四 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の内容及び利用料その他の費用の額
- 五 通常の事業の実施地域
- 六 緊急時等における対応方法
- 七 合鍵の管理方法及び紛失した場合の対処方法
- 八 虐待の防止のための措置に関する事項
- 九 その他運営に関する重要事項

※ 「三 従業員の職種、員数及び職務の内容」従業者の「員数」は日々変わりうるものであるため、業務負担軽減等の観点から、規程を定めるに当たっては、基準第3条の4において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載することも差し支えない。(基準3条の7に規定する重要事項を記した文書に記載する場合についても、同様とする。)

※ 「八 虐待の防止のための措置に関する事項」虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案（虐待等）が発生した場合の対応方法等を指す内容であること。

②④ 勤務体制の確保等

ア 事業者は、利用者に対し適切な定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供できるよう、事業所ごとに、従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

＊ 月ごとの勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、職務の内容、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にすること。

イ 事業者は事業所ごとに、事業所の従業者によって定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供しなければならない。

「従業者」

雇用契約、労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律に規定する労働者派遣契約その他の契約により、事業所の管理者の指揮命令下にある訪問介護員等を指す。

＊ 訪問看護サービスに従事する看護師等又は口腔内の喀痰吸引その他の行為を業として行う訪問介護員等については、労働者派遣法に基づく派遣労働者（同法に規定する紹介予定派遣又は同法第40条の2第1項第3号又は第4号に該当する場合を除く。）であってはならない。

＊ 市長が適切と認める範囲において、事業の一部を委託する場合には、契約に基づくこととし、契約において、委託業務に要する委託料並びに利用者に関する情報の取扱い方法、委託するサービスの具体的な実施方法、事故発生時等の責任の所在及び

緊急時等の対応方法等について定めるとともに、利用者に対して契約の内容についての説明を十分に行うこと。

ウ 前項本文の規定にかかわらず、随時対応サービスについては、市町村長が地域の実情を勘案して適切と認める範囲内において、複数の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との間の契約に基づき、当該複数の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が密接な連携を図ることにより、一体的に利用者又はその家族等からの通報を受けることができる。

エ 事業者は、従業員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

オ 事業者は、適切な指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。

a 事業主が講ずべき措置の具体的内容

事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18年厚生労働省告示第615号）及び事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和2年厚生労働省告示第5号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりであるが、特に留意されたい内容は以下のとおりである。

（i）事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発

職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業員に周知・啓発すること。

（ii）相談（苦情を含む。以下同じ）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備

相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。

b 事業主が講じることが望ましい取組について

パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されている。介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、この必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているので参考にされたい。（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html）

加えて、都道府県において、地域医療介護総合確保基金を活用した介護職員に対する悩み相談窓口設置事業や介護事業所におけるハラスメント対策推進事業を実施している場合、事業者が行う各種研修の費用等について助成等を行っていることから、事業主はこれからの活用も含め、介護事業所におけるハラスメント対策を推進することが望ましい。

②⑤ 業務継続計画の策定等

ア 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

- * 他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。
- * 業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。さらに、感染症に係る業務継続計画並びに感染症の予防及びまん延の防止のための指針については、それぞれに対応する項目を適切に設定している場合には、一体的に策定することとして差し支えない。

○ 感染症に係る業務継続計画

- a 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）
- b 初動対応
- c 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）

○ 災害に係る業務継続計画

- a 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）
- b 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
- c 他施設及び地域との連携

イ 事業者は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。

- * 他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。
- * 全ての従業員が参加できるようにすることが望ましい。
- * 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとする。

職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年1回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録すること。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。

- * 訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年1回以上）に実施するものとする。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。

訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

ウ 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

②⑥ 衛生管理等

ア 事業者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。

イ 事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めなければならない。

ウ 事業者は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

一 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会

感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましい。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、感染対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）を決めておくことが必要である。なお、同一事業所内での複数担当(※)の兼務や他の事業所・施設等との担当(※)の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。(※) 身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね6月に1回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要がある。

また、感染対策委員会は、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いう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

なお、感染対策委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

二 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

平常時の対策としては、事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定される。また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。

なお、それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引

き」を参照されたい。

三 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練

訪問介護員等その他の従業者に対する「感染症の予防及びまん延の防止のための研修」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。

職員教育を組織的に浸透させていくためには、事業所が定期的な教育（年1回以上）を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録することが必要である。

なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うものでも差し支えなく、当該事業所の実態に応じ行うこと。

また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年1回以上）に行うことが必要である。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとする。

訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

㉗ 掲示

事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他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（「運営規程の概要」、「従業者の勤務体制」、「事故発生時の対応」、「苦情処理の体制」及び「提供するサービスの第三者評価の実施状況」は必須）を掲示すること。

事業者は、重要事項を記載した書面を当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、掲示に代えることができる。

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、原則として、重要事項をウェブサイト（法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムのことをいう）に掲載しなければならない。（※）

（※）介護保険法施行規則第140条の44各号に該当する事業所（サービス対価の支払いを受けた金額が百万円以下、又は災害その他都道府県知事に対し報告を行うことができないことにつき正当な理由があるもの）は努力義務。

㉘ 秘密保持等

ア 事業所の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

イ 事業者は事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じなければならない。

ウ 事業者はサービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

②⑨ 広告

事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものとしてはならない。

③⑩ 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止

事業者は、指定居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。

③⑪ 苦情処理

ア 利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じること。

「必要な措置」

相談窓口、苦情処理の体制及び手順等事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、サービスの内容を説明する文書に苦情に対する対応の内容についても併せて記載するとともに、事業所に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載すること等 (※)

(※) 介護保険法施行規則第140条の44各号に該当する事業所（サービス対価の支払いを受けた金額が百万円以下、又は災害その他都道府県知事に対し報告を行うことができないことにつき正当な理由があるもの）は努力義務

イ 事業者は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

ウ 訪問介護看護に関し、法第二十三条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

エ 事業者は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければならない。

オ 事業者は、提供した指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会（国民健康保険法（昭和三十三年法律第百九十二号）第四十五条第五項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下同じ。）が行う法百七十六条第一項第三号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

カ 事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

③⑫ 地域との連携等

ア 介護・医療連携推進会議を設置すること。

・ 構成員：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域の医療関係者、事業所が所在する市の職員又は当該事業所が所在する区域を管轄する地域包括支

援センターの職員、定期巡回・随時対応型訪問介護看護について知見を有する者等。

- ・開 催：おおむね6月に1回以上。

なお、介護・医療連携推進会議は、テレビ電話 装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について利用者等の同意を得なければならない。また、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」。厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

＊ 複数の事業所の合同開催について、以下の要件を満たす場合に認める。

- a 利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること
- b 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。
- c 合同して開催する回数が、1年度に開催すべき介護・医療連携推進会議の開催回数の半数を超えないこと。
- d 外部評価を行う介護・医療連携推進会議は、単独開催で行うこと。

- ・内 容：定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供状況等を報告し、介護・医療連携推進会議による評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けること。

- ・記 録：報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともにそれを公表しなければならない。

介護・医療連携推進会議における報告等の記録は、基準第3条の40第2項の規定に基づき、2年間保存しなくてはならない。

- イ 1年に1回以上、サービスの改善及び質の向上を目的として、各事業所が自ら提供するサービスについて評価・点検（自己評価）を行うとともに、当該自己評価結果について、介護・医療連携推進会議において第三者の観点からサービスの評価（外部評価）を行うこと。

＊ 自己評価結果及び外部評価結果は、利用者及び利用者の家族へ提供するとともに、「介護サービスの情報公表制度」に基づく介護サービス情報公表システムを活用し公表することが考えられるが、法人のホームページへの掲載、独立行政法人福祉医療機構が運営する「福祉医療情報ネットワークシステム（WAMNET）」の利用、事業所内の外部の者にも確認しやすい場所への掲示、市町村窓口や地域包括支援センターへの掲示等により公表することも差し支えない。

- ウ 事業者は、その事業の運営に当たっては、提供した定期巡回・随時対応型訪問介護看護に関する利用者からの苦情に関して、市等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市が実施する事業に協力するよう努めなければならない。

なお、「市が実施する事業」には、介護サービス相談員派遣事業のほか、広く市が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業が含まれる。

- エ 事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供する場合には、正当な理由がある場合を除き、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を行わなければならない。

*高齢者向け集合住宅等と同一の建物に所在する事業所が高齢者向け集合住宅等に居住する高齢者に定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供する場合、高齢者向け集合住宅等に居住する要介護者のみを対象としたサービス提供が行われないよう、正当な理由がある場合を除き、地域包括ケア推進の観点から地域の要介護者にもサービス提供を行わなければならない。

基準条例【努力規定】

自治会等への加入

事業者は、自治会等の地縁による団体に加入するなどして、地域との交流に努めなければならない。

③ 事故発生時の対応

ア利用者に対する定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供により事故が発生した場合は、市、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

*事故が発生した場合の対応方法をあらかじめ定めておくことが望ましい。

*事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じること。

イ事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

ウ利用者に対する定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

*損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有することが望ましい。

※事故が発生し、医療機関を受診(施設内における受診を含む)したもの等については那珂川市高齢者支援課まで報告すること。

④ 虐待の防止

<虐待の未然防止>

事業者は高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があり、研修等を通じて、従業者にそれらに関する理解を促す必要がある。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する養介護事業の従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要である。

<虐待等の早期発見>

従業者は、虐待等又はセルフ・ネグレクト等の虐待に準ずる事案を発見しやすい立場にあることから、これらを早期に発見できるよう、必要な措置(虐待等に対する相談体制、市の通報窓口の周知等)がとられていることが望ましい。また、利用者及びその家族からの虐待等に係る相談、利用者から市への虐待の届出について、適切な対応をすること。

<虐待等への迅速かつ適切な対応>

虐待が発生した場合には、速やかに市の窓口に通報される必要があり、事業者は通報の手続が迅速かつ適切に行われ、市等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めることとする。

以上 3 つの観点を踏まえ、虐待等の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するために次に掲げる事項を実施するものとする。

ア 虐待の防止のための対策を検討する委員会

「虐待の防止のための対策を検討する委員会」(以下「虐待防止検討委員会」という。)

は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的を開催することが必要である。また、事業所外の虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。一方、虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限らず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要である。

なお、虐待防止検討委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携により行うことも差し支えない。

また、虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討することとする。その際、そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業者に周知徹底を図る必要がある。

- a 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること
- b 虐待の防止のための指針の整備に関すること
- c 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
- d 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること
- e 従業者が虐待等を把握した場合に、市への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
- f 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
- g 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

イ 虐待の防止のための指針

事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

- a 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方
- b 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項
- c 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
- d 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
- e 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
- f 成年後見制度の利用支援に関する事項
- g 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
- h 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
- i その他虐待の防止の推進のために必要な事項

ウ 虐待の防止のための従業者に対する研修

従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、事業所における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、事業者が指針に基づいた研修プログラ

ムを作成し、定期的な研修（年1回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要である。

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、事業所内職員研修での研修で差し支えない。

エ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者

事業所における虐待を防止するための体制として、アからウまでに掲げる措置を適切に実施するため、担当者を置くことが必要である。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましい。なお、同一事業所内での複数担当(※)の兼務や他の事業所・施設等との担当(※)の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

(※) 身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

③⑤ 会計の区分

事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所ごとに経理を区分するとともに、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならない。

③⑥ 記録の整備

事業者は、利用者に対するサービスの提供に関する記録を整備し、その完結の日（個々の利用者につき、契約の終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立を含む。）により一連のサービス提供が終了した日）から2年間保存すること。ただし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画、主治の医師による指示の文書、訪問看護報告書及び提供した具体的なサービスの内容等の記録については、それぞれのサービスの提供に対する保険給付の支払いの日から5年間保存すること。

- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画
- ・ 具体的なサービスの内容等の記録
- ・ 主治の医師による指示の文書
- ・ 訪問看護報告書
- ・ 身体的拘束等の態様及び時間、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の記録
- ・ 利用者に関する市町村への通知に係る記録
- ・ 苦情の内容等の記録
- ・ 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

基準条例【義務付け】

条例で定める記録については、それぞれのサービスの提供に対する保険給付の支払いの日から5年間保存しなければならない。

③⑦ 地域密着型サービスの事業の一般原則

- ア 事業者は、利用者の意思及び人権を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めなければならない。
- イ 事業者は、サービスの事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村、他の地域密着型サービス事業者又は居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めなければならない。
- ア 事業者は、利用者の人権の養護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- イ 事業者は、地域密着型サービスを提供するに当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保健等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

介護保険等関連情報の活用とPDCAサイクルの推進について

地域密着型サービスの提供に当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、事業所単位でPDCAサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければならない。

この場合において、「科学的介護情報システム（LIFE：Long-term care Information system For Evidence）」に情報を提出し、その情報及びフィードバック情報を活用することが望ましい。

③⑧ 電磁的記録等

- ア 事業者及びサービスの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、この省令の規定において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下この条において同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるもの（被保険者証の提示による受給者資格等の確認及びイに規定するものを除く。）については、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。

* 電磁的記録について

- a 電磁的記録による作成は、事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。
 - b 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。
 - (i) 作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
 - (ii) 書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
 - c その他、電磁的記録により行うことができるとされているものは、a及びbに準じた方法によること。
 - d また、電磁的記録により行う場合は、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
- イ 指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型サービスの提供に当たる者は、交

付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、この省令の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、第3条の7第2項に規定する電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他の人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができる。

＊ 電磁的方法について

- a 電磁的方法による交付は、基準第3条の7第2項から第6項まで及び予防基準第11条第2項から第6項までの規定に準じた方法によること。
- b 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのQ & A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。
- c 電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのQ & A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。
- d その他、電磁的方法によることができるとされているものは、aからcまでに準じた方法によること。ただし、基準若しくは予防基準又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。
- e また、電磁的方法による場合は、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

③⑨ 変更の届出

変更届出書は、変更日から10日以内に那珂川市高齢者支援課へ提出すること。

届出事項

- ア 事業所の名称
- イ 事業所の所在地（※電話番号・ファックス番号の変更を含む）
- ウ 申請者の名称
- エ 主たる事務所の所在地
- オ 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名
- カ 申請者の登記事項証明書又は条例等
- キ 事業所の平面図及び設備の概要
- ク 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所
- ケ 運営規程
- コ 連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地（該当する場合のみ）

④⑩ 暴力団員等の排除

役員を変更した場合、誓約書（暴力団排除）の提出が必要。

（5）連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護の人員及び運営に関する基準の特例

① 適用除外

連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所（以下（5）において「事業所」。）においては、訪問看護サービスの提供を行わず、連携訪問看護事業所が行うことになる。

したがって、訪問看護サービスに係る人員及び設備基準並びに利用者の主治の医師に対する定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画及び訪問看護報告書の提出を除く運営基準が適用されないことを除けば、連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護以外の定期巡回・随時対応型訪問介護看護（以下「一体型定期巡回・随時対応型訪問介護看護」という。）に係る基準が全て適用されることになるので、留意すること。

② 訪問看護事業者との連携

- ア 連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者（以下（５）において「事業者」。）は、事業所ごとに、当該事業所の利用者に対して訪問看護の提供を行う訪問看護事業者と連携しなければならない。
- イ 事業者は、連携する訪問看護事業者との契約に基づき、連携訪問看護事業者から、次に掲げる事項について必要な協力を得なければならない。
 - * 連携に係る経費については、事業所と連携訪問看護事業所との間の契約に基づく委託料として、両者の合意の下、適切に定めること。
 - a 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成に当たっての、看護職員によるアセスメント及びモニタリングの実施
 - b 随時対応サービスの提供に当たって、看護職員による対応が必要と判断された場合に確実に連絡が可能な体制の確保
 - c 介護・医療連携推進会議への参加
 - d その他必要な指導及び助言
- * １の事業所が一体型定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業と連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業を併せて行うことは差し支えない。この場合において、次の点に留意すること。
 - a 当該事業所における指定申請は複数必要とならないこと
 - b 人員及び設備基準については、一体型定期巡回・随時対応型訪問介護看護に係る基準を満たすことで、いずれの事業の基準も満たすこと
 - c 利用者に対して十分に説明を行った上で、いずれの事業によるサービス提供を受けるか選択させること

（６）介護報酬に関する基準

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費

イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）（１月につき）

（１）訪問看護サービスを行わない場合

- （一）要介護１ 5,446 単位
- （二）要介護２ 9,720 単位
- （三）要介護３ 16,140 単位
- （四）要介護４ 20,417 単位
- （五）要介護５ 24,692 単位

（２）訪問看護サービスを行う場合

- （一）要介護１ 7,946 単位
- （二）要介護２ 12,413 単位
- （三）要介護３ 18,948 単位

- (四) 要介護4 23,358 単位
(五) 要介護5 28,298 単位

□ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅱ)(1月につき)

- (1) 要介護1 5,446 単位
(2) 要介護2 9,720 単位
(3) 要介護3 16,140 単位
(4) 要介護4 20,417 単位
(5) 要介護5 24,692 単位

ハ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅲ)

- (1) 基本夜間訪問サービス費(1月につき) 989 単位
(2) 定期巡回サービス費(1回につき) 372 単位
(3) 随時訪問サービス費(Ⅰ)(1回につき) 567 単位
(4) 随時訪問サービス費(Ⅱ)(1回につき) 764 単位

「ハ定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅲ)」については、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者が、利用者に対し、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護(夜間にのみ行うものに限る。)を行った場合に、次に掲げる区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定する。

(1) 基本夜間訪問サービス費

利用者に対して、オペレーター(指定地域密着型サービス基準第3条の4第1号に規定するオペレーターをいう。)に通報できる端末機器を配布し、利用者からの通報を受けることができる体制を整備している場合

(2) 定期巡回サービス費

利用者に対して、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の訪問介護員等(指定地域密着型サービス基準第3条の3第1号に規定する訪問介護員等をいう。以下同じ。)が、定期巡回サービス(同号に規定する定期巡回サービスをいう。以下同じ。)を行った場合

(3) 随時訪問サービス費(Ⅰ)

利用者に対して、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の訪問介護員等が、随時訪問サービス(指定地域密着型サービス基準第3条の3第3号に規定する随時訪問サービスをいう。以下同じ。)を行った場合

(4) 随時訪問サービス費(Ⅱ)

次のいずれかに該当する場合において、1人の利用者に対して2人の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の訪問介護員等により随時訪問サービスを行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、随時訪問サービスを行った場合

- (一) 利用者の身体的理由により1人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合
(二) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
(三) 長期間にわたり定期巡回サービス又は随時訪問サービスを提供していない利用者からの通報を受けて、随時訪問サービスを行う場合

四)その他利用者の状況等から判断して、(一)から(三)までのいずれかに準ずると認められる場合

② 基本単位について

ア 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅲ)の(2)又は(3)若しくは(4)を算定する場合を除くを算定する場合については、月途中からの利用開始又は月途中での利用終了の場合には、所定単位数を日割り計算して得た単位数を算定する。

なお、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定している間は、当該利用者に係る、他の訪問サービスのうち、訪問介護費（通院等乗降介助に係るものを除く。）、訪問看護費（連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用している場合を除く。）及び夜間対応型訪問介護費（以下「訪問介護費等」）は算定しないものとし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅲ)を算定している間は、当該利用者に係る、他の訪問サービスのうち、夜間対応型訪問介護費は算定しないものとする。この場合において、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用を開始した初日における当該利用開始時以前に提供されたサービスに係る訪問介護費等及び利用終了日における当該利用終了時以後に提供されたサービスに係る訪問介護費等は算定できるものとする。

イ 一体型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の訪問看護サービスを利用しようとする者の主治の医師（介護老人保健施設及び介護医療院の医師を除く。）が、その利用者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、指示の日から 14 日間に限って、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）イ(1)「訪問看護サービスを行わない場合」に掲げる所定単位数を算定する。

ウ 短期入所系サービス（短期入所生活介護若しくは短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護（短期利用居宅介護費を算定する場合に限る。）、短期利用特定施設入居者生活介護、地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護若しくは看護小規模多機能型居宅介護（短期利用居宅介護費を算定する場合に限る。））を利用した場合は、短期入所系サービスの利用日数に応じた日割り計算を行う。具体的には、当該月の日数から、当該月の短期入所系サービスの利用日数（退所日を除く。）を減じて得た日数に、サービスコード表の定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）又は（Ⅱ）若しくは(Ⅲ)の(1)の日割り単価を乗じて得た単位数を、当該月の所定単位数とする。

エ 利用者が一の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所において、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を受けている間は、その事業所以外の事業所が定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行った場合に、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費は、算定しない。

③ 准看護師によりサービス提供が行われる場合の取扱い

准看護師が訪問看護サービスを行った場合は、所定単位数の 100 分の 98 に相当する単位数を算定する。

- * 居宅サービス計画上、准看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により准看護師以外の看護師等が訪問する場合については、所定単位数の 100 分の 98 を乗じて得た単位数を算定する。
- * 月に 1 度でも准看護師が訪問看護サービスを提供した場合、所定単位数の 100 分の 98 を乗じて得た単位数を算定する。

④ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅲ)の取扱い

ア 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅲ)は、基本夜間訪問サービス、定期巡回サー

ビス及び随時訪問サービスを一括して提供しなければならないものであるが、利用者はケアコール端末（指定地域密着型サービス基準第3条の6第3項に規定する利用者が援助を必要とする状態になったときに適切にオペレーターに通報できる端末機器をいう。）を有していることが条件となる。したがって、ケアコール端末を持たず、定期巡回サービスのみの利用であれば、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅲ)に含まれず、通常の指定訪問介護を利用していることとなる。

イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅲ)を提供する時間帯は各事業所において設定することとなるが、夜間におけるサービス提供という性格を踏まえ、22時から6時までの間は最低限含むものとする。なお、8時から18時までの時間帯を含むことは認められないものであり、この間の時間帯については、必要に応じて指定訪問介護を利用することとなる。

ウ 定期巡回サービスの提供回数については、特に要件は設けておらず、事業者と利用者との間で取り決められるものである。

エ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅲ)は、随時対応サービス（指定地域密着型サービス基準第3条の3第1項第2号に規定する随時対応サービスをいう。）に相当する部分のみを基本夜間訪問サービス費として1月当たりの定額とする一方、定期巡回サービス又は随時訪問サービスについては出来高としたものである。基本夜間訪問サービス費については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅲ)を利用する者すべてについて、定期巡回サービス又は随時訪問サービスの利用の有無を問わず算定することができる。また、定期巡回サービス費及び随時訪問サービス費については、サービス提供の時間帯、1回当たりの時間の長短、具体的なサービスの内容等にかかわらず、1回の訪問ごとに所定の単位数を算定することとなる。

オ 2人の訪問介護員等による随時訪問サービスについて、随時訪問サービス(Ⅱ)が算定される場合のうち、(4) 随時訪問サービス費(Ⅱ)「(一) 利用者の身体的理由により1人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合」としては、体重が重い利用者に排せつ介助等の重介護を内容とする訪問介護を提供する場合等が該当し、「(三) 長期間にわたり定期巡回サービス又は随時訪問サービスを提供していない利用者からの通報を受けて、随時訪問サービスを行う場合」としては、利用者の心身の状況等により異なるが、1つの目安としては1月以上定期巡回サービス又は随時訪問サービスを提供していない者からの通報を受けて随時訪問サービスを行う場合が該当するものであること。したがって、単に安全確保のために2人の訪問介護員等によるサービス提供を行った場合は、利用者側の希望により利用者や家族の同意を得て行った場合を除き随時訪問サービス費(Ⅱ)は算定されない。

⑤ 高齢者虐待防止措置未実施減算について

別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、高齢者虐待防止措置未実施減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

「厚生労働大臣が定める基準」

指定地域密着型サービス基準第三条の三十八の二に規定する基準（(4) 運営に関する基準 ③④ 虐待の防止）(21～23 ページ参照) に適合していること。

高齢者虐待防止措置未実施減算については、事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、地域密着型サービス基準第3条の38の2に規定する措置（(4) 運営に関する基準 ③④ 虐待の防止）(21～23 ページ参照) を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、高齢者虐待防止のための対策を検

討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年1回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。

⑥ 業務継続計画未策定減算について

別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、業務継続計画未策定減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

「厚生労働大臣が定める基準」

指定地域密着型サービス基準第三条の三十の二第一項に規定する基準（（４）運営に関する基準 ⑤ 業務継続計画の策定等）（16ページ参照）に適合していること。

業務継続計画未策定減算については、指定地域密着型サービス基準第3条の30の2第1項に規定する基準（（４）運営に関する基準 ⑤ 業務継続計画の策定等）（16ページ参照）を満たさない事実が生じた場合に、その翌月（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数から減算することとする。

⑦ 通所系サービス利用時の調整

a イ（１）「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）・訪問看護サービスを行わない場合」又はロ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅱ）」の所定単位数を算定する場合

要介護1	62単位
要介護2	111単位
要介護3	184単位
要介護4	233単位
要介護5	281単位

b イ（２）「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）（1月につき）・訪問看護サービスを行う場合」の所定単位数を算定する場合

要介護1	91単位
要介護2	141単位
要介護3	216単位
要介護4	266単位
要介護5	322単位

- * 通所系サービス（通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護又はは認知症対応型通所介護）を受けている利用者に対して、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅲ））の所定単位数を算定する場合を除く。）を行った場合は、当該月の通所系サービスの利用日数に上記の単位数を乗じて得た単位数を所定単位数から減じたものを、当該月の所定単位数とする。

⑧ 事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物（同一敷地内建物等）に居住する利用者に対する取扱い

ア 事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所

と同一の建物（以下、「同一敷地内建物等」という。）に居住する利用者（事業所における1月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者を除く。）に対して、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行った場合は、イ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）」又はロ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅱ）」については1月につき600単位を所定単位数から減算する。

イ ハ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅲ）」については定期巡回サービス又は随時訪問サービスを行った際に算定する所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。

ウ 事業所における1月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者に対して、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行った場合は、イ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）」又はロ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅱ）」については1月につき900単位を所定単位数から減算し、ハ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅲ）」については定期巡回サービス又は随時訪問サービスを行った際に算定する所定単位数の100分の85に相当する単位数を算定する。

a 同一敷地内建物等の定義

「同一敷地内建物等」とは、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物及び同一敷地内並びに隣接する敷地（当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と建築物が道路等を挟んで設置している場合を含む。）にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なものを指すものである。具体的には、一体的な建築物として、当該建物の1階部分に定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所がある場合や当該建物と渡り廊下でつながっている場合などが該当し、同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物として、同一敷地内にある別棟の建築物や幅員の狭い道路を挟んで隣接する場合などが該当するものであること。

b この減算は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と建築物の位置関係により、効率的なサービス提供が可能であることを適切に評価する趣旨であることに鑑み、本減算の適用については、位置関係のみをもって判断することがないよう留意すること。具体的には、次のような場合を一例として、サービス提供の効率化につながらない場合には、減算を適用すべきではないこと。

（同一敷地内建物等に該当しないものの例）

（i）同一敷地であっても、広大な敷地に複数の建物が点在する場合

（ii）隣接する敷地であっても、道路や河川などに敷地が隔てられており、横断するために迂回しなければならない場合

c 同一の建物については、その建築物の管理、運営法人が事業所の事業者と異なる場合であっても該当するものであること。

d 同一敷地内建物等に50人以上居住する建物の定義

（i）同一敷地内建物等のうち、その同一敷地内建物等における事業所の利用者が50人以上居住する建物の利用者全員に適用されるものである。

（ii）この場合の利用者数は、1月間（暦月）の利用者数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者数の平均は、当該月における1日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。この平均利用者数

の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。

- e 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅲ)における基本夜間訪問サービス費については、本減算の適用を受けないこと。

⑨ **特別地域定期巡回・随時対応型訪問介護看護加算**（支給限度額管理の対象外）

厚生労働大臣が定める地域に所在する定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所（その一部として使用される事務所が対象となる地域に所在しない場合は、その事務所を除く。）又はその一部として使用される事務所の定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者が定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行った場合は、イ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ)」又はロ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅱ)」については1月につき、ハ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅲ)」については定期巡回サービス又は随時訪問サービスを行った際に1回につき、所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算する。

「厚生労働大臣が定める地域」

旧南畑村（五ヶ山・市ノ瀬・埋金・不入道・成竹・寺倉・南面里）

⑩ **中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算**（支給限度額管理の対象外）

厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行った場合は、イ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ)」又はロ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅱ)」については1月につき、ハ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅲ)」については定期巡回サービス又は随時訪問サービスを行った際に1回につき、所定単位数の100分の5に相当する単位数を所定単位数に加算する。

「厚生労働大臣が定める地域」

旧南畑村（五ヶ山・市ノ瀬・埋金・不入道・成竹・寺倉・南面里）

⑪ **緊急時訪問看護加算（いずれかのみ加算）**（支給限度額管理の対象外）

緊急時訪問看護加算(Ⅰ) 325単位/月

緊急時訪問看護加算(Ⅱ) 315単位/月

イ(2)「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ) 訪問看護サービスを行う場合」について、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、市長に届け出た一体型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が利用者の同意を得て、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う体制にある場合（訪問看護サービスを行う場合に限る。）には、緊急時訪問看護加算として、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数に加算する。

「厚生労働大臣が定める基準」

緊急時訪問看護加算(Ⅰ)の場合

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1)利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあること。

(2)緊急時訪問における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制の整

備が行われていること。
緊急時訪問看護加算（Ⅱ）の場合
上記(1)に該当するものであること。

- ア 利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある事業所において、当該事業所の看護師等が訪問看護サービスを受けようとする者に対して、その体制にある旨及び計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行う体制にある場合には当加算を算定する旨を説明し、その同意を得た場合に加算する。
- イ 当加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における緊急時訪問看護加算及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該看護小規模多機能型居宅介護における緊急時対応加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の訪問看護における24時間対応体制加算は算定できない。
- ウ 緊急時訪問看護加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。
- エ 緊急時訪問看護加算の届出は利用者や居宅介護支援事業所が定期巡回・随時対応型訪問介護看護を選定する上で必要な情報として届け出させること。なお、算定に当たっては、届出手続きの運用によらず、届け出を受理した日から算定するものとする。
- オ ◎緊急時訪問看護加算（Ⅰ）は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所における24時間連絡できる体制を充実するため、看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていることを評価するものである。緊急時訪問看護加算（Ⅰ）を算定する場合は、次に掲げる項目のうち、次のア又はイを含むいずれか2項目以上を満たす必要があること。
- a 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保
 - b 夜間対応に係る勤務の連続回数が2連続（2回）まで
 - c 夜間対応後の暦日の休日確保
 - d 夜間勤務の二重を踏まえた勤務体制の工夫
 - e ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減
 - f 電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保
- カ 上記エの夜間対応とは、夜間（午後6時から午後10時まで）、深夜（午後10時から午前6時まで）、早朝（午前6時から午前8時まで）において計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問看護サービスや、利用者や家族等からの電話連絡を受けて当該者への指導を行った場合とし、単に勤務時間割表等において夜間の対応が割り振られているが夜間対応がなかった場合等は該当しない。また、翌日とは、夜間対応の終了時刻を含む日をいう。
- キ 上記エbの「夜間対応に係る連続勤務が2連続（2回）まで」は、夜間対応の始業時刻から終業時刻までの一連の対応を1回として考える。なお、専ら夜間対応に従事する者は含まないものとする。また、夜間対応と次の夜間対応との間に暦日の休日を挟んだ場合は、休日前までの連続して行う夜間対応の回数を数えることとするが、暦日の休日中に夜間対応が発生した場合には当該対応を1回と数えることとし、暦日の休日前までの夜間対応と合算して夜間対応の連続回数を数えること。
上記エdの「夜間勤務の二重を踏まえた勤務体制の工夫」は、単に従業者の希望に応じた夜間対応の調整をする場合等は該当しない。

上記エ e の「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」は、例えば、看護記録の音声入力、情報通信機器を用いた利用者の自宅等での電子カルテの入力、医療情報連携ネットワーク等のICTを用いた関係機関との利用者情報の共有、ICTやAIを活用した業務管理や職員間の情報共有等であって、業務負担軽減に資するものが想定される。なお、単に電子カルテ等を用いていることは該当しない。

上記エ f の「電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保」は、例えば、利用者又はその家族等からの看護に関する連絡相談を担当する者からの対応方法等に係る相談を受けられる体制等が挙げられる。

⑫ 特別管理加算（いずれかのみ加算）（支給限度額管理の対象外）

特別管理加算（Ⅰ） 500単位／月

特別管理加算（Ⅱ） 250単位／月

イ(2)「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）訪問看護サービスを行う場合」について、訪問看護サービスに関し特別な管理を必要とする利用者（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して、一体型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が、訪問看護サービスの実施に関する計画的な管理を行った場合は、厚生労働大臣が定める区分に応じて、1月につき所定単位数を加算する。

- * 当加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の各サービスにおける特別管理加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の訪問看護における特別管理加算は算定できない。
- * 特別管理加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。
- * 「真皮を越える褥瘡の状態」とは、NPUAP(National Pressure Ulcer of Advisory Panel) 分類Ⅲ度若しくはⅣ度又は DESIGN 分類（日本褥瘡学会によるもの）D3、D4 若しくは D5 に該当する状態をいう。
- * 「真皮を越える褥瘡の状態にある者」に対して特別管理加算を算定する場合には、定期的（1週間に1回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケア（利用者の家族等に行う指導を含む）について訪問看護サービス記録書に記録すること。
- * 「点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態」とは、主治の医師が点滴注射を週3日以上行うことが必要である旨の指示を定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所に行った場合であって、かつ、事業所の看護職員が週3日以上点滴注射を実施している状態をいう。
- * 「点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態」にある者に対して特別管理加算を算定する場合は、点滴注射が終了した場合その他必要が認められる場合には、主治の医師に対して速やかにその利用者の状態を報告するとともに、訪問看護サービス記録書に点滴注射の実施内容を記録すること。
- * 訪問の際、症状が重篤であった場合には、速やかに医師による診療を受けることができるよう必要な支援を行うこと。

「厚生労働大臣が定める状態」

加算（Ⅰ）の場合

医科診療報酬点数表に掲げる在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理、在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態

又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態

加算（Ⅱ）の場合

- ア 医科診療報酬点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
- イ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ウ 真皮を越える褥瘡の状態
- エ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態

⑬ ターミナルケア加算 2,500単位（支給限度額管理の対象外）

イ(2)「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ)訪問看護サービスを行う場合」について、在宅で死亡した利用者について、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た一体型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）は、ターミナルケア加算として、当該利用者の死亡月につき2,500単位を所定単位数に加算する。

死亡日及び死亡日前14日以内に末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者に訪問看護を行っている場合にあっては、1日以上ターミナルケアを行った場合も同じ。

- * ターミナルケア加算については、在宅で死亡した利用者の死亡月に算定することとされているが、ターミナルケアを最後に行った日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には、死亡月に算定すること。
- * ターミナルケア加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。なお、当加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の各サービスにおけるターミナルケア加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護・指導料における在宅ターミナルケア加算は算定できない。
- * 一の事業所において、死亡日及び死亡日前14日以内に医療保険又は介護保険の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ1日以上実施した場合は、最後に実施した保険制度においてターミナルケア加算等を算定すること。この場合において他制度の保険によるターミナルケア加算等は算定できない。
- * ターミナルケアの提供においては、次に掲げる事項を訪問看護サービス記録書に記録しなければならない。

ア 終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録

イ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアの経過についての記録

ウ 看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録

なお、ウについては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対

応すること。

- * ターミナルケアを実施中に、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケア加算を算定することができるものとする。
- * ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めること。

「厚生労働大臣が定める基準」

- イ ターミナルケアを受ける利用者について24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、訪問看護サービスを行うことができる体制を整備していること。
- ロ 主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。
- ハ ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。

「厚生労働大臣が定める状態」

次のいずれかに該当する状態

- イ 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態
- ロ 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

⑭ 初期加算 30単位／日

- ア イ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ)」及びロ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅱ)」について、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用を開始した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として1日につき所定単位数を加算する。
- イ 30日を超える病院又は診療所への入院後に利用を再び開始した場合も、同様とする。

⑮ 退院時共同指導加算 600単位／回

イ(2)「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ)訪問看護サービスを行う場合」について、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、一体型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の保健師、看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が退院時共同指導を行った後、対象となった利用者の退院又は退所後にその者に対する初回の訪問看護サービスを行った場合に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回（⑬ターミナルケア加算の項の厚生労働大臣が定める状態にある利用者については2回）に限り、所定単位数を加算する。

「退院時共同指導」

当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の主治の医師その他の従業者と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を提供することをいう。

- * 当加算の算定は、初回の訪問看護サービスを実施した日の属する月に算定すること。加算を算定する月の前月に退院時共同指導を行っている場合においても算定できる。
- * 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いう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について利用者又はその看護に当たる者の同意を得なければならない。
- * 2回の当該加算の算定が可能である利用者に対して複数の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所又は訪問看護ステーションが退院時共同指導を行う場合にあっては、1回ずつの算定も可能。
- * 複数の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所等が退院時共同指導を行う場合には、主治の医師の所属する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対し、他の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所等における退院時共同指導の実施の有無について確認すること。
- * 退院時共同指導加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける退院時共同指導加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の訪問看護における当加算は算定できない。
2回の当加算の算定が可能である利用者に対して複数の事業所が、1回ずつの算定をする場合を除く。
- * 退院時共同指導を行った場合は、その内容を訪問看護サービス記録書に記録すること。

⑯ 総合マネジメント体制強化加算（いずれかのみ加算）（支給限度額管理の対象外）

総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ） 1,200 単位／月

総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ） 800 単位／月

イ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）」及びロ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅱ）」について、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が、利用者に対し、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。

ア 事業所において、定期巡回サービス、随時対応サービス及び随時訪問サービス並びに訪問看護サービスを適宜適切に組み合わせて、利用者にとって必要なサービスを必要なタイミングで提供し、総合的に利用者の在宅生活の継続を支援するために、計画作成責任者、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が、日常的に共同して行う調整や情報共有等の取組、また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護が、地域包括ケアの担い手として、地域に開かれたサービスとなるよう、サービスの質の向上を図りつつ、認知症対応を含む様々な機能を発揮し、地域の多様な主体とともに利用者を支える仕組みづくりを促進するため、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組を評価するものである。

イ 総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）は、次に掲げるいずれにも該当する場合に算定する。

- a 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、計画作成責任者、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、随時適切に見直しを行っていること。
 - b 定期巡回・随時対応型訪問介護看護が地域に開かれたサービスとなるよう、地域との連携を図るとともに、地域の病院の退院支援部門、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設に対し、事業所において提供することができる具体的なサービスの内容等について日常的に情報提供を行っていること。
 - c 利用者及び利用者と関わりのある地域住民や商店等からの日頃からの相談体制を構築し、事業所内外の人（主に独居、認知症の人とその家族）にとって身近な存在となるよう、事業所が主体となって、地域の相談窓口としての役割を担っていること。
 - d 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること。なお、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行うための取組とは、例えば、利用者となじみの関係のある地域住民や商店等の多様な主体や地域における役割、生きがいなどを可視化したものを作成し、事業所の従業者で共有していることをいう。
 - e 次に掲げるいずれかに該当すること
 - ・ 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所において、世代間の交流（障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等の指定を併せて受け、一体的に運営が行われている場合を含む）を行っていること。
 - ・ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が、地域住民等、当該事業所以外の他の指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者等と共同で、認知症や介護に関する事例検討会、研修会等を定期的に行うこと。
 - ・ 市町村が実施する通いの場、在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等において、介護予防に資する取組、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所以外のサービス事業所又は医療機関との連携等を行っていること。
 - ・ 都道府県知事により居住支援法人（住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律（平成 19 年法律第 112 号）第 40 条に定める住宅確保要配慮者居住支援法人をいう。）の指定を受け、利用者や地域の高齢者等の住宅確保要配慮者の居住支援について、市町村や地域の関係者等と協力しながら、地域の担い手として実施していること。
- ウ 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ)は、イ a 及び b のいずれにも該当する場合に算定する。

「厚生労働大臣が定める基準」

総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、計画作成責任者（指定地域密着型サービス基準第三条の四第十一項に規定する計画作成責任者をいう。）、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画（指定地域密着型サービス基準第三条の二十四第一項に規定する定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画をいう。以下同じ。）の見直しを行っていること。

- (2) 地域の病院、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設に対し、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所（指定地域密着型サービス基準第三条の四第一項に規定する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所をいう。以下同じ。）が提供することのできる指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護（指定地域密着型サービス基準第三条の二に規定する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護をいう。以下同じ。）の具体的な内容に関する情報提供を行っていること。
- (3) 日常的に利用者に関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること。
- (4) 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること。
- (5) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。
- (一) 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流を行っていること。
- (二) 地域住民等、他の指定居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所、他の指定地域密着型サービス事業者が当該事業を行う事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。
- (三) 市町村が実施する法第百十五条の四十五第一項第二号に掲げる事業や同条第二項第四号に掲げる事業等に参加していること。
- (四) 地域住民及び利用者の住まいに関する相談に応じ、必要な支援を行っていること。

総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ)

- (1)及び(2)に掲げる基準に適合すること。

⑰ 生活機能向上連携加算

生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位／月

生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位／月

- * (Ⅰ) は計画作成責任者が、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、認可病床数が200床未満のもの又はその病院を中心として半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。以下同じ。）の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成し、計画に基づく定期巡回・随時対応型訪問介護看護（イ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ)」又はロ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅱ)」の所定単位数を算定している場合に限る。）を行ったときは、初回の定期巡回・随時対応型訪問介護看護が行われた日の属する月に、所定単位数を加算する。
- * (Ⅱ) は利用者に対して、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際に計画作成責任者が同行する等により、理学療法士等と利用者の身体の状態等の評価を共同して行い、かつ、生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成した場合であって、理学療法士等と連携し、計画に基づく定

期巡回・随時対応型訪問介護看護（イ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）」又はロ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅱ）」の所定単位数を算定している場合に限る。）を行ったときは、初回の定期巡回・随時対応型訪問介護看護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき所定単位数を加算する。ただし、生活機能向上連携加算（Ⅰ）を算定している場合は、算定しない。

イ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）について

生活機能向上連携加算（Ⅰ）については、「ロ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）」の（Ｂ）、（Ｆ）及び（Ｇ）を除きロを適用する。本加算は、理学療法士等が自宅を訪問せずにＡＤＬ及びＩＡＤＬに関する利用者の状況について適切に把握した上で計画作成責任者に助言を行い、計画作成責任者が、助言に基づきロの（Ａ）の定期巡回・随時対応型訪問介護看護を作成（変更）するとともに、計画作成から３月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告することを定期的を実施することを評価するものである。

（Ａ）「ロ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）」の（Ａ）の定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成に当たっては、理学療法士等は、利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬに関する状況について、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の場において把握し、又は事業所の計画作成責任者と連携してＩＣＴを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、事業所の計画作成責任者に助言を行うこと。なお、ＩＣＴを活用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士等がＡＤＬ及びＩＡＤＬに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等と計画作成責任者で事前に方法を調整するものとする。

この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院である。

（Ｂ）事業所の計画作成責任者は、（Ａ）の助言に基づき、現在の状況及びその改善可能性の評価（以下「生活機能アセスメント」という。）を行った上で、「ロ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）」の（Ａ）の定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成を行うこと。なお、「ロ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）」の（Ａ）の定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画には、（Ａ）の助言の内容を記載すること。

（Ｃ）本加算は、「ロ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）」の（Ａ）の定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づき定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供した初回の月に限り、算定されるものである。なお、（Ａ）の助言に基づき定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を見直した場合には、本加算を算定することは可能であるが、利用者の急性増悪等により計画を見直した場合を除き、「ロ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）」の（Ａ）の定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づき定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供した翌月及び翌々月は本加算を算定しない。

（Ｄ）３月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告すること。なお、再度（Ａ）の助言に基づき定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を見直した場合には、本加算の算定が可能である。

ロ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）について

（Ａ）「生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画」とは、利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に訪問介護員等

が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中でその行為を可能な限り自立して行うことができるよう、その有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、訪問介護員等が提供する定期巡回・随時対応型訪問介護看護の内容を定めたものでなければならない。

- (B) (A)の定期巡回・随時対応型訪問介護看護画の作成に当たっては、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が利用者の居宅を訪問する際に計画作成責任者が同行する又は理学療法士等及び計画作成責任者が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンス（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条第9号に規定するサービス担当者会議として開催されるものを除く。）を行い、利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する利用者の状況につき、理学療法士等と計画作成責任者が共同して、生活機能アセスメントを行うものとする。
- (C) (A)の定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければならない。
- a 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容
 - b 生活機能アセスメントの結果に基づき、aの内容について定めた3月を目途とする達成目標
 - c bの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標
 - d b及びcの目標を達成するために訪問介護員等が行う介助等の内容
- (D) (C)のb及びcの達成目標については、利用者の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、利用者の意欲の向上につながるよう、例えば目標に係る生活行為の回数や生活行為を行うために必要となる基本的な動作（立位又は座位の保持等）の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定すること。
- (E) (A)の定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画及びその計画に基づく訪問介護員等が行う定期巡回・随時対応型訪問介護看護の内容としては、例えば次のようなものが考えられること。
- 達成目標として「自宅のポータブルトイレを1日1回以上利用する（1月目、2月目の目標として座位の保持時間）」を設定。
- （1月目）訪問介護員等は週2回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が5分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。
 - （2月目）ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。
 - （3月目）ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う（訪問介護員等は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認を行う）。
- (F) 本加算は、(B)の評価に基づき、(A)の定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画

に基づき提供された初回の定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供日が属する月を含む3月を限度として算定されるものであり、3月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度(B)の評価に基づき当該計画を見直す必要があること。なお、当該3月の間に利用者に対する訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーション等の提供が終了した場合であっても、3月間は本加算の算定が可能であること。

(G) 本加算を算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び(C)のbの達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと。

⑱ 認知症専門ケア加算（いずれかのみ加算）

(1) イ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ)」又はロ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅱ)」を算定している場合

認知症専門ケア加算(Ⅰ) 90単位/月

認知症専門ケア加算(Ⅱ) 120単位/月

(2) ハ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅲ)」を算定している場合

認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位/日

認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4単位/日

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市長に届け出た事業所において、別に厚生労働大臣が定める者に対して専門的な認知症ケアを行った場合は、基準に掲げる区分に従い、イ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ)」又はロ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅱ)」については1月につき、ハ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅲ)」については定期巡回サービス又は随時訪問サービスの提供を行った際に1日につき、上に掲げる所定単位数を加算する。

「厚生労働大臣が定める基準」

認知症専門ケア加算(Ⅰ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

ア 事業所における利用者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者（以下この号において「対象者」という。）の占める割合が二分の一以上であること。

イ 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、事業所における対象者の数が二十人未満である場合にあっては一以上、対象者の数が二十人以上である場合にあっては一に対象者の数が十九を超えて十又はその端数を増すごとに一を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

ウ 当該事業所の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催していること。

認知症専門ケア加算(Ⅱ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

ア 認知症専門ケア加算(Ⅰ)のイ及びウの基準のいずれにも適合すること。

イ 事業所における利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が百分の二

十以上であること。

ウ 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を一名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施していること。

エ 当該事業所における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。

「厚生労働大臣が定める者」

認知症専門ケア加算(Ⅰ)を算定すべき利用者

周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者

認知症専門ケア加算(Ⅱ)を算定すべき利用者

日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者

- a 「周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する利用者を指し、また、「日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者を指す。

なお、認知症高齢者の日常生活自立度の確認に当たっては、例えばサービス担当者会議等において介護支援専門員から情報を把握する等の方法が考えられる。

- b 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の割合が2分の1以上、又は、Ⅲ以上の割合が100分の20以上の算定方法は、算定日が属する月の前3月間のうち、いずれかの月の利用者実人員数で算定すること。また、届出を行った月以降においても、直近3月間の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ又はⅢ以上の割合につき、いずれかの月で所定の割合以上であることが必要である。なお、その割合については、毎月記録するものとし、直近3月間のいずれも所定の割合を下回った場合については、直ちに加算等が算定されなくなる場合の届出を提出しなければならない。

- c 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知）及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」（平成18年3月31日老計第0331007号厚生労働省計画課長通知）に規定する「認知症介護実践リーダー研修」、認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。

- d 「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」の実施に当たっては、全員が一同に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することで差し支えない。

また、「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」は、テレビ電話装置等を活用して行うことができる。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

- e 「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者養成研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。

「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について

(i) 加算の算定要件として「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用につい

て」(平成5年10月26日老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知)に規定する「認知症高齢者の日常生活自立度」(以下「日常生活自立度」という。)を用いる場合の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書(以下「判定結果」という。)を用いる。

(ii) (i)の判定結果は、判定した医師名、判定日と共に、居宅サービス計画又は各サービスのサービス計画に記載するものとする。また、主治医意見書とは、「要介護認定等の実施について」(平成21年9月30日老発0930第5号厚生労働省老健局長通知)に基づき、主治医が記載した同通知中「3 主治医の意見の聴取」に規定する「主治医意見書」中「3.心身の状態に関する意見(1) 日常生活の自立度等について ・ 認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載をいうものとする。なお、複数の判定結果がある場合にあっては、最も新しい判定を用いる。

(iii) 医師の判定が無い場合(主治医意見書を用いることについて同意が得られていない場合を含む。)にあっては、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2(4) 認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票(基本調査)」7の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いる。

⑭ 口腔連携強化加算 50単位

イ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ)」及びロ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅱ)」について、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、市長に届け出た事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、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対し、当該評価の結果の情報提供を行ったときは、口腔連携強化加算として、1月に1回に限り所定単位数を加算する。

「厚生労働大臣が定める基準」

イ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の従業者が利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科診療報酬点数表の区分番号C000に掲げる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、その旨を文書等で取り決めていること。

ロ 次のいずれにも該当しないこと。

(1) 他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、栄養状態のスクリーニングを行い、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き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定していること。

(2) 当該利用者について、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き、指定居宅療養管理指導事業所が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していること。

(3) 当該事業所以外の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していること。

a 口腔連携強化加算の算定に係る口腔の健康状態の評価は、利用者に対する適切な口腔管理につなげる観点から、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

b 口腔の健康状態の評価の実施に当たっては、必要に応じて、厚生労働大臣が定める基準における歯科医療機関(以下「連携歯科医療機関」という。)の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すること。なお、連携歯科医療機関は複数でも差し支えない。

- c 口腔の健康状態の評価をそれぞれ利用者について行い、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対し、別紙様式8等により提供すること。
- d 歯科医療機関への情報提供に当たっては、利用者又は家族等の意向及び当該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を行うこと。
- e 口腔の健康状態の評価は、それぞれ次に掲げる確認を行うこと。ただし、ト及びチについては、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行うこと。
 - イ 開口の状態
 - ロ 歯の汚れの有無
 - ハ 舌の汚れの有無
 - ニ 歯肉の腫れ、出血の有無
 - ホ 左右両方の奥歯のかみ合わせの状態
 - ヘ むせの有無
 - ト ぶくぶくうがいの状態
 - チ 食物のため込み、残留の有無
- f 口腔の健康状態の評価を行うに当たっては、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）及び「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)等を参考にすること。
- g 口腔の健康状態によっては、主治医の対応を要する場合もあることから、必要に応じて介護支援専門員を通じて主治医にも情報提供等の適切な措置を講ずること。
- h 口腔連携強化加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議等を活用し決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔の健康状態の評価を継続的に実施すること。

⑳ サービス提供体制強化加算（支給限度額管理の対象外）

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市長に届け出た事業所が、利用者に対し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行った場合は、基準に掲げる区分に従い、イ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ)」又はロ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅱ)」については1月につき、ハ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅲ)」については定期巡回サービス又は随時訪問サービスの提供を行った際に1回につき、次に掲げる所定単位数を加算する。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。

(1) イ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ)」又はロ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅱ)」を算定している場合

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	750単位/月(ア、イ、ウ、エの要件すべて)
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	640単位/月(ア、イ、ウ、オの要件すべて)
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	350単位/月(ア、イ、ウ、カの要件すべて)

(2) ハ「定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅲ)」を算定している場合

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位/回
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位/回

「厚生労働大臣が定める基準」

- ア 事業所の全ての定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者（以下「従業者」。）に対し、従業者ごとに研修計画を作成し、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。
- イ 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は従業者の技術指導を目的とした会議を定期的に行うこと。
- ウ 事業所の全ての従業者に対し、健康診断等を定期的に行うこと。
- エ 次のいずれかに適合すること。
- ア 事業所の訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であること。
 - イ 事業所の訪問介護員等の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。
- オ 事業所の訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上又は介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の占める割合が100分の60以上であること。
- カ 次のいずれかに適合すること。
- ア 事業所の訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の30以上又は介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の占める割合が100分の50以上であること。
 - イ 事業所の従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の60以上であること。
 - ウ 事業所の従業者の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。

(i) 研修について

定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者（以下(Ⅵ)までにおいて「従業者」という。）ごとの研修計画については、事業所におけるサービス従事者の資質向上のための研修内容と、研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、従業者について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を定めた計画を策定しなければならない。

(ii) 会議の開催について

「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は従業者の技術指導を目的とした会議」とは、事業所の従業者の全てが参加するものでなければならない。なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することができる。また、会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。なお、「定期的」とは、おおむね1月に1回以上開催されている必要がある。

また、会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項」とは、少な

くとも次に掲げる事項について、その変化の動向を含め、記載しなければならない。

- ・ 利用者のADLや意欲
- ・ 利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望
- ・ 家庭環境
- ・ 前回のサービス提供時の状況
- ・ その他サービス提供に当たって必要な事項

(iii) 健康診断等について

健康診断等については、労働安全衛生法により定期に実施することが義務付けられた「常時使用する労働者」に該当しない従業者も含めて、少なくとも1年以内ごとに1回、事業主の費用負担により実施しなければならない。新たに加算を算定しようとする場合にあっては、少なくとも1年以内に健康診断等が実施されることが計画されていることをもって足りる。

(iv) 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く。）の平均を用いる。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。

(v) (iv) のただし書の場合にあっては、届出を行った日以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに加算等が算定されなくなる場合の届出を提出しなければならない。

(vi) 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。

(vii) 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。

⑳ 介護職員等処遇改善加算（支給限度額管理の対象外）

共通資料を参照のこと。

運営指導における不適正事項等

不適正事項	根拠法令	具体的な内容
<p>【運営基準】</p> <p>○重要事項説明書の「提供するサービスの第三者評価の実施状況」について、記載がない。</p>	(平 18 厚労省令第 34 号第 3 条の 7 第 1 項)	<ul style="list-style-type: none"> 事業者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の勤務体制、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を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならないが、重要事項説明書の「提供するサービスの第三者評価の実施状況」について記載がない。
<p>○随時訪問サービスを提供した際の具体的なサービス内容等の記録がない事例がある。</p>	(平 18 厚労省令第 34 号第 3 条の 18 第 1 項)	<ul style="list-style-type: none"> 事業者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供した際には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供日及び内容、その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はサービス利用票等に記載しなければならないが、随時訪問サービスを提供した際の具体的なサービス内容等の記録がない事例がある。
<p>○合鍵を預かる場合に、交付すべき文書を交付していない。</p>	(平 18 厚労省令第 34 号第 3 条の 22)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者から合鍵を預かる場合には、従業者であっても容易に持ち出すことができないよう管理を厳重に行うとともに、管理方法、紛失した場合の対処方法その他必要な事項を記載した文書を交付する必要があるが、文書を交付していない。
<p>○主治の医師に対し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書を提出していない。</p>	(平 18 厚労省令第 34 号第 3 条の 23 第 3 項)	<ul style="list-style-type: none"> 連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所において、訪問看護計画書は連携先の訪問看護事業所から訪問看護サービスの利用者の主治の医師へ提出されているが、同様に医師へ提出すべき連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が作成した定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書を医師に提出していない。
<p>○居宅サービス計画の変更により、定期巡回サービスの内容が変更されているが、定期巡</p>	(平 18 厚労省令第 34 号第 3 条の 24 第 2 項)	<ul style="list-style-type: none"> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画に沿って作成しなければならないが、居宅サービス計画の変更により、定期巡回

不適正事項	根拠法令	具体的な内容
<p>回・随時対応型訪問介護看護計画を変更していない事例がある。</p> <p>○訪問看護サービスを利用しない者の計画作成の際に、看護職員が利用者のアセスメントを実施していない。</p> <p>○定期巡回訪問介護の勤務時間と随時訪問介護の勤務時間が区別されていない従業員がいる。</p> <p>○感染症の予防及びまん延の防止のための指針に整備すべき項目のうち、平常時の対策が規定されていない。</p> <p>○利用者及び利用者の家族の個人情報を用いる場合の同意を文書により得ていない。</p> <p>○介護・医療連携推進会議が適正に開催されていない。</p>	<p>(平 18 厚労省令第 34 号第 3 条の 24 第 3 項)</p> <p>(平 18 厚労省令第 34 号第 3 条の 30 第 1 項)</p> <p>(平 18 厚労省令第 34 号第 3 条の 31 第 3 項)</p> <p>(平 18 厚労省令第 34 号第 3 条の 33 第 3 項)</p> <p>(平 18 厚労省令第 34 号第 3 条の 37 第 1, 2 項)</p>	<p>サービスの内容が変更されているが、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を変更していない事例がある。</p> <p>・訪問看護サービスを利用しない者であっても、看護職員による定期的なアセスメント及びモニタリングを行わなければならないが、実施していない。</p> <p>・事業者は、利用者に対し適切な定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供できるよう、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所ごとに、従業員の勤務の体制を定めておかななければならないが、定期巡回訪問介護の勤務時間と随時訪問介護の勤務時間が区別されていない従業員がいる。</p> <p>・事業者は、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しなければならず、当該指針には、平常時の対策及び発生時の対応を規定しなければならないが、平常時の対策が規定されていない。</p> <p>・事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかななければならないが、利用者及び利用者の家族の同意書を得ていない。</p> <p>・介護・医療連携推進会議の構成員に市の職員又は事業所が所在する区域を管轄する介護保険法第 115 条の 46 条第 1 項に規定する地域包括支援センターの職員が参加していない。</p> <p>・おおむね 6 月に 1 回以上開催していない。</p> <p>・自己評価及び外部評価を行っていない。</p> <p>・介護・医療連携推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成しておらず、公表ができていない。</p> <p>・介護・医療連携推進会議の報告、評価、要望、助</p>

不適正事項	根拠法令	具体的な内容
○虐待の防止のための指針に盛り込むこととされている項目のうち、盛り込まれていない項目がある。	(平 18 厚労省令第 34 号第 3 条の 38 の 2)	<p>言等についての記録は作成しているが、公表していない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 合同で開催する回数が、1 年度に開催すべき介護医療連携推進会議の開催回数の半数を超えないこととされているが、介護・医療連携推進会議を併設の地域密着型通所介護事業所と毎回合同で開催している。 ・ 新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱い廃止の令和 5 年 5 月 8 日以降も、書面での開催を行っている。 ・ 虐待の防止のための指針に盛り込むこととされている項目のうち、「虐待等に係る苦情解決方法に関する事項」の定めがない。
<p>【介護報酬基準】</p> <p>○准看護師が訪問看護サービスを提供した場合において、未減算で算定している。</p>	(平 18 厚労省告示第 126 号別表 1)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師と准看護師とで訪問看護サービスを提供しているが、准看護師が訪問看護を行った際についても、所定単位数に 100 分の 98 を乗じずに算定している。
○事業所と同一建物等に居住する利用者に対しサービスを提供した場合において未減算で算定している。	(平 18 厚労省告示第 126 号別表 1)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所と同一建物に居住している利用者にサービスを提供した事例において、減算を行わずに所定単位数で算定している。
○利用者が短期入所系サービスを受けている間に、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費を算定している。	(平 18 厚労省告示第 126 号別表 1)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が短期入所生活介護を利用した月の報酬請求において、日割り計算を行っているが、短期入所生活介護事業所への入所日（利用初日）を除かずに算定している。
○生活機能向上連携加算の算定要件を満たしていない。	(平 18 厚労省告示第 126 号別表 1)	<p>(Ⅰ)・(Ⅱ)共通</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 目標が生活機能の向上を目的としたものとなっていない。 ・ 計画に生活機能アセスメントの結果に基づき定めた 3 月を目途とする達成目標及びその目標を達成

不適正事項	根拠法令	具体的な内容
<p>○サービス提供体制強化加算の算定要件を満たしていない。</p>	<p>(平 18 厚労省告示 第 126 号別表 1)</p>	<p>するために経過的に達成すべき各月の目標が設定されていない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(Ⅰ)においては、三月经過後、(Ⅱ)においては、毎月、利用者及び理学療法士等に報告することとなっているが、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告していない。 <p>(Ⅰ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画作成(変更)において理学療法士等から助言を受けていない。 ・研修計画が従業者ごとに作成されていない。 ・定期的(おおむね 1 月に 1 回以上)に開催することとなっている「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は従業者の技術指導を目的とした会議」に、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の全てが参加しておらず、また、おおむね 1 月に 1 回以上開催していない。

令和6年度介護報酬改定に関するQ & A

Vol. 1 = 令和6年3月15日

Vol. 2 = 令和6年3月19日

Vol. 3 = 令和6年3月29日

Vol. 4 = 令和6年4月18日

Vol. 5 = 令和6年4月30日

Vol. 6 = 令和6年5月17日

Vol. 7 = 令和6年6月7日

Vol. 8 = 令和6年7月9日

Vol. 9 = 令和6年8月29日

Vol. 10 = 令和6年9月27日

Vol. 11 = 令和6年11月11日

高齢者虐待防止措置未実施減算、身体拘束廃止未実施減算の取扱いに係るQ & Aの周知について = 令和7年1月20日

Vol. 12 = 令和7年1月22日

Vol. 13 = 令和7年4月7日

Vol. 14 = 令和7年4月18日

※Vol. 2以降に所収のQ & Aについては、問○の前に Vol. 2 などと表記

【訪問介護、(介護予防)訪問入浴介護、通所介護、地域密着型通所介護、(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)特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、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、介護療養型医療施設、介護医療院】

○ 認知症専門ケア加算、認知症加算

問 17 認知症専門ケア加算及び通所介護、地域密着型通所介護における認知症加算並びに(看護)小規模多機能型居宅介護における認知症加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定要件について、「認知症介護に係る専門的な研修」や「認知症介護の指導に係る専門的な研修」のうち、認知症看護に係る適切な研修とは、どのようなものがあるか。

(答)

・ 現時点では、以下のいずれかの研修である。

① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修

② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程

③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」

・ ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

※ 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 4) (令和3年3月29日) 問 29 は削除する。

○ 認知症専門ケア加算、認知症加算

問 18 認知症高齢者の日常生活自立度の確認方法如何。

(答)

・ 認知症高齢者の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書を用いて、居宅サービス計画又は各サービスの計画に記載することとなる。なお、複数の判定結果がある場合には、最も新しい判定を用いる。

・ 医師の判定が無い場合は、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2(4)認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票(基本調査)」

7の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとする。

・ これらについて、介護支援専門員はサービス担当者会議などを通じて、認知症高齢者の日常生活自立度も含めて情報を共有することとなる。

(注) 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 12 年 3 月 1 日老企第 36 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）第二 1 (7)「「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の制定及び「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（平成 18 年 3 月 17 日老計発 0317001 号、老振発 0317001 号、老老発 0317001 号厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知）別紙 1 第二 1 (6)「「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」及び指定地域密着型介護サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 18 年 3 月 31 日老計発 0331005 号、老振発 0331005 号、老老発 0331018 号厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知）第二 1 (12)「「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」の記載を確認すること。

※ 令和 3 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 4) (令和 3 年 3 月 29 日) 問 30 は削除する。

※ 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (平成 27 年 4 月 1 日) 問 32 は削除

【訪問介護、(介護予防) 訪問入浴介護、通所介護、地域密着型通所介護、(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) 特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護、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】

○ 認知症専門ケア加算、認知症加算

Vol. 3 問 4 「認知症介護実践リーダー研修の研修対象者として、介護保険施設・事業所等においてサービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から起算して 10 年以上、かつ、1,800 日以上の実務経験を有する者あるいはそれと同等以上の能力を有する者であると実施主体の長が認めた者については、令和 9 年 3 月 31 日までの間は、本文の規定に関わらず研修対象者」とあるが、「それと同等以上の能力を有する者であると実施主体の長が認めた者」とは具体的にどのような者なのか。

(答)

同等以上の能力を有する者として、例えば、訪問介護事業所において介護福祉士として 7 年以上サービスを利用者に直接提供するとともに、そのうちの 3 年以上、サービス提供責任者としても従事する者を研修対象者として認めていただくことは差し支えない。

○ 認知症専門ケア加算、認知症加算 (Ⅰ)・(Ⅱ)

問 19 認知症介護に係る専門的な研修を修了した者を配置するとあるが、「配置」の考

え方如何。常勤要件等はあるか。

(答)

・ 専門的な研修を修了した者の配置については、常勤等の条件は無いが、認知症チームケアや認知症介護に関する研修の実施など、本加算制度の要件を満たすためには事業所内での業務を実施する必要があることから、加算対象事業所の職員であることが必要である。

・ なお、本加算制度の対象となる事業所は、専門的な研修を修了した者の勤務する主たる事業所1か所のみである。

※ 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 4) (令和3年3月29日) 問31は削除する。

○ 認知症専門ケア加算、認知症加算

問20 認知症専門ケア加算(Ⅱ)及び(看護)小規模多機能型居宅介護における認知症加算(Ⅰ)の認知症介護指導者は、研修修了者であれば管理者でもかまわないか。

(答)

認知症介護指導者研修修了者であり、適切に事業所全体の認知症ケアの実施等を行っている場合であれば、その者の職務や資格等については問わない。

※ 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 4) (令和3年3月29日) 問32は削除する。

○ 認知症専門ケア加算、認知症加算

問21 認知症介護実践リーダー研修を修了していないが、都道府県等が当該研修修了者と同等の能力を有すると認めた者であって、認知症介護指導者養成研修を修了した者について、認知症専門ケア加算及び通所介護、地域密着型通所介護における認知症加算並びに(看護)小規模多機能型居宅介護における認知症加算(Ⅰ)・(Ⅱ)における認知症介護実践リーダー研修修了者としてみなすことはできないか。

(答)

・ 認知症介護指導者養成研修については認知症介護実践研修(認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修)の企画・立案に参加し、又は講師として従事することが予定されている者であることがその受講要件にあり、平成20年度までに行われたカリキュラムにおいては認知症介護実践リーダー研修の内容が全て含まれていたこと等の経過を踏まえ、認知症介護実践リーダー研修が未受講であっても当該研修を修了したものとみなすこととする。

・ 従って、認知症専門ケア加算(Ⅱ)及び(看護)小規模多機能型居宅介護における認知症加算(Ⅱ)については、加算対象となる者が20名未満の場合にあっては、平成20年度以前の認知症介護指導者養成研修を修了した者(認知症介護実践リーダー研修の未受講者)1名の配置で算定できることとし、通所介護、地域密着型通所介護における認知症加算については、当該者を指定通所介護を行う時間帯を通じて1名の配置で算定できることとなる。

※ 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 4) (令和3年3月29日) 問33は削除する。

○ 認知症専門ケア加算、認知症加算

問22 例えば、平成18年度より全国社会福祉協議会が認定し、日本介護福祉士会等が実施する「介護福祉士ファーストステップ研修」については、認知症介護実践リーダ

一研修相当として認められるか。

(答)

本加算制度の対象となる認知症介護実践リーダー研修については、自治体が実施又は指定する研修としており、研修カリキュラム、講師等を審査し、適当と判断された場合には認められる。

※ 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 4) (令和3年3月 29 日) 問 34 は削除する。

○ 認知症専門ケア加算、認知症加算

問 23 認知症介護実践リーダー研修修了者は、「痴呆介護研修事業の実施について」(平成 12 年9月5日老発第 623 号) 及び「痴呆介護研修事業の円滑な運営について」(平成 12 年 10 月 25 日老計第 43 号) において規定する専門課程を修了した者も含むのか。

(答)

含むものとする。

※ 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 4) (令和3年3月 29 日) 問 35 は削除する。

【訪問介護、(介護予防) 訪問入浴介護、通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防) 短期入所生活介護、(介護予防) 短期入所療養介護定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護】

○ 認知症専門ケア加算

問 24 認知症専門ケア加算及び通所介護、地域密着型通所介護における認知症加算並びに(看護) 小規模多機能型居宅介護における認知症加算(Ⅰ)・(Ⅱ)における「技術的指導に係る会議」と、特定事業所加算やサービス提供体制強化加算における「事業所における従業員の技術指導を目的とした会議」が同時期に開催される場合であって、当該会議の検討内容の1つが、認知症ケアの技術的指導についての事項で、当該会議に登録ヘルパーを含めた全ての訪問介護員等や全ての従業員が参加した場合、両会議を開催したものと考えてよいのか。

(答)

貴見のとおりである。

※ 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 4) (令和3年3月 29 日) 問 36 は削除する。

【訪問介護、(介護予防) 訪問入浴介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護】

○ 認知症専門ケア加算①訪問系サービスにおける対象者の割合の計算方法

Vol. 4 問1 訪問系サービスにおける認知症専門ケア加算の算定要件について、加算(Ⅰ)にあっては認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の割合が 50%以上、加算(Ⅱ)にあっては認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合が 20%以上であることが求められているが、算定方法如何。

(答)

- ・ 認知症専門ケア加算の算定要件である認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ又はⅢ以上の割合については、前3月間のうち、いずれかの月の利用者数で算定することとし、利用者数は利用実人員数又は利用延人員数を用いる。
- ・ なお、計算に当たって、

- －（介護予防）訪問入浴介護の場合は、本加算は要支援者（要介護者）に関しても利用者数に含めること
- － 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）・（Ⅱ）（包括報酬）、夜間対応型訪問介護費（Ⅱ）（包括報酬）の場合は、利用実人員数（当該月に報酬を算定する利用者）を用いる（利用延人員数は用いない）ことに留意すること。
- ・ 例えば、以下の例の場合は次のように計算する。

（（介護予防）訪問入浴介護の加算（Ⅰ）の計算例）

利用実人員	認知症高齢者の日常生活自立度	利用実績（単位：日）		
		1月	2月	3月
利用者①	なし	5	4	5
利用者②	I	6	5	7
利用者③	I	6	6	7
利用者④	I	7	8	8
利用者⑤	I	5	5	5
利用者⑥	I	8	9	7
利用者⑦	Ⅱa	5	6	12
利用者⑧	Ⅲb	8	7	13
利用者⑨	Ⅳ	5	4	15
利用者⑩	M	6	6	17
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上合計		24	23	57
合計（要支援者を含む）		61	60	96

① 利用実人員数による計算（要支援者を含む）

- ・ 利用者の総数＝10人（1月）、10人（2月）、10人（3月）
 - ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の数＝4人（1月）、4人（2月）、4人（3月）
- したがって、割合はそれぞれ、 $4人 \div 10人 \div 40.0\%$ （小数点第二位以下切り捨て） $\leq 1/2$

② 利用延人員数による計算（要支援者を含む）

- ・ 利用者の総数＝61人（1月）、60人（2月）、96人（3月）
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の数＝24人（1月）、23人（2月）、57人（3月）

したがって、割合はそれぞれ

1月： $24人 \div 61人 \div 39.3\%$ （小数点第二位以下切り捨て） $\leq 1/2$

2月： $23人 \div 60人 \div 38.3\%$ （小数点第二位以下切り捨て） $\leq 1/2$

3月： $57人 \div 96人 \div 59.3\%$ （小数点第二位以下切り捨て） $\geq 1/2$

となる。

・ 3月の②利用延人員数が要件を満たしているため、当該実績をもって4月～6月は加算（Ⅰ）の算定が可能となる。

・ なお、利用実人員数による計算を行う場合、月途中で認知症高齢者の日常生活自立度区分が変更になった場合は月末の認知症高齢者の日常生活自立度区分を用いて計算する。

※ 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.1）（令和6年3月15日）問25は削除

する。

○ 認知症専門ケア加算②訪問系サービスにおける対象者要件と算定期間の関係性

Vol. 4 問2 訪問系サービスにおける認知症専門ケア加算については、加算（Ⅰ）にあっては認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の割合が 50%以上、加算（Ⅱ）にあっては認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合が 20%以上であることが求められているが、前3月間における実績と算定期間の具体的な関係性如何。

（答）

算定要件に該当する者の実績と算定の可否については以下のとおり。

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
実績	○			○			○					
算定可否	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×

【訪問介護、（介護予防）訪問入浴介護、（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、（介護予防）認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設、施設サービス共通】

○ 認知症専門ケア加算、認知症加算

問 26 認知症専門ケア加算（Ⅱ）及び（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症加算（Ⅰ）を算定するためには、認知症専門ケア加算（Ⅰ）及び（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症加算（Ⅱ）の算定要件の一つである認知症介護実践リーダー研修修了者に加えて、認知症介護指導者養成研修修了者又は認知症看護に係る適切な研修修了者を別に配置する必要があるのか。

（答）

必要ない。例えば加算の対象者が 20 名未満の場合、

- ・ 認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者
- ・ 認知症看護に係る適切な研修を修了した者

のいずれかが 1 名配置されていれば、算定することができる。

（研修修了者の人員配置例）

		加算対象者数			
		～19	20～29	30～39	…
必要な研修修了者の配置数	「認知症介護に係る専門的な研修」	1	2	3	…
	認知症介護実践リーダー研修				
	認知症看護に係る適切な研修				
	「認知症介護の指導に係る専門的な研修」	1	1	1	…
	認知症介護指導者養成研修				
	認知症看護に係る適切な研修				

(注) 認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者、又は認知症看護に係る適切な研修を修了した者を1名配置する場合、「認知症介護に係る専門的な研修」及び「認知症介護の指導に係る専門的な研修」の修了者をそれぞれ1名配置したことになる。

※ 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 4) (令和3年3月29日) 問38は削除する。

【訪問看護、介護予防訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

○ 緊急時訪問看護加算（Ⅰ）について

問43 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組の「夜間対応」について、利用者又はその家族等からの訪問日時の変更に係る連絡や利用者負担額の支払いに関する問合せ等の事務的な内容の電話連絡は夜間対応に含むか。

(答)

含まない。

問44 緊急時訪問看護加算（Ⅰ）の緊急時の訪問における看護業務の負担の軽減に資する取組のうち、「ア 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保」とは、具体的にはどのような取組が該当するか。

(答)

例えば夜間対応した職員の、翌日の勤務開始時刻の調整を行うことが考えられる。

勤務間隔の確保にあたっては、「労働時間等見直しガイドライン（労働時間等設定改善指針）」（平成20年厚生労働省告示第108号）等を参考に、従業員の通勤時間、交替制勤務等の勤務形態や勤務実態等を十分に考慮し、仕事と生活の両立が可能な実行性ある休息が確保されるよう配慮すること。

問45 夜間対応について、「翌日とは、営業日及び営業時間外の対応の終了時刻を含む日をいう。」とされているが、対応の終了時刻は残業時間を含めた終了時刻を指すのか。それとも残業時間に関わらず勤務表に掲げる終了時刻を指すのか。

(答)

残業時間を含めた終了時刻を指す。

問46 「イ 夜間対応に係る勤務の連続回数が2連続（2回）まで」について、職員の急病等により、やむを得ず夜間対応が3連続以上となってしまった場合、直ちに都道府県に届出をし直す必要はあるか。

(答)

夜間対応に係る連続勤務が3連続以上となった日を含む1か月間の勤務時間割表等上の営業時間外に従事する連絡相談を担当する者の各勤務のうち、やむを得ない理由により当該項目を満たさない勤務が0.5割以内の場合は、当該項目の要件を満たしているものとみなす。

問47 緊急時訪問看護加算（Ⅰ）の緊急時訪問における看護業務の負担の軽減に資する取組のうち、「エ 訪問看護師の夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫」とは、具体的にどのような取組が該当するか。

(答)

例えば夜勤交代制、早出や遅出等を組み合わせた勤務体制の導入などが考えられる。

○ 退院時共同指導加算について

問 48 退院時共同指導の内容を文書以外の方法で提供する場合、指導の内容を電話に伝達してもよいのか。

(答)

元来、退院時共同指導の内容を文書により提供していたことを鑑みれば、電話による伝達ではなく、履歴が残る電子メール等の電磁的方法により指導内容を提供することが想定される。

問 49 退院時共同指導の内容を文書以外の方法で提供する場合、利用者やその家族の同意は必要か。

(答)

必要。利用者やその家族によっては、退院共同指導の内容の提供を受ける手段として電磁的方法ではなく文書による提供を希望する場合も考えられるため、希望に基づき対応すること。

問 50 退院時共同指導の内容を電子メールで送信できたことが確認できれば退院時共同指導加算の算定は可能か。

(答)

不可。電子メールで送信した後に利用者またはその家族が受け取ったことを確認するとともに、確認したことについて訪問看護記録書に記録しておく必要がある。

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

○ 緊急時訪問看護加算（Ⅰ）について

問 51 緊急時訪問看護加算（Ⅰ）の算定に係る業務管理等の項目のうち、「カ 電話等による連絡及び相談を担当する者」とは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の場合は、どのように考えればよいのか。

(答)

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所における「電話等による連絡及び相談を担当する者」は、随時対応サービスとして、利用者又はその家族等からの通報に対応するオペレーターを指すものではなく、当該オペレーターが訪問看護サービスを行う看護師等の対応が必要と判断した場合に連絡を受ける看護師等を指すものである。

なお、オペレーター自身が訪問看護サービスを行う看護師等と兼務を行っている場合は、オペレーターを指すと考えて差し支えない。

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

○ 随時訪問サービスについて① 日中の支援について

問 140 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅲ）を算定する場合、随時訪問サービスは日中を含めて対応する必要があるのか。

(答)

夜間のみの対応で差し支えない。

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

○ 随時訪問サービスについて② 一晩に複数回行った場合

問 141 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅲ）を算定する事業所について、随時訪問サービスを一晩に複数回行った場合、その回数分の随時訪問サービス費を算定することは可能か。また、指定訪問介護のように空けなくてはならない間隔（概ね2時間以上）はあるのか。

（答）

- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅲ）を算定している事業所における随時訪問サービス費については、サービス提供の時間帯、1回当たりの時間の長短、具体的なサービス内容等にかかわらず、1回の訪問ごとに算定することになるため、随時訪問サービスを一晩に複数回行った場合でも、その回数分の随時訪問サービス費を算定することが可能である。
- ・ また、随時訪問サービスは利用者からの随時の連絡を受けて行うものであり、次のサービス提供までに空けなければならない間隔の制限はない。

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

○ 訪問介護、訪問看護との併用

問 142 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅲ）と、訪問介護費、訪問看護費を併算定することは可能か。

（答）

可能である。

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

○ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅲ）を算定する利用者のアセスメント

問 143 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅲ）を算定する利用者について、看護職員によるアセスメント及びモニタリングを定期的（概ね1月に1回程度）に実施する必要があるか。

（答）

必要である。ただし、サービスの提供形態に鑑みて、日々のサービス提供により把握された利用者の身体状況・生活実態や、アセスメント及びモニタリングを担当する看護職員の意見を踏まえ、適切な頻度で実施されている場合は、必ずしも1月に1回以上実施することを要しない。

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

○ 随時対応サービスについて

問 144 随時対応サービスについて、必要な情報が随時把握されており、かつ、平均的な随時対応件数を踏まえて適切な体制が確実に確保されており、利用者の心身の状況に応じて必要な対応を行うことができる場合に、都道府県を越えて複数の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の間での一体的実施ができることとされているが、具体的にどのような場合か。

（答）

例えば、以下のような体制が挙げられるが、各事業所の利用者数や地域の実情等を勘案して、市町村長が適切な体制が確実に確保されていると認める場合はこの限りではない。

- ・ 随時対応サービスの集約を依頼する事業所（以下、依頼元事業所）は、サービス開始前に利用者に対して、随時対応サービスを他の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所へ委託することについて説明するとともに、随時対応サービス集約先の事業所（以下、集約先

事業所）へ当該利用者の個人情報を共有することを伝え、了承を得ておくこと。

- ・ 集約先事業所は事業所外（訪問先・移動中等）であっても、複数の依頼元事業所の利用者からの通報を受信できる通信機器を常に携帯する。あわせて、該当する利用者の情報（居宅サービス計画書、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書、申し送り等）等を随時確認できること。

- ・ 集約先事業所は利用者からの通報を受けた際、終話後に対応結果を依頼元事業所に報告する。また、利用者の状態等によっては、依頼元事業所に該当の利用者への随時訪問を依頼する。

- ・ 集約先事業所は複数の依頼元事業所の利用者から同時に通報があった場合でも対応できるよう、通信環境や運営体制等を整えることとする。また、体制の整備にあたっては、1日の平均的なコール件数や対応の内容、随時訪問件数等を踏まえて、随時見直しを行うこと。

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護】

○ 総合マネジメント体制強化加算

問 145 総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）において「日常的に利用者に関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること」とされているが、具体的な取組頻度についてどのように考えればよいか。また、相談に対応したことについて、どのように表せばよいか。

（答）

- ・ 地域住民等からの相談への対応は、一定の頻度を定めて行う性格のものではなく、常に地域住民等からの相談を受け付けられる体制がとられていれば、当該要件を満たすものである。

- ・ また、日常的に利用者に関わりのある地域住民等からの相談が行われやすいような関係を構築していることも重要である。

- ・ なお、地域住民等からの相談が行われていることは、日々の相談記録等、既存の記録において確認できれば足りるものであり、加算要件を満たすことを目的として、新たに資料を作成することは要しない。

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護】

○ 総合マネジメント体制強化加算

問 146 総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）において「地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること」とされているが、具体的な取組内容や取組頻度についてどのように考えればよいか。

（答）

- ・ 具体的な取組内容については、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331005 号、老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 号厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長通知）第 2 の 5 (12)において、「地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行うための取組」の例をお示ししている。

- ・ ただし、定期巡回随時対応型訪問介護看護事業所、（看護）小規模多機能型居宅介護事

業所が、事業所の所在する地域において、一定の理解・評価を得て、地域の中で核となり、地域資源を効果的に活用し利用者を支援する取組は、地域の実情に応じて、様々なものが考えられるため、当該通知に例示する以外の取組も該当し得る。

・ また、「地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行うための取組」については、一定の頻度を定めて行う性格のものではなく、利用者が住み慣れた地域において生活を継続するために、利用者一人一人にとってどのような支援が必要かということについて、地域住民等と連携した上で、常に問題意識をもって取り組まれていれば、当該要件を満たすものである。

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護】

○ 総合マネジメント体制強化加算

問 147 総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）における「地域住民等、他の指定居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所、他の指定地域密着型サービス事業者が当該事業を行う事業所等と共同での事例検討会、研修会等」については、市町村や地域の介護事業者団体等と共同して実施した場合も評価の対象か。

（答）

・ 貴見のとおりである。
・ ただし、当該算定要件における「共同」とは、開催者か否かを問わず地域住民や民間企業、他の居宅サービス事業者など複数の主体が事例検討会等に参画することを指しており、市町村等と共同して実施する場合であっても、これらの複数の主体が開催者又は参加者として事例検討会等に参画することが必要である。

【全サービス共通】

○ 業務継続計画未策定減算について

Vol. 6 問 7 業務継続計画未策定減算はどのような場合に適用となるのか。

（答）

・ 感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合や、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合に減算の対象となる。
・ なお、令和3年度介護報酬改定において業務継続計画の策定と同様に義務付けられた、業務継続計画の周知、研修、訓練及び定期的な業務継続計画の見直しの実施の有無は、業務継続計画未策定減算の算定要件ではない。

問 165 業務継続計画未策定減算の施行時期はどのようなになるのか。

（答）

業務継続計画未策定減算の施行時期は下記表のとおり。

	対象サービス	施行時期
①	通所介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、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、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多	令和6年4月 ※ただし、令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に

	機能型居宅介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護	関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。
②	通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション	令和6年6月 ※上記①の※と同じ
③	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、居宅介護支援、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与、介護予防支援	令和7年4月

※ 居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導、特定福祉用具販売及び特定介護予防福祉用具販売には、業務継続計画未策定減算は適用されない。

問 166 行政機関による運営指導等で業務継続計画の未策定など不適切な運営が確認された場合、「事実が生じた時点」まで遡及して当該減算を適用するのか。

(答)

- ・ 業務継続計画未策定減算については、行政機関が運営指導等で不適切な取り扱いを発見した時点ではなく、「基準を満たさない事実が生じた時点」まで遡及して減算を適用することとなる。
- ・ 例えば、通所介護事業所が、令和7年10月の運営指導等において、業務継続計画の未策定が判明した場合（かつ、感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っていない場合）、令和7年10月からではなく、令和6年4月から減算の対象となる。
- ・ また、訪問介護事業所が、令和7年10月の運営指導等において、業務継続計画の未策定が判明した場合、令和7年4月から減算の対象となる。

○ 高齢者虐待防止措置未実施減算について

問 167 高齢者虐待が発生していない場合においても、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと）がなされていなければ減算の適用となるのか。

(答)

- ・ 減算の適用となる。
- ・ なお、全ての措置の一つでも講じられていなければ減算となることに留意すること。

問 168 運営指導等で行政機関が把握した高齢者虐待防止措置が講じられていない事実が、発見した日の属する月より過去の場合、遡及して当該減算を適用するのか。

(答)

過去に遡及して当該減算を適用することはできず、発見した日の属する月が「事実が生じた月」となる。

問 169 高齢者虐待防止措置未実施減算については、虐待の発生又はその再発を防止するため

の全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと）がなされていない事実が生じた場合、「速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から三月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入居者全員について所定単位数から減算することとする。」こととされているが、施設・事業所から改善計画が提出されない限り、減算の措置を行うことはできないのか。

（答）

改善計画の提出の有無に関わらず、事実が生じた月の翌月から減算の措置を行って差し支えない。当該減算は、施設・事業所から改善計画が提出され、事実が生じた月から3か月以降に当該計画に基づく改善が認められた月まで継続する。

○虐待防止委員会及び研修について

問 170 居宅療養管理指導や居宅介護支援などの小規模な事業者では、実質的に従業者が1名だけということがあり得る。このような事業所でも虐待防止委員会の開催や研修を定期的に行なう必要があるのか。

（答）

・ 虐待はあってはならないことであり、高齢者の尊厳を守るため、関係機関との連携を密にして、規模の大小に関わりなく虐待防止委員会及び研修を定期的の実施していただきたい。小規模事業所においては他者・他機関によるチェック機能が得られにくい環境にあることが考えられることから、積極的に外部機関等を活用されたい。

・ 例えば、小規模事業所における虐待防止委員会の開催にあたっては、法人内の複数事業所による合同開催、感染症対策委員会等他委員会との合同開催、関係機関等の協力を得て開催することが考えられる。

・ 研修の定期的実施にあたっては、虐待防止委員会同様法人内の複数事業所や他委員会との合同開催、都道府県や市町村等が実施する研修会への参加、複数の小規模事業所による外部講師を活用した合同開催等が考えられる。

・ なお、委員会や研修を合同で開催する場合は、参加した各事業所の従事者と実施したことの内容等が記録で確認できるようにしておくことに留意すること。

・ また、小規模事業所等における委員会組織の設置と運営や、指針の策定、研修の企画と運営に関しては、以下の資料の参考例（※）を参考にされたい。

（※）社会福祉法人東北福祉会認知症介護研究・研修仙台センター「施設・事業所における高齢者虐待防止のための体制整備-令和3年度基準省令改正等に伴う体制整備の基本と参考例」令和3年度老人保健健康増進等事業、令和4年3月。

【全サービス（居宅療養管理指導、福祉用具貸与、特定福祉用具販売を除く）】

○ 高齢者虐待防止措置未実施減算の適用について

高齢者虐待防止措置未実施減算、身体拘束廃止未実施減算の取扱いに係るQ & Aの周知について

問1 高齢者虐待防止のための研修を年に何回以上行わなければ減算の対象となるか。

（答）

「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平成11年9月17日老企第25号）」等、各サービスの指定基準の解釈通知にてお示ししている虐待の防止に係る事項の規定を参照されたい。

なお、研修の回数については、サービスによって回数が異なっており、以下の通り。

・年に2回以上

(介護予防) 特定施設入居者生活介護、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院

・年に1回以上

訪問介護、(介護予防) 訪問入浴介護、(介護予防) 訪問看護、(介護予防) 訪問リハビリテーション、通所介護、(介護予防) 通所リハビリテーション、(介護予防) 短期入所生活介護、(介護予防) 短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、(介護予防) 認知症対応型通所介護、(介護予防) 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、介護予防支援

【全サービス】

○ 介護報酬改定の施行時期について

問 181 令和6年度介護報酬改定において、

- ・ 訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導・通所リハビリテーションに係る見直しは令和6年6月施行
- ・ その他のサービスに係る見直しは令和6年4月施行
- ・ 処遇改善加算の一本化等（加算率引き上げ含む）はサービス一律で令和6年6月施行とされたが、利用者・家族等に対して、改定内容の説明をいつどのように行うべきか。

(答)

本来、改定に伴う重要事項（料金等）の変更については、変更前に説明していただくことが望ましいが、4月施行の見直し事項については、やむを得ない事情により3月中の説明が難しい場合、4月1日以降速やかに、利用者又はその家族に対して丁寧な説明を行い、同意を得ることとしても差し支えない。6月施行の見直し事項については、5月末日までに、利用者又はその家族に対して丁寧な説明を行い、同意を得る必要がある。

なお、その際、事前に6月以降分の体制等状況一覧表を自治体に届け出た介護事業者においては、4月施行の見直し事項と6月施行の見直し事項の説明を1回で纏めて行うといった柔軟な取扱いを行って差し支えない。また、5月末日までの間に新たにサービスの利用を開始する利用者については、サービス利用開始時の重要事項説明時に、6月施行の見直し事項について併せて説明しても差し支えない。

問 182 4月施行サービス（右記以外）と6月施行サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導及び通所リハビリテーション）の両方を提供している介護事業者は、介護給付費算定に係る体制等状況一覧表の届出を別々に行う必要があるのか。

(答)

事業者の判断で、4月以降分を提出する際に6月以降分も併せて提出することとしても差し支えない。

○ 管理者の責務

問 184 管理者に求められる具体的な役割は何か。

(答)

・「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」（平成 11 年 9 月 17 日付け老企第 25 号）等の解釈通知においては、管理者の責務を、介護保険法の基本理念を踏まえた利用者本位のサービス提供を行うため、現場で発生する事象を最前線で把握しながら、職員及び業務の管理を一元的に行うとともに、職員に指定基準の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行うこととしている。

具体的には、「介護事業所・施設の管理者向けガイドライン」等を参考にされたい。

《参考》

・「介護事業所・施設の管理者向けガイドライン」（抄）

（令和元年度老人保健健康増進等事業「介護事業所・施設における管理者業務のあり方とサービス提供マネジメントに関する調査研究」（一般社団法人シルバーサービス振興会））

第 1 章 第 2 節 管理者の役割

1. 管理者の位置づけ及び役割の重要性
2. 利用者との関係
3. 介護にともなう民法上の責任関係
4. 事業所・施設の考える介護職員のキャリアイメージの共有
5. 理念やビジョン、組織の方針や事業計画・目標の明確化及び職員への周知
6. 事業計画と予算書の策定
7. 経営視点から見た事業展開と、業績向上に向けたマネジメント
8. 記録・報告や面談等を通じた介護職員同士、管理者との情報共有

【訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護】

○ 訪問介護計画書等の記載について

Vol. 4 問 3 訪問介護計画書等（訪問介護計画書、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書、夜間対応型訪問介護計画書のことを言う。以下同じ。）について、「担当する訪問介護員等の氏名」を記載するよう定められているが、必ず担当者 1 名を定めて記載することが必要か。

（答）

・異動や休暇取得による交代等の事情により複数の訪問介護員等で対応する場合、必ずしも担当者 1 名を定めて記載する必要はなく、利用者に説明を行った上で、担当を予定する複数の訪問介護員等の氏名を記載しておくこととして差し支えない。

・ただし、その場合であっても、実際にサービス提供を行った訪問介護員等の氏名はサービス実施記録票に記載すること。

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護】

○ 複数事業所の利用者又は家族からの通報を一体的に受けるオペレーター

Vol. 11 問 2 定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）第 3 条の 30 第 3 項において「市町村長が地域の実情を勘案して適切と認める範囲内において、複数の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の間の契約に基づき、当該複数の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が密接な連携を図ることにより、一体的に利用者又はその家族等からの通報を受けることができる」とされているが、例えば A 事業所と B 事業所との間の契約に基づき、A 事業所のオペレーターが B 事業所の利用者の分を含めて一体的に通報を受けることとしている場合、当該取扱いをしている時間帯に限り、A 事業所において一体的

に通報を受けるオペレーターは、人員基準上、B事業所のオペレーターを兼ねていると解してよいか。

(答)

・ お見込みのとおりである。なお、随時対応サービスの一体的実施は、当該事業所が随時対応サービスを行うために必要な情報が随時把握されており、かつ、平均的な随時対応件数を踏まえて適切な体制が確実に確保されており、利用者の心身の状況に応じて必要な対応を行うことができる場合に認められるものであることに留意されたい。

また、この取扱いは夜間対応型訪問介護においても同様とする。

介護保険関連情報のホームページアドレスについて

介護保険関連情報のホームページアドレスをまとめたものです。常に介護保険の最新情報を御確認していただくとともに、日頃の業務で疑問が生じた場合等に御活用ください。

(1) 厚生労働省 令和6年度介護報酬改定について

令和6年度介護報酬改定に伴うQ&Aを含む。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

(2) 厚生労働省 介護保険最新情報

厚生労働省が発出している介護保険の最新情報

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koure_isha/index_00010.html

(3) 介護サービス関係Q&A

介護サービス関係のQ&AをPDF又はエクセルファイルで閲覧可能

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koure_isha/qa/index.html

(4) WAM NET 介護サービス関係Q&A一覧

介護サービス関係Q&Aの内容を検索できるページ

<https://www.wam.go.jp/wamappl/KakokaigoServiceQA.nsf/aList?Open&sc=00&kc=0&pc=1>

(5)「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001252048.pdf>

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 ・ 女	〒 -
	年 月 日生			
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3 c m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※1	<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※2	<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、口の中に薬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※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)

老高発 0315 第 2 号
老認発 0315 第 2 号
老老発 0315 第 2 号
令和 6 年 3 月 15 日

各都道府県介護保険主管部（局）長宛 殿

厚生労働省老健局高齢者支援課長
（ 公 印 省 略 ）
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長
（ 公 印 省 略 ）
厚生労働省老健局老人保健課長
（ 公 印 省 略 ）

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施については、
「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成十二年三月一日老企第三六号）、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成十二年三月八日老企第四〇号）、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成十八年三月十七日老計発第〇三一七〇〇一号、老振発第〇三一七〇〇一号、老老発第〇三一七〇〇一号）及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成十八年三月三十一日老計発第〇三三一〇〇五号、老振発第〇三三一〇〇五号、老老発第〇三三一〇一八号）において示しているところであるが、今般、基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例を下記のとおりお示しするので、御了知の上、各都道府県におかれては、管内市町村、関係団体、関係機関等とその周知徹底を図るとともに、その取扱いに当たっては遺漏なきよう期されたい。

本通知は、令和六年四月一日から適用するが、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和三年三月一六日老認発〇三一六第三・老老発〇三一六第二）については、本通知を新たに発出することから廃止することにご留意されたい。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令（令和6年厚生労働省令第16号）において、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護予防通所リハビリテーション（以下「訪問看護等」という。）に係る改正は令和6年6月施行となっているところ、令和6年4月から5月までの間の訪問看護等については、従前の取り扱いとする。

記

<目次>頁

第一章	リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組について.....	3
第二章	リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の各取組について.....	6
第一	リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について	6
第二	個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について.....	23
第三	施設サービスにおける栄養ケア・マネジメント及び栄養マネジメント強化加算等に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について	29
第四	通所・居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について	34
第五	口腔・栄養スクリーニング加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について.....	38
第六	口腔衛生の管理体制に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について.....	40
第七	口腔連携強化加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について	42
第八	口腔機能向上加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について	45

第一章 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組について

I リハビリテーション・個別機能訓練、栄養及び口腔の一体的な実施の基本的な考え方

リハビリテーション・個別機能訓練と栄養管理の連携においては、筋力・持久力の向上、活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整、低栄養の予防・改善、食欲の増進等が期待される。栄養管理と口腔管理の連携においては、適切な食事形態・摂取方法の提供、食事摂取量の維持・改善、経口摂取の維持等が期待される。口腔管理とリハビリテーション・個別機能訓練の連携においては、摂食嚥下機能の維持・改善、口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防等が期待される。

このように、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の取組は一体的に運用されることで、例えば、

- ・ リハビリテーション・個別機能訓練の負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することによる筋力・持久力の向上及びADLの維持・改善
 - ・ 医師、歯科医師等の多職種との連携による摂食嚥下機能の評価により、食事形態・摂取方法の適切な管理、経口摂取の維持等が可能となることによる誤嚥性肺炎の予防及び摂食嚥下障害の改善
- など、効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

このため自立支援・重度化防止のための効果的なケアを提供する観点から、医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による一体的なリハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理が実施されることが望ましい。

II リハビリテーション・個別機能訓練、栄養及び口腔の一体的な実施に関する様式例

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進めるため、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理に関する評価等を一体的に記入できる様式として、別紙様式1-1（リハビリテーション、栄養、口腔に係る実施計画書（通所系））、別紙様式1-2（リハビリテーション、栄養、口腔に係る実施計画書（施設系））、別紙様式1-3（個別機能訓練、栄養、口腔に係る実施計画書（通所系））、別紙様式1-4（個別機能訓練、栄養、口腔に係る実施計画書（施設系））を示す。

本様式は、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、協働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。

なお、下表中左欄に定める様式を用いて計画書を作成した場合、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養及び口腔に係る各加算等の算定に際し必要とされる右欄の様式の作成に代えることができる。ただし、左欄の様式の一部のみを記入した場合に、右欄の様式の作成に代えることはできないため留意すること。

別紙様式 1-1 (リハビリテーション、栄養、口腔に係る実施計画書(通所系))	⇒	別紙様式 2-2-1 及び 2-2-2 (リハビリテーション計画書) 別紙様式 4-3-1 (栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)(様式例)) 別紙様式 4-3-2 (栄養ケア計画書(通所・居宅)(様式例)) 別紙様式 6-4 (口腔機能向上サービスに関する計画書)
別紙様式 1-2 (リハビリテーション、栄養、口腔に係る実施計画書(施設系))	⇒	別紙様式 2-2-1 及び別紙様式 2-2-2 (リハビリテーション計画書) 別紙様式 4-1-1 (栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)(様式例)) 別紙様式 4-1-2 (栄養ケア・経口移行・経口維持計画書(施設)(様式例)) 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 3 及び「指定地域密着型サービスに要す

		る費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式1（口腔衛生管理加算 様式（実施計画））
別紙様式1－3（個別機能訓練、栄養、口腔に係る実施計画書（通所系））	⇒	別紙様式3－2（生活機能チェックシート）、別紙様式3－3（個別機能訓練計画書） 別紙様式4－3－1（栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例）） 別紙様式4－3－2（栄養ケア計画書（通所・居宅）（様式例）） 別紙様式6－4（口腔機能向上サービスに関する計画書）
別紙様式1－4（個別機能訓練、栄養、口腔に係る実施計画書（施設系））	⇒	別紙様式3－2（生活機能チェックシート）、別紙様式3－3（個別機能訓練計画書） 別紙様式4－1－1（栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）） 別紙様式4－1－2（栄養ケア・経口移行・経口維持計画書（施設）（様式例）） 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式3及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する

		る基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式1（口腔衛生管理加算 様式（実施計画））
--	--	--

第二章 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の各取組について

第一 リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

I リハビリテーションマネジメントの基本的な考え方

1 リハビリテーションについて

生活機能の低下した利用者に対するリハビリテーションは、単に運動機能や認知機能といった心身機能の改善だけを目指すのではなく、利用者が有する能力を最大限に発揮できるよう、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけていくこと、また、これによって日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能とすることを目的とするものである。利用者に対して漫然とリハビリテーションの提供を行うことがないよう、症状緩和のための取組（マッサージ等）のみを行う場合はその必要性を見直す必要がある。

リハビリテーションを提供する際には、利用者のニーズを踏まえ、利用者本人による選択を基本とし、利用者やその家族にサービス内容についてわかりやすく説明し、その同意を得なければならない。利用者やその家族の理解を深め、協働作業が十分になされるために、リハビリテーション、生活不活発病（廃用症候群）や生活習慣病等についての啓発を行うことも重要である。

2 リハビリテーションマネジメントについて

リハビリテーションマネジメントは、高齢者の尊厳ある自己実現を目指すという観点に立ち、利用者の生活機能の向上を実現するため、介護保険サービスを担う専門職やその家族等が協働して、継続的な「サービスの質の管理」を通じ、適切なリハビリテーションを提供し、もって利用者の要介護状態又は要支援状態の改善や悪化の防止に資するものである。

II （介護予防）訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメントについて

1 リハビリテーションマネジメントの実務等について

(介護予防) 訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメントについては、基本報酬の要件及び各種加算の要件として定められていることから、各種加算を算定しない場合においても、全利用者に適切なリハビリテーションマネジメントが実施されるよう努める必要がある。

2 リハビリテーションマネジメントにおける S P D C A サイクルの具体的な取組内容

リハビリテーションマネジメントは、調査 (Survey)、計画 (Plan)、実行 (Do)、評価 (Check)、改善 (Action) (以下「S P D C A」という。) のサイクルの構築を通じて、質の高いリハビリテーションの提供を目指すものである。S P D C A サイクルの工程を管理するために、別紙様式 2—4 「リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票」を活用することができる。

以下にリハビリテーションマネジメントにおける S P D C A サイクルの具体的な取組内容を記載する。

(1) 調査 (Survey)

- ・ リハビリテーションマネジメントにおける調査 (Survey) とは、利用者・家族の希望を踏まえた効果的なリハビリテーション計画を作成することを目的として、適切な方法により、利用者及びその環境に関する情報を把握することをいう。
- ・ 把握する情報として、利用者・家族の希望、全体のケアマネジメントの方針、利用者の健康状態、心身機能、活動 (A D L や I A D L など)、参加 (家庭内での役割、余暇活動、社会地域活動など) についての状況、環境因子等がある。
- ・ 情報を把握するための手段として、事業所医師の診療、運動機能検査、作業能力検査等の各種検査、居宅サービス計画の情報の入手、本人・家族からの情報収集等がある。
- ・ リハビリテーションに対する利用者・家族の希望を確認する際には、利用者の興味や関心のある生活行為について把握するために、別紙様式 2—1 「興味・関心チェックシート」を活用することができる。把握に当たっては、「こういうことをしてみたい」という目標を利用者自身が意識できるように働きかけ、利用者の意欲の向上を図ることも重要である。

(2) 計画 (Plan)

- ・ リハビリテーションマネジメントにおける計画(Plan)とは、リハビリテーションに関する目標の設定、解決すべき課題の把握(アセスメント)及び、それを基にした具体的な対応の決定を含むリハビリテーション計画の作成のことをいう。
- ・ リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握は、「(1)調査」の結果を踏まえて行う。複数の課題が見つかる場合は、本人の希望に沿った、活動・参加の向上、生活の質の向上に繋がる課題に対し優先的に介入を行う。
- ・ 解決すべき課題に対して、心身機能・構造、活動、参加、健康状態、個人因子、環境因子のどこに要因があるのか(どこを改善すれば課題を解決することができるのか)を検討し、それぞれに対する具体的な対応(訓練内容、支援内容、環境調整等)を設定する。その際、残存機能(現時点で利用者ができること)の活用の視点も忘れないようにすること。
- ・ 訓練内容については、その介入方法で改善しようとしている機能とその目的、介入による変化の予測を明確に設定し、適宜確認を行う。サービス提供時間内だけでなく、日常生活で家族、本人に行って貰うことを設定するのも重要である。
- ・ 自助具等の導入により本人の機能を補うことや、環境調整を行うことにより、心身機能・構造等の改善が難しい場合においても、本人の活動や参加を改善することができる場合がある。その際、必要以上の調整を行うことで、本人の残存機能の活用を妨げないように留意する。

(3) 実行 (Do)

- ・ リハビリテーションマネジメントにおける実行(Do)とは、事業所の医師の指示及びリハビリテーション計画に基づき、実際にサービスを提供することをいう。サービス提供時間内に行われる訓練だけでなく、環境調整や、利用者・家族への助言及び指導が含まれることに留意する。
- ・ リハビリテーションの提供の際には、医師から指示された、リハビリテーション開始前または実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等に留意して行うこと。
- ・ リハビリテーションの提供は、漫然と行うのではなく、常に何の

ための訓練か、訓練は効果的に行われているか等を考慮しながら行うこと。

(4) 評価 (Check)、改善 (Action)

- ・ リハビリテーションマネジメントにおける評価 (Check) とは、医師の指示及びリハビリテーション計画に基づいて実際に行われたサービス提供の結果、利用者の心身機能、活動、参加の状態の変化や、課題の解決及び目標の達成状況について評価し、それによって計画の見直しを行うことをいう。
- ・ 心身機能、活動、参加の状況はどう変化したか、課題の解決ができたか、介入方法は適切であったか、課題の設定は適切であったか等をよく検討し、より適切なリハビリテーションが行われるよう計画を見直すこと。

3 家族、介護支援専門員又は他事業所との連携

リハビリテーションは、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士だけが提供するものではなく、様々な専門職が協働し、また利用者の家族にも役割を担っていただいて提供されるべきものである。特に日常生活上の生活行為への働きかけである介護サービスは、リハビリテーションの視点から提供されるべきものであることから、介護支援専門員及び他事業所との連携は重要である。

(1) リハビリテーション会議

リハビリテーション会議の構成員は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とし、必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等が参加した上で、アセスメント結果などの情報の共有、多職種協働に向けた支援方針、リハビリテーションの内容、構成員間の連携等について協議を行う。

(2) 介護支援専門員等への情報提供

リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する以下の内容を含む情報提供を行う。

- ・ 利用者や家族の活動や参加に関する希望及び将来利用を希望する社会参加に資する取組
- ・ 利用者の基本的動作能力、応用的動作能力及び社会適応能力等の日常生活能力並びにその能力の改善の可能性
- ・ 利用者の日常生活能力を維持又は向上させる介護の方法及び留意点
- ・ 家屋等の環境調整の可能性及び家具や調理器具等の生活用具の工夫
- ・ その他リハビリテーションの観点から情報共有をすることが必要な内容

(3) 指定訪問介護等の居宅サービスの従事者又は家族に対する助言

リハビリテーション会議により協議した内容等を考慮し、助言する対象者を適切に判断する。利用者の居宅を訪問し、指定訪問介護等の居宅サービスの従事者又は利用者の家族に以下の内容を含む助言を行う。

- ・ 利用者の基本的動作能力、応用的動作能力及び社会適応能力等の日常生活能力並びにその能力の改善の可能性
- ・ 生活環境に応じた日常生活上の留意点並びに介護の工夫等

(4) サービス利用終了時の対応等

サービス利用終了後の利用者の生活機能の維持に資するよう、サービスの利用が終了する一月前以内に、事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーション会議を行うことが望ましい。その際、介護支援専門員や終了後に利用予定の他の居宅サービス事業所や、介護予防・日常生活支援総合事業の担当者等の参加を求めるものであること。

- ・ 利用終了時には、担当の介護支援専門員や計画的な医学的管理を行っている医師に対し、リハビリテーションの観点から必要な情報提供を行う。

4 リハビリテーションマネジメントに関連する主な加算の考え方

リハビリテーションマネジメントを前提とする加算の主な考え方について、以下に記載する。

(1) リハビリテーションマネジメント加算について

上記のリハビリテーションマネジメントの考え方を参照すること。

(2) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について

- ・ 心身機能、活動及び参加の維持又は回復を図るに当たって、認知症高齢者の状態によりきめ細かく配慮し、より効果的なリハビリテーションの提供を促進するため、認知症短期集中リハビリテーション実施加算を設けた。
- ・ 別紙様式2—1を活用し、利用者がしている、してみたい、興味がある生活行為を把握し、見当識や記憶などの認知機能や実際の生活環境を評価し、アセスメント後に、当該生活行為で確実に自立できる行為を目標とする。
- ・ 居宅で評価する際には、利用者が実際に生活する場面で、失敗をしないで取り組めるよう、実施方法や環境にあらかじめ配慮する。
- ・ リハビリテーションの内容を選定する際には、役割の創出や達成体験、利用者が得意とすることをプログラムとして提供するなど自己効力感を高める働きかけに留意すること。

(3) 生活行為向上リハビリテーション実施加算について

- ・ 活動の観点から、生活行為の内容の充実を図るための目標を設定し、加齢等により低下した利用者の活動の向上を図るためのリハビリテーションの提供を評価するため、生活行為向上リハビリテーション実施加算を設けた。

① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の課題分析

- ・ まず、利用者がしてみたいと思う生活行為で、一連の行為のどの部分が支障となつてうまくできていないのかという要因を分析する。例えば、トイレ行為であれば、畳に座っている姿勢、立ち上がり、トイレに行く、トイレの戸の開閉、下着の脱衣、便座に座る動作、排泄、後始末、下着の着衣、元の場所に戻る、畳に座る等の一連の行為を分析し、そのどこがうまくできていないのかを確認すること。
- ・ うまくできていない行為の要因ごとに、利用者の基本的動作能力（心身機能）、応用的動作能力（活動）、社会適応能力（参加）のどの能力を高めることで生活行為の自立が図られるのかを検討すること。
- ・ 基本的動作能力については、起居や歩行などの基本的動作を直接的に通所にて訓練を行い、併せて居宅での環境の中で一人でも安全に実行できるかを評価すること。
- ・ 応用的動作能力については、生活行為そのものの技能を向上さ

せる反復練習、新たな生活行為の技能の習得練習などを通して、通所で直接的に能力を高める他、住環境や調理器具などの生活道具、家具など生活環境について工夫することについても検討すること。通所で獲得した生活行為が居宅でも実行できるよう訪問し、具体的な実践を通して評価を行い、実際の生活の場面で行えるようになるよう、支援すること。また、利用者が家庭での役割を獲得できるよう、家族とよく相談し、調整すること。

- ・ 社会適応能力については、通所の場面だけではなく、居宅に訪問し家庭環境（家の中での環境）への適応状況の評価、利用者が利用する店での買い物や銀行、公共交通機関の利用などの生活環境への適応練習、地域の行事や趣味の教室などへの参加をするための練習をするなど、利用者が一人で実施できるようになることを念頭に指導すること。

② 生活行為向上リハビリテーション実施加算の留意事項

- ・ 目標達成後に自宅での自主的な取組や介護予防・日常生活支援総合事業における第一号通所事業や一般介護予防事業、地域のカルチャー教室や通いの場、通所介護などに移行することを目指す、集中的に行う。
- ・ 生活行為向上リハビリテーションを行うために必要な家事用設備、各種日常生活活動訓練用具などが備えられていることが望ましい。
- ・ 利用者と家族のプログラムへの積極的な参加が重要であることから、利用者及びその家族に生活行為がうまくできない要因、課題を解決するために必要なプログラム、家での自主訓練を含め分かりやすく説明を行い、利用者及びその家族にプログラムの選択を促すよう配慮し進め、主体的に取り組む意欲を引き出す。
- ・ 活動と参加の観点からは、居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する指定訪問リハビリテーションを利用することも重要である。
- ・ 利用者の能力だけではなく、利用者を取り巻く家族や地域の人々、サービス提供者に対しても、利用者の生活行為の能力について説明を行い、理解を得て、適切な支援が得られるよう配慮すること。
- ・ 要介護認定等の更新又は区分の変更により、要介護状態区分が

ら要支援状態区分又は要支援状態区分から要介護状態区分となった利用者に対して、生活行為向上リハビリテーションの提供を継続する場合には、算定月数を通算するものとする。その際、作成した生活行為向上リハビリテーション実施計画を活用することは差し支えないが、利用者の心身の状況等を鑑み、適時適切に計画は見直す。

(4) 移行支援加算について

- ・ 移行支援加算は、指定通所介護事業所等へのスムーズな移行ができるよう、リハビリテーション計画を基に、リハビリテーションを提供し、その結果、利用者のADLとIADLが向上し、指定通所介護等の他のサービス等に移行できるなど、質の高いリハビリテーションを提供しているリハビリテーションを提供する事業所の体制を評価するものである。

Ⅲ 介護保健施設サービス及び介護医療院サービスにおけるリハビリテーションマネジメントの実務等について

1 基本的な考え方

施設サービスにおいて提供されるリハビリテーションは、施設退所後の居宅における利用者の生活やその場において提供されるリハビリテーションを考慮した上で、利用者の在宅復帰に資するものである必要があり、施設入所中又はその退所後に居宅において利用者に提供されるリハビリテーションが一貫した考え方に基づき提供されるよう努めなければならない。そのためには施設入所中も、常に在宅復帰を想定してリハビリテーションを提供していくことが基本である。

2 リハビリテーションマネジメントの実務等について

(1) リハビリテーションマネジメントの体制

- ① リハビリテーションマネジメントは医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、看護職員、介護職員、管理栄養士、歯科衛生士、介護支援専門員、支援相談員その他の職種（以下「関連スタッフ」という。）が協働して行うものである。
- ② 各施設等の管理者は、リハビリテーションマネジメントに関する手順（情報収集、アセスメント・評価、カンファレンスの支援、計画の作成、説明・同意、サービス終了前のカンファレンスの実施、サービス終了時の情報提供等）をあらかじめ定める。

(2) リハビリテーションマネジメントの実務

① サービス開始時における情報収集について

関連スタッフは、サービス開始時までに適切なリハビリテーションを実施するための情報を収集するものとする。情報の収集に当たっては主治の医師から診療情報の提供、担当介護支援専門員等からケアマネジメントに関わる情報の提供を文書で受け取ることが望ましい。なお、これらの文書は別紙様式2—6、2—7の様式例を参照の上、作成する。

② サービス開始時におけるアセスメント・評価、計画、説明・同意について

関連スタッフ毎にアセスメントとそれに基づく評価を行い、多職種協働でサービス開始時カンファレンスを開催し、速やかにリハビリテーション計画の原案を作成する。リハビリテーション計画の原案については、利用者又はその家族へ説明し同意を得る。また、リハビリテーション計画の原案に関しては、③ハに掲げるリハビリテーション計画書の様式又はこれを簡略化した様式を用いるものとする。なお、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十号）第十四条若しくは第五十条において準用する第十四条又は介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成三十年厚生労働省令第五号）第十七条若しくは第五十四条において準用する第十七条において作成することとされている各計画の中に、リハビリテーション計画の原案に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション計画の原案の作成に代えることができるものとする。

③ サービス開始後二週間以内のアセスメント・評価、計画、説明・同意について

リハビリテーション実施計画の原案に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、サービス開始からおおむね二週間以内に以下のアからカまでの項目を実施する。

ア アセスメント・評価の実施
関連スタッフ毎に別紙様式2—8を参照としたアセスメントを実施し、それに基づく評価を行う。

イ リハビリテーションカンファレンスの実施

関連スタッフによってリハビリテーションカンファレンスを開催し、目標、到達時期、具体的アプローチ、プログラム等を含む実施計画について検討する。リハビリテーションカンファレンスには、状況に応じて利用者やその家族の参加を求めることが望ましい。

目標の設定に関しては利用者の希望や心身の状況等に基づき、当該利用者が自立した尊厳ある日常生活を送る上で特に重要であると考えられるものとし、その目標を利用者、家族及び関連スタッフが共有することとする。目標、プログラム等の設定に当たっては施設及び居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）と協調し、両者間で整合性が保たれることが重要である。

ウ リハビリテーション計画書の作成

リハビリテーションカンファレンスを経て、リハビリテーション計画書を作成する。リハビリテーション計画書の作成に当たっては、別紙様式 2-2-1 及び 2-2-2 又は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 1 を用いて作成する。なお、リハビリテーション計画の原案を作成した場合はリハビリテーション計画書を新たに作成する必要はなく、リハビリテーション計画の原案を必要があれば変更した上で、リハビリテーション計画書の作成に代えることができるものとする。

リハビリテーション計画は、ケアプランと協調し、両者間で整合性が保たれることが重要である。施設サービスにおいてはリハビリテーション計画を作成していれば、ケアプランのうちリハビリテーションに関し重複する部分については省略しても差し支えない。

エ 利用者又は家族への説明と同意

リハビリテーション計画の内容については利用者又はその家族に分かりやすく説明を行い、同意を得る。その際、リハビリテーション計画書の写しを交付することとする。

オ 指示と実施

関連スタッフは、医師の指示に基づきリハビリテーション

計画書に沿ったリハビリテーションの提供を行う。リハビリテーションをより有効なものとする観点からは、専門職種によるリハビリテーションの提供のみならず、リハビリテーションに関する情報伝達（日常生活上の留意点、介護の工夫等）や連携を図り、家族、看護職員、介護職員等による日常生活の生活行為への働きかけを行う。

介護老人保健施設サービス費（Ⅰ）及びユニット型介護保険施設サービス費（Ⅰ）を算定すべき介護老人保健施設の医師は、リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。指示の内容については、利用者の状態の変化に応じ、適宜変更すること。

カ アからオまでの過程はおおむね3月毎に繰り返し、内容に関して見直すこととする。また、利用者の心身の状態変化等により、必要と認められる場合は速やかに見直すこととする。管理者及び関連スタッフは、これらのプロセスを繰り返し行うことによる継続的なサービスの質の向上に努める。

④ サービス終了時の情報提供について

ア サービス終了前に、関連スタッフによるリハビリテーションカンファレンスを行う。その際、担当の介護支援専門員や居宅サービス事業所のサービス担当者等の参加を求め、必要な情報を提供する。

イ サービス終了時には居宅介護支援事業所の介護支援専門員や主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行う。その際、主治の医師に対しては、診療情報の提供、担当介護支援専門員等に対してはケアマネジメントに関わる情報の提供を文書で行う。なお、これらの文書は別紙様式2—6の様式例を参照の上、作成する（ただし、これらの文書は、リハビリテーション実施計画書、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第九条若しくは第五十条において準用する第九条又は介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する

基準（平成三十年厚生労働省令第五号）第十三条若しくは、第五十四条において準用する第十三条に規定するそれぞれのサービスの提供の記録の写し、又は退所時情報提供加算の算定にあたり交付する様式としても差し支えない。）。

IV 別紙様式の記載要領

1 別紙様式2—1（興味・関心チェックシート）

利用者が日常生活上実際にしていること、実際にしてはいないがしてみたいと思っていること、してみたいとまでは思わないものの興味があることに関して、利用者の記入又は聞き取りにより作成する。

2 別紙様式2—2—1、別紙様式2—2—2（リハビリテーション計画書）

(1) 本人・家族等の希望

利用者本人からの聞き取りにより、利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等を該当欄に記載する。また、本人の希望に沿って、家族が支援できることがあれば、当該箇所に記載する。

(2) 健康状態、経過

リハビリテーションが必要となった原因疾病、当該疾患の発症日・受傷日、直近の入院日・退院日、手術がある場合は手術日と術式等の治療経過、合併疾患の有無とそのコントロールの状況を該当箇所に記載する。例えば、脳梗塞後で麻痺があるものの、元々生活が自立していた利用者が、誤嚥性肺炎を発症し、その結果介助が必要となった場合は、リハビリテーションが必要となった原因疾病は「誤嚥性肺炎」、合併症は「脳血管疾患」となる。

更に、これまでのリハビリテーションの実施状況（プログラムの実施内容、頻度、量等）を該当箇所に記載すること。

(3) 心身機能・構造

心身機能の障害の有無について、現在の状況の欄に記載すること。

心身機能の障害があった場合には、現在の状況と活動への支障の有無について該当箇所にチェックすること。なお、該当項目に無い項目に関して障害を認める場合は、特記事項に記載する。

移動能力については、六分間歩行試験又はTimed up & Go Test（TUG）を選択し、客観的測定値を記載する。

認知機能については、MMSE（Mini Mental State Examination）又はHDS-R（改定長谷川式簡易知能評価スケール）を選択し、その得点を記載する。

服薬管理の状況、コミュニケーションの状況については、現在の状況を記載する。

(4) 活動の状況

現在の状況については「している」状況を該当箇所にチェックすること。また、評点については、リハビリテーション計画の見直しごとに、以下の通り、各活動の状況の評価を行い記載すること。

① 基本動作

居宅を想定しつつ、基本動作の状況の評価し、該当箇所にリハビリテーション開始時点及び現在の状況について記載する。

② 活動（ADL）（Barthel Index を活用）

リハビリテーションにおいては、訓練上は「できる」ADLを、日常生活上で「している」ADLにするためのアプローチが重要であることから、左記を参考に現在日常生活上で「している」状況について評価を行い、リハビリテーション開始時点及び現在の状況について該当箇所に記載すること。

動作		選択肢
1	食事	10 自立 5 一部介助 0 全介助
2	イスとベッド間の移乗	15 自立 10 監視下 5 一部介助 0 全介助
3	整容	5 自立 0 一部介助又は全介助
4	トイレ動作	10 自立 5 一部介助 0 全介助
5	入浴	5 自立 0 一部介助又は全介助
6	平地歩行	15 自立 10 歩行器等 5 車椅子操作が可能 0 その他
7	階段昇降	10 自立 5 一部介助 0 全介助
8	更衣	10 自立 5 一部介助 0 全介助
9	排便コントロール	10 自立 5 一部介助 0 全介助
10	排尿コントロール	10 自立 5 一部介助 0 全介助

(5) リハビリテーションの目標、方針、本人・家族への生活指導の内容、実施上の留意点、リハビリテーションの見通し・継続理由、終了の目安と時期

本項目は医師の指示に基づき記載する。目標は長期目標と、今後三か月を目安とした短期目標を、方針については今後三か月の方針を、該当箇所に記載すること。本人・家族への生活指導の内容を、自主トレーニングの内容と併せて記載する。

リハビリテーション実施上の留意点について、リハビリテーション開始前・訓練中の留意事項、運動負荷の強度と量等を該当箇所に記載すること。終了の目安・時期について、おおよその時期を記載する。

また、事業所の医師が利用者に対して3月以上のリハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーションの継続利用が必要な理由、その他介護サービスの併用と移行の見通しをリハビリテーションの見通し・継続理由に記載する。

(6) 活動（IADL）（Frenchay Activity Index を活用）

左記を参考に現在「している」状況について評価を行い、リハビリテーション開始時点及び現在の状況を該当箇所にその得点を記載する。

項目		選択肢
1	食事の用意（買い物は含まれない）	0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に1～2回） 3 週に3回以上している
2	食事の片づけ	0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に1～2回） 3 週に3回以上している
3	洗濯	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している
4	掃除や整頓（箒や掃除機を使った清掃や身の回りの整理整頓など）	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している
5	力仕事（布団の上げ下げ、雑巾で床を拭く、家具の移動や荷物の運搬など）	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している
6	買物（自分で運んだり、購入すること）	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している
7	外出（映画、観劇、食事、酒飲み、会合などに出かけること）	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している
8	屋外歩行（散歩、買物、外出等のために少なくとも15分以上歩くこと）	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している

9	趣味（テレビは含めない）	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している
10	交通手段の利用（タクシー含む）	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している
11	旅行	0 していない 1 まれにしている 2 時々している（週に1回未満） 3 週に1回以上している
12	庭仕事（草刈き、水撒き、庭掃除） ※ベランダ等の作業も含む	0 していない 1 時々している 2 定期的に行っている 3 定期的に行っている。必要があれば掘り起し、植え替え等の作業もしている
13	家や車の手入れ	0 していない 1 電球の取替・ねじ止めなど 2 ペンキ塗り・模様替え・洗車 3 2の他、家の修理や車の整備
14	読書（新聞・週刊誌・パンフレット類は含めない）	0 読んでいない 1 まれに 2 月に1回程度 3 月に2回以上
15	仕事（収入のあるもの、ボランティアは含まない）	0 していない 1 週に1～9時間 2 週に10～29時間 3 週に30時間以上

(7) 環境因子

家族、住環境、自宅周辺の環境（坂が多いなど）、利用可能な外出手段（公共交通機関や自家用車など）、その他のサービスの利用、福祉用具の利用について、現状を該当箇所にチェックする。環境因子の情報は、利用者の活動・参加の能力の向上を行うにあたり必要となるため、必要に応じて幅広く取得すること。

(8) 社会参加の状況

現在の参加の状況（家庭内での役割や余暇活動、社会活動及び地域活動への参加等）を聞き取り、記載すること。

(9) 「活動」と「参加」に影響を及ぼす課題の要因分析

能力及び生活機能の障害と、それらの予後予測を踏まえて、本人が

希望する活動と参加において重要性の高い課題を抽出し記載すること。その課題を解決するために、影響を及ぼしていると考えられる機能障害とその改善可能性について検討し、記載すること。また、影響を及ぼしていると考えられる機能障害以外の因子（個人因子、環境因子、健康状態等）と、調整の必要性や実効性について検討し、記載すること。

(10) 要因分析を踏まえた具体的なサービス内容

リハビリテーションの提供計画については、(9)で分析した課題について優先順位をつけ、その順位に沿って、解決すべき課題を記載する。また、(9)で分析した課題に影響を及ぼす因子にアプローチできるよう、具体的支援内容を記載する。その際、サービス提供時間に理学療法士等が行うことだけでなく、日常生活上において、本人・家族が行うべきことについても記載するよう努めること。そのほか、目標達成までの期間、サービス提供の予定頻度、及び時間について記載すること。

(11) 情報提供

介護支援専門員や他事業所の担当者と共有すべき事項があった場合は、内容を記載すること。また、リハビリテーション計画書は、介護支援専門員や計画的な医学的管理を行っている医師、居宅サービス計画に位置付けられている居宅サービスの担当者と、その写しを共有し、該当の情報提供先にチェックをすること。

3 別紙様式2—3（リハビリテーション会議録）

- (1) リハビリテーション会議の開催日、開催場所、開催時間、開催回数を明確に記載すること。
- (2) 会議出席者の所属（職種）や氏名を記載すること。
- (3) リハビリテーションの支援方針（サービス提供終了後の生活に関する事項を含む。）、リハビリテーションの内容、各サービス間の協働の内容について検討した結果を記載すること。
- (4) 構成員が不参加の場合には、不参加の理由を記載すること。

4 別紙様式2—4（リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票）

別紙様式2—4は、リハビリテーションマネジメントをS P D C Aサイクルに則り適切に実行しているかを確認するために活用することが出来る。実行した事項にチェックを行い、必要に応じて日付を書き込

むこと。

- 5 別紙様式2－5（生活行為向上リハビリテーション実施計画）の記載
 - (1) 利用者が、してみたいと思う生活行為に関して、最も効果的なリハビリテーションの内容（以下「プログラム」という。）を選択し、おおむね6月間で実施する内容を心身機能、活動、参加のアプローチの段階ごとに記載すること。
 - (2) プログラムについては、専門職が支援することの他、本人が取り組む自主訓練の内容についても併せて記載すること。また、プログラムごとに、おおむねの実施時間、実施者及び実施場所について、記載すること。
 - (3) プログラムの実施に当たっては、訪問で把握した生活行為や動作上の問題を事業所内外の設備を利用し練習する場合には、あらかじめ計画上に書き込むこと。
 - (4) 通所で獲得した生活行為については、いつ頃を目安に、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の実際の生活の場面で評価を行うのかもあらかじめ記載すること。
 - (5) 終了後の利用者の生活をイメージし、引き続き生活機能が維持できるよう地域の通いの場などの社会資源の利用する練習などについてもあらかじめプログラムに組み込むこと。
- 6 別紙様式2－6（診療情報提供に係る文書）

サービス開始時の主治の医師からの情報収集又は医師への情報提供にあたり、当該様式を参考とする。
- 7 別紙様式2－7（ケアマネジメント連絡用紙）

介護支援専門員等からの情報収集又は情報提供に当たり、当該様式を参考とする。
- 8 別紙様式2－8（＜リハビリテーションマネジメント＞アセスメント上の留意点）

施設系サービスにおけるリハビリテーションマネジメントのアセスメントにあたって、当該文書を参考とする。
- 9（参考）「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施

設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式1

リハビリテーション計画を立てる際に当該様式を参照することができる。なお、別紙様式2-2-1及び2-2-2を用いることとしてもよい。

第二 個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について

通所介護及び地域密着型通所介護（以下「通所介護等」という。）における個別機能訓練加算を算定する利用者については、住み慣れた地域で居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目的とし、生活機能の維持・向上を図るために、個別機能訓練を実施することが求められる。

本加算の算定要件については、令和三年度介護報酬改定において、より利用者の自立支援等に資する個別機能訓練の提供を促進する観点から、これまでの個別機能訓練加算の取得状況や加算を取得した事業所の個別機能訓練の実施状況等をふまえ、個別機能訓練の実施目的や実施体制、加算取得にあたっての人員配置について見直しを行ったところであり、今般、短期入所生活介護（介護予防含む）における個別機能訓練加算と併せて、改めて個別機能訓練加算の目的、趣旨の徹底を図るとともに、加算の実行性を担保するため、個別機能訓練加算の事務処理手順例及び様式例を示すこととする。

I 通所介護等における取扱い

個別機能訓練加算の算定にあたっては、以下の(1)～(3)の実施が必要となる。通所介護事業所等の管理者は、これを参照し、各事業所における個別機能訓練実施に関する一連の手順をあらかじめ定める必要がある。

1 加算算定にあたっての目標設定・個別機能訓練計画の作成

(1) 利用者の社会参加状況やニーズ・日常生活や社会生活等における役割の把握、心身の状態の確認

機能訓練指導員等は、個別機能訓練の目標を設定するにあたり、以下の①～④により、利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割の把握及び心身の状態の確認を行う。

- ① 利用者の日常生活や社会生活等について、現在行っていることや今後行いたいこと（ニーズ・日常生活や社会生活等における役割）を把握する。これらを把握するにあたっては、別紙様式3

ー 1 の興味・関心チェックシートを活用すること。またあわせて、利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割に対する家族の希望を把握する。

② 利用者の居宅での生活状況（ADL、IADL等）を居宅訪問の上で確認する。具体的には、別紙様式 3—2 の生活機能チェックシートを活用し以下を実施する。

ア 利用者の居宅の環境（居宅での生活において使用している福祉用具・補助具等を含む）を確認する。

イ ADL、IADL 項目について、居宅の環境下での自立レベルや実施するにあたっての課題を把握する。

③ 必要に応じて医師又は歯科医師から、これまでの利用者に対する病名、治療経過、合併疾患、個別機能訓練実施上の留意事項についての情報を得る。直接医師又は歯科医師から情報が得られない場合は、介護支援専門員を通じて情報収集を図ること。

④ 介護支援専門員から、居宅サービス計画に記載された利用者本人や家族の意向、総合的な支援方針、解決すべき課題、長期目標、短期目標、サービス内容などについて情報を得ること。

(2) 多職種協働での個別機能訓練計画の作成

(1)で把握した利用者のニーズ・日常生活や社会生活等における役割及び心身の状態に応じ、機能訓練指導員等が多職種協働で個別機能訓練計画を作成する。その際、必要に応じ各事業所に配置する機能訓練指導員等以外の職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士等）からも助言を受けることが望ましい。

① 個別機能訓練計画書の作成（総論）

- ・ 個別機能訓練計画は別紙様式 3—3 を参考に作成すること。なお、個別機能訓練計画に相当する内容を通所介護計画又は地域密着型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができる。
- ・ また、個別機能訓練計画の作成にあたっては、居宅サービス計画、通所介護計画又は地域密着型通所介護計画と連動し、これらの計画と整合性が保たれるように行うことが重要である。

② 個別機能訓練目標・個別機能訓練項目の設定

ア 個別機能訓練目標の設定

- ・ (1)で把握した利用者のニーズ・日常生活や社会生活等にお

ける役割及び心身の状態に応じ、機能訓練指導員等が協働し、利用者又は家族の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえつつ、個別機能訓練目標を設定する。なお、目標設定にあたっては、当該利用者の意欲の向上に繋がるよう、長期目標・短期目標のように段階的な目標設定をするなど、可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。

<長期目標の設定>

長期目標は生活機能の構成要素である体や精神の働きである「心身機能」、ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、家庭や社会で役割を果たすことである「参加」をバランスよく含めて設定することが求められる。

具体的には、利用者が住み慣れた地域で居宅において可能な限り自立して暮らし続けることができるよう、単に座る・立つ・歩くといった身体機能の向上を目指すことのみを目標とするのではなく、居宅における生活行為（トイレに行く、自宅の風呂に一人で入る、料理を作る、掃除・洗濯をする等）や地域における社会的関係の維持に関する行為（商店街に買い物に行く、囲碁教室に行く、孫とメールの交換をする、インターネットで手続きをする等）等、具体的な生活上の行為の達成を含めた目標とすること。

<短期目標の設定>

長期目標を設定した後は、目標を達成するために必要な行為ごとに細分化し、短期目標として整理する。

（例） 長期目標が「スーパーマーケットに食材を買いに行く」の場合必要な行為

- ・ 買いたい物を書き記したリストを作る
- ・ 買い物量を想定し、マイバッグを用意する
- ・ スーパーマーケットまでの道順を確認する
- ・ スーパーマーケットまで歩いて行く
- ・ スーパーマーケットの入り口で買い物かごを持つ
- ・ スーパーマーケットの中でリストにある食材を見つける
- ・ 食材を買い物かごに入れる
- ・ レジで支払いをする

- ・ 買った品物を袋に入れる
- ・ 買った品物を入れた袋を持って、自宅まで歩いて帰る
- ii 個別機能訓練項目の設定
- ・ 短期目標を達成するために必要な行為のうち、利用者の現状の心身機能等に照らし可能であること、困難であることを整理する。
- ・ 利用者の現状の心身機能等に照らし困難であることについて、どのような訓練を行えば可能となるのか検討する。

(例) 前記の事例において、歩行機能が低下していることから、「スーパーマーケットまで歩いて行く」「スーパーマーケットの中でリストにある食材を見つける」「買った品物を入れた袋を持って、自宅まで歩いて帰る」ことが困難である場合、自宅からスーパーマーケットまでの距離等を勘案した上で、

- ・ 歩行機能を向上させる訓練（筋力向上訓練、耐久性訓練、屋内外歩行訓練等）
- ・ 歩行を助ける福祉用具（つえ等）を使用する訓練
- ・ 歩行機能の向上が難しい場合、代替的な移動手段となりうる福祉用具（電動車いす等）を使用する訓練を行うことが想定される。
- ・ 目標を達成するために必要な行為を遂行できるように、生活機能を向上させるための訓練項目を決定する。なお、訓練項目の決定にあたっては、利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の訓練項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲の向上に繋がるよう利用者を援助すること。
- ・ 生活機能の向上のためには、通所介護等提供中に個別機能訓練を行うのみでなく、利用者が日々の生活においてもできる限り自主訓練を行うことが重要であることから、利用者が自身で又は家族等の援助を受けて、利用者の居宅等においても実施できるような訓練項目をあわせて検討し、提示することが望ましい。

イ 利用者又はその家族への説明と同意

利用者又はその家族に対し、機能訓練指導員等が個別機能訓練の内容について分かりやすく説明を行い、同意を得るこ

と。またその際、個別機能訓練計画を交付（電磁的記録の提供を含む）すること。

ウ 介護支援専門員への報告

介護支援専門員に対し、個別機能訓練計画を交付（電磁的記録の提供を含む）の上、利用者又はその家族への説明を行い、内容に同意を得た旨報告すること。

2 個別機能訓練の実施

(1) 個別機能訓練の実施体制

- ・ 個別機能訓練加算に係る個別機能訓練は、類似の目標を持ち、同様の訓練項目を選択した五人程度以下の小集団（個別対応含む）に対して機能訓練指導員が直接行うこととする。なお、機能訓練指導員が直接個別機能訓練を行っていれば、その補助者として看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が個別機能訓練に関与することは差し支えない。
- ・ 個別機能訓練の目標を具体的な生活上の行為の達成としている場合、実際の生活上の様々な行為を構成する実際的な行動やそれを模した行動を反復して行うことにより、段階的に目標の行動ができるようになることを目指すことから、事業所内であれば実践的訓練に必要な浴室設備、調理設備・備品等を備えること、事業所外であれば、利用者の居宅や近隣の施設等に赴くこと等により、事業所内外の実地的な環境下で訓練を行うことが望ましい。

(2) 訓練時間

個別機能訓練計画に定めた訓練項目の実施に必要な1回あたりの訓練時間を考慮し適切に設定すること。

(3) 訓練実施回数

個別機能訓練の目的を達成するためには、生活機能の維持・向上を図る観点から、計画的・継続的に個別機能訓練を実施する必要がある、おおむね週1回以上実施することを目安とする。

3 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練加算に係る個別機能訓練を開始した後は、

- ・ 個別機能訓練の目的に照らし、個別機能訓練項目や訓練実施時間が適切であったか、個別機能訓練の効果（例えば当該利用者のADL及びIADLの改善状況）が現れているか等について、評価を行

う。

- ・ 3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL、IADL等の状況）を確認する。また、利用者又はその家族に対して個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について説明し、記録する。なお、個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等についての説明・記録は、利用者の居宅を訪問する日とは別の日にICT等を活用し行っても差し支えない。
- ・ おおむね3月ごとに1回以上、個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について、当該利用者を担当する介護支援専門員等にも適宜報告・相談し、利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者に対する個別機能訓練の効果等をふまえた個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更を行う。

等、適切な対応を行うこととする。

Ⅱ 介護老人福祉施設と短期入所生活介護（介護予防含む）における取扱い

介護老人福祉施設と短期入所生活介護（介護予防含む）における個別機能訓練加算と、通所介護等における個別機能訓練加算とは、加算算定の目的、人員配置要件等が異なっているが、加算算定にあたっての目標設定方法、個別機能訓練計画の作成、個別機能訓練の実施、個別機能訓練実施後の対応については一致する点も多いため、適宜参照されたい。

Ⅲ 別紙様式の記載要領

1 別紙様式3-1（興味・関心チェックシート）

利用者が日常生活上実際にしていること、実際にしてはいないがしてみたいと思っていること、してみたいとまでは思わないものの興味があることに関して、利用者の記入又は聞き取りにより作成する。

2 別紙様式3-2（生活機能チェックシート）

利用者の居宅での生活状況（ADL、IADL等）及び課題の把握にあたり、当該様式を参考とする。

3 別紙様式3-3（個別機能訓練計画書）

個別機能訓練計画の策定にあたり、当該様式を参考とする。

なお、個別機能訓練計画作成の実施に関しては、I-1を参照すること。

第三 施設サービスにおける栄養ケア・マネジメント及び栄養マネジメント強化加算等に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

I 施設サービスにおける栄養ケア・マネジメントについて

1 基本的な考え方

栄養ケア・マネジメントは、低栄養状態のリスクにかかわらず、入所者全員に対し、各入所者の状態に応じ実施することで、低栄養状態等の予防・改善を図り、自立支援・重度化防止を推進するものである。

2 体制について

- (1) 栄養ケア・マネジメントは、ケアマネジメントの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。
- (2) 施設長は、管理栄養士と医師、歯科医師、看護師及び介護支援専門員その他の職種（以下「関連職種」という。）が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備すること。
- (3) 施設長は、各施設における栄養ケア・マネジメントに関する手順（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等）をあらかじめ定める。
- (4) 管理栄養士は、入所者又は入院患者（以下「入所（院）者」という。）に適切な栄養ケアを効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。
- (5) 施設長は、栄養ケア・マネジメント体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。

3 実務について

(1) 入所（院）時における栄養スクリーニング

介護支援専門員は、管理栄養士と連携して、入所（院）者の入所（院）後遅くとも一週間以内に、関連職種と共同して低栄養状態のリスクを把握する（以下「栄養スクリーニング」という。）。なお、栄養スクリーニングは、別紙様式 4-1-1 の様式例を参照すること。

(2) 栄養アセスメントの実施

管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、入所（院）者毎に

解決すべき課題を把握する（以下「栄養アセスメント」という。）。
栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙様式４－１－１の様式例を参照すること。

(3) 栄養ケア計画の作成

① 管理栄養士は、前記の栄養アセスメントに基づいて、入所（院）者の i）栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、療養食の適用、食事の形態等食事の提供に関する事項等）、ii）栄養食事相談、iii）課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、別紙様式４－１－２の様式例を参照の上、栄養ケア計画を作成する。その際、必要に応じ、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士の助言を参考とすること。なお、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十九号）第十二条若しくは第四十九条において準用する第十二条、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第十四条若しくは第五十条において準用する第十四条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十八年厚生労働省令第三十四号）第百三十八条若しくは第百六十九条において準用する第百三十八条又は介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第十七条若しくは第五十四条において準用する第十七条において作成することとされている各計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

② 管理栄養士は、サービス担当者会議（入所（院）者に対する施設サービスの提供に当たる担当者の会議）に出席し、栄養ケア計画の原案を報告し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させる。栄養ケア計画の内容を、施設サービス計画にも適切に反映させる。

③ 医師は、栄養ケア計画の実施に当たり、その同意等を確認する。

(4) 入所（院）者及び家族への説明

介護支援専門員等は、サービスの提供に際して、施設サービス計画に併せて栄養ケア計画を入所（院）者又は家族に分かりやすく説明し、同意を得る。

(5) 栄養ケアの実施

① サービスを担当する関連職種は、医師の指導等に基づき栄養

ケア計画に基づいたサービスの提供を行う。

- ② 管理栄養士は、食事の提供に当たっては、給食業務の実際の責任者としての役割を担う者（管理栄養士、栄養士、調理師等）に対して、栄養ケア計画に基づいて個別対応した食事の提供ができるように説明及び指導する。なお、給食業務を委託している場合においては、委託業者の管理栄養士等との連携を図る。
- ③ 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて、栄養食事相談を実施する。
- ④ 管理栄養士は、関連職種と共同して食事摂取状況や食事に関するインシデント・アクシデント事例等の把握を行う。
- ⑤ 管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録の内容は、栄養補給（食事の摂取量等）の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。なお、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第八条若しくは第四十九条において準用する第八条、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第九条若しくは第五十条において準用する第九条又は指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第百三十五条若しくは第百六十九条において準用する第百三十五条又は介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第十三条若しくは第五十四条において準用する第十三条に規定するそれぞれのサービスの提供の記録において管理栄養士が栄養ケア提供の経過を記録する場合にあっては、当該記録とは別に栄養ケア提供の経過を記録する必要はないものとする。

(6) 実施上の問題点の把握

管理栄養士又は関連職種は、栄養ケア計画の変更が必要となる状況を適宜把握する。栄養ケア計画の変更が必要になる状況が確認された場合には、対応する関連の職種へ報告するとともに計画の変更を行う。

(7) モニタリングの実施

- ① 管理栄養士又は関連職種は、入所（院）者ごとの栄養状態に応じて、定期的に、入所者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行うこと。その際、栄養スクリーニング時に把握した入所（院）者ごとの低栄養状態のリスクのレベルに応じ、それぞれのモニタリング間隔を設定し、入所者ごとの栄養ケア計

面に記載すること。その際、低栄養状態の低リスク者はおおむね3月毎、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行（経管栄養法から経口栄養法への変更等）の必要性がある者の場合には、おおむね二週間毎等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は1月毎に測定する。

② 管理栄養士又は関連職種は、長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙様式4-1-1の様式例を参照の上、作成する。

(8) 再スクリーニングの実施

介護支援専門員は、管理栄養士と連携して、低栄養状態のリスクにかかわらず、栄養スクリーニングを3月毎に実施する。

(9) 栄養ケア計画の変更及び退所（院）時の説明等

栄養ケア計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は、介護支援専門員に、栄養ケア計画の変更を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更を行う。

また、入所（院）者の退所（院）時には、総合的な評価を行い、その結果を入所（院）者又は家族に分かりやすく説明するとともに、必要に応じて居宅介護支援専門員や関係機関との連携を図る。

(10) 帳票の整理

栄養ケア・マネジメントを実施している場合には、個別の高齢者の栄養状態に着目した栄養管理が行われるため、検食簿、喫食調査結果、入所（院）者の入退所簿及び食料品消費日計等の食事関係書類（食事箋及び献立表を除く。）、入所（院）者年齢構成表及び給与栄養目標量に関する帳票は、作成する必要がないこととする。

II 栄養マネジメント強化加算について

栄養マネジメント強化加算は、栄養ケアに係る体制の充実を図るとともに、第三のIの2及び3で示した栄養ケア・マネジメントを実施した上で、更に入所（院）者全員への丁寧な栄養ケアを実施している場合に、算定できるものである。丁寧な栄養ケアの実施に当たっては、以下を参考とすること。

1 食事の観察について

(1) 低栄養状態のリスクが高リスク及び中リスクに該当する者

低栄養状態のリスクが高リスクに該当する者は、別紙様式4-

1－1の様式例に示す食事摂取量、食欲・食事の満足度、食事に対する意識、多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）のうち口腔関係の項目、栄養ケア計画に記載した食事の観察の際に特に確認すべき点等を総合的に観察する。低栄養状態のリスクが中リスクに該当する者は、栄養ケア計画に記載した食事の観察の際に特に確認すべき視点を中心に観察する。

ただし、1回の食事の観察で全てを確認する必要はなく、週3回以上（異なる日に実施）の食事の観察を行う中で確認できれば差し支えない。適宜、食事の調整や食事環境の整備等を実施するとともに、問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有を行い、栄養ケア計画の変更の必要性を判断すること。また、食事の観察を行った日付と食事の調整や食事環境の整備等を実施した場合の対応を記録すること。

(2) 低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者

(1)の者に対する食事の観察の際に、あわせて食事の状況を適宜把握すること。問題点が見られた場合は、速やかに関連する職種と情報共有し、栄養ケア計画の変更の必要性を判断すること。

2 退所（院）時の対応

低栄養状態のリスクが高リスク及び中リスクに該当する者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所（院）者又はその家族に対し、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと。また、他の介護保険施設や医療機関に入所（院）する場合は、入所（院）中の栄養管理に関する情報（必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性（嚥下食コード）、食事上の留意事項等）を入所（院）先に提供すること。

Ⅲ 経口移行加算及び経口維持加算について

経口移行加算に係る経口移行計画及び経口維持加算に係る経口維持計画については、別紙様式4－1－2の様式例を参照の上、栄養ケア計画と一体的に作成する。なお、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第十二条若しくは第四十九条において準用する第十二条、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第十四条若しくは第五十条において準用する第十四条において作成することとされている各計画の中に、経口移行計画又は経口維持計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって経口移行

計画又は経口維持計画の作成に代えることができるものとする。

IV 退所時栄養情報連携加算について

1 退所時栄養情報連携加算の基本的な考え方

退所時栄養情報連携加算は、介護保険施設から、居宅や医療機関等に退所する者の栄養管理に関する情報連携を切れ目なく行うことを推進するものである。さらに、情報提供先の施設等においては、医師、管理栄養士、看護師、介護職員等の多職種が連携して栄養管理を行えるよう、当該情報を関係職種に共有を行うものであること。

2 退所時栄養情報連携加算の実務について

退所時栄養情報連携加算に係る情報については、別紙様式4-2の様式例を参照の上、退所後の栄養管理に必要となる情報を、退所後の医療機関等が確実に活用できるように提供すること。なお、当該情報提供に必要とされる事項が記載できるものであれば、別の様式を利用して差し支えない。

第四 通所・居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

I 通所・居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメントについて

1 基本的な考え方

栄養ケア・マネジメントは、低栄養状態のリスクにかかわらず、利用者全員に対し、各入所者の状態に応じ実施することで、低栄養状態等の予防・改善を図り、自立支援・重度化防止を推進するものである。

2 体制について

- (1) 栄養ケア・マネジメントは、ケアマネジメントの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。
- (2) 事業所は、管理栄養士（他の介護事業所（栄養改善加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を一名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携を含む。以下この項において同じ。）と主治の医師、歯科医師、看護師及び居宅介護支援専門員その他の職種（以下「関連職種」という。）が行

う体制を整備すること。

- (3) 事業所における栄養ケア・マネジメントに関する手順（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等）をあらかじめ定める。
- (4) 管理栄養士は、利用者に適切な栄養ケアを効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。
- (5) 事業所は、栄養ケア・マネジメント体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。

3 実務について

(1) 利用開始時における栄養スクリーニング

管理栄養士は、利用者の利用開始時に、関連職種と共同して、低栄養状態のリスクを把握する（以下「栄養スクリーニング」という。）。なお、栄養スクリーニングの結果は、別紙様式4-3-1の様式例を参照の上、記録する。

(2) 栄養アセスメントの実施

管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、利用者毎に解決すべき課題を把握する（以下「栄養アセスメント」という。）。栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙様式4-3-1の様式例を参照の上、作成する。栄養アセスメント加算を算定する場合は、栄養アセスメントの結果（低栄養状態のリスク、解決すべき栄養管理上の課題の有無等）を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。利用者の解決すべき栄養管理上の課題を的確に把握し、適切な栄養改善サービスにつなげることを目的としているため、利用者全員に継続的に実施することが望ましい。利用者又はその家族への説明に当たっては、L I F Eにおける利用者フィードバック票を活用すること。

(3) 栄養ケア計画の作成

- ① 管理栄養士は、前記の栄養アセスメントに基づいて、利用者の
 - i) 栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、慢性的な疾患に対する対応、食事の形態等食事の提供に関する事項等）、
 - ii) 栄養食事相談、
 - iii) 課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、別紙様式4-3-2の様式例を参照の上栄養ケア計画を作成する。その際、必要に応じ、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士の助言を参考とすること。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び

運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十七号）第九十九条若しくは第百十五条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第二十七条、第五十二条若しくは第百七十九条、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成十八年厚生労働省令第三十五号）第百二十五条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成十八年厚生労働省令第三十六号）第四十二条において作成することとされている各計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

- ② 管理栄養士は、作成した栄養ケア計画の原案については、関連職種と調整を図り、サービス担当者会議に事業所を通じて報告し、栄養ケア計画の原案を報告し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させる。栄養ケア計画の内容を、居宅サービス計画に適切に反映させる。
- ③ 管理栄養士は、利用者の主治の医師の指示・指導が必要な場合には、利用者の主治の医師の指示・指導を受けなければならない。

(4) 利用者及び家族への説明

管理栄養士は、サービスの提供に際して、栄養ケア計画を利用者又は家族に説明し、サービス提供に関する同意を得る。

(5) 栄養ケアの実施

- ① 管理栄養士と関連職種は、主治の医師の指示・指導が必要な場合には、その指導等に基づき栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行う。
- ② 管理栄養士は、通所サービスでの食事の提供に当たっては、給食業務の実際の責任者としての役割を担う者（管理栄養士、栄養士、調理師等）に対して、栄養ケア計画に基づいて個別対応した食事の提供ができるように説明及び指導する。なお、給食業務を委託している場合においては、委託業者の管理栄養士等との連携を図る。
- ③ 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて、栄養食事相談を実施する。居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するため、利用者又はその家族の同意を得

て、当該利用者の居宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供すること。

- ④ 管理栄養士は、関連職種に対して、栄養ケア計画に基づいて説明、指導及び助言を行う。
- ⑤ 管理栄養士は、関連職種と共同して食事摂取状況や食事に関するインシデント・アクシデントの事例等の把握を行う。
- ⑥ 管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録内容、栄養補給（食事等）の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第百五条若しくは第百十九条において準用する第十九条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第三十七条、第六十一条若しくは第百八十二条において準用する第三条の十八、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第百二十三条において準用する第四十九条の十三、若しくは第二百三十七条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第二十一条に規定するサービスの提供の記録において管理栄養士が栄養ケア提供の経過を記録する場合にあっては、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために栄養ケア提供の経過を記録する必要はないものとする。

(6) 実施上の問題点の把握

管理栄養士又は関連職種は、栄養ケア計画の変更が必要となる状況を適宜把握する。栄養ケア計画の変更が必要になる状況が確認された場合には、管理栄養士は対応する関連の職種へ報告するとともに計画の変更を行う。

(7) モニタリングの実施

- ① モニタリングは、栄養ケア計画に基づいて、低栄養状態の低リスク者は3月毎、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、二週間毎等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は一月毎に測定する。
- ② 管理栄養士又は関連職種は、長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、総合的な評価

判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙様式4-3-1の様式例を参照の上、作成する。

- ③ 低栄養状態のリスクの把握やモニタリング結果は、3月毎に事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員等へ情報を提供する。

(8) 再スクリーニングの実施

管理栄養士は関連職種と連携して、低栄養状態のおそれのある者の把握を3月毎に実施する。

(9) 栄養ケア計画の変更及び終了時の説明等

栄養ケア計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は、居宅介護支援専門員に、栄養ケア計画の変更を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更を行う。計画の変更については、利用者又は家族へ説明し同意を得る。

また、利用者の終了時には、総合的な評価を行い、その結果を利用者又は家族に説明するとともに、必要に応じて居宅介護支援専門員や関係機関との連携を図る。

II 管理栄養士の居宅療養管理指導について

管理栄養士の居宅療養管理指導にかかる栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等については、別紙様式4-3-1、4-3-2の様式例を準用する。ただし、当該指導に必要とされる事項が記載できるものであれば、別の様式を利用して差し支えない。

第五 口腔・栄養スクリーニング加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

I 口腔・栄養スクリーニングの基本的な考え方

口腔・栄養スクリーニングは、事業所において、口腔の健康状態及び栄養状態についての簡易な評価を継続的に実施することにより、利用者の状態に応じて必要な医療や口腔機能向上サービス、栄養改善サービス等の提供に繋げるとともに、当該事業所の従業者の口腔・栄養に関する意識の向上を図ることを目的とするものである。そのため、事業所は、口腔・栄養スクリーニングの実施体制を評価し、効率的・効果的に実施できるよう改善すべき課題を整理・分析し、継続的な見直しに努めること。

Ⅱ 口腔・栄養スクリーニングの実務等について

1 スクリーニングの実施

介護職員等は、利用者のサービス利用開始時又は事業所における口腔・栄養スクリーニング加算の算定開始時に、別紙様式 5－1 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）及び別紙様式 5－2 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）を用いてスクリーニングを行うこと。なお、口腔スクリーニングにおいては、別紙様式 5－1 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）を用いてスクリーニングを実施した場合に、「硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者」、「入れ歯を使っている者」及び「むせやすい者」の口腔スクリーニング項目で問題があった利用者、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、第 2 章第七のⅡの 1 に示す口腔の健康状態の評価項目の利用も検討することが望ましい。

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 5－1 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）及び別紙様式 5－2 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）を参考に文書等で情報提供すること。

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こと。また、口腔の健康状態によっては、主治医の対応を要する場合もあることから、必要に応じて介護支援専門員を通じて主治医にも情報提供等の適切な措置を講ずること。低栄養状態の利用者については、かかりつけ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、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。

3 再スクリーニングの実施

介護職員等は、再スクリーニングを6月毎に実施するとともに、前回実施した際の結果と併せて2に従い介護支援専門員に情報提供等を行うこと。これらを継続的に実施することにより、利用者の口腔の健康状態及び栄養状態の維持・向上に努めることが望ましい。

第六 口腔衛生の管理体制に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

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、別紙様式6-1（介護保険施設）または別紙様式6-2（特定施設）を参考に、以下の事項を記載した口腔衛生管理体制計画を作成すること。

- (1) 助言を行った歯科医師等
- (2) 歯科医師からの助言の要点
- (3) 当該施設における実施目標
- (4) 具体的方策

(5) 留意事項・特記事項

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、別紙様式6-3を参考に以下の事項等を確認する。ただし、歯科医師等が訪問歯科診療、訪問歯科衛生指導、また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。

【口腔の健康状態の評価例】

- (1) 開口の状態
- (2) 歯の汚れの有無
- (3) 舌の汚れの有無
- (4) 歯肉の腫れ、出血の有無
- (5) 左右両方の奥歯のかみ合わせの状態
- (6) むせの有無
- (7) ぶくぶくうがいの状態
- (8) 食物のため込み、残留の有無

ただし、(7)及び(8)については、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行うこと。(1)から(8)の項目を参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性について検討する。評価の実施にあたっては第七のⅡの1及び「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)等の関連学会が示す記載等も参考にされたい。

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こと。

第七 口腔連携強化加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

I 口腔連携強化加算に関する基本的な考え方

口腔連携強化加算は、介護事業所が口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療等について歯科医療機関に相談できる体制を構築するとともに、口腔の健康状態の評価の実施並びに歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供することを評価したものである。これにより、利用者毎の口腔の健康状態の把握並びに歯科専門職の確認を要する状態の利用者の把握を通じて、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげることが目的である。

II 口腔連携強化加算にかかる実務について

1 口腔の健康状態の評価の実施

介護職員等は、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式6、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式11、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式6及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式8等を用いて口腔の健康状態の評価を行い、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対し、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介

護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 6、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 11、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 6 及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 8 等により提供する。評価にあたっては、「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)等の関連学会が示す口腔の評価及び管理に係る記載等も参考にされたい。なお、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こと。介護職員については、事業所の医療従事者に相談する等の対応も検討すること。また、継続的な口腔の健康状態の評価を実施することにより、利用者の口腔の健康状態の向上に努めること。

【口腔の健康状態の評価項目】

項目	評価	評価基準	評価の必要性
1. 開口	1. できる 2. 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 3 cm 以下）には「2」につける。	開口が不十分及び開口拒否等は口の中の観察も困難にするとともに、口腔清掃不良となる要因である。また、開口が不十分においては要因の精査等が必要となる場合がある。
2. 歯の汚れ	1. なし 2. 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「2」につける。	歯が汚れている状態は、汚れに含まれる細菌等も含めて付着している状態である。虫歯や歯周病の原因となるだけでなく、汚れを飲み込み肺に到達すると誤嚥性肺炎の原因にもなる。
3. 舌の汚れ	1. なし 2. 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「2」につける。	舌が汚れている状態は、汚れに含まれる細菌等も含めて付着している状態である。歯の汚れと同じく、汚れを飲み込み肺に到達すると誤嚥性肺炎の原因にもなる。

4. 歯肉の腫れ、出血	1. なし 2. 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「2」につける。	歯肉の腫れ、出血は歯周病の可能性があり、歯周病は放置すると歯を失う可能性がある。また、糖尿病等の全身疾患との関連性も報告されている。
5. 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	1. できる 2. できない	・本人にしっかり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「2」につける。	奥歯が無い場合に、食物をかみ砕く能力が低下し、食事形態等に関連があるだけでなく、窒息事故との関連も報告されている。転倒リスクとの関連性も報告されており、義歯の利用等も含めて検討が必要である。
6. むせ	1. なし 2. 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「2」につける。	摂食嚥下障害の可能性があり、食事形態等に関連があるだけでなく、入院等との関連も報告されている。唾液や食物などを誤嚥している可能性があり、摂食嚥下機能の精査や訓練等が必要な場合もある。
7. ぶくぶくうがい※1	1. できる 2. 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「2」につける。	口の周りの筋肉等の動きと関連しており、食事形態等に関連があるだけでなく、入院等との関連も報告されている。口腔機能の低下の可能性があると同時に、口腔衛生管理とも関連している。
8. 食物のため込み、残留※2	1. なし 2. 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「2」につける。	摂食嚥下障害等に関連しており、摂食嚥下機能の精査や訓練等が必要な場合もある。

9. その他	自由記載	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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、口の中に薬が残っている等の気になる点があれば記載する。 	その他、歯科疾患との関連がある事項や利用者の訴え等も含めて検討する。
歯科医師等による口腔内等の確認の必要性	1. 低い 2. 高い	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	

※ 1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り実施する。

※ 2 食事の観察が可能な場合は確認する。

2 情報を提供された歯科医療機関における対応

情報を提供された歯科医療機関については、介護事業所から情報を提供された場合は、必要に応じて相談に応じるとともに、歯科診療等の必要な歯科医療提供についても検討する。特に、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が「高い」場合は、情報提供した介護事業所及び当該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」場合は、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当該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実施する。

第八 口腔機能向上加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

I 口腔機能向上サービスの実務等について

1 通所サービス等における口腔機能向上サービスの提供体制

- (1) 口腔機能向上サービスの提供体制は、ケアマネジメントの一環として、個々人に最適な実地指導を行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。
- (2) 事業所は、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員（以下「サービス担当者」という。）と介護職員、生活相談員その他の職種の者等

(以下「関連職種」という。)が共同した口腔機能向上サービスを行う体制を整備する。

- (3) 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービスに関する手順(口腔の健康状態の評価、口腔機能改善管理指導計画、サービス実施、口腔の健康状態の再評価等)をあらかじめ定める。
- (4) サービス担当者は、利用者に適切な実地指導を効率的に提供できるように関連職種との連絡調整を行う。
- (5) 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービス体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的なサービス提供内容の改善に努める。

2 口腔機能向上サービスの実務

(1) 口腔の健康状態の評価の実施

サービス担当者は、利用開始時においては、利用者毎に口腔衛生、摂食嚥下機能等に関する解決すべき課題の確認・把握を行う。解決すべき課題の確認・把握の実施にあたっては、別紙様式6-4様式例を参照の上、作成する。

様式例における解決すべき課題の確認・把握に係る項目については、事業所の実状にあわせて項目を追加することについては差し支えない。ただし、項目の追加に当たっては、利用者等の過剰な負担とならぬよう十分配慮しなければならない。

(2) 口腔機能改善管理指導計画の作成

- ① サービス担当者は、口腔の健康状態の評価に対しサービス担当者と関連職種が共同して取り組むべき事項等について記載した口腔機能改善管理指導計画を作成する。なお、この作成には、別紙様式6-4の様式例を参照の上、作成することとし、必要に応じて理学療法士、作業療法士、管理栄養士等の助言を参考にする。ただし、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第九十九条若しくは第百十五条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第二十七条、第五十二条、若しくは第百七十九条、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第二百五条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第四十二条において

作成することとされている各計画の中に、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることができるものとする。

- ② サービス担当者は、作成した口腔機能改善管理指導計画について、関連職種と調整を図り、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画にも適切に反映させる。
 - ③ 介護予防通所介護又は通所介護において行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導が必要と判断される場合は、サービス担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導を受けること。
 - ④ 介護予防通所リハビリテーション又は通所リハビリテーションにおいて行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、医師又は歯科医師の指示・指導が必要であり、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。
- (3) 利用者又はその家族への説明
- サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に際して、口腔機能改善管理指導計画を利用者又はその家族に説明し、口腔機能向上サービスの提供に関する同意を得る。医師又は歯科医師は、サービス担当者への指示・指導が必要な場合、口腔機能改善管理指導計画の実施に当たり、その計画内容、利用者又はその家族の同意等を確認する。
- (4) 口腔機能向上サービスの実施
- ① サービス担当者に関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づいた口腔機能向上サービスの提供を行う。
 - ② サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づいて、口腔衛生、摂食嚥下機能等に関する実地指導を実施する。
 - ③ サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に当たっては、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導が必要と考えられる場合、サービス担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。また、関連職種に対して、口腔機能

改善管理指導計画に基づいて個別又は集団に対応した口腔機能向上サービスの提供ができるように指導及び助言等を行う。

- ④ サービス担当者は、関連職種と共同して口腔機能向上サービスに関するインシデント・アクシデント事例等の把握を行う。
- ⑤ サービス担当者は、口腔機能向上サービス提供の主な経過を記録する。記録の内容は、実施日、サービス提供者氏名及び職種、指導の内容（口腔清掃、口腔清掃に関する指導、摂食嚥下等の口腔機能に関する指導、音声・言語機能に関する指導）について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第百五条若しくは第百十九条において準用する第十九条若しくは第百八十一条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第三十七条、第六十一条若しくは第百八十二条において準用する第三条の十八、第九十五条若しくは第百十六条、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第百二十三条において準用する第四十九条の十三若しくは第二百三十七条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第二十一条に規定するサービスの提供の記録においてサービス担当者が口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は、当該記録とは別に口腔機能向上加算の算定のために口腔機能向上サービスの提供の経過を記録する必要はないものとする。

(5) 実施上の問題点の把握

サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づき、利用者の目標の達成状況、口腔衛生、口腔機能の改善状況等を適宜把握する。改善状況に係る記録は、別紙様式 6－4 様式例を参照の上、作成する。口腔機能改善管理指導計画の変更が必要になる状況が疑われる場合には、口腔機能改善管理指導計画の変更を検討する。

(6) 口腔の健康状態の再評価の実施

- ① 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の記録は、別紙様式 6－4 様式例を参照の上、作成する。

- ② 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。

(7) 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。なお、この把握には、別紙様式 6－4 の様式例を参照の上、作成する。

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。

(8) 口腔機能向上サービスの継続及び終了時の説明等

サービス担当者は、総合的な評価を行い、口腔機能向上サービスの継続又は終了の場合には、その結果を利用者又はその家族に説明するとともに、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に継続又は終了の情報を提供し、サービスを継続又は終了する。サービスの継続又は終了については、利用者又はその家族へ説明し同意を得る。

評価の結果、改善等により終了する場合は、関連職種や居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所との連携を図る。また、評価において医療が必要であると考えられる場合は、主治の医師又は主治の歯科医師、介護支援専門員若しくは介護予防支援事業者並びに関係機関（その他の居宅サービス事業所等）との連携を図る。

リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書（通所系）

氏名：		殿		サービス開始日	年 月 日
				作成日 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変更	年 月 日
生年月日		年 月 日		性別	男・女
計画作成者	リハビリテーション（ ） 栄養管理（ ） 口腔管理（ ）				
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）			
日常生活自立度		障害高齢者： 認知症高齢者：			
本人の希望					
共通	身長：（ ）cm 体重：（ ）kg BMI：（ ）kg/m ² 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、 食事の形態：（ ） とろみ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い リハビリテーションが必要となった原因疾患：（ ） 発症日・受傷日：（ ）年（ ）月 合併症： <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 症状： <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり 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 その他：				
	（共通）				
	（リハビリテーション・栄養・口腔）				
	（上記に加えた課題） <input type="checkbox"/> 食事に安定した正しい姿勢が自分で取れない <input type="checkbox"/> 食事に集中することができない <input type="checkbox"/> 食事中に傾眠や意識混濁がある <input type="checkbox"/> 歯（義歯）のない状態で食事をしている <input type="checkbox"/> 食べ物を口腔内にため込む <input type="checkbox"/> 固形の食べ物を咀嚼中にむせる <input type="checkbox"/> 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある <input type="checkbox"/> 水分でむせる <input type="checkbox"/> 食事中、食後に咳をすることがある <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	（共通）				
方針・目標	（リハビリテーション・栄養・口腔）				
	短期目標：		長期目標：		
	（上記に加えた方針・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（ ）			
実施上の注意事項					
生活指導					
見通し・継続理由					

リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書（施設系）

氏名：			殿	入所（院）日	年	月	日
				作成日 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変更	年	月	日
生年月日		年			月	日	性別
							男・女
計画作成者	リハビリテーション（ ） 栄養管理（ ） 口腔管理（ ）						
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）					
日常生活自立度		障害高齢者： 認知症高齢者：					
本人の希望							
共通	身長：（ ）cm 体重：（ ）kg BMI：（ ）kg/m ² 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、 食事の形態：（ ） ところみ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い リハビリテーションが必要となった原因疾患：（ ） 発症日・受傷日：（ ）年（ ）月 合併症： <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 症状： <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり 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 その他：						
	(共通)						
	(リハビリテーション・栄養・口腔)						
	(上記に加えた課題)						
	<input type="checkbox"/> 食事に安定した正しい姿勢が自分で取れない <input type="checkbox"/> 食事に集中することができない <input type="checkbox"/> 食事中に傾眠や意識混濁がある <input type="checkbox"/> 歯（義歯）のない状態で食事をしている <input type="checkbox"/> 食べ物を口腔内にため込む <input type="checkbox"/> 固形の食べ物を咀嚼中にむせる <input type="checkbox"/> 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある <input type="checkbox"/> 水分でむせる <input type="checkbox"/> 食事中、食後に咳をすることがある <input type="checkbox"/> その他（ ）						
方針・目標	(共通)						
	(リハビリテーション・栄養・口腔)						
	短期目標： 長期目標： (上記に加えた方針・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"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上 <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"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
実施上の注意事項							
生活指導							
見通し・継続理由							

	リハビリテーション	栄養	口腔
	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日
評価時の状態	【心身機能・構造】 <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 () 【活動】 ※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 【参加】	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) 【食生活状況】 食事摂取量(全体) % 食事摂取量(主食) % 食事摂取量(主菜/副菜) %/ % 補助食品など： 食事の留意事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 薬の影響による食欲不振 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 本人の意欲 () 食欲・食事の満足感 () 食事に対する意識 () 【栄養量(エネルギー/たんぱく質)】 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 【GLIM基準による評価※】 <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。	【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 【口腔衛生状態の問題】 <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 【口腔機能の状態の問題】 <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"/> ぶくぶくうがいが困難※1 ※1 現在、歯磨き後のうがいをしている方に限り確認する。 【歯数】 () 歯 【歯の問題】 <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() 【義歯の問題】 <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() 【歯周組織、口腔粘膜の問題】 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患(潰瘍等) 記入者： 指示を行った歯科医師名：
具体的支援内容	①課題： 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回 ②課題： 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回 ③課題 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回	<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： <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 150px; margin: 10px 0;"></div> 総合評価： <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない 計画変更： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	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： 【口腔衛生等の管理】 <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 【介護職員への技術的助言等の内容】 <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 ()
特記事項			

個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書（通所系）

氏名：		殿		サービス開始日	年 月 日
				作成日 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変更	年 月 日
生年月日		年 月 日		性別	男・女
計画作成者	個別機能訓練（ ） 栄養管理（ ） 口腔管理（ ）				
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）			
日常生活自立度		障害高齢者： 認知症高齢者：			
本人の希望					
共通	身長：（ ）cm 体重：（ ）kg BMI：（ ）kg/m ² 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、 食事の形態：（ ） ところみ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い 個別機能訓練が必要となった原因疾患：（ ） 発症日・受傷日：（ ）年（ ）月 合併症： <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 症状： <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり 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 その他：				
	（共通）				
	（個別機能訓練・栄養・口腔）				
	（上記に加えた課題） <input type="checkbox"/> 食事中に安定した正しい姿勢が自分で取れない <input type="checkbox"/> 食事に集中することができない <input type="checkbox"/> 食事中に傾眠や意識混濁がある <input type="checkbox"/> 歯（義歯）のない状態で食事をしている <input type="checkbox"/> 食べ物を口腔内にため込む <input type="checkbox"/> 固形の食べ物を咀嚼中にむせる <input type="checkbox"/> 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある <input type="checkbox"/> 水分でむせる <input type="checkbox"/> 食事中、食後に咳をすることがある <input type="checkbox"/> その他（ ）				
方針・目標	（共通）				
	（個別機能訓練・栄養・口腔）				
	短期目標： 長期目標：				
	（上記に加えた方針・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（ ）				
実施上の注意事項					
生活指導					
見通し・継続理由					

	個別機能訓練	栄養	口腔
	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日
評価時の状態	<p>【ADL】※課題のある項目名にチェック</p> <p><input type="checkbox"/> 食事：自立,一部介助,全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 移乗：自立,監視下, 座れるが移れない,全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 整容：自立,一部介助,全介助</p> <p><input type="checkbox"/> トイレ動作：自立,一部介助,全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 入浴：自立,一部介助,全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 平地歩行：自立,歩行器等, 車椅子操作が可能,全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 階段昇降：自立,一部介助,全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 更衣：自立,一部介助,全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 排便コントロール：自立,一部介助,全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 排尿コントロール：自立,一部介助,全介助</p> <p>【IADL】※課題のある項目名にチェック</p> <p><input type="checkbox"/> 調理：自立,見守り,一部介助,全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 洗濯：自立,見守り,一部介助,全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 掃除：自立,見守り,一部介助,全介助</p> <p>【基本動作】課題のある項目名にチェック</p> <p><input type="checkbox"/> 寝返り：自立,見守り,一部介助,全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 起き上がり：自立,見守り,一部介助,全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 座位の保持：自立,見守り,一部介助,全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 立ち上がり：自立,見守り,一部介助,全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 立位の保持：自立,見守り,一部介助,全介助</p>	<p>低栄養リスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高</p> <p>嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p><input type="checkbox"/> 生活機能低下</p> <p>3%以上の体重減少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ 月)</p> <p>【食生活状況】</p> <p>食事摂取量(全体) %</p> <p>食事摂取量(主食) %</p> <p>食事摂取量(主菜/副菜) %/ %</p> <p>補助食品など：</p> <p>食事の留意事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()</p> <p>薬の影響による食欲不振 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</p> <p>本人の意欲()</p> <p>食欲・食事の満足感()</p> <p>食事に対する意識()</p> <p>【栄養量(エネルギー/たんぱく質)】</p> <p>摂取栄養量：() kcal/kg、() g/kg</p> <p>提供栄養量：() kcal/kg、() g/kg</p> <p>必要栄養量：() kcal/kg、() g/kg</p> <p>【GLIM基準による評価※】</p> <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)</p> <p>※医療機関から情報提供があった場合に記入する。</p>	<p>【誤嚥性肺炎の発症・既往】</p> <p><input type="checkbox"/> あり(直近の発症年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし</p> <p>【口腔衛生状態の問題】</p> <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</p> <p>【口腔機能の状態の問題】</p> <p><input type="checkbox"/> 奥歯のかみ合わせがない <input type="checkbox"/> 食べこぼし</p> <p><input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い</p> <p><input type="checkbox"/> ぶくぶくうがいが困難※1</p> <p>※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> <p>【歯科受診の必要性】</p> <p><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない</p> <p>【特記事項】</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p>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</p>
具体的支援内容	<p>①プログラム内容</p> <p>留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者：</p> <p>②プログラム内容</p> <p>留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者：</p> <p>③プログラム内容</p> <p>留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者：</p>	<p><input type="checkbox"/> 栄養食事相談</p> <p><input type="checkbox"/> 食事提供量の増減(<input type="checkbox"/> 増量 <input type="checkbox"/> 減量)</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> 栄養補助食品の追加・変更</p> <p><input type="checkbox"/> その他：</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>総合評価： <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない</p> <p>計画変更： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>	<p>サービス提供者： <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士</p> <p>実施記録①：記入日(年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導</p> <p><input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導</p> <p><input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導</p> <p><input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p>実施記録②：記入日(年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導</p> <p><input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導</p> <p><input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導</p> <p><input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p>実施記録③：記入日(年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導</p> <p><input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導</p> <p><input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導</p> <p><input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>
特記事項			

個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書（施設系）

氏名：			入所（院）日	年	月	日
			作成日 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変更	年	月	日
生年月日		年		月	日	性別
						男・女
計画作成者	個別機能訓練（ ） 栄養管理（ ） 口腔管理（ ）					
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）				
日常生活自立度		障害高齢者： 認知症高齢者：				
本人の希望						
共通	身長：（ ）cm 体重：（ ）kg BMI：（ ）kg/m ² 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、 食事の形態：（ ） とろみ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い 個別機能訓練が必要となった原因疾患：（ ） 発症日・受傷日：（ ）年（ ）月 合併症： <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 症状： <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり 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 その他：					
	（共通） （個別機能訓練・栄養・口腔） （上記に加えた課題） <input type="checkbox"/> 食事中に安定した正しい姿勢が自分で取れない <input type="checkbox"/> 食事に集中することができない <input type="checkbox"/> 食事中に傾眠や意識混濁がある <input type="checkbox"/> 歯（義歯）のない状態で食事をしている <input type="checkbox"/> 食べ物を口腔内にため込む <input type="checkbox"/> 固形の食べ物を咀嚼中にむせる <input type="checkbox"/> 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある <input type="checkbox"/> 水分でむせる <input type="checkbox"/> 食事中、食後に咳をすることがある <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	（共通） （個別機能訓練・栄養・口腔） 短期目標： 長期目標： （上記に加えた方針・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"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上 <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"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	実施上の注意事項					
	生活指導					
見通し・継続理由						

	個別機能訓練	栄養	口腔
	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日
評価時の状態	【ADL】※課題のある項目名にチェック <input type="checkbox"/> 食事：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 移乗：自立,監視下,座れるが移れない,全介助 <input type="checkbox"/> 整容：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> トイレ動作：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 入浴：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 平地歩行：自立,歩行器等,車椅子操作が可能,全介助 <input type="checkbox"/> 階段昇降：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 更衣：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 排便コントロール：自立,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 排尿コントロール：自立,一部介助,全介助 【IADL】※課題のある項目名にチェック <input type="checkbox"/> 調理：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 洗濯：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 掃除：自立,見守り,一部介助,全介助 【基本動作】課題のある項目名にチェック <input type="checkbox"/> 寝返り：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 起き上がり：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 座位の保持：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 立ち上がり：自立,見守り,一部介助,全介助 <input type="checkbox"/> 立位の保持：自立,見守り,一部介助,全介助	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) 【食生活状況】 食事摂取量(全体) % 食事摂取量(主食) % 食事摂取量(主菜/副菜) %/ % 補助食品など： 食事の留意事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 薬の影響による食欲不振 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 本人の意欲() 食欲・食事の満足感() 食事に対する意識() 【栄養量(エネルギー/たんぱく質)】 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 【GLIM基準による評価※】 <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。	【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 【口腔衛生状態の問題】 <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 【口腔機能の状態の問題】 <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"/> ぶくぶくうがい困難※1 ※1 現在、歯磨き後のうがいをしている方に限り確認する。 【歯数】 () 歯 【歯の問題】 <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() 【義歯の問題】 <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() 【歯周組織、口腔粘膜の問題】 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患(潰瘍等) 記入者： 指示を行った歯科医師名：
具体的支援内容	①プログラム内容 留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者： ②プログラム内容 留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者： ③プログラム内容 留意点： 頻度：週 回、時間： 分/回 主な実施者：	<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： <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 150px; margin: 5px 0;"></div> 総合評価： <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない 計画変更： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	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： 【口腔衛生等の管理】 <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 【介護職員への技術的助言等の内容】 <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()
特記事項			

リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書（通所系）

氏名：	〇〇 〇〇		殿	サービス開始日	X 年 7 月 10 日
				作成日 ■初回 □変更	X 年 7 月 19 日
生年月日		X 年 2 月 29 日			性別
					(男)・女
計画作成者	リハビリテーション (PT 〇 〇) 栄養管理 (〇 〇) 口腔管理 (〇 〇)				
要介護度		□ 要支援 (□ 1 □ 2) □ 要介護 (■ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5)			
日常生活自立度		障害高齢者： A2 認知症高齢者： /			
本人の希望		落ちた筋力を取り戻して、俳句サークルにまた行きたい。 おいしく食べられるようになりたい。			
共通	身長： (155) cm 体重： (45.0) kg BMI： (18.7) kg/m ² 栄養補給法：■ 経口のみ □ 一部経口 □ 経腸栄養 □ 静脈栄養 食事の形態： (普通) とろみ：■ なし □ 薄い □ 中間 □ 濃い リハビリテーションが必要となった原因疾患： (脳梗塞後遺症) 発症日・受傷日： (10) 年程前 () 月 合併症： □ 脳血管疾患 □ 骨折 □ 誤嚥性肺炎 □ うっ血性心不全 □ 尿路感染症 □ 糖尿病 □ 高血圧症 ■ 骨粗しょう症 □ 関節リウマチ □ がん □ うつ病 □ 認知症 □ 褥瘡 (※上記以外の) □ 神経疾患 □ 運動器疾患 □ 呼吸器疾患 □ 循環器疾患 □ 消化器疾患 □ 腎疾患 □ 内分泌疾患 □ 皮膚疾患 □ 精神疾患 □ その他 症状： □ 嘔気・嘔吐 □ 下痢 ■ 便秘 □ 浮腫 □ 脱水 □ 発熱 □ 閉じこもり 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：X 年1月) □ なし 義歯の使用：■ あり (■ 部分・□ 全部) □ なし その他：キーパーソン・主介護者：娘				
課題	(共通) 以前していた外出・趣味 (俳句サークル) の活動ができなくなった。徐々に筋力が低下している。肉・魚を食べない。 (リハビリテーション・栄養・口腔) ・フレイルに伴う下肢筋力低下 ・体重減少 ・義歯の汚れが激しい、義歯を食事の途中で外してしまい、固形物が食べにくい。 ・活動量が減少し、日によって朝食や昼食を欠食することがあるなど、食事摂取量や時間が一定していない (上記に加えた課題) □ 食事中に安定した正しい姿勢が自分で取れない □ 食事に集中することができない □ 食事中に傾眠や意識混濁がある ■ 歯 (義歯) のない状態で食事をしている □ 食べ物を口腔内にため込む □ 固形の食べ物を咀嚼中にむせる ■ 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある ■ 水分でむせる ■ 食事中、食後に咳をすることがある ■ その他 (痰がらみの咳をすることがある)				
方針・目標	(共通) 俳句サークルへ復帰する。 活動量・食事摂取量を安定させ、フレイルの進行を予防する。 (リハビリテーション・栄養・口腔) 短期目標： ・屋外での杖歩行が見守りで可能となり、介助者と外出できる ・毎日 3 食食事をとり、体重を 3 kg 増やす (3 ヶ月間) ・義歯調整について歯科医師に相談。・正しい義歯の清掃方法を取得。 (上記に加えた方針・目標) ■ 歯科疾患 (□ 重症化防止 □ 改善 ■ 歯科受診) ■ 摂食嚥下等の口腔機能 (□ 維持 ■ 改善 (舌の運動機能の向上)) ■ 栄養状態 (□ 維持 ■ 改善 (たんぱく質の確保)) ■ 誤嚥性肺炎の予防 長期目標： ・屋外での杖歩行が自立、活動量の保持 (4000 歩/日) ・体重を 5 kg 増やす (6 ヶ月間) ・口腔周囲筋の機能向上のため、会話の回数を増やす。 ■ 口腔衛生 (□ 維持 ■ 改善 (口腔清掃)) ■ 食形態 (■ 維持 □ 改善 ()) □ 音声・言語機能 (□ 維持 □ 改善 ()) □ その他 ()				
実施上の注意事項	体調の悪い時は主治医と相談し、適宜指示を受けながら実施する。				
生活指導	食事を 3 食とり、規則正しい生活を心がける。 座位時間を今より 30 分/日のばし、毎日他者と 60 分は会話する。				
見通し・継続理由	定期的にモニタリング等を実施しつつ、6 ヶ月間を目処に介入を行い、以降は状態を確認しながら継続の有無を検討する。				

	リハビリテーション 評価日：X年 7月 11日	栄養 評価日： X年 7月 13日	口腔 評価日： X年 7月 19日
評価時の状態	<p>【心身機能・構造】</p> <p>■ 筋力低下 □ 麻痺 □ 感覚機能障害</p> <p>■ 関節可動域制限 □ 摂食嚥下障害</p> <p>□ 失語症・構音障害 □ 見当識障害</p> <p>□ 記憶障害 □ 高次脳機能障害</p> <p>■ 疼痛 □ BPSD</p> <p>歩行評価 ■ 6分間歩行 ■ TUG test (杖、6分間歩行 432m、TUG 10.3秒)</p> <p>認知機能評価 □ MMSE ■ HDS-R (HDS-R 24点)</p> <p>【活動】※課題のあるものにチェック</p> <p>基本動作：</p> <p>□ 寝返り □ 起き上がり □ 座位の保持</p> <p>□ 立ち上がり ■ 立位の保持</p> <p>ADL：BI (80) 点</p> <p>□ 食事 □ 移乗 □ 整容 □ トイレ動作</p> <p>■ 入浴 ■ 歩行 ■ 階段昇降 □ 更衣</p> <p>□ 排便コントロール □ 排尿コントロール</p> <p>IADL：FAI (16) 点</p> <p>【参加】</p> <p>もともと俳句サークルに所属していたが、休みがちになっている。</p>	<p>低栄養リスク □ 低 □ 中 ■ 高</p> <p>嚥下調整食の必要性 ■ なし □ あり</p> <p>■ 生活機能低下</p> <p>3%以上の体重減少 □ 無 ■ 有 (-5kg/6か月)</p> <p>【食生活状況】</p> <p>食事摂取量(全体) 80%</p> <p>食事摂取量(主食) 100%</p> <p>食事摂取量(主菜/副菜) 50%/70%</p> <p>補助食品など：なし</p> <p>食事の留意事項 □ 無 ■ 有(偏食あり)</p> <p>薬の影響による食欲不振 ■ 無 □ 有</p> <p>本人の意欲(ふつう)</p> <p>食欲・食事の満足感(ややない)</p> <p>食事に対する意識(ややない)</p> <p>【栄養量(エネルギー/たんぱく質)】</p> <p>摂取栄養量：(22.0) kcal/kg、(0.9) g/kg</p> <p>提供栄養量：(26.2) kcal/kg、(1.1) g/kg</p> <p>必要栄養量：(30.0) kcal/kg、(1.2) g/kg</p> <p>【GLIM基準による評価※】</p> <p>□ 低栄養非該当 □ 低栄養(□ 中等度 □ 重度)</p> <p>※医療機関から情報提供があった場合に記入する。</p>	<p>【誤嚥性肺炎の発症・既往】</p> <p>□ あり(直近の発症年月： 年 月)</p> <p>■ なし</p> <p>【口腔衛生状態の問題】</p> <p>□ 口臭 □ 歯の汚れ ■ 義歯の汚れ □ 舌苔</p> <p>【口腔機能の状態の問題】</p> <p>□ 奥歯のかみ合わせがない □ 食べこぼし</p> <p>■ むせ □ 口腔乾燥 ■ 舌の動きが悪い</p> <p>■ ぶくぶくうがいが困難※1</p> <p>※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> <p>【歯科受診の必要性】</p> <p>■ あり □ なし □ 分からない</p> <p>【特記事項】</p> <p>■ 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</p> <p>□ 音声・言語機能に関する疾患の可能性</p> <p>□ その他()</p> <p>記入者：</p> <p>■ 歯科衛生士 □ 看護職員 □ 言語聴覚士</p>
具体的な支援内容	<p>①課題：筋力低下</p> <p>介入方法</p> <p>・筋力増強訓練(スクワット)</p> <p>・歩行訓練(階段・段差も含む)</p> <p>・環境調整(歩行補助具の検討、</p> <p>期間： 6(月)</p> <p>頻度：週3回、時間： 40分/回</p> <p>②課題：</p> <p>介入方法</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>期間： (月)</p> <p>頻度：週 回、時間： 分/回</p> <p>③課題</p> <p>介入方法</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>期間：X年7～12月(6か月間)</p> <p>頻度：週3回、時間：40分/回</p>	<p>■ 栄養食事相談</p> <p>■ 食事提供量の増減(■ 増量 □ 減量)</p> <p>□ 食事形態の変更 (□ 常食 ■ 軟食 □ 嚥下調整食)</p> <p>■ 栄養補助食品の追加・変更</p> <p>■ その他：</p> <p>・本人に対して、筋肉量の増大に必要なエネルギー量とたんぱく質量、および効率的なたんぱく質の摂取方法を分かりやすく説明する。</p> <p>・義歯の調整の間、一時的に食事形態を軟らかいものにする。</p> <p>・必要栄養量を無理なく摂取できるよう、嗜好に合った栄養補助食品や手軽に摂取できる牛乳や果物(約200kcal)も活用しながら、食事を工夫し、1日300kcalのエネルギー量とたんぱく質量の増量を図る。</p> <p>総合評価：</p> <p>□ 改善 □ 改善傾向 □ 維持</p> <p>□ 改善が認められない</p> <p>計画変更：</p> <p>□ なし □ あり</p>	<p>サービス提供者：</p> <p>■ 歯科衛生士 □ 看護職員 □ 言語聴覚士</p> <p>実施記録①：記入日(X年 〇月 〇日)</p> <p>■ 口腔清掃 ■ 口腔清掃に関する指導</p> <p>■ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導</p> <p>□ 音声・言語機能に関する指導</p> <p>■ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導</p> <p>■ その他(口腔体操を実施、自宅で継続するよう指導)</p> <p>実施記録②：記入日(年 月 日)</p> <p>□ 口腔清掃 □ 口腔清掃に関する指導</p> <p>□ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導</p> <p>□ 音声・言語機能に関する指導</p> <p>□ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導</p> <p>□ その他()</p> <p>実施記録③：記入日(年 月 日)</p> <p>□ 口腔清掃 □ 口腔清掃に関する指導</p> <p>□ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導</p> <p>□ 音声・言語機能に関する指導</p> <p>□ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導</p> <p>□ その他()</p>
特記事項	<p>・食事提供量は、リハビリを含めた身体活動量に合わせて調整し、必要栄養量を満たすことができ体重減少がみられなければ、回復にあわせてリハビリの量を見直す</p> <p>・義歯の使用が困難な場合は、義歯修理又は新製するまでの間、咀嚼困難な食物は避け、摂食嚥下機能に合わせた食形態を適宜検討する。</p>		

興味・関心チェックシート

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

リハビリテーション計画書

☐入院 ☐外来 / ☐訪問 ☐通所 / ☐入所

評価日: 西暦 年 月 日

氏名: 様

性別:

男・女

生年月日: 年 月 日 (歳)

☐要支援 ☐要介護

リハビリテーション担当医

担当 (☐PT ☐OT ☐ST ☐看護職員 ☐その他従事者 ()

■本人・家族等の希望（本人のしたい又はできるようにになりたい生活の希望、家族が支援できること等）

■健康状態、経過

原因疾病: 発症日・受傷日: 年 月 日 直近の入院日: 年 月 日 直近の退院日: 年 月 日

治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）:

合併症:
☐脳血管疾患 ☐骨折 ☐誤嚥性肺炎 ☐うっ血性心不全 ☐尿路感染症 ☐糖尿病 ☐高血圧症 ☐骨粗しょう症 ☐関節リウマチ ☐がん ☐うつ病 ☐認知症 ☐褥瘡
※上記以外の疾患⇒ ☐神経疾患 ☐運動器疾患 ☐呼吸器疾患 ☐循環器疾患 ☐消化器疾患 ☐腎疾患 ☐内分泌疾患 ☐皮膚疾患 ☐精神疾患 ☐その他 ()
コントロール状態:

これまでのリハビリテーションの実施状況（プログラムの実施内容、頻度、量等）:

目標設定等支援・管理シート: ☐あり ☐なし 障害高齢者の日常生活自立度: 自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: 自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	特記事項（改善の見込み含む）
筋力低下	あり	あり	
麻痺	あり	あり	
感覚機能障害	あり	あり	
関節可動域制限	あり	あり	
摂食嚥下障害	あり	あり	
失語症・構音障害	あり	あり	
見当識障害	あり	あり	
記憶障害	あり	あり	
高次脳機能障害 ()	あり	あり	
栄養障害	あり	あり	
疼痛	あり	あり	
精神行動障害（BPSD）	あり	あり	
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> TUG Test	自立		
服薬管理			
<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS- コミュニケーション の状況			

■活動（基本動作）

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
寝返り	自立	自立	
起き上がり	自立	自立	
座位の保持	自立	自立	
立ち上がり	自立	自立	
立位の保持	自立	自立	

■活動（ADL）（※「している」状況について記載する）

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
食事	10（自立）	10（自立）	
イスとベッド間の移乗	15（自立）	15（自立）	
整容	5（自立）	5（自立）	
トイレ動作	10（自立）	10（自立）	
入浴	5（自立）	5（自立）	
平地歩行	15（自立）	15（自立）	
階段昇降	10（自立）	10（自立）	
更衣	10（自立）	10（自立）	
排便コントロール	10（自立）	10（自立）	
排尿コントロール	10（自立）	10（自立）	
合計点			

■リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月）

(心身機能)

(活動)

(参加)

■リハビリテーションの方針（今後3ヶ月間）

■リハビリテーション実施上の留意点

(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■リハビリテーションの見通し・継続理由

■リハビリテーションの長期目標

(心身機能)

(活動)

(参加)

■本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）

■リハビリテーションの終了目安

(終了の目安となる時期: ヶ月後)

利用者・ご家族への説明: 西暦 年 月 日

特記事項:

■活動(IADL)				
アセスメント項目	開始時	現状	特記事項	評価内容の記載方法
食事の用意				0：していない 1：まれにしている
食事の片付け				2：週に1～2回 3：週に3回以上
洗濯				0：していない 1：まれにしている 2：週に1回未満 3：週に1回以上
掃除や整頓				
力仕事				
買物				
外出				
屋外歩行				
趣味				
交通手段の利用				
旅行				
庭仕事				0：していない 1：時々 2：定期的にしている 3：極替等もしている
家や車の手入れ				0：していない 1：電球の取替、ねじ止め等 2：ペンキ塗り、模様替え、洗車 3：2に加え、家の修理、車の整備
読書				0：読んでいない 1：まれに 2：月1回程 3：月2回以上
仕事				0：していない 1：週1～9時間 2：週10～29時間 3：週30時間以上
合計点数				

■環境因子（現状について記載する）	
家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居（ ）
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅：居住階（ ）階 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 玄関前の段差 <input type="checkbox"/> 手すり（設置場所： ） 食事： <input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす <input type="checkbox"/> その他 排せつ： <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ 睡眠： <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 介護用ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他 その他（ ）
自宅周辺	
外出手段	
他サービスの利用	
福祉用具の利用	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 介護用ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> シャワーチェア
■社会参加の状況（家庭内の役割、余暇活動、社会地域活動等）	

■活動・参加に影響を及ぼす課題の要因分析	
① 活動と参加において、重要度の高い課題（これまでの現状から抽出）	
①の課題に影響を及ぼす機能障害（改善の可能性が高いものにチェック）	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
①の課題に影響を及ぼす機能障害以外の因子（調整を行うものにチェック）	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

■要因分析を踏まえた具体的なサービス内容					
訪問・通所頻度（ ） 、利用時間（ ）					
No.	解決すべき課題	期間	具体的支援内容	頻度	時間
		/月		週 回	分/回
				週 回	分/回
				週 回	分/回
			※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと		
		/月		週 回	分/回
				週 回	分/回
				週 回	分/回
			※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと		
		/月		週 回	分/回
				週 回	分/回
				週 回	分/回
			※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと		
		/月		週 回	分/回
				週 回	分/回
				週 回	分/回
			※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと		
□他事業所の担当者と共有すべき事項					
□介護支援専門員と共有すべき事項					
□その他、共有すべき事項（ ）					
※下記の☑の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。					
【情報提供先】 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他に利用している介護サービス（ ） <input type="checkbox"/> （ ）					

■ リハビリテーション開始時から比較して、改善した・出来るようになった活動と参加（継続時に記載）	

■ 診療未実施減算 ※（介護予防）訪問リハビリテーションに限る	
診療未実施減算の適用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	（⇒ありの場合）情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修 <input type="checkbox"/> 修了済 <input type="checkbox"/> 受講途中 <input type="checkbox"/> 未受講

リハビリテーション会議録（訪問・通所リハビリテーション）

利用者氏名 _____ 作成年月日 ____年 ____月 ____日

開催日 ____年 ____月 ____日 開催場所 _____ 開催時間 ____ : ____ ~ ____ : ____ 開催回数 ____

会議出席者	所属(職種)	氏 名	所属(職種)	氏 名
リハビリテーションの支援方針				
リハビリテーションの内容				
各サービス間の提供に当たって共有すべき事項				
利用者又は家族 構成員 不参加理由	<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> サービス担当者() <input type="checkbox"/> サービス担当者()			
次の開催予定と 検討事項				

利用者氏名 様 作成年月日 年 月 日

チェック	プロセス	実施した内容	備考、実施日
調査 (Survey)			
<input type="checkbox"/>	サービス開始時における情報収集	<input type="checkbox"/> 医師の診療 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画の入手 <input type="checkbox"/> 利用者・家族等からの情報収集 <input type="checkbox"/> 医療機関のリハビリテーション実施計画書の入手	
計画 (Plan)			
<input type="checkbox"/>	事業所の医師の指示	<input type="checkbox"/> 医師の詳細な指示 <input type="checkbox"/> 指示の内容の記録	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション計画書の作成 (初回)	<input type="checkbox"/> リハビリテーション計画書の作成	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション計画書の説明と同意	実施者 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション・栄養・口腔の一体的実施	<input type="checkbox"/> 栄養アセスメントの実施 <input type="checkbox"/> 口腔の健康状態の評価の実施 <input type="checkbox"/> 情報の一体的な共有 <input type="checkbox"/> 計画書への反映	
<input type="checkbox"/>	1月以内の居宅訪問 (通所リハ)	<input type="checkbox"/> 診療、運動機能検査、作業能力検査等の実施	
実行 (Do)			
<input type="checkbox"/>	リハビリテーションの実施	<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他	
評価 (Check)、改善 (Action)			
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション計画の進捗状況の評価・必要に応じた見直し	<input type="checkbox"/> 進捗状況の評価 (開始から2週間以内、以降は3月ごと) ⇒ 計画の見直し <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/>	3月以上の継続利用時の説明・記載	<input type="checkbox"/> 医師の判断 <input type="checkbox"/> 必要情報の記載 (継続が必要な理由等) <input type="checkbox"/> 本人・家族への説明	

家族、介護支援専門員、他事業所等との連携			
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション会議の開催	参加者 <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 他サービスの担当者 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/>	介護支援専門員への情報提供	内容 <input type="checkbox"/> 利用者の有する能力 <input type="checkbox"/> 自立のために必要な支援方法 <input type="checkbox"/> 日常生活上の留意点 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/>	介護の工夫に関する指導、日常生活上の留意点に対する助言	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員を通じて、他事業所の従業者に実施 <input type="checkbox"/> 利用者の居宅を訪問して、他サービスの従業者に実施 <input type="checkbox"/> 利用者の居宅を訪問して、家族に実施	
<input type="checkbox"/>	サービス利用終了時の対応	<input type="checkbox"/> 利用終了1月前以内のリハビリテーション会議の実施 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員への情報提供 <input type="checkbox"/> 計画的な医学的管理を行っている医師への情報提供	

生活行為向上リハビリテーション実施計画

利用者氏名

殿

本人の生活行為 の目標			
家族の目標			
実施期間		通所訓練期(. . . ~ . . .) 【通所頻度】 回/週	社会適応訓練期(. . . ~ . . .) 【通所頻度】 回/週
活動	プログラム		
	自己訓練		
心身機能	プログラム		
	自己訓練		
参加	プログラム		
	自己訓練		

【支援内容の評価】

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称
電話番号

医師氏名

患者氏名	
患者住所	性別 男・女
電話番号	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳) 職業	

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
-------------------------	------

既往歴及び家族歴

症状経過、検査結果及び治療経過

現在の処方

要介護状態等区分: 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
(有効期限: 年 月 日～ 年 月 日)

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度): 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度: 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)									
移動	自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	自立	見守り	一部介助	全面介助

本人及び家族の要望

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

備考

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

133

紹介先医療機関等：〇〇〇〇〇

担当医 〇〇 科 〇〇 〇〇

殿

令和 〇 年 〇 月 〇 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称 〇〇〇〇〇

電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇

医師氏名 〇〇 〇〇

患者氏名 〇〇 〇〇

患者住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

性別 男・女

電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇

生年月日 明・大・昭・平 〇 年 〇 月 〇 日(75 歳) 職業 無職(元専業主婦)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

#1 変形性膝関節症(右側) 55歳～

#2 生活不活発病(廃用症候群)

①膝痛のため(70歳～)

②感冒による臥床(平成18年2月) (今回のリ

ハビリテーション実施の主な要因)

紹介目的

通所リハビリテーション終了にあたってのご報告

既往歴及び家族歴

平成18年2月、感冒による臥床のために生活不活発病が急激に増悪した。生活不活発病の改善を主目的として平成18年4月より週2回通所リハビリテーションを開始した。

症状経過、検査結果及び治療経過

平成18年4月膝関節痛を生じにくい家事の方法を指導し、更に屋外歩行の範囲の拡大を図った。杖を使うことで外出が自主可能となり、平日の家事が自主したため、リハビリテーションを終了した。

今後、日常生活の中での活動性向上を指導すれば更なる改善が見込まれる。

現在の処方

〇〇〇〇〇

要介護状態等区分：要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
(有効期限：〇年〇月〇日～〇年〇月〇日)

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)

移動	<u>自立</u>	見守り	一部介助	全面介助	食事	<u>自立</u>	見守り	一部介助	全面介助
排泄	<u>自立</u>	見守り	一部介助	全面介助	入浴	<u>自立</u>	見守り	一部介助	全面介助
着替	<u>自立</u>	見守り	一部介助	全面介助	整容	<u>自立</u>	見守り	一部介助	全面介助

本人及び家族の要望

本人：元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。

家族：平日は家事ができるくらいに元気になって欲しい。(嫁が平日はパートに出るため)

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

膝関節痛が増悪した時に再び活動性が低下すること。

備考

本人は当機関でリハビリテーションを開始するまでは杖に頼ってはいけなないと思込んでいた。(但し、本人は杖を使用して外出する方が良いとは十分に納得されていない様子あり。)

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。

3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

紹介先医療機関等：〇〇〇〇〇

担当医 〇〇 科 〇〇 〇〇

殿

令和 〇 年 〇 月 〇 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称 〇〇〇〇〇

電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇

医師氏名 〇〇 〇〇

患者氏名 〇〇 〇〇

患者住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

性別 (男)・女

電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇

生年月日 明・大・昭・平 〇 年 〇 月 〇 日 (80 歳) 職業 煮職(元会社員)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

#1 脳出血(左被殻出血)(平成17年12月〇日)

#2 右片麻痺

#3 右顔面麻痺

紹介目的

退所にあたってのご報告及び継続治療のご依頼

既往歴及び家族歴

70歳ごろより近医にて高血圧症を指摘されるがその後通院せず放置していた。平成17年12月に脳出血を発症し、右片麻痺を呈し、〇〇病院に入院、治療となった。その後、症状が安定したため、平成18年1月に急性期のリハビリテーション目的で〇〇リハビリテーション病院に転院し、平成18年4月当施設に入所した。

既往歴：高血圧、他特記無し

家族歴：父 高血圧

症状経過、検査結果及び治療経過

入所時は、車椅子での移動であったが、居室棟での歩行訓練や介助歩行にまず重点をおき、四脚杖と短下肢装具を用いることで1ヶ月で居室棟歩行は自主し、その後、自宅の近くの坂道を上れる程度となった。試行的退所の際に、自宅内での身の回り行為(ADL)は自主を確認した。趣味の盆栽や囲碁も片手でできるようになった。

現在の処方

〇〇〇〇〇

要介護状態等区分：要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
(有効期限：〇年〇月〇日～〇年〇月〇日)

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：自立 J1 J2 (A1) A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度：自立 (I) IIa IIb IIIa IIIb IV M

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)

移動	(自立) 見守り	一部介助	全面介助	食事	(自立) 見守り	一部介助	全面介助
排泄	(自立) 見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立 (見守り)	一部介助	全面介助
着替	(自立) 見守り	一部介助	全面介助	整容	(自立) 見守り	一部介助	全面介助

本人及び家族の要望

本人：今後も身の回りのことは一人でやっていきたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と接していきたい。趣味の盆栽の手入れや囲碁も続けたい。

家族：日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

まだ体力の回復が不十分であるため、退所すぐは長時間外出したり長い距離を歩くことを避けるようお願いしたい。

備考

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入す

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

居宅介護支援事業所
地域包括支援センター

訪問リハビリテーション事業所
老人保健施設

通所リハビリテーション事業所
医療機関



(依頼先機関)

居宅介護支援事業所
地域包括支援センター

訪問リハビリテーション事業所
老人保健施設

通所リハビリテーション事業所
医療機関

依頼先機関等名

担当者

殿

氏名	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)	職業
住所							性別 男 ・ 女
電話番号							
認定情報	要介護状態等区分: 要支援(1 ・ 2) 経過的要介護 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) (有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)						

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
-------------------------	------

目標とする生活(本人及び家族)

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化

現状の問題点・課題

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること

備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

依頼日	令和 年 月 日
事業所	
担当者	
電話	
FAX	

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

居宅介護支援事業所
地域包括支援センター訪問リハビリテーション事業所
老人保健施設通所リハビリテーション事業所
医療機関

(依頼先機関)

居宅介護支援事業所
地域包括支援センター訪問リハビリテーション事業所
老人保健施設通所リハビリテーション事業所
医療機関

依頼先機関等名

〇〇〇〇〇

担当者 〇〇 〇〇

殿

氏名 〇〇 〇〇 生年月日 明・大・昭・平 〇 年 〇 月 〇 日 (75 歳) 職業(元専業主婦)

住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

性別 男・女

電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇

認定情報

要介護状態等区分：要支援(1・2) 経過的要介護 要介護 (1・2・3・4・5)
(有効期間：〇年〇月〇日～〇年〇月〇日)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

変形性膝関節症(右膝で強い、20年前から)

+生活不活発病

①膝痛のため5年位前から

②2ヶ月前の風邪による臥床(今回のリハビリテーション実施の主な原因)

紹介目的

通所リハビリテーション終了にあたってのご報告及び継続支援のご依頼

目標とする生活(本人及び家族)

本人：元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。

家族：できれば平日は家事ができるくらいに元気になって欲しい。

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)

生まれ健康でしたが、65歳時から高血圧指摘され、68歳時降圧剤(〇〇〇)を服用開始しています。

20年前から膝痛あり、膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、生活不活発病が徐々に出現していました。

15年前から息子家族と同居していますが、日中の夫婦分の家事は本人が行なっていました。但し、風邪の後からの家事は嫁のみが行なっていて、役割が移っています。本人は家事を行うことが家の中での自分位置づけとして重視しています。

俳句は10年前からはじめましたが、これによるお友達も多いことも含め生きがいがいいなっています。

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化

風邪による安静のために生活不活発病が急激に進行し、その改善を主目的としてそれに対し平成17年より週2回通所リハビリテーションを開始しました。

生活の活発化のポイントとして、膝痛を起こしにくい家事のやり方の指導と屋外歩行の範囲の拡大などを図りました。杖を使うことで外出が自主し、平日の家事が自主したのでリハビリテーションは終了しました。

更に活動性は向上できると思われれます。日常生活の中でできることを増やしていくように支援いただければ幸いです。

ただ、シルバーカーや杖を使うことをまだ納得していない様子もあります。

現状の問題点・課題

膝痛の悪化した時に再び活動性が低下すること。

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること

買い物などの外出や友人との交流等の社会参加の機会を促進してください。今後更に生活範囲が拡大するように、地域における様々な資源の紹介もよろしくお願いします。

日中の家事の主体が再び本人に戻るよう援助ください。

備考

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

依頼日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
事業所	〇〇〇〇〇
担当者	〇〇 〇〇
電話	〇〇-〇〇〇-〇〇〇
FAX	〇〇-〇〇〇-〇〇〇

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設	通所リハビリテーション事業所 医療機関
-------------------------	--------------------------	------------------------



(依頼先機関)

居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設	通所リハビリテーション事業所 医療機関
-------------------------	--------------------------	------------------------

依頼先機関等名

〇〇〇〇〇

担当者

〇〇 〇〇

殿

氏名 〇〇 〇〇 生年月日 明・大・昭・平 〇 年 〇 月 〇 日 (80 歳) 職業 無職(元会社員)

住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

性別 (男) ・ 女

電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇

認定情報

要介護状態等区分：要支援(1 ・ 2) 経過的要介護 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
(有効期間：〇年〇月〇日～〇年〇月〇日)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

脳出血 右片麻痺、右顔面麻痺

紹介目的

退所にあたってのご報告及び継続支援のご依頼

目標とする生活(本人及び家族)

本人：今後も身の回りのことは一人でやっていきたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と接していきたい。趣味の盆栽の手入れや囲碁も続けたい。

家族：日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)

※利用者基本情報(フェイスシート)を参照

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化

入所時は、車椅子での移動であったが、居室棟での歩行訓練や介助歩行にまず重点をおき、四脚杖を用いることで1ヶ月で居室棟歩行は自立しました。自宅の近くの坂道程度も自立しました。身の回り行為(ADL)は自宅内では自立していることを外泊時に確認しています。

趣味の盆栽や囲碁も片手でできるようになりました。(入所中の自由時間にも行っております。)

現状の問題点・課題

がんばりすぎる傾向があります。まだ疲労し易い様子もみられます。

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること

- ・盆栽や囲碁を片手でやることは今後も上手になっていきます。
- ・一度に長い時間歩いたりせずに、時々休みながら行うことをすすめてください。
- ・町内会参加や外出などで生き生きとした生活となるようすすめてください。
- ・積極的な方なので社交範囲が広がる新しい地域活動があればご紹介ください。

備考

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

依頼日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
事業所	〇〇〇〇〇
担当者	〇〇 〇〇
電話	〇〇-〇〇〇-〇〇〇
FAX	〇〇-〇〇〇-〇〇〇

＜リハビリテーションマネジメント＞ アセスメント上の留意点

＜実施計画書1＞

分類	リハビリテーション実施計画書項目	留意点
健康状態	健康状態 (原因疾患、発症・受傷日等)	特に生活機能低下の原因となった傷病を特定してください
		疾病管理の方針(投薬内容を含む)を把握してください
		症状のコントロール状態について把握してください
	合併疾患・コントロール状態	リスク管理上留意すべき合併疾患はありますか
		生活機能に影響する合併疾患はありますか
		治療や使用薬剤が生活機能に及ぼす影響(副作用等)について把握してください
		低栄養あるいは肥満や栄養の偏りの有無について把握してください
		合併疾患等についての本人・家族の理解を把握してください
	生活不活発病(廃用症候群)	生活不活発病の発生原因を特定してください
		現在の生活の活発さの程度を把握してください
		生活不活発病改善への方針を把握してください
		生活不活発病及びその原因についての本人・家族の理解を把握してください
心身機能	運動機能障害	麻痺(中枢性、末梢性)、筋力低下、不随意運動の有無について把握してください
	感覚機能障害	聴覚機能、視覚機能等の障害の程度を把握してください
	高次脳機能障害	失行・失認、失語の有無を把握してください
		記憶と認知の障害の有無を把握してください
		高次脳機能障害の日常生活・社会活動への影響を把握してください
	拘縮	部位と運動制限の程度を把握してください
	関節痛	部位と程度を把握してください
		痛みのコントロールの程度も把握してください
	その他	情動症状、うつ状態、循環・呼吸・消化機能障害、音声・発話機能の障害、排尿機能の障害・性機能の障害、褥瘡の有無を確認してください
		これらの障害が日常生活・社会活動制限の原因になっていないか確認してください
	認知症に関する評価	中核症状の重症度を把握してください
		周辺症状の有無を把握してください
		経過を必ず確認してください(診断時期、受けてきた治療を含む)
	トイレへの移動	個室内の移動、ドアの開閉が可能かどうか確認してください
	階段昇降	階段の傾斜や手すりの使用状況等にも注目してアセスメントしてください

日常生活・社会活動	屋内移動	自宅と自宅以外の屋内(通所施設内、病院内、等)の違いにも注目して移動能力をアセスメントしてください
	屋外移動	場所や床面の状況による違いにも注目してアセスメントしてください
	食事	食品の形態によって食事動作に差が出るか、箸やフォークの使用状況、瓶や缶あけが可能であるかについて把握してください
	排泄(昼)(夜)	トイレの様式による違いや立ち上がり動作や衣服の着脱についても注目してアセスメントしてください
	整容	洗面、整髪、歯、ひげ、つめの手入れができるかどうかを把握してください。それらを行う姿勢が座位か、立位姿勢かについても留意してください
	更衣	衣服と履物の種類に着目して、着脱の実行状況を把握してください
		適切な衣服の選択かについても把握してください
	入浴	浴室での移動、浴槽への出入りが可能かどうか、体を洗えるかどうかについて把握してください
	コミュニケーション	周囲の人と意思の疎通が可能であるかどうか、困難である場合、とくに表出が困難か、理解が困難かについて把握してください コミュニケーションの相手やその手段(手話、非手話)にも注目して把握してください
起居動作	家事	ゴミ捨て、植物の水やり等についても把握してください
	外出	公共交通機関の利用、自動車の運転、自転車の運転が可能であるかどうか、把握してください
起居動作	寝返り 起き上り 座位 立ち上り 立位	それぞれの動作の実施環境による違いを把握してください
摂食・嚥下		口腔機能の状態を把握し、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導の必要性を判断してください

<実施計画書2>

リハビリテーション 実施計画書項目	留意点
ご本人 の希望	希望する背景や理由、その心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回との違いを明らかにしてください
ご家族 の希望	利用者にどうなってほしいと家族が思っているのかを把握してください その希望の根拠や心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回との違いを明らかにしてください

興味・関心チェックシート

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

生活機能チェックシート

利用者氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
評価日	年 月 日	評価スタッフ		職種	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				

	項目	レベル	課題	環境 (実施場所・補助具等)	状況・生活課題
A D L	食事	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	椅子とベッド間の移乗	・自立(15) ・監視下(10) ・座れるが移れない(5) ・全介助(0)	有・無		
	整容	・自立 (5) ・一部介助(0) ・全介助(0)	有・無		
	トイレ動作	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	入浴	・自立 (5) ・一部介助(0) ・全介助(0)	有・無		
	平地歩行	・自立 (15) ・歩行器等 (10) ・車椅子操作が可能 (5) ・全介助(0)	有・無		
	階段昇降	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	更衣	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	排便 コントロール	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	排尿 コントロール	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
I A D L	調理	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	洗濯	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	掃除	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	項目	レベル	課題	状況・生活課題	
基本動作	寝返り	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	起き上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	座位の保持	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立ち上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立位の保持	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		

【個別機能訓練計画書】

作成日： 年 月 日	前回作成日： 年 月 日	初回作成日： 年 月 日
ふりがな 氏名	性別	生年月日 年 月 日
要介護度		計画作成者： 職種：
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		

I 利用者の基本情報 ※別紙様式3－1・別紙様式3－2を別途活用すること。

利用者本人の希望	家族の希望
利用者本人の社会参加の状況	利用者の居宅の環境（環境因子）

健康状態・経過

病名	発症日・受傷日： 年 月 日 直近の入院日： 年 月 日 直近の退院日： 年 月 日
治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）	
合併症： <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> うつ血性心不全 <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	
機能訓練実施上の留意事項（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）	

II 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練の目標

機能訓練の短期目標（今後3ヶ月） （機能） （活動） （参加）	機能訓練の長期目標 （機能） （活動） （参加）
前回作成した短期目標に対する目標達成度（達成・一部・未達）	前回作成した長期目標に係る目標達成度（達成・一部・未達）

※目標設定方法の詳細や生活機能の構成要素の考え方は、通知本体を参照のこと。 ※目標達成の目安となる期間についてもあわせて記載すること。
 ※短期目標（長期目標を達成するために必要な行為）は、個別機能訓練計画書の訓練実施期間内に達成を目指す項目のみを記載することとして差し支えない。

個別機能訓練項目

プログラム内容(何を目的に(～のために)～する)	留意点	頻度	時間	主な実施者
①		週 回	分/回	
②		週 回	分/回	
③		週 回	分/回	
④		週 回	分/回	

※短期目標で設定した目標を達成するために必要な行為に対応するよう、訓練項目を具体的に設定すること。

プログラム立案者：

利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること	特記事項
-----------------------------	------

III 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練の実施による変化	個別機能訓練実施における課題とその要因
----------------	---------------------

※個別機能訓練の実施結果等をふまえ、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更等を行った場合は、個別機能訓練計画書の再作成又は更新等を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に係る最新の情報が把握できるようにすること。初回作成時にはIIIについては記載不要である。

事業所名：	説明日： 年 月 日 説明者：
-------	-----------------------------------

フリガナ		性別	□男 □女	生年月日	年 月 日生まれ	年齢		歳
氏名		要介護度		病名・特記事項等		記入者名		
利用者						作成年月日	年 月 日	
家族の意向						家族構成と キーパーソン （支援者）	本人	—

（以下は、入所（入居）者個々の状態に応じて作成。）

実施日（記入者名）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）
プロセス	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高
身長	cm	cm	cm	cm
体重 / BMI	kg /	kg /	kg /	kg /
3%以上の体重減少率 kg / 1ヶ月	□無 □有(kg / 1ヶ月)	□無 □有(kg / 1ヶ月)	□無 □有(kg / 1ヶ月)	□無 □有(kg / 1ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg / 3ヶ月	□無 □有(kg / 3ヶ月)	□無 □有(kg / 3ヶ月)	□無 □有(kg / 3ヶ月)	□無 □有(kg / 3ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg / 6ヶ月	□無 □有(kg / 6ヶ月)	□無 □有(kg / 6ヶ月)	□無 □有(kg / 6ヶ月)	□無 □有(kg / 6ヶ月)
褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
栄養補給法	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口
その他	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法
栄養補給の状態				
食事摂取量（割合）	%	%	%	%
主食の摂取量（割合）	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
主菜、副菜の摂取量（割合）	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %
その他（補助食品など）				
摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
提供栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
必要栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
嚥下調整食の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
食事の形態（コード）	（コード：★フルダウン ² ）	（コード：★フルダウン ² ）	（コード：★フルダウン ² ）	（コード：★フルダウン ² ）
とろみ	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い
食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど）	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
本人の意欲	★フルダウン ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³
食欲・食事の満足感	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴
食事に対する意識	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）				
口腔機能関係	□口腔関係 □口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔関係 □口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔関係 □口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔関係 □口腔衛生 □摂食・嚥下
安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□
食事に集中することができない	□	□	□	□
食事中に傾眠や意識混濁がある	□	□	□	□
歯（義歯）のない状態で食事をしている	□	□	□	□
食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□
固形の食べ物を咀嚼しよく中にむせる	□	□	□	□
食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	□	□	□	□
水分でむせる	□	□	□	□
食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□
その他・気が付いた点				
褥瘡・生活機能関係	□褥瘡（再掲） □生活機能低下 □嚥気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲） □生活機能低下 □嚥気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲） □生活機能低下 □嚥気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲） □生活機能低下 □嚥気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
その他				
特記事項				
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない
計画変更	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
GLIM基準による評価※	□低栄養非該当 □低栄養（□中等度 □重度）	□低栄養非該当 □低栄養（□中等度 □重度）	□低栄養非該当 □低栄養（□中等度 □重度）	□低栄養非該当 □低栄養（□中等度 □重度）
※医療機関から情報提供があった場合に記入する。				
経口維持加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している場合は必須				
摂食・嚥下機能検査	□水飲みテスト □頸部触診法 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ） 実施日： 年 月 日	□水飲みテスト □頸部触診法 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ） 実施日： 年 月 日	□水飲みテスト □頸部触診法 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ） 実施日： 年 月 日	□水飲みテスト □頸部触診法 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ） 実施日： 年 月 日
検査結果や観察等を通して把握した課題の所在	□認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能	□認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能	□認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能	□認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能
参加者	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日
参加者	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日
①食事の形態・とろみ、補助食の活用	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
②食事の周囲環境	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
③食事の介助の方法	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
④口腔ケアの方法	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
⑤医療又は歯科医療受療の必要性	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
特記事項				

※経口維持加算（Ⅱ）を算定する場合は、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加していること

★フルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング★フルダウン² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類（4、3、2-2、2-1、1k、0k、0p）★フルダウン³ 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない★フルダウン⁴ 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

注1）スクリーニングにおいては、把握可能な項目（BMI、体重減少率、血清アルブミン値等）により、低栄養状態のリスクを把握する。

注2）利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

<低栄養状態のリスクの判断>

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5 未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1 か月に3～5%未満 3 か月に3～7.5%未満 6 か月に3～10%未満	1 か月に 5%以上 3 か月に 7.5%以上 6 か月に 10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl 以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl 未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

栄養ケア・経口移行・経口維持計画書（施設）（様式例）

氏名： 殿		入所（院）日： 年 月 日
		初回作成日： 年 月 日
作成者：		作成（変更）日： 年 月 日
利用者及び家族の意向	説明日 年 月 日	
解決すべき課題 （ニーズ）	低栄養状態のリスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	
長期目標と期間		

分類	短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容（頻度、期間）	担当者
★ブルダウン※			
特記事項			

※①栄養補給・食事、②栄養食事相談、③経口移行の支援、④経口維持の支援、⑤多職種による課題の解決など

算定加算：☐栄養マネジメント強化加算 ☐経口移行加算 ☐経口維持加算（☐Ⅰ ☐Ⅱ） ☐療養食加算

栄養ケア提供経過記録

月 日	サービス提供項目

記入日: 年 月 日

医療機関・介護保険施設 ご担当者様

氏名	ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日 (歳)		
	様				病名			
身長	cm (測定日 年 月 日)							
体重	直近(①): kg (測定日 年 月 日)				BMI	直近(①): kg/m ²		
	①から1か月前: kg (測定日 年 月 日)					①から1か月前: kg/m ²		
栄養補給に関する事項	必要栄養量	エネルギー	kcal	たんぱく質	g			
	摂取栄養量	エネルギー	kcal	たんぱく質	g			
	経口栄養 □無	食種		補助食品	□ 無 □ 有 (商品名: 提供時間:)			
		主食	□ 米飯 □ 軟飯 □ 全粥 □ その他 ()					
		副食	□ 普通 □ 軟菜 □ 嚥下調整食 (コード※ ¹ :) □ その他 ()					
		とろみ	□ 無 □ 有 (□ 薄い □ 中間 □ 濃い) ※ ¹					
	経管栄養 □無	製品名:						
		備考※ ² ()						
静脈栄養 □無	製品名・投与量等:							
食事に関する留意事項	食物アレルギー	□ 無 □ 有 ()						
	その他禁止食品	□ 無 □ 治療による禁止有り () □ 嗜好による禁止有り ()						
	その他問題点	□ 無 □ 姿勢保持不良 □ 食事への注意散漫 □ 食事時の傾眠 □ 食物の溜め込み □ 嚥下障害 □ 咀嚼困難 □ 口腔内残渣 □ その他 ()						
入所中の経過・栄養食事相談の内容等								

※1: 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の「コード分類」及び「とろみ分類」

※2:投与方法や投与速度を必要に応じて記入すること

問合せ先 施設名： _____
 担当管理栄養士名： _____
 電話番号： _____ (FAX)： _____

フリガナ		性別	□男 □女	生年月日	年 月 日 生まれ	年齢	
氏名		要介護度		病名・特記事項等		記入者名	
利用者						作成年月日	年 月 日
家族の意向				食事の準備状況（買い物、食事の支援、配達特性等）		家族構成とキーパーソン（支援者）	本人 ー

（以下は、利用者個々の状態に応じて作成。）

実施日（記入者名）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）
プロセス	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高
身長	cm	cm	cm	cm
体重 / BMI	kg /	kg /	kg /	kg /
3%以上の体重減少率 kg / 1ヶ月	□無 □有 (kg / ヶ月)	□無 □有 (kg / ヶ月)	□無 □有 (kg / ヶ月)	□無 □有 (kg / ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg / 3ヶ月	□無 □有 (kg / ヶ月)	□無 □有 (kg / ヶ月)	□無 □有 (kg / ヶ月)	□無 □有 (kg / ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg / 6ヶ月	□無 □有 (kg / ヶ月)	□無 □有 (kg / ヶ月)	□無 □有 (kg / ヶ月)	□無 □有 (kg / ヶ月)
褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
栄養補給法	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口
	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法
その他				
栄養摂取量（割合）	%	%	%	%
主食の摂取量（割合）	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
主菜、副菜の摂取量（割合）	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %
その他（補助食品など）				
摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
提供栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
必要栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
嚥下調整食の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
食事の形態（コード）	（コード：★フルダウン ² ）	（コード：★フルダウン ² ）	（コード：★フルダウン ² ）	（コード：★フルダウン ² ）
とろみ	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い
食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど）	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
本人の意欲	★フルダウン ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³
食欲・食事の満足感	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴
食事に対する意識	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）	□腔関係 □腔衛生 □摂食・嚥下	□腔関係 □腔衛生 □摂食・嚥下	□腔関係 □腔衛生 □摂食・嚥下	□腔関係 □腔衛生 □摂食・嚥下
安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□
食事に集中することができない	□	□	□	□
食事中に嚥下や意識混濁がある	□	□	□	□
歯（義歯）のない状態で食事をしている	□	□	□	□
食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□
固形の食べ物を咀嚼しにくく中むせる	□	□	□	□
食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	□	□	□	□
水分でむせる	□	□	□	□
食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□
その他・気が付いた点				
褥瘡・生活機能関係 消化器官関係 水分関係 代謝関係 心理・精神・認知症関係 医薬品	□褥瘡（再掲） □生活機能低下 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲） □生活機能低下 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲） □生活機能低下 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲） □生活機能低下 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
特記事項				
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない
サービス継続の必要性 注）栄養改善加算算定の場合	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
GLIM基準による評価 ※医療機関から情報提供があった場合に記入する。	□低栄養非該当 □低栄養（□中等度 □重度）	□低栄養非該当 □低栄養（□中等度 □重度）	□低栄養非該当 □低栄養（□中等度 □重度）	□低栄養非該当 □低栄養（□中等度 □重度）

- ★フルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
★フルダウン² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類（4、3、2-2、2-1、1j、Ot、Oj）
★フルダウン³ 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5全くない
★フルダウン⁴ 1さいにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

注1）スクリーニングにおいては、把握可能な項目（BMI、体重減少率、血清アルブミン値等）により、低栄養状態のリスクを把握する。

注2）利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

＜低栄養状態のリスクの判断＞

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

栄養ケア計画書 （通所・居宅） （様式例）

氏名： 殿		初回作成日： 年 月 日
		作成（変更）日： 年 月 日
		作成者：
医師の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （要点） 指示日（ / ）	
利用者及び家族の意向		説明日 年 月 日
解決すべき課題 （ニーズ）	低栄養状態のリスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	
長期目標と期間		

分類	短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容（頻度、期間）	担当者
★ プル ダウン ※			
特記事項			

※①栄養補給・食事、②栄養食事相談、③多職種による課題の解決など

栄養ケア提供経過記録

月 日	サービス提供項目

別紙様式 5 - 1

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）

口腔・栄養スクリーニング様式

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	

	スクリーニング項目	前回結果 (月 日)	今回結果 (月 日)
口 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）		
栄 養	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）※ ³ 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）		

- ※1 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。
- ※2 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない。(初回は評価不要)
- ※3 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

(参考) 口腔スクリーニング項目について

「硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる」

歯を失うと肉や野菜等の摂取割合が減り、柔らかい麺類やパン等の摂取割合が増えることが指摘されています。

「入れ歯を使っている」

入れ歯があわないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでてきます。

また、歯が少ないけれども入れ歯を使っていない場合には、口腔の問題だけでなく認知症や転倒のリスクが高まります。

「むせやすい」

飲み込む力が弱まると飲食の際にむせたり、飲み込みづらくなって、食事が大変になります。誤嚥性肺炎のリスクも高まることから口腔を清潔に保つことが重要です。

(参考) 低栄養状態のリスク分類について

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)
 身長147cm、体重38kgの利用者の場合、
 $38(\text{kg}) \div 1.47(\text{m}) \div 1.47(\text{m}) = 17.6$

別紙様式 5 - 2

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）

口腔・栄養スクリーニング様式

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	

	スクリーニング項目	前回結果 (月 日)	今回結果 (月 日)
口 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※ ¹	できる・できない	できる・できない
	食物のため込み、残留※ ²	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）		
栄 養	身長（cm）※ ³	（cm）	（cm）
	体重（kg）	（kg）	（kg）

BMI (kg/ m ²) ※ ³ 18.5未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ m ²)
直近1～6か月間における 3%以上の体重減少※ ⁴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月)
直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少※ ⁴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ 6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ 6か月)
血清アルブミン値 (g/dl) ※ ⁵ 3.5 g/dl未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))
食事摂取量 75%以下※ ⁵	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)
特記事項 (医師、管理栄養士等への 連携の必要性等)		

※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する必要はなく、確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

※2 食事の観察が困難な場合は、空欄でも差し支えない

※3 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

※4 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない。(初回は評価不要)

※5 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

(参考) 口腔スクリーニング項目について

項目	評価基準
開口	・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。
歯の汚れ	・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。
舌の汚れ	・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。
左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	・本人にしっかり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。
歯肉の腫れ、出血	・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。
むせ	・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。
ぶくぶくうがい	・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。
食物のため込み、残留	・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。
特記事項 (歯科医師等への連携 の必要性等)	<ul style="list-style-type: none"> ・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、口の中に薬が残っている等の気になる点があれば記載する。 ・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は高い。

	<ul style="list-style-type: none"> ・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を含めた、歯科医師等連携への必要性を検討する。
--	--

(参考)低栄養状態のリスク分類について

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)
 身長147cm、体重38kgの利用者の場合、
 $38(\text{kg}) \div 1.47(\text{m}) \div 1.47(\text{m}) = 17.6$

口腔衛生の管理体制についての計画

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"/> 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所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
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。
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	

口腔衛生の管理体制についての計画

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	

口腔の健康状態の評価及び情報共有書

年 月 日

利用者氏名	(ふりがな)	男・女
	年 月 日生	
※基本情報は、入所時評価以外は変更が無ければ記載の省略可		
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
	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 (最終受診日: [西暦] 年 月 日) <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	<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】

☐ 入所時 ☐ 2回目以降 (前回: 年 月 日)

記入者氏名: (職種:)

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3 c m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	ブクブクうがい※1	<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※2	<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、口の中に薬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※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

その他の特記事項	
----------	--

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	□ 歯科疾患（□ 重症化防止 □ 改善 □ 歯科受診） □ 口腔衛生（□ 維持 □ 改善（ ）） □ 摂食嚥下等の口腔機能（□ 維持 □ 改善（ ）） □ 食形態（□ 維持 □ 改善（ ）） □ 栄養状態（□ 維持 □ 改善（ ）） □ 音声・言語機能（□ 維持 □ 改善（ ）） □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他（ ）	
実施内容	□ 口腔清掃 □ 口腔清掃に関する指導 □ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 音声・言語機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ 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

--

(参考)

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 ・ 女	〒	ー
	年 月 日生		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3 c m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※ ¹	<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※ ²	<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、口の中に薬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※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)

リハビリテーション計画書

計画実施日 年 月 日

利用者氏名	男・女	年 月 日 生 (歳)	要介護度：	担当医：	PT：	OT：	ST：	SW：	看護師：	
健康状態（原因疾患、発症日等）			合併疾患		廃用症候群： □軽度 □中等度 □重度 原因：			障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症である老人の日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		
本人の希望					家族の希望					

	目標 [到達時期]							評価項目・内容														
参加 〔主目標〕	家庭内役割：							家庭内役割：														
	外出(目的・頻度等)：							外出：														
活動	自立・介護 状況 項目	自宅での実行状況（目標）：「する“活動”」						日常生活での実行状況：「している“活動”」						評価・訓練時の能力：「できる“活動”」								
		自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	独立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考
	屋外歩行 (含：家からの出入り)																					
	階段昇降																					
	トイレへの移動																					
	食 事																					
	排 泄																					
	整 容																					
	更 衣 (含：靴・装具の着脱)																					
	入 浴																					
	家 事																					
コミュニケーション																						

リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等

自己実施プログラム

前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 等

本人・家族への説明	年 月 日	本人	家族	説明者
-----------	-------	----	----	-----

〔註〕：・健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活機能分類)による
・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

リハビリテーション計画書

計画実施日 年 月 日

利用者氏名 <div>厚生花子</div>	男・女 <div>女</div>	T10 年 月 15 日生 (81 歳)	要介護度： 1	担当医： 〇〇	PT： 〇〇	OT： 〇〇	ST： 	SW： 	看護師： 〇〇		
健康状態（原因疾患、発症日等） 膝関節症（右強い、20年前から） ＋廃用症候群			合併疾患			廃用症候群： □軽度 ■中等度 □重度 原因： 膝痛のための活動性低下			障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症である老人の日常生活自立度 (正常) I IIa IIb IIIa IIIb IV M		

本人の希望 1人で外出したい（特に近所、買い物へ）	家族の希望 これ以上悪くなって欲しくない（平日は家事をして欲しい）
------------------------------	--------------------------------------

		目標 [到達時期]						評価項目・内容																
参加 〔主目標〕	家庭内役割： 平日の主婦業							家庭内役割： 特になし（2ヶ月前まで平日の家事実施。現在嫁が行っているが、嫁はパートにも行っている。）																
	外出(目的・頻度等)： 買い物（週2回）、友人宅（週3回）、老人会（週1回）							外出： 家族の介助時のみ（3ヶ月前から介助必要）																
活動	項目	自立・介護状況	自宅での実行状況（目標）：「する“活動”」						日常生活での実行状況：「している“活動”」						評価・訓練時の能力：「できる“活動”」									
		自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備 考	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備 考	独立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備 考		
	屋外歩行 (含：家からの出入り)	✓						買い物:シルバーカー それ以外:四脚杖				✓				腕を組み		✓						シルバーカー
	階段昇降	✓						手すり						✓				✓						
	トイレへの移動	✓						家具の配置換え つたい歩きも	✓									✓						
	食 事	✓							✓									✓						
	排 泄	✓							✓									✓						
	整 容	✓							✓									✓						
	更衣 (含:靴・装具の着脱)	✓							✓									✓						
	入 浴		✓									✓							✓					伝い歩き指導 洗い椅子使用
	家 事	✓						平日の昼・夕食 掃除						✓					✓					膝への負担の少ない 方法の指導
コミュニケーション							問題なし						問題なし											

リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等

膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、廃用症候群が進行している状態。
そのため個別リハとして、活動能力を向上させて生活を活発化させ、廃用症候群を改善していく。具体的には、

1) 膝に負担の少ない自宅生活での諸活動のやり方をPT・OTが指導し、自宅で行ってもらう。(特に家事は細かく指導していく。)
(随時家族にも、自立までの介助方法を指導していく。)

2) 外出自立のために、適切な歩行補助具(買い物時はシルバーカー、それ以外は四脚杖)を使用した屋外移動、
買い物等の活動能力向上訓練を行う。また家からの出入りや、靴の着脱能力向上をはかる。
外出が自立し、平日の家事が自立したら個別訓練は終了。その後は日常生活の中での活動性向上を指導していくことで、廃用症候群を改善させていく。

自己実施プログラム

下肢の運動(過用に注意)

前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 等

本人・家族への説明	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	本人	厚生花子	家族	厚生次郎	説明者	〇〇
-----------	-----------------	----	------	----	------	-----	----

〔註〕：・健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活機能分類)による
・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

(参考)

口腔衛生管理加算 様式（実施計画）

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□4、□3、□2-2、□2-1、□1j、□0t、□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
同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）の実施の有無※2	<input type="checkbox"/> あり（ ）回 <input type="checkbox"/> なし

※1 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月以内の状況について記載すること。

※2 医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に3回以上（緩和ケアを実施するもの場合は7回以上）算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

1 口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）

記入日： 年 月 日

口腔に関する問題点等 （該当する項目をチェック）	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態（ <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）
	<input type="checkbox"/> 口腔機能の状態（ <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"/> ぶくぶくうがい困難※）※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"/> 歯数（ ）歯
	<input type="checkbox"/> 歯の問題（ <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（ ）） <input type="checkbox"/> 義歯の問題（ <input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 必要だが使用していない <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患（潰瘍等）

2 口腔衛生の管理内容

記入日： 年 月 日

記入者	氏名： （指示を行った歯科医師名： ）
実施目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患（ <input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上 <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"/> 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（ ）
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（ ）

3 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

実施日： 年 月 日（記入者： ）

口腔衛生等の管理	<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（ ）
介護職員への技術的助言等の内容	<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（ ）

4 その他の事項

--