令和６年度　介護保険事業者等集団指導
介護老人福祉施設・（介護予防）短期入所生活介護
【資料編】

長野県健康福祉部介護支援課

長野市保健福祉部高齢者活躍支援課

松本市健康福祉部高齢福祉課

目次

Ⅰ　介護老人福祉施設の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１

Ⅱ　介護老人福祉施設の人員基準について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２

Ⅲ　介護老人福祉施設の施設及び設備の留意点について・・・・・・・・・　８

Ⅳ　介護老人福祉施設・ユニット型介護老人福祉施設の運営基準について・・　８

Ⅴ　介護老人福祉施設サービスに要する費用等・・・・・・・・・・・・・・・・・22

Ⅵ　（介護予防）短期入所生活介護事業所にかかる留意事項・・・・79

Ⅶ　参考資料（通知、事務連絡等）

○生活相談員の資格要件について（通知）（25 健長介第 639 号　平成 26 年３月５日）
○特別養護老人ホームに関する認可申請及び届出について
○施設長の資格要件について（通知）（26 介第 304 号　平成 26 年７月 16 日）
○施設系従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（記入例）
○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（vol.1217）
○生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について（vol.1218）
○（別紙１）協力医療機関に関する届出書

指定介護老人福祉施設の留意事項

●介護老人福祉施設、特別養護老人ホームとは

（老人福祉法）
第２０条の５
　特別養護老人ホームは、第 11 条第 1 項第 2 号の措置に係る者又は介護保険法の規定による地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る地域密着型介護サービス費若しくは介護福祉施設サービスに係る施設介護サービス費の支給に係る者その他の政令で定める者を入所させ、養護することを目的とする施設とする。

（介護保険法）
第８条第２７項
　この法律において「介護老人福祉施設」とは、老人福祉法第 20 条の 5 に規定する特別養護老人ホーム（入所定員が 30 人以上であるものに限る。以下この項において同じ。）であって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設をいい、「介護福祉施設サービス」とは、介護老人福祉施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をいう。

※29 人以下は、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（市町村指定）

●入所対象者

　特別養護老人ホームには、平成 27 年４月から、原則として、要介護３以上の方のみが入所できることとなっている。
　なお、要介護１や要介護２ の方であっても、やむを得ない事情により、特別養護老人ホーム以外での生活が困難な方については、特例的に入所できる。申込者側から特例入所の要件に該当している旨の申立てがある場合には、入所申込みを受け付けない取扱いは認められない。
　各施設は、県ガイドラインを参考として、入所検討委員会を設置し、入所に関する基準及び手続を作成する。

＜長野県指定介護老人福祉施設の入所ガイドライン＞

個別評価項目	・要介護度 ・認知症高齢者の日常生活自立度 ・介護者等の状況 ・在宅サービス利用率など
総合評価項目	・身体上又は精神上の著しい障害による常時介護の必要性 ・生活上の全面的な介護などの必要性 ・自立度が低いことによる生活全般にわたる関与などの必要性 ・認知症による行動障害、在宅のＱＯＬ ・在宅サービスの利用内容 ・住宅環境の要因、入所申込時期、地域性、入所した場合の家族との交流など

●基準に関する県条例等

条　　例	施行規則	要　　綱
介護保険法に基づく指定介護老人福祉施設の従業者、設備及び運営の基準に関する条例 （平成 24 年長野県条例第 53 号）	介護保険法に基づく指定介護老人福祉施設の従業者、設備及び運営の基準に関する条例施行規則	長野県指定介護老人福祉施設の従業者、設備及び運営の基準に関する要綱 （25 健長介第 145 号）

（平成 30 年長野県条例第 15 号一部改正）	（平成25年長野県規則第24号） （平成 30 年長野県規則第 20 号一部改正）	（30 介第 268 号一部改正）
特別養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例 （平成24年長野県条例第57号） （平成 30 年長野県条例第 15 号一部改正）	特別養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例施行規則 （平成25年長野県規則第27号） （平成 30 年長野県規則第 20 号一部改正）	長野県特別養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する要綱 （25 健長介第 149 号） （30 介第 124 号一部改正）

1　人員に関する基準

医師	入所者（※1）に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
生活相談員	常勤、入所者の数が 100 又はその端数を増すごとに１以上 【資格要件】 　社会福祉法第 19 条第 1 項各号（社会福祉主事、社会福祉士、精神保健福祉士）のいずれかに該当する者又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者（介護支援専門員、 介護福祉士（平成 26 年３月５日付け 25 健長介第 639 号通知）） （参考）本体施設（介護老人福祉施設）入所者が 110 人、併設の短期入所生活介護の利用者が 20 人の場合、必要な生活相談員の員数は、110＋20＝130 人 ← 生活相談員は 100 名又はその端数を増す毎に１以上となり、常勤で２以上の配置があれば本体・ショート共に基準を満たすこととなる。
介護職員又は看護職員　（看護職員：看護師若しくは准看護師）	①　介護職員及び看護職員の総数； 　常勤換算方法で、入所者の数が３又はその端数を増すごとに１以上 ②　看護職員の数　入所者の数が 30 以下　　：常勤換算方法で、１以上 　　入所者の数が 30 超 50 以下　：常勤換算方法で、２以上 　　入所者の数が 50 超 130 以下：常勤換算方法で、３以上 　　入所者の数が 130 超：常勤換算方法で３＋(入所者 50 増毎に１)以上 ③　看護職員のうち、１人以上は常勤 （参考）看護職員の数について 　併設される指定短期入所生活介護事業所の定員が 20 人以上の場合は、短期入所生活介護事業所において看護職員を１名以上常勤配置 例１）　特養の入所者数 50 人 併設する短期入所の利用者数 10 人 合計 60 人の場合 　　特養での看護職員の必要配置数は、特養の入所者数が 50 人なので常勤換算で２人必要、併設ショートは定員が 20 人未満であり、配置義務がないので、全体で常勤換算２人以上（うち１人常勤）の配置が必要 例２）　特養の入所者数＝100 人 併設ショートの利用者数＝20 人 合計 120

	人の場合 特養での看護職員の必要配置数は、入所者数が 100 人なので常勤換算で３人以上（うち常勤１人以上）必要、併設ショートの定員については 20 名以上であるので、ショートで１名以上常勤職員を配置しなければならない。
栄養士又は管理栄養士	１以上 （入所定員が 40 人を超えない施設は、他の社会福祉施設等の栄養士との連携を図ることで当該施設の効果的な運営が期待でき、入所者の処遇に支障がないときは置かないことができる。） 注）給食業務を第三者に委託する場合、栄養士の配置が必要。 「保護施設等における調理業務の委託について」（昭和６２年厚生省通知）の「３施設の行う業務について」により、「施設は、次に掲げる業務を自ら実施するものとし、その業務を担当させるため、栄養士を配置すること。したがって、「栄養士を配置していない施設は、調理業務の委託を行うことはできないものであること」とされている。（保護施設等には、老人福祉法による老人福祉施設（老人短期入所施設を含む）を含む）
機能訓練指導員	１以上 （理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者、<u>機能訓練指導員を配置した事業所で６月以上の実務経験を有するはり師又はきゅう師</u>） ・当該施設の他の職務との兼務可　　※ただし、個別機能訓練加算の場合は別
介護支援専門員	・常勤､専従で１以上（入所者の数が 100 又はその端数を増すごとに１を標準とする） ※1） （入所者の処遇に支障がない場合は、<u>当該施設</u>の他の職務との兼務可） この場合、兼務を行う他の職務に係る常勤換算上も、当該介護支援専門員の勤務時間の全体を当該他の職務に係る勤務時間として算入することができる。 なお、居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務は認められない。 ・増員分２人目からは非常勤可
管理者（施設長）	常勤、専従で１人 （当該施設の管理上支障がない場合は、**当該施設の他の職務、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、当該指定介護老人福祉施設の入所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時に、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場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、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や、事故発生時等の緊急時において権利者自身が速やかに当該指定介護老人福祉施設に駆け付けることができない体制となっている場合などは、一般的には管理業務に支障があると考えられる。）、**当該施設のサテライト型居住施設の職務**に従事可）

	（参考）老人福祉法に係る施設長の資格要件 ① 社会福祉法第 19 条第１項各号（社会福祉主事、社会福祉士、精神保健福祉士）のいずれかに該当する者 ② 社会福祉事業に２年以上従事した者 ・社会福祉施設の施設長など、直接入所者の処遇又はサービス提供を行う職員として従事した者 ③ これらと同等以上の能力を有すると認められる者 （平成 26 年 7 月 16 日付け 26 介第 304 号通知参照）

（※1）医師及び介護支援専門員の数は、サテライト型居住施設の本体施設である指定介護老人福祉施設であって、当該サテライト型居住施設に医師又は介護支援専門員を置かない場合にあっては、指定介護老人福祉施設の入所者の数及び当該サテライト型居住施設の入所者の数の合計数を基礎として算出しなければならない。

★配置基準での兼務の可否等と加算等の要件は異なりますので、注意してください。

● 特別養護老人ホームの職員は当該施設の職務に専念すべきこととしたものであり、職員の他の職業との兼業を禁止する趣旨のものではなく、また、当該特別養護老人ホームを運営する法人内の他の職務であっても、同時並行的に行われるものではない職務であれば、各々の職務に従事すべき時間帯が明確に区分された上で勤務することは差し支えない。（H27 一部改正）

☆平成 27 年 4 月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．1）

【問 130】 専従が求められる特別養護老人ホームの職員について、「同時並行的に行われるものではない職務であれば、兼務することは差し支えない」とのことだが、生活相談員や介護職員などの直接処遇職員についても、地域貢献活動等に従事することが認められるということで良いか。

【答 130】 特別養護老人ホームに従事する職員についての専従要件は、他の職業との兼業を禁止する趣旨のものではないため、特別養護老人ホームに従事する時間帯以外の時間帯であることを勤務表等で明確にした上で、それらの活動に従事することは可能である。

【問 131】 常勤の職員の配置が求められる職種については、職員が時間帯を明確に区分し、法人内の他の職務に従事する場合には、特別養護老人ホームにおける勤務時間が常勤の職員が勤務すべき時間数に達しないこととなるため、人員基準を満たすためには当該職員とは別に常勤の職員を配置する必要があると考えてよいか。

【答 131】 貴見のとおりである。

【問 132】 職員が時間帯を明確に区分し、法人内の他の職務に従事した時間については、常勤換算方法における職員の勤務延時間数に含まないと考えてよいか。

【答 132】 貴見のとおりである。

【問 133】 特別養護老人ホームにおいて勤務すべき時間帯については、従前のとおり、介護職員等の直接処遇職員については原則として兼務ができず、その他の職員の兼務についても、同一敷地内の他の社会福祉施設等への兼務であって、入所者の処遇に支障をきたさない場合に限られるものであると考えてよいか。

また、特別養護老人ホームにおいて勤務すべき時間帯以外については、職員が別の敷地内にある他の事業所や施設の職務に従事することができると考えてよいか。

【答 133】 貴見のとおりである。

【問 134】 今回の専従要件の緩和を受けて、生活相談員が、一時的に入院した入所者の状況確認のための外出をすることは認められるか。
【答 134】 ご指摘の一時的に入院した入所者の状況の確認のための外出については、一般的には、特別養護老人ホームに従事する生活相談員として通常果たすべき業務の範囲内と考えられるところであり、特別養護老人ホームに従事する時間帯に行っても差し支えないと考える。

● **特別養護老人ホームにおける宿直員の配置について**

☆令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．1）

問 178 特別養護老人ホームにおいて、夜勤職員とは別に、宿直者を配置する必要があるか。
答 178 社会福祉施設等において面積にかかわらずスプリンクラー設備の設置が義務付けられるなど、消防用設備等の基準が強化されてきたことや、他の施設系サービスにおいて宿直員の配置が求められていないこと、人手不足により施設における職員確保が困難である状況等を踏まえ、**夜勤職員基準を満たす夜勤職員を配置している場合には、夜勤職員と別に宿直者を配置しなくても差し支えない。**
ただし、入所者等の安全のため、宿直員の配置の有無に関わらず、夜間を想定した消防訓練等を通じて、各施設において必要な火災予防体制を整えるよう改めてお願いする。

● **ユニット型の勤務体制確保**

・ ユニット部分の従業者はユニットケアの特性から固定メンバーが望ましい。
・ 従業者が１人１人の入居者について、個性、心身の状況、生活歴などを具体的に 把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するためには、いわゆる「馴染みの関係」が求められます。

【注意点】

昼間の配置	ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員＋日勤の時間に勤務する別の従業者の１日の勤務時間数の合計を８で除して得た数が、入居者の数が 10 を超えて１を増すごとに 0.1 以上。＜ユニットにおける職員に係る減算あり＞
夜間、深夜の配置	２ユニットごとに１人以上の介護職員又は看護職員＋夜勤時間帯に勤務する別の従業者の１日の勤務時間数の合計を 16 で除して得た数が、入居者の合計数が 20 を超えて２又はその端数を増すごとに 0.1 以上。 （例：３ユニットの場合は、２人以上の配置が必要） ＜夜勤を行う職員に係る減算あり＞
ユニットリーダー	ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 ユニットリーダー研修（※）を受講した従業者を各施設に２名以上配置する。 （２ユニット以下の場合は、１名でよい） ・研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ従業者を決めることで可。 ・この場合、研修受講者は、研修で得た知識などをリーダー研修を受講していないユニットの責任者に伝達するなど当該施設におけるユニットケアの質の向上の中核となることが求められる。 ＜ユニットにおける職員に係る減算あり＞

	・ユニット型指定介護老人福祉施設の管理者は、ユニット型施設の管理等に係る研修を受講するよう努めなければならない。
従来型施設との併設	ユニット型施設と従来型施設は、それぞれ別施設として指定を行うことになります。 ユニット型施設と従来型施設を併設した施設であれば、介護・看護職員について入所者の処遇に支障がない限り兼務が認められています。

※　ユニットケア研修（ユニットリーダー研修・ユニットケア施設管理者研修）については、一般社団法人日本ユニットケア推進センター及び一般社団法人全国個室ユニット型施設推進協議会に委託して実施。

● 管理者（施設長）の責務

・　従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。

・　従業者に「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」「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」を遵守させるために必要な指揮命令を行うものとする。

●用語の定義

（１）常勤換算方法

当該指定介護老人福祉施設の従業者の勤務延時間数を当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数（１週間に勤務すべき時間数が 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、当該施設の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。

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、常勤の従事者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を可能とする。

（２）勤務延時間数

勤務表上、当該指定介護福祉施設サービスの提供に従事する時間として明確に位置付けられている時間の合計数とする。なお、従業者１人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該施設において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

（３）常勤

当該指定介護老人福祉施設における勤務時間が、当該施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（１週間に勤務すべき時間数が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ものである。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、入所者の処遇に支障がない体制が施

設として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を 30 時間として取扱うことを可能とする。

当該施設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、当該施設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者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ものであることとする。例えば、指定介護老人福祉施設に指定通所介護事業所が併設されている場合、指定介護老人福祉施設の管理者と指定通
所介護事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間の合計が所定の時間数に達していれば、常勤要件を満たすこととなる。

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（以下「産前産後休業」という。）、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（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該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者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であることとする。

○　常勤換算方法により算定される従業者の休暇等の取扱い

14.3.28 事務連絡　運営基準等に係る Q&A

【問】　常勤換算方法により算定される従業者が出張したり、また休暇を取った場合に、その出張や休暇に係る時間は勤務時間としてカウントするのか。

【答】　常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」（居宅サービス運営基準第 2 条第 8 号等）であり、また、「勤務延時間数」とは、「勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間（又は当該事業に係るサービスの提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む））として明確に位置づけられている時間の合計数」である（居宅サービス運営基準解釈通知第 2－2－（2）等）。

以上から、非常勤の従業者の休暇や出張（以下「休暇等」）の時間は、サービス提供に従事する時間とはいえないので、常勤換算する場合の勤務延時間数には含めない。

なお、常勤の従業者（事業所において居宅サービス運営基準解釈通知第 2－2－(3) における勤務体制を定められている者をいう。）の休暇等の期間についてはその期間が暦月で 1 月を超えるものでない限り、常勤の従業者として勤務したものとして取り扱うものとする。

２　設備に関する基準

● 施設の建物の専用区画等の変更について

・　指定介護老人福祉施設と短期入所生活介護の居室を入れ替える場合は、変更届出書（施設の建物の構造、専用区画等）の届出が必要。**（老人福祉法の届け出も必要ですので、注意してください。）**

・　補助金が出ている場合は、返還等が生じることがあるため、居室の入れ替え等をする前に相談してください。

３　運営に関する基準

● 介護保険等関連関連情報の活用と PDCA サイクルの推進について

サービス提供にあたっては、介護保険等関連情報等を活用し、施設単位で 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ととしたもの。この場合においては科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）に情報を提出し、当該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。

● **内容及び手続きの説明及び同意**

サービス提供の開始に際しては、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他の入所申込者のサービスの選択するために必要な重要事項について、わかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して懇切丁寧に説明を行い、当該施設から指定介護福祉施設サービスの提供を受けることにつき同意を得なければならない。なお、当該同意については、入所者及び指定介護老人福祉施設双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましい。

（重要事項説明書に記載すべき事項）

① 運営規程の概要　② 従業者の勤務体制　③事故発生時の対応

④ 苦情処理の体制　⑤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

● **提供拒否の禁止**

正当な理由なくサービスの提供を拒んではならない。

特に、要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することは禁止されている。

● **要介護認定の申請に係る援助**

要介護認定を受けていない入所申込者については、その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。

要介護認定の更新の申請が遅くとも当該入所者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前には行われるよう必要な援助を行わなければならない。

● **入退所**

・　入所を待っている申込者がいる場合には、入所して指定介護福祉施設サービスを受ける必要性が高いと認められる者を優先的に入所させるよう努めなければならない。その際の勘案事項として、介護の必要の程度、家族の状況等が挙げられるが、こうした取扱いについては、透明性及び公平性が求められることに留意すること。

・　入所者の家族等に対し、居宅における生活への復帰が見込まれる場合には、居宅での生活へ移行する必要性があること、できるだけ面会に来ることが望ましいこと等の説明を行うとともに、入所者に対して適切な指定介護福祉施設サービスが提供されるようにするため、入所者の心身の状況、生活歴、病歴、家族の状況等の把握に努めなければならない。また、質の高い指定介護福祉施設サービスの提供に資することや入所者の生活の継続性を重視するという観点から、指定居宅サービス等の利用状況等の把握に努めなければならない。

・　指定介護老人福祉施設は、入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討しなければならない。この検討は、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等の従業者の間で協議しなければならない。

・　指定介護老人福祉施設は、上記の検討の結果、居宅での生活が可能と判断される入所者に対し、

退所に際しての本人又は家族等に対する家庭での介護方法等に関する適切な指導、居宅介護支援事業者等に対する情報提供等の必要な援助を行わなければならない。なお、安易に施設側の理由により退所を促すことのないよう留意するものとする。また、退所が可能になった入所者の退所を円滑に行うために、介護支援専門員及び生活相談員が中心となって、退所後の主治の医師及び居宅介護支援事業者等並びに市町村と十分連携を図ること。

● サービス提供の記録

指定介護福祉施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録しなければならない。

サービス提供の記録には、サービスの提供日、具体的なサービスの内容、入所者心身の状況その他必要な事項を記録しなければならない。

● 運営規程

重要事項に関する運営規程を定めておかなければならない。

① 施設の目的及び運営の方針

② 従業者の職種、員数及び職務の内容

③ 入所者の定員

④ 入所者に対する指定介護福祉施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額

⑤ 施設の利用にあたっての留意事項

（入所が留意すべき事項･･･入所生活上のルール、設備利用上の留意事項等）

⑥緊急時等における対応方法

⑦非常災害対策

⑧虐待の防止のための措置に関する事項

（虐待の防止に係る措置は、令和６年４月１日から義務化）

⑨ その他施設の運営に関する重要事項

（緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う際の手続きについて定めておくことが望ましい。）

● 利用料等の受領

運営規程に定めなければならない「入所者に対する指定介護福祉施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額」

（サービス利用料その他費用の額）

１　指定介護福祉施設サービスを提供した場合の利用料の額は、法定代理受領サービスに該当する場合は介護報酬告示上の額に各入所（入居）者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とし、法定代理受領サービスに該当しない場合には介護報酬告示上の額とする。

２　前項の支払いを受ける額のほか、次に掲げる費用の額を受けるものとする。

ただし、食費、居住費については、入所（入居）者が市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けている場合は、認定証に記載された負担限度額とする。

（１）食費 〇〇〇円（日額）　<u>※短期入所サービスについては、原則として１食毎に設定。</u>

（２）居住費　ユニット型個室　〇〇〇円（日額）ユニット型準個室〇〇〇円（日額）

従来型個室　　〇〇〇円（日額）多床室　　〇〇〇円（日額）

（３）特別な室料

（４）特別メニューの食費

※（1）～（4）については「居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針（H17.9.7 厚生労働省告示第 419 号）及び「厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に係る基準等」（H12.3.30 厚生省告示第 123 号）の定めたところによる。

（５）理美容代　　〇〇〇円

（６）その他の日常生活費

・日常生活の身の回り品

（歯ブラシ・化粧品等（利用者等の希望を確認した上で提供されるもの））

・教養娯楽として日常生活に必要なもの

（一律に提供される教養娯楽（テレビ・カラオケ等）は不可）

・健康管理費（インフルエンザ予防接種等）

・預かり金の出納管理に係る費用（曖昧な額は不可。積算根拠が明確でなければならない）

・私物の洗濯代（外部のクリーニング店が行うもの）

（７）サービス提供とは関係のない費用(※)

・個人用の日用品で、個人の嗜好による「贅沢品」

・個人用の日用品で、個別の希望に応じて立て替え払いで購入した費用

・個人専用の家電製品の電気代

・全く個人の希望に応じ、施設が代わって購入する雑誌、新聞等の代金

・事業者が実施するクラブ活動や行事であっても、一般的に想定されるサービス提供の範囲を超えるもの

３　前項の費用の支払いを受ける場合は、その提供に当たって、あらかじめ入所（入居）者又はその家族に対し、サービスの内容及び費用について文書で交付して説明を行い、同意について利用者等署名を受けることとする。

４　前第１項の法定代理受領サービスに該当しない指定介護福祉施設サービスに係る費用の支払いを受けた場合は、提供した指定介護福祉施設サービスの内容、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入所（入居）者に交付する。

※（７）の「サービス提供とは関係のない費用」（個人の嗜好品や個別の生活上の必要によるものの購入等、施設サービスの一環とはいえない便宜の費用）については、「料金を掲示したもの以外に、利用者からの依頼により購入する日常生活品については実費を徴収する」との表示でも可。

これも、利用者等の希望を確認した上で提供されるもので、一律提供･画一的徴収は認められない。（個人の自由な選択に基づく。）

また、内容や費用の掲示・説明と同意書による確認などは「その他の日常生活費」と同様に取り扱うことが適当。

（注意点）

〇おむつ代、おむつカバー代、これらの洗濯代は一切徴収できない。（介護保険の算定に含まれる。）

〇「その他の日常生活費」

施設サービスの一環として提供する便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者等に負担させることが適当と認められるもの。利用者等の希望を確認した上で提供されるもので、一律提供・画一的徴収は認められない。（個人の自由な選択に基づく。）

〇「その他の日常生活費」の受領基準･･・次の基準を遵守しなければならない。

・保険対象サービスと重複しない（例：医療・介護目的である、医療材料・薬剤・いわゆるサプリメント・ベッド、車いす、体位変換器等直接介護に要する備品の費用・入浴時の消耗品・タオル類・エアマットにかかる費用等）

・名目、内訳の明確化（あいまいな名目は一切認められない）　　・事前の説明と同意

・実費相当額の範囲内

・費用の運営規程での定めと施設での掲示（額が変動するものについては「実費」との表示で可。）

● **栄養管理**

指定介護老人福祉施設は、入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない。

栄養ケア・マネジメントを基本サービスとして行うことを踏まえ、管理栄養士が、入所者の栄養状態に応じて、計画的に行うべきことを定めたもの。

ただし、栄養士のみが配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かないことができる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行う。

栄養管理については、以下の手順により行う。

イ　入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成すること。栄養ケア計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図ること。なお、栄養ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、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こと。

ロ　入所者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録すること。

ハ　入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと。

※栄養ケア・マネジメントの実務等については、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」）において示しているので、参考とされたい。

● 【令和６年４月１日から義務化】口腔衛生の管理

入所者の口腔の健康状態に応じて、以下の手順により計画的に行うべきことを定めたものである。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」）も参照されたい。

(1) 当該施設において、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。）が、当該施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年２回以上行うこと。

(2) 当該施設の従業者又は歯科医師等が入所者毎に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。

(3) (1)の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した、入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直すこと。なお、口腔衛生の管理体制に係る計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合はその記載をもって口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができるものとすること。

① 助言を行った歯科医師

② 歯科医師からの助言の要点

③ 具体的方策

④ 当該施設における実施目標

(4) 医療保険において歯科訪問診療料が算定された日に、介護職員に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導又は(3)の計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。

なお、当該施設と計画に関する技術的助言若しくは指導又は口腔の健康状態の評価を行う歯科医師等においては、実施事項等を文書で取り決めること。

● 健康管理

特別養護老人ホームの医師又は看護職員は、常に入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を採らなければならない。健康管理は、医師及び看護職員の業務である。常に健康の状況に注意し、疾病の早期発見、予防等健康保持のための適切な措置をとるよう努める。

● 勤務体制の確保等

指定介護老人福祉施設ごとに、原則として月ごとに勤務表（介護職員の勤務体制を２以上で行っている場合は、その勤務体制毎の勤務表）を作成し、従業者の勤務状況を明確にしておかなければならない。

（勤務表に記載すべき事項）

① 従業者の日々の勤務時間　② 常勤・非常勤の別

③ 看護・介護職員等の配置　④ 管理者との兼務関係　等

☆人員基準や加算の要件を確認するために、必ず作成すること。

☆辞令等により兼務状況等を明確にしておくこと。

・ 指定介護老人福祉施設は従業者に対し、その資質の向上のための研修の機会を確保しなければならない。その際、当該施設は、全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第八条第二項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類するものを除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない。（令和６年４月１日から義務化）

・ 指定介護老人福祉施設は、適切な指定介護福祉施設サービス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従業者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。

● **【令和６年４月１日から義務化】業務継続計画の策定等**

指定介護老人福祉施設は、感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する指定介護福祉施設サービス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、当該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。

⑴ 基準省令第 24 条の２は、指定介護老人福祉施設は、感染症や災害が発生した場合にあっても、入所者が継続して指定介護福祉施設サービスの提供を受けられるよう、指定介護福祉施設サービス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。）を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、指定介護老人福祉施設に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければならないこととしたものである。なお、業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、基準省令第 24 条の２に基づき施設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。また、感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましい。

⑵ 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・事業所における新型コロナウイルス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。

① 感染症に係る業務継続計画

イ 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）

ロ 初動対応

ハ 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）

② 災害に係る業務継続計画

イ 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）

ロ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）

ハ 他施設及び地域との連携

⑶ 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２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。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。

⑷ 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、施設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２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。また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る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。

● **掲示**

指定介護老人福祉施設は、当該指定介護老人福祉施設の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、協力医療機関、利用料その他のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。

指定介護老人福祉施設は、原則として、上記に規定する重要事項をインターネットを利用して公衆の閲覧に供しなければならない。

※原則として、重要事項をインターネットを利用して公衆の閲覧に供することを規定したものであるが、これは、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。

● **苦情処理**

提供した介護老人福祉施設サービスに関する入所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、必要な措置を講じなければならない。

（必要な措置）

① 苦情を相談する相談窓口　② 苦情処理体制手続の定め

③ 苦情に対する速やかな対応　④入所者又はその家族に対する説明、重要事項説明書への記載及び施設への掲示かつ、インターネットを利用して公衆の閲覧に供すること

● **事故発生の防止及び発生時の対応**

事故の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じなければならない。

① 事故が発生した場合の対応、次に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。

② 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。

③ 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。（研修プログラムの作成、年２回以上の開催）

④ 入所者（利用者）に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者（利用者）の家族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

⑤ 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。

⑥ 賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行わなければならない。

⑦ 上記に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

● **研修・教育・訓練**

職員に対し、その資質の向上のための研修の機会を確保しなければならない。（計画的に確保すること）

・褥瘡対策に関する施設内職員継続教育（—次ページ参照）

・感染症及び食中毒の予防等の研修（年２回以上、新規採用時には必ず研修実施）、訓練（年２回以上）

・事故発生の防止のための研修（年２回以上、新規採用時には必ず研修実施）

・高齢者の虐待防止に関する研修（年２回以上、新規採用時には必ず研修実施）

・非常災害対策に係る訓練

・身体拘束等の適正化のための研修（年２回以上、新規採用時には必ず研修実施）

・研修を受講していないユニットの責任者に伝達研修

・介護報酬算定要件に定める研修（看取り介護加算等）

・業務継続計画に係る研修（年２回以上、新規採用時には必ず研修実施）・訓練（年２回以上）

※業務継続計画に係る研修・訓練については、感染症や非常災害対策の研修・訓練と一体的に実施可能。

● **身体拘束について**

入所者又は他の入所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、当該入所者に対し、身体の拘束その他の行動を制限する行為（身体拘束等）を行ってはならない。

※緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の３つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。

〇身体拘束等適正化検討委員会について

・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

※委員会は、テレビ電話装置等を活用して開催することができる。

・なお、同一施設内での複数担当（※）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、入居者や施設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

● 介護

〇褥瘡発生予防のための体制の整備について

・施設において褥瘡の予防のための体制を整備するとともに、介護職員等が褥瘡に関する基礎的知識を有し、日常的なケアにおいて配慮することにより、褥瘡発生の予防効果を向上させることを想定してい

るものであり、例えば、次のようなことが考えられる。

① 当該施設における褥瘡のハイリスク者（日常生活自立度が低い入所者等）に対し、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価をすること。

② 当該施設において、施設内褥瘡予防対策を担当する者を決めておくこと。なお、担当する者は看護師が望ましい。

なお、同一施設内での複数担当（※）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、入居者や施設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

● 虐待の防止

虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じなければならない。

① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

②施設における虐待防止のための指針を整備すること。

③介護職員その他の従業者に対して、定期的に虐待の防止のための研修を実施すること。

④上記に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

● 介護保険施設における身元保証人等の取扱について

「介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）において、身元保証人等がいないと入院･入所を認めない施設が一部に存在するとの指摘がある。この点において、介護保険施設に関する法令上は身元保証人等を求める規定はない。また、各施設の基準省令において、正当な理由なくサービスの提供を拒否することはできないこととされており、入院・入所希望者に身元保証人等がいないことは、サービス提供を拒否する正当な理由には該当しない。

介護保険施設に対する指導・監督権限を持つ都道府県等におかれては、管内の介護保険施設が、身元保証人等がいないことのみを理由に入所を拒むことや退所を求めるといった不適切な取扱を行うことのないよう、適切に指導・監督を行っていただきたい。」（H28.3.7全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議高齢者支援課資料）

● 緊急時等の対応

・病状の急変が生じたときその他必要な場合のため、医師及び協力医療機関の協力を得て、当該医師及び当該協力医療機関との連携方法その他の緊急時等における対応方法を定めておかなければならない。

・医師及び協力医療機関の協力を得て、１年に１回以上、緊急時等における対応方法の見直しを行い、必要に応じて緊急時等における対応方法の変更を行わなければならない。

・入所者の病状の急変等に備えるため、施設に対して、配置医師及び協力医療機関の協力を得て、あらかじめ配置医師による対応又はその他の方法による対応方針を定めなければならないことを義務付けるものである。対応方針に定める規定としては、例えば、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師や協力医療機関との連携方法、診察を依頼するタイミング等があげられる。

・対応方針については、１年に１回以上、配置医師及び協力医療機関の協力を得て見直しを行い、必要に応じて変更すること。見直しの検討に当たっては、施設内の急変対応の事例について関係者で振り返りを行うことなどが望ましい。

・１年に１回以上、協力医療機関との間で入所者の病状が急変した場合等の対応の確認をすることとされており、この確認について、当該対応方針の見直しとあわせて行うことも考えられる。

●協力医療機関等

・入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、次に掲げる医療機関（第３号の医療機関にあっては、病院に限る。）との間で、入所者への医療の提供に関し協力を得ることについて合意しておかなければならない。

① 入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を､常時確保している医療機関

②当該指定介護老人福祉施設から入所者のための診療を求められた場合において診療を行う体制を、

常時確保している医療機関
③ 入所者の病状が急変した場合等において、当該指定介護老人福祉施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保している医療機関

※上記は、指定介護老人福祉施設の入所者の病状の急変時等に対応するための協力医療機関をあらかじめ定めておくこと、新興感染症の診療等を行う医療機関と新興感染症発生時等における対応を取り決めるよう努めること、歯科医療の確保の観点からあらかじめ協力歯科医療機関を定めておくよう
努めること等を規定したものであることである。
　協力医療機関及び協力歯科医療機関は、指定介護老人福祉施設から近距離にあることが望ましい。

協力医療機関との連携
・上記①及び②の要件を満たす医療機関と上記③の要件を満たす医療機関を別に定めるなど、複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えない。
・上記③の要件については、必ずしも当該介護老人福祉施設の入所者が入院するための専用の病床を確保する場合でなくとも差し支えなく、一般的に当該地域で在宅療養を行う者を受け入れる体制が確保されていればよい。
・協力医療機関との連携に係る義務付けの適用に当たっては、３年間の経過措置を設けており、令和９年３月31日までの間は、努力義務とされているが、経過措置期限を待たず、可及的速やかに連携体制を構築することが望ましい。

・指定介護老人福祉施設は、協力医療機関との間で、１年に１回以上、入所者の病状が急変した場合等における対応方法を確認するとともに、協力医療機関の名称等を、別紙１を保健福祉事務所に届け出なければならない。
※上記は協力医療機関と実効性のある連携体制を確保する観点から、年に１回以上、協力医療機関と入所者の急変時等における対応を確認し、当該医療機関の名称や当該医療機関との取り決めの内容等の指定を行った都道府県知事，指定都市又は中核市の市長（以下「指定権者」という。） に届け出ることを
義務づけたものである。
※協力医療機関の名称や契約内容の変更があった場合には、速やかに 指定権者 に届け出ること。なお、経過措置期間において、上記第１号、第２号及び第３号の要件を満たす協力医療機関を確保できていない場合は、経過措置の期限内に確保するための計画を併せて届け出を行うこと。

・指定介護老人福祉施設は、第二種協定指定医療機関との間で、指定介護老人福祉施設において新興感染症が発生した場合等における対応方法を取り決めるよう努めなければならない。
※取り決めの内容としては、流行初期期間経過後（新興感染症の発生の公表後４か月程度から６カ月

程度経過後）において、介護老人福祉施設の入所者が新興感染症に感染した場合に、相談、診療、入院の要否の判断、入院調整等を行うことが想定される。なお、第二種協定指定医療機関である薬局や訪問看護ステーションとの連携を行うことを妨げるものではない。

・指定介護老人福祉施設は、協力医療機関が、第二種協定指定医療機関である場合においては、当該第二種協定指定医療機関との間で、指定介護老人福祉施設において新興感染症が発生した場合等における対応方法について協議を行わなければならない。
※協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合には、入所者の急変時等における対応の確認と合わせ、当該協力機関との間で、新興感染症の発生時等における対応について協議を行うことを義務付け
るものである。協議の結果、当該協力医療機関との間で新興感染症の発生時等の対応の取り決めがなされない場合も考えられるが、協力医療機関のように日頃から連携のある第二種協定指定医療機関と取り決めを行うことが望ましい。

・指定介護老人福祉施設は、協力医療機関その他の医療機関に入院した入所者が、退院が可能となった場合においては、当該指定介護老人福祉施設に速やかに入所することができるよう努めなければならない。
※「速やかに入所させることができるよう努めなければならない」とは、必ずしも退所後に再入所を希望する入所者のために常にベッドを確保しておくということではなく、できる限り円滑に再入所できるよう努めなければならないということである。

●入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担の軽減に資する方策を検討するための委員会の開催

（１）　業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、当該介護老人福祉施設における入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担の軽減に資する方策を検討するための委員会を定期的に開催しなければならない。

・上記委員会はテレビ電話装置等を活用して開催することができる。
・３年間の経過措置を設けており、令和９年３月 31 日までの間は、努力義務とされている。
・本委員会は、生産性向上の取組を促進する観点から、管理者やケア等を行う職種を含む幅広い職種により構成することが望ましく、各事業所の状況に応じ、必要な構成メンバーを検討すること。なお、生産性向上の取組に関する外部の専門家を活用することも差し支えない。
・本委員会は、定期的に開催することが必要ですが、開催する頻度については、本委員会の開催が形骸化することがないよう留意した上で、各事業所の状況を踏まえ、適切な開催頻度を決めることが望ましい。
・本委員会の開催に当たっては、厚生労働省老健局高齢者支援課「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」等を参考に取組を進めることが望ましい。

・事務負担軽減の観点等から、本委員会は、他に事業運営に関する会議（事故発生の防止のための委員会等）を開催している場合、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、本委員会は事業所毎に実施が求められるものだが、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。

・委員会の名称について、法令では「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」と規定されたところでありますが、
利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策が適切に検討される限りにおいては、法令とは異なる委員会の名称を用いても差し支えありません。

４ 報酬に関する基準

● 従来型個室に入所している者で、多床室で介護福祉施設サービス費の算定ができる者（以下「従来型個室特例対象者」という。）は、下記のとおり。

・ 平成17年9月30日においてユニットに属する個室以外の個室（以下「従来型個室」という。）に入所している者であって、平成17年10月1日以後引き続き従来型個室に入所するもの（平成17年9月1日から同月30日までの間において、特別な室料を支払っていない者に限る。）。 ・ 感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入所期間が30日以内であるもの。 ・ 居室の面積が10．65㎡以下の従来型個室に入所する者 ・ 著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者。

● 居住費・食費の適正な徴収について

・居住費や食費の入所者負担額は、入所者等と施設の契約により決められる。

・契約が適正な手続きのもとでなされるために、ガイドライン「居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針(H17.9.7 厚生労働省告示第 419 号)」に次のように策定されている。

〇適正な手続の確保

居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る契約の適正な締結を確保するため、次に掲げるところにより、当該契約に係る手続を行うこと。

(1) 利用者等又はその家族に対し、当該契約の内容について文書により事前に説明を行うこと。

(2) 当該契約の内容について、利用者等から文書により同意を得ること。

(3) 運営規程に居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料について、その具体的内容、金額の設定及び変更に関し運営規程への記載を行うとともに事業所等の見やすい場所に掲示を行うこと。

〇その他

(1) 利用者等が選定する特別な居室等の提供又は特別な食事の提供に係る利用料は、前号に掲げる居住、滞在及び食事の提供に係る利用料と明確に区分して受領すること。

● 補足給付（特定入所者介護サービス費）について

低所得の要介護者が介護老人福祉施設や短期入所生活介護を利用したとき、食費、居住費について特定入所者介護サービス費が支給されます。支給額は、食費、居住費それぞれについて基準費用額から負担限度額を差し引いた額です。

なお、いずれかの負担限度額を上回る額を利用者負担としている場合は、補足給付は全体として支給されません。

区分		食費	居住費			
			ユニット型個室	ユニット型準個室	従来型個室	多床室
基準費用額		1,445	2,066	1,728	1,231	915
負担限度額	第３段階①	650	1,370	1,370	880	430
	（第３段階②）	(1,360)				
	第２段階	390	880	550	480	430
	第１段階	300	880	550	380	0

・基準費用額の上限：利用者負担段階にかかわらず、居住費等は居住環境に応じて、食費は一律で設定
・負担限度額：居住費は利用者負担段階と居住環境に応じて、食費は利用者負担段階に応じて設定

● **説明と同意**

（１）個別的なサービスに係る加算については、基本的に、入所者又はその家族に対する 説明と同意が必須である。

（２）他の算定要件が満たされていても、同意がなければ算定できない。

● **サービス提供と加算**

（１）各種加算には一定の必要要件があるが、これは加算算定を行うための要件に過ぎない。よって、これらの要件を満たさないという理由で、各種サービスの提供ができないということではない。単に、加算算定ができないというだけである。この場合、各種該当サービスは基本報酬の範疇で行われると考えられる。

（２）原則として入所者全員に算定するものとされている加算については、入所者全員員について算定要件を満たすよう努める必要がある。個々に算定要件を満たしていない場合は当該入所者については算定できない。

● **加算の届出と算定開始月**

（１）加算等については、届出受理日の翌月（受理日が１日の場合はその月）から算定を開始する。加算等の体制届出については、最寄りの保健福祉事務所福祉課（長野市、松本市の施設は、それぞれの市の高齢者福祉担当課）に届け出る。

（２）施設の体制等が加算等の基準に該当しなくなった場合は、その日から加算の算定はできない。また、その旨を速やかに届け出なければならない。

● **入所等の日数の数え方について**

（１）短期入所、入所又は入院の日数については、原則として、入所等した日及び退所等した日の両方を含む。

（２） 同一敷地内の介護保険施設等の間で、又は、隣接若しくは近接する介護保険施設等であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている場合で、利用者等が介護保険施設等から退所

等をしたその日に他の介護保険施設等に入所等する場合は、入所等の日は含み、退所等の日は含まない。

（例：短期入所生活介護の利用者がそのまま指定介護老人福祉施設に入所した場合は、入所に切り替えた日については短期入所生活介護費は算定しない。）

（３） 介護保険施設等を退所等したその日に同一敷地内にある病院若しくは診療所の医療保険適用病床、又は、隣接若しくは近接する病院若しくは診療所の医療保険適用病床であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているものに入院する場合（同一医療機関内の転棟の場合を含む。）は、介護保険施設等においては退所の日は算定されない。

また、同一敷地内の医療保険適用病床を退院したその日に介護保険施設に入所等する場合（同一医療機関内の転棟の場合を含む。）は、介護保険施設等においては入所等の日は算定されない。

（４） 職員配置等基準の適用に関する平均利用者数等の算定においては、入所した日を含み、退所した日は含まない。

夜勤職員基準未満の減算

ある月（歴月）において、夜勤時間帯（午後 10 時から翌日の午前 5 時までの時間を含めた連続する 16 時間をいい、原則として事業所又は施設ごとに設定するものとする。）において夜勤を行う夜勤職員数が、基準に満たない事態が、「２日以上連続して発生」あるいは「４日以上発生」した場合、その翌月のすべての入所者等について所定単位数が 97%に減算となる。

区分	入所者数	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数
ユニット型以外	～25	１以上
	26～60	２以上
	61～80	３以上
	81～100	４以上
	101～	４＋（入所者数（※）－100）÷25 人以上（小数点以下切り上げ）
ユニット型	２ユニット毎に１人以上	

（※）短期入所サービスを併せて行う場合は、短期入所サービスの利用者数と特別養護老人ホームの入所者の合計数

また、次のいずれにも適合する場合は、上記の表に十分の八を乗じて得た数以上の職員配置が必要。

① 夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器を当該事業所の利用者数以上設置していること。

② 夜間時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られていること。

③ 見守り機器及び情報通信機器を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための

委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。

⑴ 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする利用者への訪問及び当該利用者に対する適切なケア等による利用者の安全及びケアの質の確保

⑵ 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮

⑶ 夜勤時間帯における緊急時の体制整備

⑷ 見守り機器等の定期的な点検

⑸ 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修

④ 指定短期入所生活介護の利用者の数及び当該特別養護老人ホームの入所者の数の合計数が、六十以下の場合は一以上、六十一以上の場合は二以上の介護職員又は看護職員が、夜勤時間帯を通じて常時配置されていること。

定員超過利用の減算

（指定介護老人福祉施設基準条例）
第29条 指定介護老人福祉施設は、入所定員及び居室の定員を超えて入所させてはならない。
ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

月平均の入所者数が運営規程に定める入所定員（短期入所・施設サービス合計の入所定員）を超過した場合は、該当月の翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、すべての入所者等（短期サービスの利用者も含む）について所定単位数が70%に減算となる。

〇やむを得ない理由の具体的取り扱い

① 市町村が行った措置により、やむを得ず入所（利用）定員を超える場合	定員の数に100分の105を乗じて得た数以内（定員が40を超える場合には、定員に２を加えた数以内） ※小数点以下切り捨て
② 入院中の入所者の再入所が早まった （当初の再入所予定日までの間に限る）	
② 入所申込者の家族の急遽入院等、事情を勘案して施設に入所することが適当と認められる者に対し、併設の短期入所の空床を利用してサービス提供する場合。	定員の数に100分の105を乗じて得た数以内 ※小数点以下切り捨て

※**あくまでも一時的かつ特例的なものであるため、速やかに定員超過利用を解消**する必要がある。
（定員超過状態であるとき、上記のような理由のない一般の新たな受け入れを行うことは認められません。）

※適正なサービスの提供を確保するために、定員超過利用の未然防止を図るよう努めなければならない。

※減算とならない場合でも、やむを得ない理由もなく定員超過することは指導対象となるので留意のこと。

④ 災害、虐待の受け入れ等やむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月（災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む）の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行う。（災害・虐待等の事情による措置）

人員基準欠如の減算

人員基準欠如減算の対象職種は、介護職員、看護職員、介護支援専門員

減算となる場合は、すべての入所者等について所定単位数が 70%に減算となる。

看護職員､介護職員	入所者に対する看護・介護職員の数が 基準から ・１割を超えて減少した場合は、該当月の翌月から解消月まで ・１割の範囲内で減少した場合は、該当月の翌々月から解消月まで （翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く）
介護支援専門員	介護支援専門員の数が基準から欠如した場合は、該当月の翌々月から解消月まで（翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く）。

※適正なサービスの提供を確保するために､人員基準欠如の未然防止を図るよう努めなければならない。

ユニットにおける職員に係る減算

１ 日中については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。

２ ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。

ある月において上記の基準を満たさない状況が発生した場合に､その翌々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､ユニット部分の入所者全員について、１日につき所定単位数の97%に相当する単位数を算定する。（ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。）

身体拘束廃止未実施減算

所定単位数の90%で算定

〇身体的拘束等の適正化の義務に違反した施設に対する減算

●施設において身体的拘束等が行われていた場合ではなく､身体的拘束等を行う場合の記録を行っていない場合及び必要な措置を講じていない場合に､入所者全員について所定単位数の10%を減算する。具体的には、記録を行っていない、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催していない､身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束等の適

正化のための定期的な研修を実施し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３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、入所者全員について所定単位数から減算する。

●記録の記載は、介護老人保健施設の医師が診療録に記録しなければならない。
●緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続きについて、指針（緊急やむを得ない場合に該当するかどうかの判断、ルール）などを定めておくこと。
●入所者及びその家族等に対して、身体拘束の内容・目的・理由・時間・時間帯・期間等をできるだけ詳細に説明し、十分な理解を得るように努めること。（説明手続などの明文化等）

●記録の記載は、介護老人保健施設の医師が診療録に記録しなければならない。
●緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続きについて、指針（緊急やむを得ない場合に該当するかどうかの判断、ルール）などを定めておくこと。
●入所者及びその家族等に対して、身体拘束の内容・目的・理由・時間・時間帯・期間等をできるだけ詳細に説明し、十分な理解を得るように努めること。（説明手続などの明文化等）

高齢者虐待防止措置未実施減算

虐待の発生等を防止する措置を講じていない施設に対し、指定単位数の 100 分の１に相当する単位数を所定単位数から減算する

１　施設において高齢者虐待が発生した場合ではなく、虐待防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催、虐待防止のための指針の整備、介護職員その他の従業者に対する研修の年２回以上の実施又はこれらを適切に実施するための担当者を置いていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算する。
２　具体的には、上記の措置を講じていない場合、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３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、入所者全員について所定単位数から減算することとする。

業務継続計画未策定減算

業務継続計画を策定していない施設に対する減算。令和７年４月１日から適用。

１　感染症及び非常災害発生時における業務継続計画（BCP）を策定していない場合に減算
２　感染症あるいは災害発生時のいずれか、又は両方の業務継続計画（BCP）が未策定の場合、基本報酬が減算
※BCP の周知、研修、訓練、見直しの未実施については減算の対象にはならない
３　BCP が策定されていない場合、その事実が生じた翌月（事実が生じた日が月の初日の場合はその

月）から、未策定の状況が解消された月まで、施設の入所者全員について所定単位数から減算される
４　経過措置として、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」及び「非常災害に関する具体的計画」を策定している場合は、本減算は適用されない。

※運営基準では令和６年４月１日から策定が義務化されているので注意すること。

安全管理体制未実施減算

下記１、２を満たさない場合は一日につき５単位を所定単位数から減算。
１ 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。
２ 事故発生及び再発防止のための担当者を設置すること。

栄養マネジメント未実施減算

下記１、２を満たさない場合はその翌々月から入所者全員に対して一日につき 14 単位を所定単位数から減算。（但し、翌月の末日において基準を満たしていた場合は減算しない。）
１ 人員基準に定める栄養士又は管理栄養士を配置していること。
２ 各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行っていること。

日常生活継続支援加算

日常生活継続支援加算Ⅰ（従来型）	36単位／日
日常生活継続支援加算Ⅱ（ユニット型）	46単位／日

● 居宅での生活が困難であり、介護老人福祉施設への入所の必要性が高いと認められる重度の要介護状態の者や認知症である者等を積極的に入所させるとともに、介護福祉士資格を有する職員を手厚く配置し、質の高い介護福祉施設サービスを提供することにより、そうした入所者が可能な限り個人の尊厳を保持しつつ日常生活を継続することができるよう支援することを評価するもの。

要 件	次の１～３を満たすこと。
	１ ①～③のいずれかに該当すること。 ①算定日の属する月の前６月間又は前12月間における新規入所者の総数における要介護４又は５の者の割合　・・・・・・・ 70／100 以上 ② 算定日の属する月の前６月間又は前12月間における新規入所者の総数における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である者の割合 ・・・・・ 65／100以上 ③ 入所者総数のうち、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第１条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合 ・・・・・ 15／100以上 ※ ①②は、届出を行った月以降においても、毎月において直近６月間又は12月間のこれらの割合がそれぞれ所定の割合以上であることが必要である。これらの割合については、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、当月から算定

	不可。 ※ ③は、届出日の属する月の前４月から前々月までの３月間の平均値を毎月算定し、満たさなくなった場合は、当月から算定不可。
	２ 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数が６又はその端数を増すごとに１名以上であること。 但し、介護機器等テクノロジーを活用する場合は利用者の数が７又はその端数を満たすごとに１名以上。 ※ 介護職員のなかの介護福祉士で算定。（看護職員や生活相談員等の他職種は除く。） ※ 常勤換算方法で算出。（併設ショートと兼務する場合は按分による。） ※前３ヶ月平均値を毎月算定し、満たさなくなった場合は、当月から算定不可。 ※介護機器を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次の事項を実施し、かつ、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置し、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。 ・入所者の安全及びケアの質の確保 ・職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ・介護機器の敵的な点検 ・介護機器を安全かつ有効に活用するための職員研修
	３ 通所介護費等の算定方法第12号に規定する基準（定員超過利用、人員基準欠如）に該当していないこと。

※ 当該加算を算定する場合にあっては、サービス提供体制強化加算は算定できない。
ただし、サービス提供体制強化加算の要件を満たしている場合は、併設及び空床利用型の短期入所生活介護事業所においてサービス提供体制強化加算は、算定可能。（問 75 参照）

※ 日常生活に支障をきた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である者＝「日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はＭに該当する者」

※ 要件１①②のそれぞれの割合を算出する際には、対象となる新規入所者ごとにその入所の日における要介護度及び日常生活自立度の判定結果を用いること。
また、届出を行った月以降においても、毎月において直近６月間又は 12 月間のこれらの割合がそれぞれ所定の割合以上であることが必要。これらの割合については、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「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」を提出しなければならない。

※ 当該加算の算定を行うために必要となる介護福祉士の員数を算定する際の入所者数は、当該年度の前年度の平均を用いる。この場合、入所者数の平均は、前年度の全入所者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数とし、小数点第２位以下を切り上げる。

※ 介護福祉士の員数については、届出日前３ヶ月間における員数の平均を、常勤換算方法を用いて算出した値が、必要な人数を満たすものでなければならない。介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を有している者とする。届出を行った月以降においても、毎月において直近３ヶ月間の介護福祉士の員数が必要な員数を満たすことが必要。必要な人数を満たさなくなった場合は、直ちに「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」を提出しなければならない。

【問 196】 「たんの吸引等の行為を必要とする者」の判断基準はどのようなものなのか。
【答 196】 「たんの吸引等の行為を必要とする者」とは、たんの吸引等の行為を介護老人福祉施設の介護職員又は看護職員が行うことにつき医師の指示を受けている者をいう。

（平成２４年４月改定関係Ｑ＆Ａ）
【問 73】 入所者に対する介護福祉士の配置割合を算出する際の入所者数や、要介護度や日常生活自立度の割合を算出する際の入所者には、併設のショートステイの利用者を含め計算すべきか。空床利用型のショートステイではどうか。
【答 73】 当該加算は介護老人福祉施設独自の加算であるため、併設・空床利用型の別を問わず、ショートステイの利用者は含まず、本体施設である介護老人福祉施設の入所者のみに着目して算出すべきである。

【問 74】 介護福祉士の配置割合を算定する際に、ショートステイを兼務している介護福祉士はどのような取扱いとするか。
【答 74】 併設型のショートステイと兼務している職員については、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により、当該職員の常勤換算数を本体施設とショートステイそれぞれに割り振った上で（例：前年度の入所者数平均が４０人の本体施設と１０人のショートステイの間で均等に兼務している場合は常勤換算でそれぞれ０．８人と０．２人とするなど）、本体施設での勤務に係る部分のみを加算算定のための計算の対象とする。その際、実態として本体施設と併設のショートステイにおける勤務時間が１：１程度の割合で兼務している介護福祉士を本体施設のみにおいてカウントするなど、勤務実態と著しく乖離した処理を行うことは認められない。
空床利用型のショートステイについては、ショートステイに係る業務を本体施設における業務と分離して考えることは困難であるため、特に按分を行わず本体施設に勤務する職員として数えて差し支えない。

【問 75】 本体施設である介護老人福祉施設において日常生活継続支援加算を算定している場合、併設するショートステイにおいてサービス提供体制強化加算の算定は可能か。空床利用型ショートステイではどうか。
【答 75】 可能である。具体的には、併設型ショートステイについては、本体施設と兼務する職員について、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により、当該職員の常勤換算数を本体施設とショートステイそれぞれ割り振った上で、ショートステイに係る職員についてサービス提供体制強化加算の算定基準を満たす場合、空床利用型ショートステイについては本体施設がサービス提供体制強化加算の算定要件を満たす場合に、それぞれ同加算を算定することができる。
なお、このような処理をすることにより、空床利用型のショートステイと併設型のショートステイで加算算定の有無や算定する加算の種類が異なる場合も生じうることになる。
さらに、本体施設と異なる加算を算定する場合は、空床利用型ショートステイであっても、本体施設とは別途、体制の届出が必要となるので留意されたい。

（平成 21 年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．１））
【問 31】 要介護４・５の入所者や認知症日常生活自立度Ⅲ以上の入所者の割合については、直近３月それぞれの末日における割合の平均を用いるとされているが、月末時点で入院中又は外泊中の入所者については、計算上どのように取り扱うべきか。
【答 31】 入院・外泊が長期に渡り、その月において１日も当該施設を利用していないような場合を除いて、入院・外泊中の入所者を含めて割合を算出しても差し支えない。ただし、末日において同様に入院・外泊している入所者のうち要介護４・５の入所者のみを含め

て要介護３以下の入所者は除くというような恣意的な取扱いは認められない。
なお、介護福祉士の配置の基準とする前年度の平均入所者数の計算における入院・外泊の取扱いについては、通常の介護職員・看護職員の人員配置（３対１）の基準となる入所者数を計算する際に従来採用している取扱いと同様に計算すればよい。
【注：平成 27 年度介護報酬改定により、要介護４・５の入所者や認知症日常生活自立度Ⅲ以上の入所者の割合については、算定日の属する月の前６月間または前 12 月における新規入所者の総数のうちの割合へと変更されている。】

【問 32】　介護福祉士の配置の基準とする前年度の平均入所者数について、前年度半ばに介護老人福祉施設を新設した場合、若しくは当該施設の定員数を増床・減床した場合においてどのように取り扱うのか。
【答 32】　留意事項通知第二の１（７）に準じて取り扱われたい。
（７）新設、増床又は減床の場合の利用者数等について
人員基準欠如及び夜勤を行う職員の員数の算定に関しては、
イ 新設又は増床分のベッドに関して、前年度において一年未満の実績しかない場合（前年度の実績が全くない場合を含む。）の利用者数等は、新設又は増床の時点から六月未満の間は、便宜上、ベッド数の九〇％を利用者数等とし、新設又は増床の時点から六月以上一年未満の間は、直近の六月における全利用者等の延数を六月間の日数で除して得た数とし新設又は増床の時点から一年以上経過している場合は、直近一年間における全利用者等の延数を一年間の日数で除して得た数とする。
ロ 減床した場合には、減床後の実績が三月以上あるときは、減床後の延利用者数を延日数で除して得た数とする。
ただし、病院又は診療所の医師の人員基準欠如の運用における利用者数等については、医療法の取扱いの例によるものであり、医事担当部局と十分連携を図るものとする。
また、短期入所生活介護及び特定施設入居者生活介護については、イ又はロにより難い合理的な理由がある場合には、他の適切な方法により利用者数を推定するものとする。

（平成 27 年 4 月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏ1．1））
【問 122】　算定日の属する月の前 6 月間又は前 12 月間における新規入所者の総数における「要介護 4 又は 5 の者の割合」及び「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である者の割合」について、前 6 月間で算出するか前 12 月間で計算するかは事業所が選択できるのか。
【答 122】　貴見のとおりである。

【問 123】　前 6 月間で要件を満たしたものとして届出を行ったが、その後に前 6 月間では要件を満たさなくなった場合であっても、前 12 月間で要件を満たしていれば改めて届出を行わなくてもよいか。
【答 123】　貴見のとおりである。

【問 124】　新規入所者の総数に占める割合を用いる部分の要件について、開設後 6 月を経過していない施設は満たさないということか。
【答 124】　算定日の属する月の前 6 月又は 12 月における新規入所者について、要件を満たすことを求めるものであり、開設後の経過月数にかかわらず、算定可能である。

【問 125】　新規入所者が 1 名のみであった場合には、当該 1 名の新規入所者の状態のみをもって、要件の可否を判断するのか。
【答 125】　貴見のとおりである。

【問 126】　入院に伴い一旦施設を退所した者が、退院後に再入所した場合、日常生活継続支援加算の算定要件における新規入所者に含めてよいか。
【答 126】　入院中も引き続き、退院後の円滑な再入所のためにベッドの確保等を行い、居住費等を徴収されていた者については、新規入所者には含めない。

【問 127】　老人福祉法等による措置入所者は、新規入所者に含めるのか。
【答 127】　含めない。

【問 128】　日常生活継続支援加算を算定する場合には、要件の該当者のみでなく、入所者全員に対して加算を算定できるものと考えてよいか。
【答 128】　貴見のとおりである。

【問 129】日常生活継続支援加算の算定要件となる新規入所者の要介護度や日常生活自立度について、入所後に変更があった場合は、入所時点のものと加算の算定月のもののどちらを用いるのか。
【答 129】入所時点の要介護度や日常生活自立度を用いる。

看護体制加算

看護体制加算（Ⅰ）	イ	6単位／日	ロ	４単位／日
看護体制加算（Ⅱ）	イ	13 単位／日	ロ	8 単位／日

要件＼定員	定員 30 人以上 50 人以下（注１）	定員 51 人以上（注２）
看護体制加算（Ⅰ） ① 常勤の看護師を１名以上配置 ② 定員超過利用・人員欠如に該当していない	イ	ロ
看護体制加算（Ⅱ）　（① から④のすべてを満たすこと。） ① 看護職員を常勤換算方法で入所者の数が２５又はその端数を増すごとに１名以上配置している。 ② 看護職員を常勤換算方法で、 入所者数が 30 以下　：２以上 入所者数が 30 超 50 以下　：３以上 入所者数が 50 超 130 以下　：４以上 入所者数が 130 超　：４＋（入所者 50 増毎に１）以上 ③ 当該施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24 時間連絡できる体制を確保している。 ④定員超過利用・人員欠如に該当していない	イ	ロ

（注１）平成30年３月31日までに指定を受けた施設にあっては、31人以上50人以下
（注２）平成30年３月31日までに指定を受けた施設にあっては、30人又は51人以上

※加算（Ⅰ）と加算（Ⅱ）は、同時算定が可能。この場合、看護体制加算（Ⅰ）において加算の対象となる常勤の看護師についても、看護体制加算（Ⅱ）における看護職員の配置数の計算に含めることが可能。
※入所者数とは、前年度の平均。（小数点第２位以下を切り上げ。）
※加算(Ⅱ)は、月の途中から基準を満たさなくなった場合は、当月の初日から加算の算定が不可となる。
※「24時間連絡できる体制」とは、施設内で勤務することを要するものではなく、夜間においても施設から連絡でき、必要な場合には施設からの緊急の呼出に応じて出勤する体制をいう。

● 指定短期入所生活介護の事業所を併設している場合

指定短期入所生活介護事業所とは別に、必要な数の看護職員を配置する必要がある。

１ 看護体制加算（Ⅰ）については、指定介護老人福祉施設として1名以上の常勤の看護師の配置を行った場合に算定が可能。

２ 看護体制加算（Ⅱ）については、看護職員の指定介護老人福祉施設における勤務時間を当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数（１週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする）で除した数が、入所者の数が25又はその端数を増すごとに1以上となる場合に算定が可能。

● 特別養護老人ホームの空床を利用して指定短期入所生活介護を行っている場合

指定介護老人福祉施設の入所者と指定短期入所生活介護の利用者を合算したものを 「入所者数」として取り扱い、一体的に加算を行う。

１ 看護体制加算（Ⅰ）については、本体施設に常勤の看護師を１名配置している場合は、空床利用の指定短期入所生活介護についても算定が可能。

２ 看護体制加算（Ⅱ）については、指定介護老人福祉施設の入所者数と空床利用の指定短期入所生活介護の利用者数を合算した数が25又はその端数を増すごとに１以上、かつ、当該合算した数を指定介護老人福祉施設の「入所者の数」とした場合に必要となる看護職員の数に１を加えた数以上の看護職員を配置している場合に算定が可能。

（平成21年4月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．1））

【問78】 本体施設である介護老人福祉施設と併設のショートステイについて、一体的に加算を算定できるのか。

【答78】 本体施設と併設のショートステイそれぞれについて別個に加算算定の可否を判断する。すなわち、看護体制加算（Ⅰ）では本体施設と併設のショートステイでそれぞれ常勤の看護師を１人ずつ配置している場合、看護体制加算（Ⅱ）では本体施設と併設のショートステイでそれぞれ常勤換算で２５：１以上、かつ本体施設では最低基準に加え１以上の看護職員を配置している場合に、算定可能となる。

その際、看護体制加算（Ⅱ）については、本体施設と併設のショートステイを兼務している看護職員は、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により当該職員の常勤換算数を本体施設と併設のショートステイに割り振った上で、本体施設とショートステイそれぞれについて加算の算定の可否を判断することとなる。

なお、空床利用型ショートステイについては、加算（Ⅰ），（Ⅱ）とも、本体施設において加算の算定基準を満たしていれば空床利用型ショートステイについても加算を算定することができる。

【問80】 本体施設と併設のショートステイを通じて常勤看護師が１人しかいないが その１人が特養とショートステイの両方を均等に兼務している場合、本体施設と併設のショートステイのどちらで看護体制加算（Ⅰ）を算定するかは事業者の選択によるものと解してよいか。

【答80】 本体施設と併設のショートステイのどちらで看護体制加算（Ⅰ）を算定するかは事業

者の選択として構わないが、算定することとした方の事業所を主として勤務を行うべきである。

【問81】　本体施設５０床＋併設ショートステイ１０床の施設が看護体制加算を算定しようとする場合、本体施設である介護老人福祉施設については３１人～５０人規模の単位数を算定できるのか。

【答81】　定員規模に係る要件は介護老人福祉施設のみの定員に着目して判断するため、お見込みどおり。なお、この取扱いは、夜勤職員配置加算についても同様である。

【問83】　機能訓練指導員が看護師である場合、看護体制加算（Ⅱ）の看護職員配置に含められるか。看護体制加算（Ⅰ）についてはどうか。

【答83】　看護体制加算（Ⅱ）については、当該機能訓練指導員が看護職員としての業務に従事している実態があれば、当該業務に係る勤務時間を常勤換算の看護職員数の中に含めることは可能である。

看護体制加算（Ⅰ）については、看護職員としての業務以外の業務に従事する看護師によって同加算を算定することは望ましくない。

（平成27年4月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．2））

【問25】　一部ユニット型施設・事業所が、ユニット型部分とユニット型以外の部分それぞれ別施設・事業所として指定されることとなった場合について、入所者数に基づいた必要職員数が要件となっている加算の算定について、それぞれどのように考えればよいか。

【答25】　入所者数に基づいた必要職員数を算定要件としている加算である「看護体制加算」と「夜勤職員配置加算」については、双方の入所者の合計数に基づいて職員数を算定するものである。

この点、夜勤職員配置加算については、「平成21 年4 月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.1）」（平成21 年３月23 日）では、「一部ユニット型については、ユニット部分及び多床室部分それぞれで要件を満たす必要がある」としているところであるが、指定更新の際に別指定を受けることとなった旧・一部ユニット型施設を含め、同一建物内にユニット型及びユニット型以外の施設（介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設）が併設されている場合については、双方の入所者及びユニット数の合計数に基づいて職員数を算出するものとして差し支えないこととする。なお、この際、ユニット型施設と従来型施設のそれぞれについて、1日平均夜勤職員数を算出するものとし、それらを足し合わせたものが、施設全体として、１以上上回っている場合に夜勤職員配置加算が算定できることとする。ただし、ユニット型施設と従来型施設の入所者のそれぞれの基本サービス費について加算が算定されることとなるため、双方の施設における夜勤職員の加配の状況が極端に偏りのあるものとならないよう配置されたい。

夜勤職員配置加算

夜勤職員配置加算（Ⅰ）	イ、22単位／日	ロ、13単位／日
夜勤職員配置加算（Ⅱ）	イ、27単位／日	ロ、18単位／日
夜勤職員配置加算（Ⅲ）	イ、28単位／日	ロ、16単位／日
夜勤職員配置加算（Ⅳ）	イ、33単位／日	ロ、21単位／日

● 厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準に規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に１を加えた数以上の数の介護職員又は看護職員を配置していることを評価するもの。

また、平成30年度改定により、夜勤時間帯を通じて、看護職員又は喀痰吸引等の実施ができる介護

職員を配置することを評価するため、上位の区分（Ⅲ）、（Ⅳ）が設けられた。

（１）区分（Ⅰ）、（Ⅱ）の算定要件

<table>
<tr><th></th><th>入所者数</th><th>夜勤職員の基準</th><th>加算の基準</th></tr>
<tr><td rowspan="5">ユニット型以外</td><td>～２５</td><td>１名以上</td><td rowspan="9">左記基準＋１以上
<u>※テクノロジーの導入による基準の緩和についてはショートステイの項目を参照</u></td></tr>
<tr><td>２６～６０</td><td>２名以上</td></tr>
<tr><td>６１～８０</td><td>３名以上</td></tr>
<tr><td>８１～１００</td><td>４名以上</td></tr>
<tr><td>１０１～</td><td>４＋（入所者数－１００）÷２５ 名以上
（小数点以下切り上げ）</td></tr>
<tr><td>ユニット型</td><td colspan="2">２ユニットごとに１名以上
例１） １ユニットの場合基準では１名
例２） ５ユニットの場合基準では３名</td></tr>
</table>

※入所者数とは、前年度の平均。（小数点以下を切り上げ。）

※入所者数には、併設及び空床の短期入所生活介護利用者数を含む。

※ 夜勤を行う職員の数は、１日平均夜勤職員数とする。１日平均夜勤職員数は、暦月ごとに<u>夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する16時間）における延夜勤時間数を、当該月の日数に16を乗じて得た数で除して得た数</u>とし、小数点第３位以下は切り捨てる。

（２）区分（Ⅲ）、（Ⅳ）の算定要件

上記（１）の要件に加え、夜勤時間帯を通じ看護職員又は①社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第１条各号のいずれかの行為の実地研修を修了した介護福祉士、②特定登録証の交付を受けた特定登録者、 ③新特定登録証の交付を受けている新特定登録者、④認定特定行為業務従事者のいずれかを１人以上配置し、①②③の場合は喀痰吸引等業務の登録を、④の場合は特定行為業務の登録を受けていること。

（平成21年4月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏ1. 1））

【問90】　１日平均夜勤職員数を算出するための延夜勤時間数には、早出・遅出や日勤帯勤務の職員の勤務時間も含められるか。

【答90】　本加算は、深夜の時間帯のみならず、特に介護量が増加する朝食、夕食及びその前後の時間帯を含む夜勤時間帯全体における手厚い職員配置を評価するものであり、その施設が設定した夜勤時間帯において勤務した時間であれば、早出・遅出及び日勤帯勤務の職員の勤務時間も延夜勤時間数に含めることは可能である。ただし、加算を算定可能とすることを目的として、例えば「22時から翌日14時まで」のような極端な夜勤時間帯の設定を行うべきではなく、夜勤時間帯の設定は、例えば「17時から翌朝9時まで」のような朝食介助・夕食介助の両方を含む設定を基本としつつ、勤務実態等から見て合理的と考えられる設定とすべきである。ただし、夜勤職員配置の最低基準が1人以上とされている入所者が25人以下の施設については、いわゆる「1人夜勤」の負担を緩和する観点から、深夜の時間帯において職員を加配する（夜勤職員を2人以上とする）ことにより加算の算定要件を満たすことが望ましい。

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
※個別機能訓練加算を算定している場合（Ⅰ）は算定できず、（Ⅱ）は１月につき100単位を算定する

● 自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職との連携を評価するもの。

【算定要件】

○生活機能向上連携加算（Ⅰ）

訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを提供している医療提供施設（老健等含む。）の理学療法士等の助言に基づき、施設の機能訓練指導員等が共同して、個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っていること。

○生活機能向上連携加算（Ⅱ）

訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを提供している医療提供施設（老健等含む。）の理学療法士等が施設を訪問し、施設の機能訓練指導員等が共同して、個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っていること。

＜留意事項＞

○生活機能向上連携加算（Ⅰ）

イ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）は、指定訪問リハビリテーション事業所、指定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、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径４キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。以下この⑺において同じ。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下この⑺において「理学療法士等」という。）の助言に基づき、当該指定短期入所生活介護事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「機能訓練指導員等」という。）が共同してアセスメント、利用者の身体の状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。その際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。

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こと。

ロ 個別機能訓練計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所、指定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は、当該利用者の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）に関する状況について、指定訪問リハビリテーション事業所、指定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、指定短期入所生活介護事業所の機能訓練指導員等と連携してＩＣＴを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該指定短期入所生活介護事業所の機能訓練指導員等に助言を行うこと。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、理学療法士等と機能訓練指導員等で事前に方法等を調整するものとする。

ハ 個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載しなければならない。目標については、利用者又はその家族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も踏まえ策定することとし、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定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。なお、個別機能訓練計画に相当する内容を短期入所生活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ものとすること。

ニ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供していること。

ホ 個別機能訓練計画の進捗状況等の評価について

・機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者のＡＤＬやＩＡＤＬの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。

・理学療法士等は、機能訓練指導員等と共同で、３月ごとに１回以上、個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族（以下このホにおいて「利用者等」という。）に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明していること。

また、利用者等に対する説明は、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と。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならないこと。なお、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」等に対応していること。

ヘ 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにすること。

ト 生活機能向上連携加算（Ⅰ）は個別機能訓練計画に基づき個別機能訓練を提供した初回の月に限り、算定されるものである。なお、イの助言に基づき個別機能訓練計画を見直した場合には、本加算を再度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個別機能訓練計画を見直した場合を除き、個別機能訓練計画に基づき個別機能訓練を提供した初回の月の翌月及び翌々月は本加算を算定しない。

○生活機能向上連携加算（Ⅱ）

イ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）は、指定訪問リハビリテーション事業所、指定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、当該指定短期入所生活介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等と共同して、利用者の身体の状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。その際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。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こと。

ロ 個別機能訓練計画の進捗状況等の評価について

・機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者のＡＤＬやＩＡＤＬの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。

・理学療法士等は、３月ごとに１回以上指定短期入所生活介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとと

もに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行うこと。
ハ ①ハ、ニ及びヘによること。なお、個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はないこと。

個別機能訓練加算

個別機能訓練加算（Ⅰ）12単位／日
個別機能訓練加算（Ⅱ）20単位／月
個別機能訓練加算（Ⅲ）20単位／月

○個別機能訓練加算（Ⅰ）

●次の(1)～(3)の要件をいずれも満たす場合

（１）機能訓練指導員（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師、一定の実務経験を有するはり師・きゅう師）の配置状況が次に該当すること

入所者の数（前年度平均）	機能訓練指導員の配置状況
100名以下の場合	常勤専従で１名以上
100名を超える場合	専従常勤で１名以上、かつ、常勤換算方法で入所者の数を100で除した数以上配置しているもの 例）入所者平均数110名÷100＝1.1 →常勤換算方法により1.1名以上で、うち１名常勤専従

（２）機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、入所者ごとに個別機能訓練指導計画を作成すること。

（３）当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行うこと。

※ 理学療法士等が個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った個別機能訓練について算定する。
※ 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を１名以上配置して行うこと。
※ 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者毎にその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行うこと。
※ 個別機能訓練を行う場合は、開始時及びその３月ごとに１回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録すること。
※ 記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者毎に保管され、常に当該特定施設の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにすること。

● 加算の対象となる機能訓練指導員は、常勤専従が要件であり、看護職員等との兼務は不可。

（参考事例）
定員60 人の施設で、個別機能訓練加算を算定していたが、要件となっている常勤・専従の機能訓練指導員の配置が要件をみたしていなかった事例。
〇人員配置状況
・看護職員　４名
・機能訓練指導員　１名（看護職員の１名と兼務）
〇加算算定
・看護体制加算（Ⅱ）ロ
・個別機能訓練加算
⇒当該施設における看護職員の配置基準は、常勤換算数で３名。（うち１名は常勤）。
看護体制加算（Ⅱ）ロの人員要件は、当該基準（３名）にプラス１名の常勤換算上の看護職員の配置が必要であるので、４名の看護職員の配置が必要となります。
個別機能訓練加算の人員要件は、常勤・専従の機能訓練指導員の配置が必要であり、上記４名の看護職員とは別に常勤・専従の資格を保有した１名以上の機能訓練指導員の配置が必要となります。

＜留意事項＞
・ 入所者（利用者）の日常生活やレクリエーション、行事等を通じて行う機能訓練指導については、「訓練を行う能力を有する者」が直接行うのではなく、当該施設の生活相談員又は介護職員が行っても差し支えない。（生活相談員又は介護職員が機能訓練指導員として配置できるということではありません。）
・ 個別機能訓練加算（福祉施設・短期）、機能訓練指導体制加算（短期）を算定しない場合
‣ 機能訓練指導員の配置時間に関する具体的な時間数の規定は基準上ありません。入所（利用）者数に応じて機能訓練を行うために必要な時間数の配置を行う。

・ 個別機能訓練加算（福祉施設・短期）、機能訓練指導員の配置加算（短期）を算定する場合
‣ 配置時間に関する基準上の規定が定められている。
・ 短期入所生活介護において機能訓練指導員の配置加算と個別機能訓練加算を両方算定しようとする場合、機能訓練指導員の配置加算における機能訓練指導員とは別に、個別機能訓練加算における機能訓練指導員を配置する必要がある。
・ 看護職員が同一事業所内で機能訓練指導員を兼務する場合の扱いについて
‣ 個別機能訓練加算、機能訓練指導員の配置加算を算定しない場合、当該職員は、看護職員としての勤務時間と機能訓練指導員としての勤務時間の両方に対し、常勤換算上の勤務時間に算入することができる。
‣ 看護体制加算（Ⅱ）を算定する場合、当該職員の看護職員及び機能訓練指導員としての常勤換算は、それぞれの勤務時間に応じて按分する。
‣ 当該職員によって看護体制加算（Ⅰ）を算定することは望ましくない。

〇個別機能訓練加算（Ⅱ）
個別機能訓練加算（Ⅰ）を取得し、個別機能訓練計画等を厚生労働省に提出している場合に、一月

について20単位を算定可能。

情報提出頻度	利用者ごとに下記に定める月の翌月10までに提出 ア、新規に個別機能訓練計画の作成を行った日の属する月 イ、個別機能訓練計画の変更を行った日の属する月 ウ、上記のほか少なくとも３月に１回
提出情報の内容	「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３年３月16日老振初0316第３号、老老発0316第２号）別紙様式３－３（個別機能訓練計画書）内の「評価日」「職種」「ＡＤＬ」「ＩＡＤＬ」及び「起居動作」並びに別紙様式３にある「作成日」「前回作成日」「初回作成日」「障害高齢者の日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度」「健康状態・経過（病名及び合併疾患・コントロール状態に限る。）」「個別機能訓練の目標」「個別機能訓練項目（プログラム内容、留意点、頻度及び時間に限る。）」
提出情報	（１）ア及びイに係る提出情報は、当該情報の作成又は変更時における情報 （１）ウに係る提出情報は、前回提出時以降の情報

○個別機能訓練加算（Ⅲ）

・個別機能訓練加算（Ⅱ）を取得し、口腔衛生管理加算Ⅱ及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。

・入所者ごとに、理学療法士等が、個別機能訓練計画の内容等の情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。

・上記で共有した情報を踏まえ、必要に応じて個別機能訓練計画の見直しを行い、当該見直しの内容について理学療法士等の関係職種間で共有していること。

※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」を参考とし、関係職種間で共有すべき情報は、同通知の様式１－４を参考とした上で、常に当該事業所の関係職種により閲覧が可能であるようにすること。

ＡＤＬ維持等加算

ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）30単位／月
ＡＤＬ維持等加算（Ⅱ）60単位／月

●ＡＤＬ維持等加算について

自立支援重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ＡＤＬ（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合を評価する。

【算定要件】

○ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）

① 評価対象者の総数が10人以上であること。

※評価対象者…当該施設の利用期間が６月を超えるもの。

② 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月と当該月の翌月から起算して６月目（６月目にサービスの利用がない場合については当該サービスの利用があった最終の月）においてＡＤＬを評価し、その評価に基づく値（以下「ＡＤＬ値」という。）を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していること。

③ 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して６月目の月に測定したＡＤＬ値から評価愛称利用開始月に測定したＡＤＬ値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値（以下「ＡＤＬ利得」という。）の平均値が１以上であること。

○ＡＤＬ維持等加算（Ⅱ）

① 加算（Ⅰ）の①、②を満たすものであること。

② 評価対象者のＡＤＬ利得の平均値が３以上であること。

＜留意事項＞

イ ＡＤＬの評価は、一定の研修を受けた者により、Barthel Index を用いて行う。

ロ 厚生労働省へのＡＤＬ値の提出は、ＬＩＦＥを用いて行う。

ハ ＡＤＬ利得は、評価対象利用開始月の翌月から起算して６月目の月に測定したＡＤＬ値から、評価対象利用開始月に測定したＡＤＬ値を控除して得た値に、次の表の左欄の評価対象利用開始月に測定したADL値に応じてそれぞれ同表の右欄に掲げる値を加えた値を平均して得た値とする。

ＡＤＬ値が０以上25以下	３
ＡＤＬ値が30以上50以下	３
ＡＤＬ値が55以上75以下	４
ＡＤＬ値が80以上100以下	５

ニ ハにおいてＡＤＬ利得の平均を計算するに当たって対象とする者は、ＡＤＬ利得の多い順に、上位100 分の10 に相当する利用者（その数に１未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。）

及び下位100 分の10 に相当する利用者（その数に１未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。）を除く利用者（以下「評価対象利用者」という。）とする。

ホ 加算を取得する月の前年の同月に、基準に適合しているものとして都道府県知事に届けて出ている場合は、届出の日から12月後までの期間を評価対象期間とする。

ヘ 令和６年度については、令和６年３月以前よりADL維持等加算Ⅱを算定している場合、ADL利得に関わらず、評価対象期間の満了日の属する月の翌月から12月に限り算定を継続することができる。

ＬＩＦＥへの情報提出頻度、提出情報について

・情報提出頻度について… 利用者ごとに評価対象利用開始月及び評価対象利用開始月の翌月から起算して６月目の月の翌月10日までに提出する。なお、情報を提出すべき月においての情報の提出を行っていない事実が生じた場合は、直ちに訪問通所サービス通知第１の５の届出を提出しなければならない。

・提出情報について…… 利用者全員について、利用者のＡＤＬ値を、やむを得ない場合を除き、提出すること。ただし、評価対象利用開始月の翌月から起算して６月目にサービスの利用がない場合については、当該サービスの利用があった最終の月の情報を提出する。

☆令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.３）（令和３年３月26 日）

【問35】 事業所又は施設において、評価対象利用期間が６月を超えるとは、どのような意味か。

【答35】 サービスの利用に当たり、６月以上のサービス提供に係る計画を策定し、支援を行っていた場合において、計画期間の途中で当該サービスを利用していない月があったとしても、当該月を除いて６月以上利用していれば評価対象者に含まれる。

【問37】 これまでは、初めてＡＤＬ維持等加算を算定しようとする事業所は、前年度に「ＡＤＬ維持等加算［申出］の有無」の届出を指定権者に届け出る必要があったが、これに変更はあるのか。

【答37】 令和３年度については、算定を開始しようとする月の前月までに申出を行うこと。令和４年度以降に算定を開始しようとする場合は、当該算定を開始しようとする月の前年同月に届出を行うこと。

【問38】 これまでＡＤＬ維持等加算の算定事業所は、国保連合会からの審査結果を踏まえて決定されていたが、このフローはどうなるのか。

【答38】 各事業者がＬＩＦＥを用いてＡＤＬ利得が基準を満たすかどうかを確認するため、従来のような国保連合会からの審査結果は送付されない。

【問39】 これまでは評価対象利用開始月と、当該月から起算して６月目の値で評価していたが、今回の改正で評価対象利用開始月の翌月から起算して６月目となったのは、後の月が１月ずれたということか。

【答39】 貴見のとおり。

【問41】 同一施設内で予防サービスも行っている。要支援から要介護になった方の評価期間はどうなるのか。

【答41】 要支援から要介護になった方については、要介護になった初月が評価対象利用開始月とな

る。

【問42】 指定権者で「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援）」をどのように記載すればよいか。

【答42】 ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定しようとする事業所又は施設は、介護給付費算定に係る体制等状況一覧表の「ＡＤＬ維持等加算〔申出〕の有無」を「２ あり」、「ＡＤＬ維持等加算Ⅲ」を「１ なし」とする。

外泊時費用

246単位／日

●外泊時費用とは…

入所者が外泊や入院をしている間、体制を確保している場合に、所定単位数に代えて算定できる費用

【算定要件】

〇外泊又は入院した場合、1か月に６日まで算定することができる

〇所定単位数に代えて１日につき所定単位を算定している

〇外泊等の初日と最終日に算定していないか

〇入所者の外泊期間中に、入所者の空床を短期入所の利用に供した場合、算定できない

【留意事項】

●入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、1か月に６日を限度として所定単位数に代えて算定する。ただし、外泊の初日及び最終日は算定できない。

●入所者の外泊の期間中にそのまま退所した場合は、退所した日の外泊時の費用は算定できるが、外泊の期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合には、入院日以降については外泊時の費用は算定できない。

●外泊時の費用の算定に当たって、１回の外泊で月をまたぐ場合は最大で連続13泊（12日分）まで外泊時の費用の算定が可能。なお、外泊の期間中に居宅介護サービス費を算定することはできない。

外泊時費用（在宅サービスを利用する場合）

560単位／日

入所者に対して居宅における外泊を認め、介護保険施設が在宅サービスを提供する場合には、所定単位数に代えて算定できる費用である。1か月に６日を限度として算定する。

【算定要件】

●入所者が居宅における外泊をし、介護保険施設が在宅サービスを提供している必要がある。

●１か月に６日までの算定としているか

●所定単位数に代えて１日につき所定単位を算定しているか

●外泊等の初日と最終日は算定できない

●外泊時費用を算定していないか

●入所者の外泊期間中に、入所者の空床を短期入所の利用に供した場合は算定できない

退所時栄養情報連携加算【新設】

70単位（１月につき１回限り）

施設の管理栄養士が、入所者等の栄養管理に関する情報について、他の施設や医療機関等に提供することを評価する

【算定要件】

○対象者は特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者であること

○対象となる入所者の退所月において、１か月に１回を限度として算定できる

○施設から居宅に退所する場合は主治医の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、管理栄養士が入所者の栄養管理に関する情報を提供していることが必要

○情報提供については、入所者の同意を得ている必要がある

○栄養ケア・マネジメント未実施減算の適用又は栄養マネジメント強化加算を算定していないか

※栄養管理に関する情報とは…

提供栄養量、必要栄養量、食事形態、禁止食品、栄養管理に係る経過

※医療機関等に提供する情報については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔実施及び一体的取組について」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医療機関等が確実に活用できるように提供する。

※「特別食」とは…

嚥下困難者疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された以下の特別食

・腎臓病食／肝臓病食／糖尿病食／胃潰瘍食／貧血食／膵臓病食／脂質異常症食／痛風食／嚥下困難者のための流動食／経管栄養のための濃厚流動食／特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く）

再入所時栄養連携加算

200単位（入所者1人につき１回限り）

・入所者が入院・退院後の再入所から特別食等を必要とし、栄養ケア計画を作成したときに算定できる

・別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護老人保健施設に入所（以下「一次入所」という。）している者が退所し、当該者が病院又は診療所に入院した場合であって、当該者が退院した後に再度当該介護老人保健施設に入所（以下「二次入所」という。）する際、二次入所において必要となる栄養管理が、一次入所の際に必要としていた栄養管理とは大きく異なるため、当該介護老人福祉施設の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定した場合に、入所者１人につき１回を限度として所定単位数を加算する。

【算定要件】
○施設の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定
○当該介護老人保健施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席（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。）し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成すること。
○二次入所後に入所者、家族等に計画を説明し、同意を得ているか
○人員基準欠如減算・定員超過利用減算の基準に該当していないか
○栄養ケア・マネジメント未実施減算の場合、算定できない
○嚥下調整食は、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した食事であって、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づくものをいう

＜留意事項＞
○「特別食」とは…
嚥下困難者疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された以下の特別食
・腎臓病食／肝臓病食／糖尿病食／胃潰瘍食／貧血食／膵臓病食／脂質異常症食／痛風食／嚥下困難者のための流動食／経管栄養のための濃厚流動食／特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く）

○心臓疾患等の入所者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の入所者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の入所者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者に対する低残さ食ならびに高度肥満症（肥満度が＋40%以上又は BMI が 30 以上）の入所者に対する治療食も当該加算の対象

協力医療機関連携加算

50単位／月
※R7.3.31までの間は100単位を加算する
要件を満たさない場合は５単位

協力医療機関と施設の間で、入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価する

協力医療機関連携加算
：協力医療機関が下記事項のＡからＣの要件を満たす場合

R6：100 単位／月　R7：50 単位／月 ：**それ以外の場合**　５単位／月
●協力医療機関は次の要件を満たしているか A　入所者の病状が急変した場合等に、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している B　施設から診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保している C　入所者の病状が急変した場合等に、施設の医師又は協力医療機関、その他の医療機関の医師が診療を行い、入院が必要と認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保している ●協力医療機関と病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催しているか →特に協力医療機関に対して診療を求める可能性が高い入所者や新規入所者を中心に、情報共有や対応の確認等を行う。毎回の会議で、必ずしも入所者全員について詳細な病状等を共有しなくてもよい →複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより、協力医療機関の上記 A から C の要件を満たす場合には、それぞれの医療機関と会議を行う必要がある（A から C 全てを満たす医療機関を複数定めている場合には、会議はそのうちの１つの医療機関と行うことで差し支えない） →「会議を定期的に開催」とは、概ね月に１回以上開催されている必要がある ※ただし、電子的システムにより協力医療機関が施設の入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年３回以上開催することで差し支えない。また、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入所者がいる場合には、より高い頻度で情報共有等を行う会議を行うことが望ましい →会議はテレビ電話装置等を活用して行うことができる ●上記会議の開催に当たって、入所者の同意を得ているか ●会議の開催状況は、その概要を記録すること ●会議に出席する職種は問わないが、入所者の病歴その他健康に関する情報を協力医療機関の担当者に説明でき、急変時等における当該協力医療機関との対応を確認できる者が出席することが望ましい

◎令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．１）

【問１２７】協力医療機関連携加算について、入所者の病歴等の情報を共有する会議に出席するのはどんな職種を想定しているか。

（答）　職種は問わないが、入所者の病歴その他健康に関する情報を協力医療機関の担当者に説明でき、急変時等における当該協力医療機関との対応を確認できる者が出席すること。

◎令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．２）

【問１３】基準省令に規定する要件全てを満たす医療機関を、協力医療機関として複数定める場合、協力医療機関連携加算の算定にあたっての定期的な会議は、当該医療機関のうち 1 つの医療機関と行うことで差し支えないか。

（答１３）　差し支えない。

◎令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．３）
【問３】協力医療機関連携加算について、「電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年３回以上開催することで差し支えない」とあるが、随時確認できる体制とは具体的にどのような場合が該当するか。
（答３）　例えば、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ＩＣＴを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連ＮＷ」という。）に参加し、当該介護保険施設等の医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の情報について当該地連ＮＷにアクセスして確認可能な場合が該当する。この場合、当該介護保険施設等の医師等が、介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等についてそれぞれの患者について１ヶ月に１回以上記録すること。なお、入所者の状況等に変化がない場合は記録を省略しても差し支えないが、その旨を文書等により介護保険施設等から協力医療機関に、少なくとも月１回の頻度で提供すること。

◎令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．７）
【問１】協力医療機関連携加算について、「入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合」とあるが、病歴等の情報を協力医療機関と共有することに同意が得られない者に対して算定できるか。
（答１）　協力医療機関連携加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築することを目的とした体制加算であり、入所者全員について算定されるもの。なお、協力医療機関に対して病歴等の情報を共有することについて同意が得られない入所者であっても、当該入所者の急変時等において協力医療機関による診療等が受けられるよう取り組むことが必要。

栄養マネジメント強化加算

11単位／日

●栄養ケアに係る体制の充実を図るとともに、運営基準上の栄養管理に加えて、入所者全員へ丁寧な栄養ケアを実施している場合にそれを評価するもの。

【算定要件】
① 管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を50で除して得た数以上配置していること。ただし、常勤の栄養士を一名以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合にあっては、管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を70で除して得た数以上配置していること。
② 低栄養状態にある入所者又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成した栄養ケア計画に従い、当該入所者の栄養管理をするための食事の観察を定期的に行い、当該入所者ごとの栄養状態、心

身の状況及び嗜好を踏まえた食事の調整等を実施すること。

③ ②に規定する入所者以外の入所者に対しても、食事の観察の際に変化を把握し、問題があると認められる場合は、早期に対応していること。

④ 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

⑤ 通所介護費等算定方法第十号に規定する基準（定員超過の基準）のいずれにも該当しないこと。

＜留意事項＞

・ 算定要件①について、調理業務委託先において配置される栄養士及び管理栄養士の数は含むことができない。

・ 給食管理については、給食の運営を管理として行う、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理及び労働衛生管理を指すものであり、これらの業務を行っている場合が該当する。なお、この場合において、特別な配慮を必要とする場合など、管理栄養士が給食管理を行うことを妨げるものではない。

・ 員数を算定する際の入所者数は当該年度の前年度の平均値を用いる。

・ 低栄養状態のリスク評価は低栄養状態のリスクが中リスク者のうち、経口による食事の摂取を行っておらず、栄養補給法以外のリスク分類に該当しない場合は、低リスク者に準じた対応とすること。

・ 低栄養状態のリスクが、中リスク及び高リスクに該当する者に対し、管理栄養士等が以下の対応を行うこと。

イ **基本サービスとして、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成する栄養ケア計画**に、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法や食事の観察の際に特に確認すべき点等を示すこと。

ロ 当該栄養ケア計画に基づき、食事の観察を週３回以上行い、当該入所者の栄養状態、食事摂取量、摂食・嚥下の状況、食欲・食事の満足感、嗜好を踏まえた食事の調整や、姿勢、食具、食事の介助方法等の食事環境の整備等を実施すること。食事の観察については、管理栄養士が行うことを基本とし、必要に応じ、関連する職種と連携して行うこと。やむを得ない事情により、管理栄養士が実施できない場合は、介護職員等の他の職種の者が実施することも差し支えないが、観察した結果については、管理栄養士に報告すること。なお、経口維持加算を算定している場合は、当該加算算定に係る食事の観察を兼ねても差し支えない。

ハ 食事の観察の際に、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、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。

ニ 当該入所者が退所し、居宅での生活に移行する場合は、入所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（入院）する場合は、入所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）を入所先（入院先）に提供すること。

・ 低栄養状態のリスクが低リスクに該当するものについては、上記ロに掲げる食事の観察の際に、あわせて食事の状況を把握し、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、必要に応じて栄養ケア計画を見直し、見直し後の計画に基づき対応すること。
・ 厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。情報の提出頻度等は下記のとおり。

‣**情報提出頻度**… 個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様。なお情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第１の５の届出を提出しなければならず、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者全員について本加算を算定できない。

‣**提出情報**…… 施設における入所者全員について、「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」別紙様式４－１－１にある「要介護度」、「実施日」、「低栄養状態のリスクレベル」、「低栄養状態のリスク（状況）」、「食生活状況等」、「多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）」、「総合評価」及び「計画変更」の各項目に係る情報をやむを得ない場合を除き、すべて提出すること。

また経口維持加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している入所者については、上記の情報に加え、同様式にある「摂食・嚥下の課題」、「食事の観察」及び「多職種会議」の各項目に係る情報も提出すること。

提出情報の時点は、機能訓練加算（Ⅱ）と同様。

・ サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養ケア計画の作成（Plan）、当該計画に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。
・当該加算における低栄養状態のリスク評価は、「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」に基づき行うこと。ただし、低栄養状態のリスクが中リスク者のうち、経口による食事の摂取を行っておらず、栄養補給法以外のリスク分類に該当しない場合は低リスク者に準じた対応とすること。

☆令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．1）

【問126】「施設サービスにおける栄養ケア・マネジメントについて」において、「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」とされている。また、栄養マネジメント強化加算の留意事項通知においても、「医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成する栄養ケア計画」となっているが、記載されている全ての職種の関与や配置は必要か。

【答126】　管理栄養士及びその他の必要な職種により多職種共同で栄養ケア計画の作成等の栄養管理を行う必要があるが、記載されている全ての職種の関与及び配置は必須ではない。

経口移行加算

28 単位／日

① 経管により食事を摂取している者であって、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象とする。

② 算定期間は、経口からの食事の摂取が可能となり経管による食事の摂取を終了した日までの期間とするが、その期間は入所者又はその家族の同意を得た日から起算して180日以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として当該加算は算定しない。

③ 経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が、入所者又はその家族の同意を得られた日から起算して180日を超えて実施される場合でも、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされる場合は、引き続き当該加算を算定できる。この場合において、医師の指示はおおむね2週間ごとに受けるものとする。

④ 経管栄養法から経口栄養法への移行は、誤嚥性肺炎の危険も生じうる為、次のことを確認した上で実施すること。

・全身状態が安定していること（血圧、呼吸、体温が安定しており、現疾患の病態が安定している）。

・刺激しなくても覚醒を保っていられること。

・嚥下反射が見られること（唾液嚥下や口腔、咽頭への刺激による喉頭挙上が認められる）。

・咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。

⑤ 経口移行加算を180日間にわたり算定した後、経口摂取に移行できなかった場合に、期間を空けて再度経口摂取に移行するための栄養管理及び支援を実施した場合は、当該加算は算定できない。

⑥ 入所者の口腔の状態によっては、歯科医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通じて主治の歯科医師への情報提供を実施するなどの適切な措置を講じること。

※ 医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成すること（栄養ケア計画と一体のものとして作成すること。）。

※ 当該計画については、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

※ 栄養管理未実施の減算の適用がある場合には算定しない。

⑦　当該加算に係る計画の作成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」を参照すること。

（平成27年4月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．1））
【問121】　言語聴覚士又は看護職員による支援とは何か。
【答121】　入所者等の誤嚥を防止しつつ、経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂取方法等における特別な配慮のことをいう。

経口維持加算

１ 経口維持加算（Ⅰ）	400単位／月
２ 経口維持加算（Ⅱ）	100単位／月

【算定要件】

①　（Ⅰ）については、現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。）を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に、当該計画が作成された日の属する月から起算して６月以内の期間に限り、１月につき所定単位数を加算する。

※ただし、経口移行加算を算定している場合又は栄養管理未実施の減算を受けている場合は算定しない。

②　（Ⅱ）については、協力歯科医療機関を定めている指定介護老人福祉施設が、経口維持加算（Ⅰ）を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（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２条第１項第１号に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は、１月につき所定単位数を加算する。

③ 経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画が作成された日の属する月から起算して６月を超えた場合であっても、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者であって、医師又は歯科医師の指示に基づき、継続して誤嚥防止のための食事の摂取を進めるための特別な管理が必要とされるものに対しては、引き続き当該加算を算定できるものとする。

＜留意事項＞

①　経口維持加算（Ⅰ）については、次に掲げるイからハまでの通り、実施するものとすること。

イ 現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害（食事の摂取に関する認知機能の低下を含む。以下同じ。）を有し、水飲みテスト（「氷砕片飲み込み検査」、「食物テスト（food test）」、「改訂水飲みテスト」などを含む。以下同じ。）、頸部聴診法、造影撮影（医科診療報

酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。以下同じ。）、内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコピー」をいう。以下同じ。）等により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む。以下同じ。）ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象とすること。ただし、歯科医師が指示を行う場合にあっては、当該指示を受ける管理栄養士等が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治の医師の指導を受けている場合に限る（以下同じ。）。

ロ 月１回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理の方法等を示した経口維持計画の作成を行うとともに、必要に応じた見直しを行うこと。また、当該経口維持計画の作成及び見直しを行った場合においては、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、介護福祉施設サービスにおいては、経口維持計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって経口維持計画の作成に代えることができるものとすること。入所者の栄養管理をするための会議は、テレビ電話装置など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。

ハ 当該経口維持計画に基づき、栄養管理を実施すること。「特別な管理」とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、継続して経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂食方法等における適切な配慮のことをいう。

② 経口維持加算（Ⅱ）における食事の観察及び会議等の実施に当たっては、医師（指定介護老人福祉施設基準第2条第1項第1号に規定する医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか１名以上が加わることにより、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を策定した場合に算定されるものであること。

③ 経口維持加算（Ⅰ）及び経口維持加算（Ⅱ）の算定に当たり実施する食事の観察及び会議等は、関係職種が一堂に会して実施することを想定しているが、やむを得ない理由により、参加するべき者の参加が得られなかった場合は、その結果について終了後速やかに情報共有を行うことで、算定を可能とする。

④ 管理体制とは、食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われる体制とすること。

⑤ なお、当該加算に係る計画の作成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」を参照すること。

口腔衛生管理加算

口腔衛生管理加算（Ⅰ）90単位／月
口腔衛生管理加算（Ⅱ）110単位／月

●入所者に対し、歯科衛生士が口腔衛生の管理を行った場合に算定する。

【算定要件】

○口腔衛生管理加算（Ⅰ）

① 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。

② 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生王の管理を月２回以上行うこと。

③ 歯科衛生士が、①における入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。

④ 歯科衛生士が、①における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。

口腔衛生管理加算（Ⅱ）

① 加算（Ⅰ）の要件をいずれも満たしていること。

② 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

＜留意事項＞

・ 口腔衛生管理加算については、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行い、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員へ具体的な技術的助言及び指導をした場合において、当該入所者ごとに算定するものである。

・ 当該施設が口腔衛生管理加算に係るサービスを提供する場合においては、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと。

・ 歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔衛生の管理を行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点（ただし、歯科医師から受けた指示内容のうち、特に歯科衛生士が入所者に対する口腔衛生の管理を行うにあたり配慮すべき事項とする。）、当該歯科衛生士が実施した口腔衛生の管理の内容、当該入所者に係る口腔清掃等について介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録を別紙様式３を参考として作成し、当該施設に提出すること。当該施設は、当該記録を保管するとともに、必要に応じてその写しを当該入所者に対して提供すること。

・ 当該歯科衛生士は、介護職員から当該入所者の口腔に関する相談等を必要に応じて対応するとともに、当該入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医

療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設への情報提供を行うこと。

・ 厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、入所者の状態に応じた口腔衛生の管理の内容の決定（Plan）、当該決定に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該支援内容の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

・ 本加算は、医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、訪問歯科衛生指導料が３回以上（令和６年６月以降、診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表の区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料の「注２」に規定する緩和ケアを実施するものの場合は、７回以上）算定された場合には算定できない。

療養食加算

６単位／回

【算定要件】

① 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されており、入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われている場合に、利用者の病状等に応じて、主治の医師より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、療養食が提供された場合に1日につき３回を限度として、所定単位数を加算する。

② 経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が行われている場合にあっては、経口移行加算又は経口維持加算を併せて算定することが可能。

③ 加算の対象となる療養食は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づいて提供される利用者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食（流動食は除く。）、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食である。

④ 療養食の摂取の方法については、経口又は経管の別を問わない。

⑤ 脂質異常症食の対象となる入所者等について

療養食として提供される脂質異常症食の対象となる入所者等は、空腹時定常状態におけるLDL-コレステロール値が140mg/dl以上である者又はHDL-コレステロール値が40mg/dl未満若しくは血清中性脂肪値が150mg/dl以上である者である。

☆平成30年4月改定関係Ｑ＆Ａ　Ｖｏｌ．１

【問82】　10時や15時に提供されたおやつは１食に含まれるか。

【答32】　おやつは算定対象に含まれない。

【問83】　濃厚流動食のみの提供の場合は、３食として理解してよいか。
【答33】　１日給与量の指示があれば、２回で提供しても３回としてよい。

特別通院送迎加算

594単位／月

定期的かつ継続的に透析を必要とする入所者で、家族や病院等による送迎が困難である等のやむを得ない事由があり、施設職員が月12回以上の送迎を行った場合を評価する

【算定要件】
①対象者は透析を必要とする入所者
②対象者は入所者の家族や病院等による送迎が困難である等のやむを得ない事情があるか
③１か月に12回以上、通院のため送迎を行ったか

【留意事項】
○施設外において透析が必要な入所者が、家族等による送迎ができない、送迎サービスを実施していない病院又は診療所を利用している場合等のやむを得ない事情により、施設職員が送迎を行った場合に算定できる。
○透析以外の目的による通院送迎は当該加算のための回数に含めない。
○「１か月に12回以上、通院のため送迎を行った」とは往復で１回と考える。
○施設の送迎車用等の使用が困難なため、介護タクシー等外部の送迎サービスを利用した場合、施設職員が付き添った場合に限り、算定のための回数に含められる。
○透析のための定期的な通院送迎であれば、あわせて他の診療科を受診した場合であっても、加算の算定のための回数に含められる。

配置医師緊急時対応加算

通常の勤務時間外	325単位／回
早朝・夜間	650単位／回
深夜	1,300単位／回

配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診察を行ったことを評価

【時間帯の区分】
・早朝（午前６時～午前８時）・夜間（午後６時～午後10時）・深夜（午後10時～午前６時）
【施設基準】
・入所者に対する注意事項や病状等についての情報共有、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法、診療を依頼する場合の具体的状況等について配置医師と施設との間で具体的な取り決めがなされて

いること。

・複数名の配置医師を置いていること又は配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保していること。

・看護体制加算（Ⅱ）を算定していること。

＜留意事項＞

① 配置医師緊急時対応加算は、入所者の看護・介護に当たる者が、配置医師に対し電話等で直接施設への訪問を依頼し、当該配置医師が診療の必要性を認めた場合に、可及的速やかに施設に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に施設に赴いて診療を行った場合には算定できない。ただし、医師が、死期が迫った状態であると判断し、施設の職員と家族等に説明したうえで、当該入所者が死亡した場合について、早朝や日中の診療終了後の夜間に施設を訪問し死亡診断を行うことを事前に決めている場合には、この限りでない。

② 配置医師緊急時対応加算の算定については、事前に氏名等を届出た配置医師が実際に訪問し診察を行ったときに限り算定できる。

③ 施設が診療を依頼した時間、配置医師が診療を行った時間、内容について記録を行わなければならない。

④ 配置医師の通常の勤務時間外とは、配置医師と施設の間であらかじめ定められた配置医師が当該施設において勤務する時間以外の時間（早朝・夜間及び深夜を除く）とし、早朝・夜間（深夜を除く）とは、午後６時から午後10 時まで又は午前６時から午前８時までとし、深夜の取扱いについては、午後10 時から午前６時までとする。なお、診療の開始時刻が加算の対象となる時間帯にある場合に、当該加算を算定すること。診療時間が長時間にわたる場合に、加算の対象となる時間帯における診療時間が全体の診療時間に占める割合がごくわずかな場合においては、当該加算は算定できない。

⑤ 算定に当たっては、配置医師と施設の間で、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等に関する取り決めを事前に定め、１年に１回以上見直しをすることにより、24 時間配置医師による対応又はその他の医師の往診による対応が可能な体制を整えることとする。

☆令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．1）

問138　配置医師の通常の勤務時間内であるが、出張や休暇等による施設内に不在であった時間帯において、当該配置医師が対応した倍、配置医師緊急時対応加算を算定できるか。

答138　算定できない。

問39 配置医師の所属する医療機関の他の医師が、緊急の場合に施設の求めに応じて、配置医師に代わり、診療した場合、配置医師緊急時対応加算を算定できるか。

答39　算定できない。

看取り介護加算

死亡日以前31日以上45日以下　：　72単位／日（Ⅰ）、（Ⅱ）
死亡日以前４日以上30日以下　：　144単位／日（Ⅰ）、（Ⅱ）
死亡日の前日及び前々日　　：　680単位／日　（Ⅰ）、　780単位／日（Ⅱ）
→死亡月に加算
死亡日　　：1,280単位／日（Ⅰ）、1,580単位／日（Ⅱ）
※ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しない。

【算定要件】
●（施設要件）
（Ⅰ）、（Ⅱ）共通
・常勤の看護師を１名以上配置し、看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保している。
・看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に説明し、同意を得ている。
・医師、生活相談員、看護職員、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定介護老人福祉施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行う。
・看取りに関する職員研修を行っている。
・看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行う。
（Ⅱ）のみ
・配置医師緊急時対応加算の施設基準に該当している。
●（入所者要件）
（Ⅰ）、（Ⅱ）共通
・医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者。
・医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者（以下この号において「医師等」という。）が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）であること。
・看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。）であること。

●その他
・区分（Ⅱ）については、入所者の死亡が当該施設内であった場合に限り算定できる。

☆平成27年4月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．1）
【問142】　看取りに関する指針の内容について見直しを行って変更した場合には、既存の入所

者等に対して、改めて説明を行い、同意を得る必要があるか。

【答142】　「看取りに関する指針」の見直しにより、「当該施設の看取りに関する考え方」等の重要な変更があった場合には、改めて入所者及びその家族等に説明を行い、同意を得る必要がある。なお、それ以外の場合についても、入所者等への周知を行うことが適切である。

【問143】　看取りに関する指針は、入所の際に入所者又は家族に説明し、同意を得ることとされているが、入所後に入所者の心身の状況が変化し看取り介護の必要性が認められる場合に、その時に説明し、同意を得たとして算定はできないのか。

【答143】　少なくとも説明及び同意の有無を確認することは、原則入所時に行う必要がある。ただし、同意の有無を確認することについては、入所者の意思に関わるものであることから、遅くとも看取り介護の開始前に行う必要がある。

在宅・入所相互利用　（ベッドシェアリング）加算

40単位／日

● 在宅生活を継続する観点から、複数の者であらかじめ在宅期間及び入所期間（３月限度）を定めて、当該施設の居室を計画的に利用している者が対象。

在宅での生活期間中の介護支援専門員と施設の介護支援専門員との間で情報の交換を十分に行い、双方合意の上、介護に関する目標及び方針を定め、入所者又はその家族等に対して当該目標及び方針の内容を説明し、同意を得ている場合に、対象者の入所期間１日につき40単位を加算する。

● 施設の介護支援専門員は、入所期間終了に当たって、運動機能及び日常生活動作能力その他の当該入所者の心身の状況についての情報を在宅の介護支援専門員に提供しながら、在宅の介護支援専門員とともに、在宅での生活継続を支援する観点から介護に関する目標及び方針を定めること。

※ 在宅期間と入所期間（３月限度）について、文書による同意を得ること。

※ 在宅期間と入所期間を通じて一貫した方針の下に介護を進める観点から、施設の介護支援専門員、施設の介護職員等、在宅の介護支援専門員、在宅期間に対象者が利用する居宅サービス事業者等による支援チームをつくること。

※ 支援チームは、必要に応じ随時（利用者が施設に入所する前及び施設から退所して在宅に戻る前においては必須とし、概ね１月に１回）カンファレンスを開くこと。

※ カンファレンスにおいては、それまでの在宅期間又は入所期間における対象者の心身の状況を報告し、目標及び方針に照らした介護の評価を行うとともに、次期の在宅期間又は入所期間における介護の目標及び方針をまとめ、記録すること。

※ 施設の介護支援専門員及び在宅の介護支援専門員の機能及び役割分担については、支援チームの中で協議して適切な形態を定めること。

☆平成27年4月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏ1．1）

【問140】　「在宅入所相互利用加算」により要介護２以下の方が利用する場合には、いわゆる「特例入所」の要件を満たした者でなければいけないのか。

【答140】　平成27 年4 月以降、介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設に入所する者は、原則として要介護３以上に限定されることとなるため、貴見のとおりである。

● 入所者についての診療報酬（特別養護老人ホーム、短期入所生活介護）

・「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」
（最終改正：令和６年３月 27 日　老老発 0327 第１号・保医発第 0327 第８号）

・「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」
（最終改正：令和６年３月 27 日　保医発０３２７第９号）

３ 保険医が、配置医師でない場合については、緊急の場合又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合を除き、それぞれの施設に入所している患者に対してみだりに診療を行ってはならない。

７ 特別養護老人ホーム等の職員（看護師、理学療法士等）が行った医療行為については、診療報酬を算定できない。ただし、特別養護老人ホーム等に入所中の患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に当該施設の看護師等が当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合に、使用した薬剤の費用については診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）別表第１第２章第２部第３節薬剤料を、使用した特定保険医療材料の費用については同第４節特定保険医療材料料を、当該患者に対し使用した分に限り算定できる。また、同様に当該看護師等が検査のための検体採取等を実施した場合には、同章第３部第１節第１款検体検査実施料を算定できる。なお、これらの場合にあっては、当該薬剤等が使用された日及び検体採取が実施された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

認知症専門ケア加算

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、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、１日につき所定単位数を加算する。

別に厚生労働大臣が定める基準

《大臣基準告示・三の五》

イ【認知症専門ケア加算Ⅰ】次のいずれにも適合すること。

（１）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（以下、対象者）の占める割合が２分の１以上であること。

（２）**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20人未満である場合にあっては１以上、対象者の数が20人以上である場合にあっては１に対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに１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。

（３）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に開催していること。

ロ【認知症専門ケア加算Ⅱ】次のいずれにも適合すること。
（１）イの基準のいずれにも適合すること。
（２）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１名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
（３）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。

☆令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．1）

問 17　認知症専門ケア加算において、**「認知症介護に係る専門的な研修」**はどのようなものがあるか。

答 17　現時点では、以下のいずれかの研修
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」※認定証が発行されている者に限る

認知症チームケア推進加算

認知症チームケア推進加算（Ⅰ）150単位／月
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）120単位／月

● 日頃から認知症の入所者等に対して適切な介護を提供することにより、認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防及び出現時の早期対応に資するチームケアを実施していることを評価するもの

【算定要件】
○認知症チームケア推進加算（Ⅰ）
・「認知症介護指導者養成研修」を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修を修了した者を１名以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなる BPSD に対応するチームを組んでいること
・認知症専門ケア加算及び認知症チームケア推進加算Ⅱを算定していないこと
○認知症チームケア推進加算（Ⅱ）
・認知症専門ケア加算及び認知症チームケア推進加算Ⅰを算定していないか

【留意事項】
【Ⅰ、Ⅱの共通事項】
●入所者のうち、日常生活自立度ランクⅢ・Ⅳ・Ｍの認知症の入所者（対象者）の割合が２分の１以上であるか
→届出月の前３か月の各月末時点の入所者等数の平均で算定
●対象者に対し、個別にBPSDの評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、BPSDの予防等に資するチームケアを実施しているか
●BPSDの予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、BPSDの有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っているか

☆令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．２）
問７　認知症チームケア推進加算の算定要件は、入所（居）者又は入院患者のうち認知症日常生活自立度Ⅱ以上の者の割貝、1/2 以上であることが求められているが、届出日の属する月の前３月の各月末時点の入所者等数の平均で算定するということでよいか。
答７ 貴見のとおり。

☆令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．９）
問　認知症チームケア推進加算Ⅰ及びⅡにおいて、研修に係る算定要件は具体的にどのようなものか。
答　認知症チームケア推進加算Ⅰ：認知症介護指導者養成研修＋認知症チームケア推進研修
　　認知症チームケア推進加算Ⅱ：認知症介護実践リーダー研修＋認知症チームケア推進研修

褥瘡マネジメント加算

褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）３単位／回
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）13単位／回

●　入所者の褥瘡発生予防のため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理することを評価するもの。

【算定要件】
〇褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）
① 入所者ごとに、施設入所時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価し、その後少なくとも３月に１回評価すること。
② ①の確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

③ ①の確認の結果、褥瘡が認められ、又はＩの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。

④ ①の評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者ごとの褥瘡ケア計画を見直していること。

○褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）

① 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の算定要件のいずれにも適合すること。

② ・確認の結果、褥瘡が認められた入所者について、当該褥瘡が治癒したこと。

・評価の結果、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生のないこと。

＜留意事項＞

褥瘡マネジメント加算について

① 褥瘡マネジメント加算は、褥瘡管理に係る質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が褥瘡管理を要する要因の分析を踏まえた褥瘡ケア計画の作成（Plan)、当該計画に基づく褥瘡管理の実施(Do)、当該実施内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該計画の見直し(Action)といったサイクル（以下この(35)において「ＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、継続的に褥瘡管理に係る質の管理を行った場合に加算するものである。

② 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第 71 号の２イに掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員（褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。）に対して算定できるものであること。

③ 大臣基準第 71 号の２イ⑴の評価は、別紙様式５を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。

④ 大臣基準第 71 号の２イ⑴の施設入所時の評価は、大臣基準第 71 号の２イ⑴から⑷までの要件に適合しているものとして都道府県知事に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月において既に入所している者（以下「既入所者」という。）については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。

⑤ 大臣基準第 71 号の２イ⑴の評価結果等の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑥ 大臣基準第 71 号の２イ⑵の褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、別紙様式５を用いて、作成すること。なお、介護福祉施設サービスにおいては、褥瘡ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

⑦ 大臣基準第 71 号の２イ⑶において、褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

⑧ 大臣基準第 71 号の２イ⑷における褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。その際、ＰＤＣＡの推進及び褥瘡管理に係る質の向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。

⑨ 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)は、褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、④の評価の結果、施設入所時に褥瘡が認められた又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、施設入所日の属する月の翌月以降に別紙様式５を用いて評価を実施し、当該月に別紙様式５に示す持続する発赤（ｄ１）以上の褥瘡の発症がない場合に、所定単位数を算定できるものとする。ただし、施設入所時に褥瘡があった入所者については、当該褥瘡の治癒後に、褥瘡の再発がない場合に算定できるものとする。

☆平成30年4月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．1）

【問86】　褥瘡ケア計画を作成する際に参考にする、褥瘡管理に対するガイドラインに、以下のものは含まれるか。

・褥瘡　予防・管理ガイドライン（平成 27 年　日本褥瘡学会）

・褥瘡診療ガイドライン（平成 29 年　日本皮膚科学会）

【答 36】　いずれも含まれる。

排せつ支援加算

排せつ支援加算（Ⅰ）10単位／月
排せつ支援加算（Ⅱ）15単位／月
排せつ支援加算（Ⅲ）20単位／月

● 排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断した者に対して、指定介護老人福祉施設の医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施した場合は、１月につき所定単位数を加算する。ただし、排せつ支援加算のいずれかの加算を算定している場合においては、他の排せつ支援加算については、算定しない。

【算定要件】

○排せつ支援加算（Ⅰ）

① 入所者又は利用者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも三月に一回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

② ①の評価の結果、排せつに介護を要する入所者又は利用者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者又は利用者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。

③ ①の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者又は利用者ごとに支援計画を見直している

こと。

○排せつ支援加算（Ⅱ）

① 排せつ支援加算①から③までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

② 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

ⅰ　排せつ支援加算（Ⅰ）①の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時又は利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。

ⅱ　排せつ支援加算（Ⅰ）①の評価の結果、施設入所時又は利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。

ⅲ　排せつ支援加算（Ⅰ）①の評価の結果、施設入所時に尿道カテーテルが留置されていた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、尿道カテーテルが抜去されたこと。

○排せつ支援加算（Ⅲ）

排せつ支援加算（Ⅰ）①から③まで並びに（Ⅱ）①及び②に掲げる基準のいずれにも適合すること。

＜留意事項＞

① 排せつ支援加算は、排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が排せつに介護を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成（Plan）、当該支援計画に基づく排せつ支援の実施（Do）、当該支援内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し（Action）といったサイクル（以下この(36)において「ＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、継続的に排せつ支援の質の管理を行った場合に加算するものである。

② 排せつ支援加算（Ⅰ）は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第 71 号の３に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員（排せつ支援加算（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定する者を除く。）に対して算定できるものであること。

③ 本加算は、全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行うことにより、施設入所時と比較して排せつの状態が改善することを評価したものである。したがって、例えば、施設入所時において、入所者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。

④ 大臣基準第 71 号の３イ(1)の評価は、別紙様式６を用いて以下について実施する。

・排尿の状態　・排便の状態　・おむつの使用　・尿道カテーテルの留置

⑤ 大臣基準第 71 号の３イ(1)の施設入所時の評価は、大臣基準第 71 号の３イ(1)から(3)までの要件に適合しているものとして都道府県知事に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の施設入所時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月以前から既に入所している者（以下「既入所者」という。）については、介護記録等に基づき、施設入所時における評価を行うこと。

⑥ ④又は⑤の評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師が④の評価を行う際、入所者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談することとする。

⑦ 大臣基準第 71 号の３イ⑴の評価結果等の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑧ 大臣基準第 71 号の３イ⑵の「排せつに介護を要する入所者」とは、④の「排尿の状態」若しくは「排便の条チア」が「一部介助」又は「全介助」と評価される者、又は「おむつの使用」若しくは「尿道カテーテルの留置」が「あり」の者をいう。

⑨ 大臣基準第 71 号の３イ⑵の「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、④の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、④の評価が改善することが見込まれることをいう。

⑩ 支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、別紙様式６の様式を用いて支援計画を作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、④の評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、介護福祉施設サービスにおいては、支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

⑪ 支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意する。

⑫ 当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者及びその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は入所者及びその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者及びその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。

⑬ 大臣基準第 71 号の３イ⑶における支援計画の見直しは、支援計画に実施上の問題（排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。その際、ＰＤＣＡの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。

⑭ 排せつ支援加算（Ⅱ）は、排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合又はおむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できることとする。

⑮ 排せつ支援加算（Ⅲ）は、排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がなく、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できることとする。

⑯ 排せつ支援加算(Ⅳ)は、令和３年３月 31 日において、令和３年度改定前の排せつ支援加算に係る届出を行う施設について、今後ＬＩＦＥを用いた情報の提出に切り替えるよう必要な検討を行うことを前提に、経過措置として、令和３年度末まで、従前の要件での算定を認めるものである。

☆平成30年4月改定関係Ｑ＆Ａ　Ｖｏｌ．１

【問84】　排泄に介護を要する原因を分析し､それに基づいた支援計画を作成する際に参考にする、失禁に対するガイドラインに、以下のものは含まれるか。

・EBM に基づく尿失禁診療ガイドライン（平成 16 年　泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班

・男性下部尿路症状診療ガイドライン（平成 25 年　日本排尿昨日学会）

・女性下部尿路症状診療ガイドライン（平成 25 年　日本排尿昨日学会）

・便失禁診療ガイドライン（平成 29 年　日本大腸肛門病学会）

【答 84】　いずれも含まれる。

【問85】　排せつ支援加算について、「支援計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して６月以内の期間に限り、１月につき所定単位数を算定する。ただし、同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とされているが、１）「支援を継続して実施」を満たすためには、毎日必ず何らかの支援を行っている必要があるのか。２）支援を開始した日の属する月から起算して６月の期間が経過する前に、支援が終了することも想定されるか。その場合、加算の算定はいつまで可能か。３）「同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とは、入所中１月分しか当該加算を算定できないという意味ではなく､加算が算定できる６月の期間を経過する等によって加算の算定を終了した場合は、支援を継続したり、新たに支援計画を立てたりしても加算を算定することはできないとう意味か。

【答35】　１）排泄に関して必要な支援が日常的に行われていれば、必ずしも毎日何らかの支援を行っていることを求めるものではない

２）想定される。例えば、６月の期間の経過より前に当初見込んだ改善を達成し、その後は支援なしでも維持できると判断された場合や､利用者の希望によって支援を中止した場合等で、日常的な支援が行われない月が発生した際には、当該の月以降、加算は算定できない。

３）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.３）

〇排せつ支援加算(Ⅰ)について

【問 101】　排せつ状態が自立している入所者又は排せつ状態の改善が期待できない入所者についても算定が可能なのか。

【答 101】　排せつ支援加算(Ⅰ)は、事業所単位の加算であり、入所者全員について排せつ状態の評価を行い、ＬＩＦＥを用いて情報の提出を行う等の算定要件を満たしていれば、入所者全員が算定可能である。

〇排せつ支援加算(Ⅱ)・(Ⅲ)について

【問 102】　排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)の算定要件について、リハビリパンツや尿失禁パッド等の

使用は、おむつの使用に含まれるのか。

【答 102】　使用目的によっても異なるが、リハビリパンツの中や尿失禁パッドを用いた排せつを前提としている場合は、おむつに該当する。

【問 103】　排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)の算定要件について、終日おむつを使用していた入所者が、夜間のみのおむつ使用となった場合は、排せつ状態の改善と評価して差し支えないか。

【答 103】　おむつの使用がなくなった場合に、排せつ状態の改善と評価するものであり、おむつの使用が終日から夜間のみになったとしても、算定要件を満たすものではない。

自立支援促進加算

280単位／月

【算定要件】

①医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも６月に１回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を提出していること。

②①の医学的評価の結果、自立支援の促進が必要だとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員、その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。

③①の医学的評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者ごとに支援計画を見直していること。

④医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加していること。

＜留意事項＞

① 自立支援促進加算は、入所者の尊厳の保持及び自立支援に係るケアの質の向上を図るため、多職種共同による、入所者が自立支援の促進を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成（Plan）、当該支援計画に基づく自立支援の促進（Do）、当該支援内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し（Action）といったサイクル（以下この(37)において「ＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、継続的に入所者の尊厳を保持し、自立支援に係る質の管理を行った場合に加算するものである。

② 本加算は、全ての入所者について、必要に応じ、適切な介護が提供されていることを前提としつつ、介護保険制度の理念に基づき、入所者が尊厳を保持し、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、特に必要な支援を実施していることを評価するものである。このため、医師が、定期的に、全ての入所者に対する医学的評価及びリハビリテーション、日々の過ごし方等についてのアセスメントを実施するとともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種が、医学的評価、アセスメント及び支援実績に基づき、特に自立支援のための対応が必要とされた者について、生活全般において適切な介護を実施するための包括的な支援計画を策定し、個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組や本人を尊重する個別ケア、寝たきり防

止に資する取組、自立した生活を支える取組、廃用性機能障害に対する機能回復・重度化防止のための自立支援の取組などの特別な支援を行っている場合に算定できるものである。なお、本加算は、画一的・集団的な介護又は個別的ではあっても画一的な支援計画による取組を評価するものではないこと、また、リハビリテーションや機能訓練の実施を評価するものではないことから、個別のリハビリテーションや機能訓練を実施することのみでは、加算の対象とはならないこと。

③ 本加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第71 号の４に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。

④ 大臣基準第71 号の４イの自立支援に係る医学的評価は、医師が必要に応じて関連職種と連携し、別紙様式７を用いて、当該時点における自立支援に係る評価に加え、特別な支援を実施することによる入所者の状態の改善可能性等について、実施すること。

⑤ 大臣基準第71 号の４ロの支援計画は、関係職種が共同し、別紙様式７を用いて、訓練の提供に係る事項（離床・基本動作、ＡＤＬ動作、日々の過ごし方及び訓練時間等）の全ての項目について作成すること。作成にあたっては、④の医学的評価及び支援実績等に基づき、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意すること。

⑥ 当該支援計画の各項目は原則として以下のとおり実施すること。その際、入所者及びその家族の希望も確認し、入所者の尊厳が支援に当たり十分保持されるように留意すること。

a 寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する。

b 食事は、本人の希望に応じ、居室外で、車椅子ではなく普通の椅子を用いる、本人が長年親しんだ食器や箸を施設に持ち込み使用する等、施設においても、本人の希望を尊重し、自宅等におけるこれまでの暮らしを維持できるようにする。食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する。

c 排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用することとし、特に多床室においては、ポータブルトイレの使用を前提とした支援計画を策定してはならない。

d 入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること。

e 生活全般において、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする。

f リハビリテーション及び機能訓練の実施については、本加算において評価をするものではないが、④の評価に基づき、必要な場合は、入所者本人や家族の希望も確認して施設サービス計画の見直しを行う。

g 入所者の社会参加につなげるために、入所者と地域住民等とが交流する機会を定期的に設ける等、地域や社会とのつながりを維持する。

⑧ 大臣基準第71 号の４ロにおいて、支援計画に基づいたケアを実施する際には、対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

⑨ 大臣基準第71 号の４ハにおける支援計画の見直しは、支援計画に実施上に当たっての課題（入所

者の自立に係る状態の変化、支援の実施時における医学的観点からの留意事項に関する大きな変更、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）に応じ、必要に応じた見直しを行うこと。

その際、ＰＤＣＡの推進及びケアの向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報とフィードバック情報を活用すること。

⑩ 大臣基準第第71 号の４ニの評価結果等の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

☆令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.３）（令和３年３月26 日）

【問100】　加算の算定をしようとする場合、すでに施設に入所している入所者について、提出が必要な情報は、当該時点の情報に加え、施設入所時の情報も必要なのか。

【答100】　既に施設に入所している入所者については、入所時の介護記録等にて評価が可能であれば、施設入所時の情報を提出していただきたいが、やむを得ず、仮に提出が出来ない場合であっても、加算の算定が出来なくなるものではない。

高齢者施設等感染対策向上加算　【新設】

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）10単位／月
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）５単位／月

高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価する加算

【算定要件】

○高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）

●第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時において対応できる体制が確保されている

●新興感染症以外の一般的な感染症について、協力医療機関等と感染症発生時における診療等の対応を取り決めるとともに、感染症発生時には当該協力医療機関等と連携の上、適切な対応を行っているか

●診療報酬上の感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に１年に１回以上参加しているか

→①感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行った医療機関において、感染制御チーム（外来感染対策向上加算にあっては、院内感染管理者）によって、職員を対象として定期的に行う研修

②感染対策向上加算１の届出を行った保健医療機関が、保健所及び地域の医師会と連携して、感染対策向上加算２又は３の届出を行った保健医療機関と合同で、定期的に行う院内感染対策に関するカンファレスや新興感染症の発生時等を想定した訓練

③地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練

→感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関が主催するカンファレンスについては、その内容として、薬剤耐性菌当の分離状況や抗菌薬の使用状況などの情報の共有及び意見交換を行う場合もあるため、カンファレンスの内容として、高齢者施設等における感染対策に資するものであることを事前に確認の上、参加すること。

→研修・訓練等には、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加しても差し支えない

→研修又は訓練の参加については、医療機関等にその実施予定日を確認し、高齢者施設等の職員の参加の可否を確認した上で、例えば令和６年度であれば、令和７年３月31日までに研修又は訓練に参加できる目途があれば加算の算定が可能

<u>○高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）</u>

●診療報酬上の感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、３年に１回以上、施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けている

→感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関からの実地指導を受けた日から起算して３年間算定できる

●実地指導については、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関に設置された感染制御チームの専任の医師又は看護師等が行い、内容は以下のものが想定される

・施設等の感染対策の現状の把握、確認

・施設等の感染対策状況に関する助言・質疑応答

・個人防護具の着脱方法の実演、演習、指導等

・感染疑い等が発生した場合の施設等での対応方法（ゾーニング等）に関する説明、助言及び質疑応答

・その他、施設等のニーズに応じた内容

※単に、施設等において机上演習のみを行う場合には算定できない

●診療報酬上の感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、３年に１回以上、施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けている

→感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関からの実地指導を受けた日から起算して 3 年間算定できる

●実地指導については、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関に設置された感染制御チームの専任の医師又は看護師等が行い、内容は以下のものが想定される

・施設等の感染対策の現状の把握、確認

・施設等の感染対策状況に関する助言・質疑応答

・個人防護具の着脱方法の実演、演習、指導等

・感染疑い等が発生した場合の施設等での対応方法（ゾーニング等）に関する説明、助言及び質疑応答
・その他、施設等のニーズに応じた内容
※単に、施設等において机上演習のみを行う場合には算定できない

○「第二種協定指定医療機関」は以下の県 HP の「協定締結医療機関に関する情報」の「医療機関」のリストを参照してください。
https://www.pref.nagano.lg.jp/kansensho-taisaku/zizenchosa.html

問 132　高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱについて、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が行う実地指導の具体的な内容について示されたい。

答 132　実地指導の内容について限定するものではないが、以下のものが挙げられる。
・施設等の感染対策の現状の把握、確認（施設等の建物内の巡回等）
・施設等の感染対策状況に関する助言・質疑応答
・個人防護具の着脱方法の実演、演習、指導等
・感染疑い等が発生した場合の施設等での対応方法（ゾーニング等）に関する説明、助言及び質疑応答
・その他、施設等のニーズに応じた内容
単に、施設等において机上の研修のみを行う場合には算定できない。

☆令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．1）

問 128 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰについて、診療報酬の感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレス及び訓練や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス及び訓練とは具体的にどのようなものであるか。
　またこれらのカンファレンス等はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加することでもよいか。

答 128　高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰの対象となる研修、訓練及びカンファレンスは以下の通りである。
・感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行った医療機関において、感染制御チームにより、職員を対象として、定期的に行う研修

新興感染症等施設療養費 【新設】

新興感染症等施設療養費　240単位／日

新興感染症のパンデミック発生時等に、施設内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫なを避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者の療養を施設内で評価する

【算定要件】

●入所者が一定の感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保している

●感染した入所者に対し、適切な感染対策を行った上で、サービスを行う

→「適切な感染対策」：手洗いや個人防護具の着用等の標準予防策の徹底、ゾーニング、コホーティング、感染者以外の入所者も含めた健康観察等を指し、具体的な感染対策の方法については、「介護現場における手引き（第３版）」

●算定は１か月に１回、連続する５日以内

○対象となる感染症は、今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生労働大臣が指定する。令和６年４月時点で、指定している感染症はない。

生産性向上推進体制加算 【新設】

生産性向上推進体制加算（Ⅰ）100単位／月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）10単位／月

○見守り機器等の介護機器を導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うこと等を評価する

○ⅠとⅡの併算定不可

【算定要件】

○生産性向上推進体制加算（Ⅰ）

●当該加算Ⅱの要件を満たしている

●当該加算Ⅱのデータにより業務改善の取組による成果が確認されているか

●職員間の適切な役割分担（介護助手の活用等）の取組等を行っているか

●算定に当たって、次の①～③の介護機器を全て使用する必要があります

①見守り機器

②インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資する ICT 機器（同一勤務時間帯の全ての介護職員が使用）

③介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICT機器
※算定開始に当たっては、生産性向上の取組の成果として、業務の効率化及びケアの質の確保ならびに職員の負担軽減が行われていることの確認が必要。具体的にはⅡの要件となる介護機器の導入後、生産性向上の取組を3か月以上継続した上で、介護機器導入前後の状況を比較することにより、①～③について成果が確認されている必要があります。
①入所者の満足度等の評価…本取組による悪化が見られない
②総業務時間及び当該時間に含まれる超勤勤務時間の調査…介護職員の総業務時間及び当該事案に含まれている超勤勤務時間が短縮している
③年次有給休暇の取得状況の調査・維持または増加している

<u>○生産性向上推進体制加算加算（Ⅱ）</u>

●「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」の開催や必要な安全対策を講じた上で、「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」に基づいた改善活動を継続的に行っている
●見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入している
○算定に当たって、次の①～③の介護機器のうち、１つ以上を使用する必要があります
①見守り機器
②インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器（同一勤務時間帯の全ての介護職員が使用）
③介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICT機器
●事業年度ごとに１回、業務改善の取組による効果を示すデータの提出（電子申請届出システムによる提出）を行っている

○生産性向上に資する取組を以前から進めている施設で、当該加算Ⅱのデータによる業務改善取組の成果と同等以上のデータを示すことができる場合には、Ⅱを取得せずに当初からⅠを取得しても可

☆令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Ｖｏｌ．５）

【問１２】加算（Ⅰ）（※100 単位/月）の算定開始に当たっては、加算（Ⅱ）の要件となる介護機器の導入前後の状況を比較し、生産性向上の取組の成果の確認が求められているが、例えば、数年前又は新規に介護施設を開設し、開設当初より、加算（Ⅰ）の要件となる介護機器を全て導入しているような場合については、当該介護機器の導入前の状況を把握している利用者及び職員がいないなど、比較が困難となるが、導入前の状況の確認はどのように考えるべきか。
【答１２】介護機器の導入前の状況を把握している利用者及び職員がいない場合における生産性向上の取組の成果の確認については、以下のとおり対応されたい。
（利用者の満足度等の評価について）
介護サービスを利用する利用者（５名程度）に、介護機器を活用することに起因する利用者の安全やケアの質の確保についてヒアリング調査等を行い（※）、その結果に基づき、利用者の安全

並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において当該介護機器の導入による利用者の満足度等への影響がないことを確認すること。
（※）介護機器活用した介護サービスを受ける中での、利用者が感じる不安や困りごと、介護サービスを利用する中での支障の有無、介護機器活用による効果等についてヒアリングを実施することを想定している。また、事前調査が実施できない場合であって、ヒアリング調査等を行う場合には、別添１の利用者向け調査票による事後調査の実施は不要となる。
（総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の調査、年次有給休暇の取得状況の調査について）
加算（Ⅱ）の要件となる介護機器を導入した月（利用者の受入れを開始した月）を事前調査の実施時期（※）とし、介護職員の１月当たりの総業務時間、超過勤務時間及び年次有給休暇の取得状況を調査すること。また、事後調査は、介護機器の導入後、生産性向上の取組を３月以上継続した以降の月における介護職員の１月当たりの総業務時間、超過勤務時間及び年次有給休暇の取得状況を調査し、事前調査の勤務状況と比較すること。
（※） 介護施設を新たに開設し、利用者の受入開始月から複数月をかけて利用者の数を拡大するような場合については、利用者数の変化が一定程度落ち着いたと考えられる時点を事前調査の対象月とすること。この場合、利用者数の変化が一定程度落ち着いた考えられる時点とは、事前調査及び事後調査時点における利用者数と介護職員数の比に大きな差がないことをいう。
（例） 例えば、令和６年１月に介護施設（定員 50 名とする）を新たに開設し、同年１月に 15 人受け入れ、同年２月に 15 人受け入れ（合計 30 名）、同年３月に 15 人受け入れ（合計 45 名）、同年４月に２名受け入れ（合計 47 名）、のように、利用者の数を段階的に増加していく場合については、利用者の増加が落ち着いたと考えられる同年４月を事前調査の実施時期とすること。

サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）22単位／日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）18単位／日
サービス提供体制強化加算（iii）６単位／日

・介護福祉士や勤続 7 年以上の職員を配置するなど、サービス提供体制を整備した施設を評価する加算

サービス提供体制強化加算Ⅰ　22 単位／日
●以下のいずれかに適合しているか ・介護職員（看護師・准看護士を除く）の総数のうち、介護福祉士の割合が 80%以上 ・介護職員の総数のうち、勤続年数 10 年以上の介護福祉士の割合が 35%以上 ●介護の質の向上に資する取組を実施しているか

サービス提供体制強化加算Ⅱ　18 単位／日
●介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が 60%以上
サービス提供体制強化加算Ⅲ　６単位／日
●次のいずれかに適合しているか ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が 50%以上 ・看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が 75%以上 ・サービスを直接提供する職員の総数のうち、勤続年数 7 年以上の者の割合が 30%以上

〇定員超過利用減算・人員基準欠如減算の基準に該当していないか

〇他のサービス提供体制強化加算を算定していないか

〇職員の割合の算出は、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。この場合の介護職員に係る常勤換算にあっては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く）に従事している時間を用いてよい。ただし、前年度の実績が６月に満たない場合（新規・再開）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。つまり、４月目以降届出が可能となる。

〇介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。

〇前年度実績が６月に満たない場合は、届出を行った月以降も、直近３月間の職員の割合は毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。その割合については、毎月記録し、所定の割合を下回った場合は、すみやかに「介護給付費算定に係る体制届出書」を提出すること。

〇勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいう。具体的には、2024 年４月における勤続年数 7 年以上の者とは、2024 年３月 31 日時点で勤続年数が７年以上である者である。

〇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。

〇介護保健施設サービスを入所者に直接提供する職員とは、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士として勤務を行う職員を指す。

〇「提供する介護保健施設サービスの質の向上に資する取組」については、サービスの質の向上や利用者の尊厳の保持を目的として、事業所として継続的に行う取組を指すものとする。

（例）

・ ＬＩＦＥを活用したＰＤＣＡサイクルの構築

・ ＩＣＴ・テクノロジーの活用

・ 高齢者の活躍（居室やフロア等の掃除、食事の配膳・下膳などのほか、経理や労務、広報なども含めた介護業務以外の業務の提供）等による役割分担の明確化

・ ケアに当たり、居室の定員が２以上である場合、原則としてポータブルトイレを使用しない方針を立てて取組を行っていること

実施に当たっては、当該取組の意義・目的を職員に周知するとともに、適時のフォローアップや職員間の意見交換等により、当該取組の意義・目的に則ったケアの実現に向けて継続的

に取り組むものでなければならない。

科学的介護推進体制加算

科学的介護推進体制加算（Ⅰ）40単位／月
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）50単位／月

【算定要件】

○科学的介護推進体制加算（Ⅰ）

① 入所者ごとのＡＤＬ値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。

② 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、⑴に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

○科学的介護推進体制加算（Ⅱ）

① （Ⅰ）①に規定する情報に加えて、入所者ごとの疾病の状況等の情報を、厚生労働省に提出していること。

② 必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、（Ⅰ）①に規定する情報、（Ⅱ）①に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

＜留意事項＞

① 科学的介護推進体制加算は、原則として入所者全員を対象として、入所者ごとに大臣基準第71 号の５に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。

② 大臣基準第71 号の５イ⑴及びロ⑴の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

③ 施設は、入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。

イ 入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する（Plan）。

ロ サービスの提供に当たっては、施設サービス計画に基づいて、入所者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（Do）。

ハ ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check）。

ニ 検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質

の更なる向上に努める（Action）。
④ 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

○ＬＩＦＥへの情報提出について

情報提出頻度	利用者ごとに下記に定める月の翌月10までに提出 ア 本加算の算定を開始しようとする月にサービスを利用している利用者については、当該加算を算定する月 イ 本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降にサービスの利用を開始した利用者については、サービスの利用を開始した月 ウ 上記のほか少なくとも３月に１回 エ サービスの利用を終了する日の属する月 また、提出情報は、利用者ごとに、以下の時点における情報とすること。 ・アに係る提出情報は、当該算定開始時における情報 ・イに係る提出情報は、当該サービスの利用開始時における情報 ・ウに係る提出情報は、前回提出時以降の情報 ・エに係る提出情報は、当該サービスの利用終了時における情報
提出情報の内容	科学的介護推進体制加算（Ⅰ）については、施設における入所者全員について、別紙様式２（科学的介護推進に関する評価（施設サービス））にある「基本情報」、「総論」、「口腔・栄養」及び「認知症（別紙様式３も含む。）」の任意項目を除く情報を、やむを得ない場合を除き提出すること。 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）については、施設における入所者全員について、科学的介護推進体制加算（Ⅰ）で必須とされる情報に加え、「総論」の診断目・服薬情報についても提出すること。 上記以外の項目（「認知症」や「その他」の任意項目等）についても、必要に応じて提出することが望ましいこと。

安全対策体制加算

安全対策体制加算　20単位／月

●事故発生の防止等のために組織的な安全対策体制が整備されている場合に評価を行う。

【算定要件】
① 安全対策の担当者が安全対策に係る外部の研修を受けていること。
② 当該指定介護老人福祉施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。

＜留意事項＞

① 安全対策体制加算は、事故発生の防止のための指針の作成・委員会の開催・従業者に対する研修の実施及びこれらを適切に実施するための担当者の配置を備えた体制に加えて、当該担当者が安全対策に係る外部の研修を受講し、組織的に安全対策を実施する体制を備えている場合に評価を行うものである。

② 安全対策に係る外部の研修については、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであること。

また、組織的な安全対策を実施するにあたっては、施設内において安全管理対策部門を設置し、事故の防止に係る指示や事故が生じた場合の対応について、適切に従業者全員に行き渡るような体制を整備していることが必要であること。

☆令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和３年３月23 日）

【問39】 安全対策体制加算について、安全対策担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていることが要件となっているが、どのような研修を想定しているのか。

【答39】 本加算は、安全対策担当者が、施設における安全対策についての専門知識等を外部における研修において身につけ、自施設での事故防止検討委員会等で共有を行い、施設における安全管理体制をより一層高める場合に評価することとしている。

外部の研修としては、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであり、関係団体（公益社団法人全国老人福祉施設協議会、公益社団法人全国老人保健施設協会、一般社団法人日本慢性期医療協会等）等が開催する研修を想定している。

【問40】 安全対策体制加算は、算定要件を満たす施設がサービス提供を行う場合に、入所者につき入所初日に限り算定できるところ、施設が算定要件を満たすに至った場合に、既に入所している入所者に対して算定することは可能か。

【答40】 安全対策体制加算の算定要件を満たしている状態で新たに入所者を受け入れる場合に、入所時に限り算定するものであるため、算定要件を満たした後に新規で受け入れた入所者に対してのみ算定可能である。

（介護予防）短期入所生活介護の留意事項

（老人福祉法）
第５条の２第４項
　この法律において、「老人短期入所事業」とは、第10条の４第１項第３号の措置に係る者又は介護保険法の規定による短期入所生活介護に係る居宅介護サービス費若しくは介護予防短期入所生活介護に係る介護予防サービス費の支給に係る者その他の政令で定める者を特別養護老人ホームその他の厚生労働省令で定める施設に短期間入所させ、養護する事業をいう。

第20条の３
　老人短期入所施設は、第10条の４第１項第３号の措置に係る者又は介護保険法の規定による短期入所生活介護に係る居宅介護サービス費若しくは介護予防短期入所生活介護に係る介護予防サービス費の支給に係る者その他の政令で定める者を短期間入所させ、養護することを目的とする施設とする。

（介護保険法）
第８条第９項
　この法律において「短期入所生活介護」とは、居宅要介護者について、老人福祉法第５条の２第４項の厚生労働省令で定める施設又は同法第20条の３に規定する老人短期入所施設に短期間入所させ、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことをいう。

第８条の２第７項
　この法律において「介護予防短期入所生活介護」とは、居宅要支援者について老人福祉法第５条の２第４項の厚生労働省令で定める施設又は同法第２０条の３に規定する老人短期入所施設に短期間入所させ、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことをいう。

１　人員に関する基準

医師	１人以上（非常勤で可）
生活相談員	・常勤換算方法で、利用者の数が 100 又はその端数を増すごとに１以上 ・１人は常勤（利用定員が 20 人未満である併設事業所は除く） 【資格要件】 　社会福祉法第 19 条第 1 項各号（社会福祉主事、社会福祉士、精神保健福祉士）のいずれかに該当する者又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者（介護支援専門員、介護福祉士（平成 26 年３月５日付け 25 健長介第 639 号通知））
介護職員又は看護職員	・常勤換算方法で、利用者の数が３又はその端数を増すごとに１以上 ・介護職員又は看護職員のうち１人は常勤（利用定員が 20 人未満である併設事業所は除く） ・看護職員を配置しなかった場合でも、利用者の状態像に応じて必要が

	ある場合には併設する本体施設（※1）等との密接な連携により看護職員を確保することとする（後述「看護職員の配置基準の見直し」参照）。
栄養士	１人以上 （利用定員（介護予防も含む）が 40 人を超えない事業所は、他の社会福祉施設等の栄養士との連携を図ることで当該事業所の効果的な運営が期待でき、利用者の処遇に支障がないときは置かないことができる）
機能訓練指導員	１人以上　（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者、機能訓練指導員を配置した事業所で６月以上の実務経験を有するはり師又はきゅう師） ・当該事業所の他の職務との兼務可
調理員その他の従業者	当該事業所の実情に応じた適当数
管理者	常勤、専従で１人。ただし、以下の場合であって指定介護老人福祉施設の管理業務に支障がない場合は、他の職務を兼ねることができる。 (1) 当該指定介護老人福祉施設の従業者としての職務に従事する場合 (2) 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、当該指定短期入所生活介護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、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場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、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や、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短期入所生活介護事業所に駆け付けることができない体制となっている場合などは、一般的には管理業務に支障があると考えられる。）） ※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、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しながら、従業者及び業務の管理を一元的に行うことが必要である。

※１「本体施設」・・特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、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又は介護予防特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設をいう（以下、同じ。）

●利用定員は、特別養護老人ホームで空床利用の場合と併設事業所の場合を除き、20 人以上

●特別養護老人ホームで空床を利用して短期入所生活介護を行う場合

・短期入所生活介護の利用者を当該特別養護老人ホームの入所者とみなした場合における特別養護

老人ホームとして必要とされる従業者数以上。つまり、上の基準に関係なく、特別養護老人ホームの人員基準が満たされていればよい。

●併設事業所の場合

・本体施設で必要とされる数の従業者に加えて、上記の短期入所生活介護従業者を確保しなければならない。

・医師、栄養士及び機能訓練指導員について、本体施設に配置されている場合で、当該施設の事業に支障が無い場合は、兼務可。

・生活相談員、介護職員及び看護職員の総数については、本体施設の入所者と併設事業所の利用者の合計数に対して、常勤換算方法で必要数を確保すればよい。

● ユニット型の勤務体制確保

・ユニット部分の従業者はユニットケアの特性から固定メンバーが望ましい。

・「老人福祉施設」の該当項目参照

● 見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和

・職員の負担軽減や職員ごとの効率化のばらつきに配慮して、見守り機器等を導入する場合の従来型における夜間の人員配置基準を緩和（常勤換算方式で10分の8に緩和）

※厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（平成 12 年告示第 29 号）

第１号　ロ　a～e 略

ｆ　ｂからｅまでの規定にかかわらず、次に掲げる要件のいずれにも適合する場合は、指定短期入所生活介護の利用者の数及び当該特別養護老人ホームの入所者の数の合計数に応じてｂからｅまでの規定に基づき算出される数に 10 分の 8 を乗じて得た数以上

ⅰ　夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器（以下「見守り機器」という。）当該指定短期入所生活介護事業所の利用者の数以上設置していること。

ⅱ　夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が情報通信機器を使用し、職員同士の連携促進が図られていること。

ⅲ　見守り機器及び情報通信機器（以下、「見守り機器等」という。）を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。

(1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする利用者への訪問及び当該利用者に対する適切なケア等による利用者の安全及びケアの質の確保

(2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮

(3) 夜勤時間帯における緊急時の体制整備

(4) 見守り機器等の定期的な点検

(5) 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修

ⅳ　指定短期入所生活介護の利用者の数及び当該特別養護老人ホームの入所者の数の合計数が、60 以下の場合は１以上、61 以上の場合は 2 以上の介護職員又は看護職員が、夜勤時間帯を通じて常時配置されていること。

●看護職員の配置基準の見直し

・看護職員の確保が困難な状況がある中で、地域において人材を有効活用しながら医療的ケアを行う体制の充実を図る観点から、看護職員を配置しなかった場合であっても、利用者の状態像に応じて必要がある場合には、病院等との密接な連携により看護職員を確保することを求める。

・介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例施行規則（平成 25 年長野県規則第 22 号）（以下、「県規則」という。））。

第 45 条第７項：指定短期入所生活介護事業者は、第１項第３号の規定により看護職員を配置しなかった場合であっても、利用者の状態像に応じて必要がある場合には、病院、診療所又は指定訪問看護ステーション（併設事業所にあっては、当該併設事業所を併設する特別養護老人ホーム等（第 47 条第６項において「併設本体施設」という。）を含む。）との密接な連携により看護職員を確保することとする。

・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）第 3 の八の 1 (3)：看護職員

居宅基準第 121 条第 6 項（※県規則第 45 条第 7 項）に規定する「密接な連携」とは、以下のいずれも満たしている場合のことをいう。

① 病院等（病院、診療所又は訪問看護ステーション（併設事業所にあっては、同項に規定する併設本体施設を含む。）をいう。②及び③において同じ。）の看護職員が必要に応じて指定短期入所生活介護事業所の利用者の健康状態の確認を行っていること。

② 病院等において、指定短期入所生活介護事業所へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制などが確保されていること。また、指定短期入所生活介護事業所において、病院等からの適切な指示等を受けることができる体制が確保されていること。

③ 病院等及び指定短期入所生活介護事業所において、指定短期入所生活介護事業所と連携を行う看護職員が十分な休憩時間を確保できるよう徹底していること。

２　運営に関する基準

● 災害への地域と連携した対応の強化

災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、非常災害対策に係る避難訓練・救出訓練その他必要な訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならない。

・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）

第３の六の３ (7)②（第３の八の３ (20) で準用）

「（略）、避難、救出その他の訓練の実施に当たって、できるだけ地域住民の参加が得られるよう努めることとしたものであり、そのためには、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施に協力を得られる体制づくりに努めることが必要である。訓練の実施に当たっては、消防関係者の参加を促し、具体的な指示を仰ぐなど、より実効性のあるものとすること」

● 短期入所サービスの連続利用

利用者が連続して30 日を超えて指定短期入所生活介護を受けている場合においては､30 日を超える日以降に受けた指定短期入所生活介護については、短期入所生活介護費は算定しない。

短期入所サービスは、あらかじめ期間を定めて利用するものであり介護報酬では30 日を連続算定日数の上限としている。(連続30 日を超えた利用は、全額利用者負担となる。）また、在宅生活を継続していくうえで利用するものであり、居宅サービス計画では、特に必要な場合を除き、保険対象の利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超えないことを目安とする。

【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について（平成11年7月29日 老企第22号）】

第2の3(7)㉒「短期入所生活介護及び短期入所療養介護の居宅サービス計画への位置付け」

短期入所生活介護及び短期入所療養介護（以下「短期入所サービス」という。）は、利用者の自立した日常生活の維持のために利用されるものであり、指定居宅介護支援を行う介護支援専門員は、短期入所サービスを位置付ける居宅サービス計画の作成に当たって、利用者にとってこれらの居宅サービスが在宅生活の維持につながるように十分に留意しなければならないことを明確化したものである。

この場合において、短期入所サービスの利用日数に係る「要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えない」という目安については、居宅サービス計画の作成過程における個々の利用者の心身の状況やその置かれている環境等の適切な評価に基づき、在宅生活の維持のための必要性に応じて弾力的に運用することが可能であり、要介護認定の有効期間の半数の日数以内であるかについて機械的な適用を求めるものではない。

従って、利用者の心身の状況及び本人、家族等の意向に照らし、この目安を超えて短期入所サービスの利用が特に必要と認められる場合においては、これを上回る日数の短期入所サービスを居宅サービス計画に位置付けることも可能である。

● 短期入所サービスと医療保険の関係

短期入所生活介護を利用している期間中は、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入所者と同様の医療保険の給付制限あり。

● 入所日及び退所日における居宅サービスの算定について

短期入所サービスでも、機能訓練やリハビリテーションを行えるため、入所日や退所日に通所介護や通所リハビリテーションを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

利用者の居宅と当該事業所との間の送迎を行う場合、当該利用者の心身の状況により事業所の送迎車を利用することができないなど特別な事情のない限り、短期入所サービスの送迎加算を算定することとし、「通院等のための乗車又は降車の介助」は算定できない。

● 緊急時における基準緩和　※予防も同様

利用者の状況や家族等の事情により、介護支援専門員が、緊急に短期入所生活介護を受けることが必要と認めた者に対し、居宅サービス計画において位置づけられていない短期入所生活介護を提供する場合であって、当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がない場合にあっては、利用定員を超えて、静養室において短期入所生活介護を行うことができる。

この場合、居室以外の静養室において指定短期入所生活介護を行うとしているが、あくまでも、緊急の必要がある場合にのみ認められるものであり、当該利用者に対する指定短期入所生活介護の提供は７日（利用者の日常生活上の世話を行う家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日）を限度に行うものとする。

なお、指定短期入所生活介護事業所の利用定員を超えて受け入れることができる利用者数は、利用定員が40 人未満である場合は１ 人、利用定員が40 人以上である場合は２ 人まで認められるものであり、定員超過利用による減算の対象とはならない。

● **業務継続計画の策定・感染症対策の強化及び高齢者虐待防止の推進等について**

・感染症に係る業務継続計画、感染症の予防及びまん延の防止のための指針、災害に係る業務継続計画並びに非常災害に関する具体的計画については、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してもよい。

・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してもよい。

・災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施してもよい。

・各委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営してもよい。

・各種委員会・研修等については、定期的（６月に１回以上又は年に１回以上）行うことが望ましい。

第３の六の３の(6)　業務継続計画の策定等

（略）

②業務継続計画には、(略)。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。

③（略)。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。

④訓練（シミュレーション）においては、(略）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。また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えない。

第３の六の３の(8)　衛生管理等

②のイ　感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会

（略）感染症対策委員会は、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。

（略）なお、感染症対策委員会は、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。

第３の一の３の(31)　虐待の防止

①虐待の防止のための対策を検討する委員会（第１号）

（略）なお、虐待防止検討委員会は、他の合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。

③虐待の防止のための従業者に対する研修（第３号）

（略)。職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定訪問介護事業者が指針に基づいた研修プログラ

〇身体拘束等適正化検討委員会について

【身体的拘束等の適正化に係る措置は、令和７年４月１日から義務化（令和７年３月31日までは努力義務）】

・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

※委員会は、テレビ電話装置等を活用して開催することができる。

・なお、同一施設内での複数担当（※）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、入居者や施設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

●利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担の軽減に資する方策を検討するための委員会の開催

【利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置に係る措置は、令和９年４月１日から義務化（令和９年３月31日までは努力義務）】

（１）　業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、当該短期入所生活介護事業所における入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担の軽減に資する方策を検討するための委員会を定期的に開催しなければならない。

・上記委員会はテレビ電話装置等を活用して開催することができる。

・３年間の経過措置を設けており、令和９年３月 31 日までの間は、努力義務とされている。

・本委員会は、生産性向上の取組を促進する観点から、管理者やケア等を行う職種を含む幅広い職種により構成することが望ましく、各事業所の状況に応じ、必要な構成メンバーを検討すること。なお、生産性向上の取組に関する外部の専門家を活用することも差し支えない。

・本委員会は、定期的に開催することが必要ですが、開催する頻度については、本委員会の開催が形骸化することがないよう留意した上で、各事業所の状況を踏まえ、適切な開催頻度を決めることが望ましい。

・本委員会の開催に当たっては、厚生労働省老健局高齢者支援課「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」等を参考に取組を進めることが望ましい。

・事務負担軽減の観点等から、本委員会は、他に事業運営に関する会議（事故発生の防止のための委員会等）を開催している場合、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、本委員会は事業所毎に実施が求められるものだが、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。

・委員会の名称について、法令では「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」と規定されたところでありますが、
利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策が適切に検討される限りにおいては、法令とは異なる委員会の名称を用いても差し支えありません。

３　設備に関する基準

●　個室ユニット型施設の設備・勤務体制の見直し

個室ユニット型施設において、ケアの質を維持しつつ、人材確保や職員定着を目指し、ユニットケアを実現する観点から、１ユニットの定員を、夜間及び深夜を含めた介護・看護職員の配置の実態を勘案して職員を配置するよう努めることを求めつつ、「原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないもの」とする。

また、ユニット型個室的多床室について、感染症やプライバシーに配慮し、個室化を進める観点から、新たに設置することを禁止（県規則第53条第2項の削除）。

《県規則》

第 53 条第１項第１号のア：「一のユニットの利用定員（略）原則としておおむね 10 人以下とし、15 人を超えないこと。

《県規則附則》

第２：この規則の施行の日以降、当分の間、（略）入所定員が 10 人を超えるユニットを整備するユニット型指定介護老人福祉施設（略）基準を満たすほか、当該ユニット型指定介護老人福祉施設における夜間及び深夜を含めた介護職員並びに看護師及び准看護師の配置の実態を勘案して職員を配置するよう努めるものとする。

第３：前項の規定は、第１条の規定による改正後の介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例施行規則第 53 条第１項第１号のア（略）の規定の適用について準用する。

４　報酬に関する基準

●単独型短期入所生活介護費

	従来型個室	多床室
要介護１	645単位	645単位
要介護２	715単位	715単位
要介護３	787単位	787単位
要介護４	856単位	856単位
要介護５	926単位	926単位

●併設型短期入所生活介護費

	従来型個室	多床室
要介護１	603単位	603単位
要介護２	672単位	672単位
要介護３	745単位	745単位
要介護４	815単位	815単位
要介護５	884単位	884単位

●単独型ユニット型短期入所生活介護費

	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室
要介護１	746単位	746単位
要介護２	815単位	815単位
要介護３	891単位	891単位
要介護４	959単位	959単位
要介護５	1,028単位	1,028単位

●併設型ユニット型短期入所生活介護費

	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室
要介護１	704単位	704単位
要介護２	772単位	772単位
要介護３	847単位	847単位
要介護４	918単位	918単位
要介護５	987単位	987単位

●居住費・食費の適正な徴収について

・「指定介護老人福祉施設の留意事項」の該当項目参照

（平成24年4 月改定関係Ｑ＆Ａ　Ｖｏｌ．２）
【問42】 食費の設定は、朝食、昼食、夕食に分けて設定すべきか。また、そのように設定した場合の補足給付はどのようになるのか。
【答】 食費は利用者と施設の契約により設定するものであり、朝食、昼食、夕食に分けて設定することも可能である。
特にショートステイ（短期入所生活介護、短期入所療養介護）については、入所の期間も短いことから、原則として一食ごとに分けて設定する。
利用者負担第４段階の方について、一食ごとの食費の設定をする場合には、利用者負担第1段階から第3段階の方についても一食ごとの食費の設定になるものと考えるが、その際の補足給付の取扱いについては、一日の食費の合計額について、補足給付の「負担限度額」に達するまでは補足給付は行われず、「負担限度額」を超える額について補足給付が行われることとなる。
具体的には、例えば、朝食400 円、昼食450 円、夕食530 円と設定した場合、利用者負担第3段階の方であれば、食費の「負担限度額」は650 円であるので、朝食のみ（400 円）の場合は補足給付は行われず、朝食と昼食（850 円）の場合であれば「負担限度額」との差額200 円が補足給付として支給される。

夜勤職員基準未満の減算 ※予防も同様

・「老人福祉施設」の該当項目参照

・ただし、上述のとおり見守り機器等を設置している場合には要件の緩和あり。

定員超過利用の減算 ※予防も同様。

・「老人福祉施設」の該当項目参照

人員基準欠如の減算 ※予防も同様。

・「老人福祉施設」の該当項目参照

・対象は、介護職員及び看護職員の欠如の場合となる。

ユニットにおける職員に係る減算 ※予防も同様。

・「老人福祉施設」の該当項目参照

身体拘束廃止未実施減算 ※予防も同様。

56 単位／日　※予防も同様

身体的拘束等の適正化の義務に違反した施設に対する減算　所定単位数の 90%で算定

●施設において身体的拘束等が行われていた場合ではなく、身体的拘束等を行う場合の記録を行っていない場合及び必要な措置を講じていない場合に、入所者全員について所定単位数の

10%を減算する。

具体的には、記録を行っていない、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催していない、身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施し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３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、入所者全員について所定単位数から減算する。

●記録の記載は、介護老人保健施設の医師が診療録に記録しなければならない。
●緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続きについて、指針（緊急やむを得ない場合に該当するかどうかの判断、ルール）などを定めておくこと。
●入所者及びその家族等に対して、身体拘束の内容・目的・理由・時間・時間帯・期間等をできるだけ詳細に説明し、十分な理解を得るように努めること。（説明手続などの明文化等）

●記録の記載は、介護老人保健施設の医師が診療録に記録しなければならない。
●緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続きについて、指針（緊急やむを得ない場合に該当するかどうかの判断、ルール）などを定めておくこと。
●入所者及びその家族等に対して、身体拘束の内容・目的・理由・時間・時間帯・期間等をできるだけ詳細に説明し、十分な理解を得るように努めること。（説明手続などの明文化等）

高齢者虐待防止措置未実施減算

※予防も同様。

指定単位数の 100 分の１減

虐待の発生等を防止する措置を講じていない施設に対し、指定単位数の 100 分の１に相当する単位数を所定単位数から減算する

１　施設において高齢者虐待が発生した場合ではなく、虐待防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催、虐待防止のための指針の整備、介護職員その他の従業者に対する研修の年２回以上の実施又はこれらを適切に実施するための担当者を置いていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算する。

２　具体的には、上記の措置を講じていない場合、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３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、入所者全員について所定単位数から減算することとする。

業務継続計画未策定減算 ※予防も同様。

指定単位数の 100 分の１減

業務継続計画を策定していない施設に対する減算。令和７年４月１日から適用。

１　感染症及び非常災害発生時における業務継続計画（BCP）を策定していない場合に減算

２　感染症あるいは災害発生時のいずれか、又は両方の業務継続計画（BCP）が未策定の場合、基本報酬が減算

※BCP の周知、研修、訓練、見直しの未実施については減算の対象にはならない

３　BCP が策定されていない場合、その事実が生じた翌月（事実が生じた日が月の初日の場合はその月）から、未策定の状況が解消された月まで、施設の入所者全員について所定単位数から減算される

４　経過措置として、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」及び「非常災害に関する具体的計画」を策定している場合は、本減算は適用されない。

※運営基準では令和６年４月１日から策定が義務化されているので注意すること。

生活機能向上連携加算 ※予防も同様

・「老人福祉施設」の該当項目参照

機能訓練指導員の加算 ※予防も同様

12 単位／日

● 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、 看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（機能訓練指導員を配置した事業所で６月以上の実務経験を有するものに限る）を１名以上配置している指定短期入所生活介護事業所について、所定単位数に、1 日につき12 単位を加算する。

（利用者の数（指定介護老人福祉施設に併設される短期入所生活介護事業所又は空床利用型の短期入所生活介護事業所においてはその本体施設の入所者数を含む。）が100 を超える指定短期入所生活介護事業所にあっては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を１名以上配置し、かつ、理学療法士等である従業者を機能訓練指導員として常勤換算方法で利用者の数を100 で除した数以上配置しているもの）

※ 加算の対象となる機能訓練指導員は、常勤専従が要件であり、看護職員等との兼務は不可。

機能訓練指導員に係る加算については、専ら当該業務に従事する常勤の機能訓練指導員が配置されることがその要件であることから、併設の通所介護事業所の機能訓練指導員を兼務している者については、たとえ常勤の職員であったとしても加算の算 定要件は満たさないことに留意す

ること。ただし、利用者数(指定介護老人福祉施設に併設される短期入所生活介護事業所又は空床利用型の短期入所生活介護事業所においてはその本体施設の入 所者数を含む が100人を超える場合であって、別に専ら当該業 務に従事する常勤の機能訓練指導員が配置されているときは、その他の機能訓練指導員については、「常勤換算方法で利用者の数を100で除した数以上」という基準を満たす限りにおいて、併設の通所介護事業所の機能訓練指導員を兼務して差し支えないこと。

例えば、入所者数100人の指定介護老人福祉施設に併設される利用者数20人の短期入所生活介護事業所において、２人の常勤の機能訓練指導員がいて、そのうちの１人が指定介護老人福祉施設及び指定短期入所生活介護事業所の常勤専従の機能訓練指導員である場合であっては、もう１人の機能訓練指導員は、勤務時間の５分の1だけ指定介護老人福祉施設及び短期入所生活介護事業所の 機能訓練指導員の業務に従事し、その他の時間は併設の通所介護事業所の機能訓練指導員の業務に従事するときは、通所介護、短期入所生活介護及び介護福祉施設サービスの機能訓練指導員に係る加算の全てが算定可能となる。

個別機能訓練加算 ※予防も同様

56 単位／日

● 次に掲げる基準のいずれにも適合しているものとして指定短期入所生活介護の利用者に対して、機能訓練を行っている場合には、１日につき56単位を所定単位数に加算する。

（１）専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1 名以上配置していること。

（２）機能訓練指導員等が共同して、利用者の生活機能向上に資するよう利用者ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画を作成していること。

（３）個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。

（４）機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、その後３月ごとに１ 回以上、利用者の居宅を訪問した上で、当該利用者又はその家族に対して、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行っていること。

≪留意事項通知（老企第40号第2の2(9)）≫

① 個別機能訓練加算は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で６月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）（以下②において「理学療法士等」という。）が個別機能訓練計画に基づき、短期入所生活介護事業所を計画的又は期間を定めて利用する者に対して、計画的に行った機能訓練（以下「個別機能訓練」という。）について算定する。

② 個別機能訓練加算に係る機能訓練は、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を１名以上配置して行うものであること。この場合において、例えば、１週間のうち特定の曜日だけ理学療法士等を配置している場合は、その曜日において理学療法士等から直接訓練の提供を受けた利用者のみが当該加算の算定対象となる。ただし、この場合、理学療法士等が配置される曜日はあらか

じめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知されている必要がある。

なお、短期入所生活介護事業所の看護職員が当該加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、短期入所生活介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めない。

③ 個別機能訓練を行うに当たっては、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「機能訓練指導員等」という。）が共同して、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施時間、実施方法等について評価等を行う。

なお、短期入所生活介護においては、個別機能訓練計画に相当する内容を短期入所生活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ものとすること。

④ 個別機能訓練加算に係る機能訓練は、身体機能そのものの回復を主たる目的とする訓練ではなく、残存する身体機能を活用して生活機能の維持・向上を図り、利用者が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て実施するものである。

具体的には、適切なアセスメントを経て利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬの状況を把握し、日常生活における生活機能の維持・向上に関する目標（１人で入浴が出来るようになりたい等）を設定のうえ、当該目標を達成するための訓練を実施すること。

⑤ ④の目標については、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策定することとし、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定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。

⑥ 個別機能訓練加算に係る機能訓練は、類似の目標を持ち同様の訓練内容が設定された５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し、必要に応じて事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練とすること。実施時間については、個別機能訓練計画に定めた訓練内容の実施に必要な１回あたりの訓練時間を考慮し適切に設定すること。

また、生活機能の維持・向上のための訓練を効果的に実施するためには、計画的・継続的に行う必要があることから、おおむね週１ 回以上実施することを目安とする。

⑦ 個別機能訓練を行う場合は、機能訓練指導員等が居宅を訪問した上で利用者の居宅での生活状況（起居動作、ＡＤＬ、ＩＡＤＬ等の状況）を確認し、多職種共同で個別機能訓練計画を作成した上で実施することとし、その後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を確認した上で、利用者又はその家族（以下、「利用者等」という。）に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに訓練内容の見直し等を行う。また、評価内容や目標の達成度合いについて、当該利用者を担当する介護支援専門員等に適宜報告・相談し、必要に応じて利用者等の意向を確認の上、当該利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。

また、利用者等に対する説明は、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と。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならないこと。なお、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。

⑧ 個別機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能であるようにすること。

⑨ 機能訓練指導員の加算を算定している場合であっても、別途個別機能訓練加算に係る訓練を実施した場合は、同一日であっても個別機能訓練加算を算定できるが、この場合にあっては、機能訓練指導員の加算に係る常勤専従の機能訓練指導員は、個別機能訓練加算に係る機能訓練指導員として従事することはできず、別に個別機能訓練加算に係る機能訓練指導員の配置が必要である。

また、個別機能訓練加算は、心身機能への働きかけだけでなく、ＡＤＬ（食事、排泄、入浴等）やＩＡＤＬ（調理、洗濯、掃除等）などの活動への働きかけや、役割の創出や社会参加の実現といった参加への働きかけを行い、心身機能、活動、参加といった生活機能にバランスよく働きかけるものである。

なお、当該加算の目的・趣旨に沿った目標設定や実施内容等の項目等については、別に通知する※ところによるものとする。

※「通所介護,地域密着型通所介護及び短期入所生活介護における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」（平成27年３月27日老振発第0327第2号厚生労働省老健局振興課長通知）

（平成27年4月改定関係Ｑ＆Ａ）

【問75】　短期入所生活介護事業所を併設している特別養護老人ホームにおいて、個別機能訓練加算を特別養護老人ホームで算定し、併設の短期入所生活介護事業所では機能訓練指導員の加算を算定し、新設の個別機能訓練加算を短期入所生活介護事業所で算定しようとする場合、特別養護老人ホームと短期入所生活介護事業所を兼務する常勤専従の機能訓練指導員を１名配置し、それとは別に専従の機能訓練指導員を短期入所生活介護事業所に１名配置すれば、短期入所生活介護においては、機能訓練指導員の加算と新設の個別機能訓練加算の両方が算定できるということでよいか。

【答75】　短期入所生活介護の「機能訓練指導員の加算」は、常勤・専従の機能訓練指導員を配置した場合に評価されるものであるが、「個別機能訓練加算」は利用者の生活機能の維持・向上を目的として、専従の機能訓練指導員が利用者に対して直接訓練を実施するものである。このため、常勤・専従の機能訓練指導員とは別に専従の機能訓練指導員を短期入所生活介護事業所に１名配置すれば、いずれの加算も算定することができる。

（平成27年4月改定関係Ｑ＆Ａ　Ｖｏｌ．２）

【問4】　ある利用者が通所介護と短期入所生活介護を利用している場合、それぞれの事業所が個別機能訓練加算を算定するには、居宅訪問は別々に行う必要があるか。

【答4】　通所介護と短期入所生活介護を組み合わせて利用している者に対し、同一の機能訓練指導員等が個別機能訓練計画を作成しており、一方の事業所で行った居宅訪問の結果に基づき一体的に個別機能訓練計画を作成する場合は、居宅訪問を別々に行う必要はない。

看護体制加算

（Ⅰ）　４単位／日
（Ⅱ）　８単位／日
（Ⅲ）イ 12単位／日、ロ ６単位／日
（Ⅳ）イ 23単位／日、ロ 13単位／日

要件＼定員	定員 29 人以下	定員 30 人以上 50 人以下
看護体制加算（Ⅰ） ① 常勤の看護師を１名以上配置 ★（併設事業所の場合は、指定短期入所生活介護事業所として１名配置しなければならない。） （当該事業所が空床利用型の特別養護老人ホームの場合は、本体施設に常勤の看護師がいればよい。） ② 定員超過利用・人員欠如に該当していないこと	４単位／日	
看護体制加算（Ⅱ） ① 看護職員を常勤換算方法で入所者の数が２５又はその端数を増すごとに１名以上配置している ★（併設事業所の場合と要件となる。但し、（１週間に勤務すべき時間数が 32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする。） ② 看護職員を常勤換算方法で、 入所者数が 30 以下　：２以上 入所者数が 30 超 50 以下　：３以上 入所者数が 50 超 130 以下　：４以上 入所者数が 130 超　：４＋（入所者 50 増毎に１）以上 ★（当該事業所が空床利用型の特別養護老人ホームである場合。指定介護老人福祉施設の入所者数と空床利用型の指定短期入所生活介護の利用者数を合算した数で算定する。） ③ 当該施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24 時間連絡できる体制を確保している。 ④定員超過利用・人員欠如に該当していないこと	８単位／日	
看護体制加算（Ⅲ） ① 上記、看護体制加算（Ⅰ）の要件を満たしていること ② 算定日が属する年度の前年度又は算定日が属する月の前３月間の利用者の総数のうち、要介護３以上の利用者の占める割合が 100 分の 70 以上であること	イ 12 単位／日	ロ ６単位／日
看護体制加算（Ⅳ） ① 上記、看護体制加算（Ⅱ）の要件を満たしていること ② 算定日が属する年度の前年度又は算定日が属する月の前３月間の利用者の総数のうち、要介護３以上の利用者の占める割合が 100 分の 70 以上であること	イ 23 単位／日	ロ 13 単位／日

≪留意事項通知（老企第40号第2の2(10)）≫（上記要件以外の留意事項）

① 看護体制加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）について

ハ なお、イロのいずれの場合であっても、看護体制加算（Ⅰ）及び看護体制加算（Ⅱ）を同時に算定することは可能であること。この場合にあっては、看護体制加算（Ⅰ）において加算の対象となる常勤の看護師についても、看護体制加算（Ⅱ）における看護職員の配置数の計算に含めることが可能である。

② 看護体制加算（Ⅲ）及び（Ⅳ）について

ロ 中重度者受入要件

ａ 看護体制加算（Ⅲ）及び（Ⅳ）の要介護３、要介護４又は要介護５である者の割合については、前年度（３月を除く。）又は届出日の属する月の前３月の１月当たりの実績の平均について、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定するものとし、要支援者に関しては人員数には含めない。

ｂ 利用実人員数又は利用延人員数の割合の計算方法は、次の取扱いによるものとする。

ⅰ 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、前年度の実績による加算の届出はできないものとする。

ⅱ 前３月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近３月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。また、その割合については、毎月ごとに記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに訪問通所サービス通知第１の５の届出を提出しなければならない。

ハ 定員要件

看護体制加算（Ⅲ）及び（Ⅳ）の定員規模に係る要件は、併設事業所に関しては、短期入所生活介護のみの定員に着目して判断する。例えば、指定介護老人福祉施設の入所者数が50人、併設する短期入所生活介護の利用者が10人である場合、短期入所生活介護については29人以下の規模の単位数を算定する。

なお、空床利用型の短期入所生活介護については本体の指定介護老人福祉施設の定員規模で判断する。

ニ なお、看護体制加算（Ⅲ）及び（Ⅳ）については、事業所を利用する利用者全員に算定することができること。また、看護体制加算（Ⅲ）及び看護体制加算（Ⅳ）を同時に算定することは可能であること。

医療連携強化加算

58 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指定短期入所生活介護事業所において、別に厚生労働大臣が定める状態にある者に対して指定短期入所生活介護を行った場合に、算定可能。

※ 在宅中重度者受入加算を算定している場合は、算定しない。

※ 別に厚生労働大臣が定める基準の内容は次のとおり。次に掲げる基準の**いずれにも適合**。

イ 上記「看護体制加算」（Ⅱ）又は（Ⅳ）を算定していること。
ロ 利用者の急変の予測や早期発見等のため、看護職員による定期的な巡視を行っていること。
ハ 主治の医師と連絡が取れない等の場合に備えて、あらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを行っていること。
ニ 急変時の医療提供の方針について、利用者から合意を得ていること。

※ 別に厚生労働大臣が定める（平成27年厚生労働省告示第94号）状態の内容は次のとおり。次の**いずれかに該当する状態**に該当。

イ 喀痰吸引を実施している状態
ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
ハ 中心静脈注射を実施している状態
ニ 人工腎臓を実施している状態
ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
ヘ 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態
ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
チ 褥瘡に対する治療を実施している状態
リ 気管切開が行われている状態

≪留意事項通知（老企第40号第2の2(11)）≫（要約）

② 看護職員による定期的な巡視とは、急変の予測や早期発見等のために行うものであり、おおむね１日３回以上の頻度で当該利用者のもとを訪れてバイタルサインや状態変化の有無を確認するものであること。ただし、巡視の頻度については、利用者の状態に応じて適宜増加させるべきものであること。

③ 当該加算を算定する指定短期入所生活介護事業所においては、あらかじめ協力医療機関を定め、当該医療機関との間に、利用者に急変等が発生した場合の対応についての取り決めを行っていなければならない。また、当該取り決めの内容については、指定短期入所生活介護の提供開始時に利用者に説明し、主治の医師との連携方法や搬送方法も含め、急変が生じた場合の対応について同意を得ておかなければならない。当該同意については、文書で記録すべきものであること。

④ 医療連携強化加算を算定できる利用者は、次のいずれかに該当する者であること。

なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態（イからリまで）を記載することとするが、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。

ア イの「喀痰吸引を実施している状態」とは、指定短期入所生活介護の利用中に喀痰吸引を要する状態であり、実際に喀痰吸引を実施したものであること。

イ ロの「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において１週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。

ウ ハの「中心静脈注射を実施している状態」については、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者であること。

エ ニの「人工腎臓を実施している状態」については、当該月において人工腎臓を実施しているものであること。

オ ホの「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、

重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90ｍｍＨｇ以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度90%以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。

カ への「人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、人工膀胱又は人工肛門に係る皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。

キ トの「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合に算定できるものであること。

ク チの「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下の分類で第二度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。

第1 度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）

第2 度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの）

第3 度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある

第4 度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

ケ リの「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開に係るケアを行った場合に算定できるものであること。

☆平成27年4月改定関係Ｑ＆Ａ

【問66】　看護職員による定期的な巡視は、看護職員が不在となる夜間や休日（土日など）には行われなくても差し支えないか。

【答66】　おおむね1 日3 回以上の頻度で看護職員による定期的な巡視を行っていない日については、当該加算は算定できない。

【問67】　協力医療機関との間で行う取り決めは、利用者ごとに行う必要があるか。それとも総括して一般的な対応方法を取り決めておけばよいか。

【答67】　利用者ごとに取り決めを行う必要はない。

【問68】　短期入所生活介護の利用者には、施設の配置医師が医療的な処置を行うものと考えるが、医療連携強化加算においては、利用者の主治医や協力医療機関に優先的に連絡を取ることが求められているのか。

【答68】　必要な医療の提供については利用者ごとに適切に判断され、実施されるべきものである。なお、当該加算は、急変のリスクの高い利用者に対して緊急時に必要な医療がより確実に提供される体制を評価するものであることから、急変等の場合には当然に配置医師が第一に対応するとともに、必要に応じて主治の医師や協力医療機関との連携を図るべきものである。

【問69】　医療連携強化加算の算定要件の「緊急やむを得ない場合の対応」や「急変時の医療提供」とは、事業所による医療提供を意味するのか。それとも、急変時の主治の医師への連絡、協力医療機関との連携、協力医療機関への搬送等を意味するものか。

【答69】　協力医療機関との間で取り決めておくべき「緊急やむを得ない場合の対応」とは、利用者の急変等の場合において当該医療機関へ搬送すべき状態及びその搬送方法、当該医療機関からの往診の実施の有無等を指す。「急変時の医療提供」とは、短期入所生活介護事業

所の配置医師による医療を含め、主治の医師との連携や協力医療機関への搬送等を意味するものである。

【問70】　既に協力医療機関を定めている場合であっても、搬送方法を含めた急変が生じた場合の対応について改めて事業所と協力医療機関で書面による合意を得る必要があるか。

【答70】　緊急やむを得ない場合の対応について、協力医療機関との間で、搬送方法を含めた急変が生じた場合の対応について文書により既に取り決めがなされている場合には、必ずしも再度取り決めを行う必要はない。

看取り連携体制加算 【新設】

64 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指定短期入所生活介護事業所において、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者について看取り期におけるサービス提供を行った場合は、死亡日及び死亡日以前30日以下について、７日を限度として、１日につき64単位を加算する。

※ **別に厚生労働大臣が定める基準**の内容は次のとおり。次に掲げる基準の**いずかに適合**。

（１）看護体制加算Ⅱ又はⅣイ若しくはロを算定していること。

（２）イ　看護体制加算Ⅰ又はⅢイ若しくはロを算定しており、かつ、当該事業所の看護職員により、又は病院、診療所、指定訪問看護ステーション若しくは本体施設の看護職員との連携により、利用者の状態等に応じた対応ができる連絡体制を確保し、24時間連絡できる体制を確保していること

ロ　看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。

※ **別に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者**の内容は次のとおり。

イ　医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。

ロ　看取り期における対応方針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等利用者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上でサービスを受けているものを含む。）であること。

〇当該加算は、死亡前に医療機関へ入院した後、入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際に、当該短期入所生活介護事業所においてサービスを直接提供していない入院した日の翌日から死亡日までの間は算定することができない。（したがって、入院した日の翌日から死亡日までの期間が 30 日以上で合った場合には算定できない。）
〇「24 時間連絡できる体制」とは、事業所内で勤務することを要するものではなく、夜間においても短期入所生活介護事業所から連絡でき、必要な場合には短期入所生活介護事業所からの緊急の呼び出しに応じて出勤する体制をいう。
〇本人又はその家族等に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明に知事、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載しておくことが必要。
〇短期入所生活介護事業所から医療機関へ入院した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、看取り連携体制は死亡月にまとめて算定することから、利用者側にとっては、短期入所生活介護を終了した翌月についても自己負担を請求されることになるため、利用者が入院する際、**入院した月の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り連携体制加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくことが必要。**
〇本人が十分に判断できる状態になく、かつ家族等に連絡しても来てもらえないような場合も医師、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、看取り期における利用者に対する介護の内容について相談し、共同して介護を行っており、家族等に対する情報提供を行っている場合には、当該加算の算定は可能である。この場合院は、適切な看取り期における取組が行われていることを担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、本人の状態や、家族等に対する連絡状況等について記載しておくことが必要である。

緊急短期入所受入加算

90 単位／日

● 別に厚生労働大臣が定める者（利用者の状態や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に指定短期入所生活介護を受けることが必要と認めた者）に対し、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所生活介護を緊急に行った場合は、当該指定短期入所生活介護を行った日から起算して7 日（利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14 日）を限度として、1 日につき90 単位を所定単位数に加算する。

※ 平成27年12月7日付け27介第394号県健康福祉部長通知参照

→・居宅サービス計画第２表の頻度欄に「緊急時」「適時」等の記載があった場合でも、当該日に利用することが具体的に計画されていなければ、加算算定は可能。

・下記留意事項通知のウ「あらかじめ、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急の必要性及び利用を認めていること」については、事前に居宅サービス計画の第１表、第２

表への緊急短期入所の利用についての記載を求めるものではない。また、あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態への対応を居宅サービス計画に位置づける必要がある場合に、第１表の「総合的な援助の方針」欄へ記載したとしてお、加算の算定は可能。

※ 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない。

＜留意事項＞

ア 緊急利用者を受け入れたときに、当該緊急利用者のみ加算する。

イ 「緊急利用者」とは、介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により居宅で介護を受けることができない、かつ、居宅サービス計画において当該日に利用することが計画されていない者をいう。

ウ あらかじめ、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急の必要性及び利用を認めていること。ただし、やむを得ない事情により、事後に介護支援専門員により当該サービス提供が必要であったと判断された場合には、加算の算定は可能である。

エ 緊急利用した者に関する利用の理由、期間、緊急受入れ後の対応などの事項を記録しておくこと。

また、緊急利用者にかかる変更前後の居宅サービス計画を保存するなどして、適正な緊急利用に努めること。

オ 既に緊急利用者を受け入れているために緊急の利用を希望している者を受け入れることが困難な場合は、利用希望者に対し、別の事業所を紹介するなど適切な対応を行うこと。

カ 算定対象期間は原則として７日以内とし、その間に緊急受入れ後に適切な介護を受けられるための方策について、担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と密接な連携を行い、相談すること。ただし、利用者の介護を行う家族等の疾病が当初の予想を超えて長期間に及んだことにより在宅への復帰が困難となったこと等やむを得ない事情により、7 日以内に適切な方策が立てられない場合には、その状況を記録した上で14 日を限度に引き続き加算を算定することができる。その場合であっても、利用者負担軽減に配慮する観点から、機械的に加算算定を継続するのではなく、随時、適切なアセスメントによる代替手段の確保等について、十分に検討すること。

☆平成27年4月改定関係Ｑ＆Ａ

【問68】 緊急利用者の受入れであれば、短期入所生活介護の専用居室や特別養護老人ホームの空床を利用する場合のほか、静養室でも緊急短期入所受入加算を算定できるか。

【答68】 緊急時における短期入所であれば、それぞれにおいて加算を算定できる。

【問69】 生活相談員、介護職員又は看護職員の員数を算定する場合の利用者の数は前年度の平均値とされているが、静養室で受け入れた利用者の数も含めて算出するのか。

【答69】 災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合と同様に、7 日（やむを得ない事情がある場合は14 日）の範囲内の利用であれば、利用者の数に含めずに計算する。

【問70】 静養室の利用について、利用日数については原則７日（やむを得ない事情がある場合は14 日）が限度となるが、この利用日数を超えて静養室を連続して利用せざるを得ない場合、その日以後は報酬の算定ができず、かつ定員超過利用にあたるのか。

【答70】 真にやむを得ない事情がある場合には、引き続き利用し、報酬も算定することも可能であるが、14 日を超えて利用する場合には、定員超過利用に該当する。

【問71】 短期入所生活介護の専用居室や特別養護老人ホームの居室に空床がある場合であっても、緊急利用者の希望する利用日数又は男女部屋の関係から当該空床を利用することができないときには、静養室を使用して短期入所生活介護を提供してもよいか。

【答71】 短期入所の緊急利用で静養室の利用が認められるのは、短期入所生活介護が満床時の場合であるため、空床がある場合の利用は想定していない。

【問73】　特別養護老人ホーム併設の短期入所生活介護事業所で静養室を特別養護老人ホームと兼用している場合でも受け入れて差し支えないか。
【答73】　短期入所生活介護及び特別養護老人ホーム入所者の処遇に支障がない場合、行うことができる。

【問74】　静養室において緊急に短期入所生活介護の提供を行った場合、従来型個室と多床室のどちらで報酬を算定するのか。
【答74】　多床室の報酬を算定し、多床室の居住費（平成27 年8 月以降）を負担していただく。

夜勤職員配置加算の要件緩和 ※予防も同様

● 「老人福祉施設」の該当項目参照

※厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（平成12年告示第29号）

(R3.4.1改正部分)

★上記「１　人員に関する基準」の「●見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和」部分も参照

第１号　ハ

(1) 夜勤職員配置加算（Ⅰ）を算定すべき指定短期入所生活介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準

（一）略

（二）夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、イ(1)又はロ(1)に規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に１を加えた数以上であること。ただし、次のａ又はｂに掲げる場合は、当該ａ又はｂに定める数以上であること。

ａ 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合

イ(1)又はロ(1)に規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に 10 分の 9 を加えた数

ⅰ 見守り機器を、当該指定短期入所生活介護事業所の利用者の数の 10 分の 1 以上の数設置していること。

ⅱ 見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。

ｂ 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合

イ(1)又はロ(1)に規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に 10 分の 6 を加えた数（ロ(1)(一)ｆの規定に基づき夜勤を行う介護職員又は看護職員を配置している場合にあっては、イ(1)又はロ(1)に規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に 10 分の 8 を加えた数）

ⅰ 夜勤時間帯を通じて、見守り機器を当該短期入所生活介護事業所の利用者の数以上設置していること。

ⅱ 夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が、情報通信機器を使用し、職員同士の連絡促進が図られていること。

ⅲ 見守り機器等を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。

(1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする利用者への訪問及び当該利用者に対する適切なケア等による利用者の安全及びケアの質の確保

(2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮

(3) 見守り機器等の定期的な点検

(4) 見守り機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修

(2) 夜勤職員配置加算（Ⅱ）を算定すべき指定短期入所生活介護の夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準

（一）略

（二）夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、イ(2)又はロ(2)に規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に1を加えた数以上であること。ただし、次のａ又はｂに掲げる場合は、当該ａ又はｂに定める数以上であること。

ａ 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合

イ(2)又はロ(2)に規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に10分の9を加えた数

ｉ 見守り機器を、当該指定短期入所生活介護事業所の利用者の数の10分の1以上の数設置していること。

ⅱ 見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。

ｂ 次に掲げる要件のいずれにも適合している場合

イ(2)又はロ(2)に規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に10分の6を加えた数

ｉ 夜勤時間帯を通じて、見守り機器を当該短期入所生活介護事業所の利用者の数以上設置していること。

ⅱ 夜勤時間帯を通じて、夜勤を行う全ての介護職員又は看護職員が、情報通信機器を使用し、職員同士の連絡促進が図られていること。

ⅲ 見守り機器等を活用する際の安全体制及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する次に掲げる事項を実施し、かつ、見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員その他の職種の者と共同して、当該委員会において必要な検討等を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認すること。

(1) 夜勤を行う職員による居室への訪問を個別に必要とする利用者への訪問及び当該利用者に対する適切なケア等による利用者の安全及びケアの質の確保

(2) 夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮

≪留意事項通知（老企第40号第2の2（12））≫

① 略

② 指定介護老人福祉施設の併設事業所である場合又は特別養護老人ホームの空床において指定短期入所生活介護を行う場合にあっては、指定短期入所生活介護の利用者数と本体施設である指定介護老人福祉施設の入所者数を合算した人数を指定介護老人福祉施設の入所者の数」とした場合に、夜勤職員基準に従い必要となる夜勤職員の数を上回って配置した場合に、加算を行う。

③ 略

④ 夜勤職員基準第1号ハの(1)(二)及び(2)(二)ただし書に規定する見守り機器（利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを感知できるセンサーであり、当該センサーから得

られた情報を外部通信機能により職員に通報できる利用者の見守りに資する機器をいう。以下同じ。）を使用する場合における基準については、以下のとおり取り扱うこととする。

イ 必要となる夜勤職員の数が 0.9 を加えた数以上である場合においては、次の要件を満たすこと。

a 利用者の 10 分の 1 以上の数の見守り機器を設置すること。

b 「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」は、３月に１回以上行うこと。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。

ロ 必要となる夜勤職員の数が 0.6 を加えた数以上である場合（夜勤職員基準第一号ロの(1)(一)f の規定に該当する場合は、0.8 を加えた数以上である場合）においては、次の要件を満たすこと。

a 利用者が使用するすべての居室に見守り機器を設置すること。

b インカム（マイクロホンが取り付けられたイヤホンをいう。以下同じ。）等の職員間の連絡調整の迅速化に資する機器及び見守り機器の情報を常時受信可能なスマートフォンやタブレット端末等の機器を、全ての夜勤職員が使用し、利用者の状況を常時把握すること。

c「見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会」（以下、「見守り機器等活用委員会」という。）は３月に１回以上行うこと。「見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会」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。

また、見守り機器等活用委員会には、管理者だけでなく実際に夜勤を行う職員を含む幅広い職種やユニットリーダー等の役割の者が参画するものとし、実際に夜勤を行う職員の意見を尊重するよう努めることとする。

d 「利用者の安全及びケアの質の確保に関する事項」を実施すること。具体的には次の事項等の実施により利用者の安全及びケアの質の確保を行うこととする。

(1) 見守り機器等を使用する場合においても、一律に定期巡回等をとりやめることはせず、個々の利用者の状態に応じて、個別に定時巡視を行うこと。

(2) 見守り機器等から得られる睡眠状態やバイタルサイン等の情報を利用者の状態把握に活用すること。

(3) 見守り機器等の使用に起因する事業所内で発生した介護事故又はヒヤリ・ハット事例（介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうになった事例をいう。）（以下「ヒヤリ・ハット事例等」という。）の状況を把握し、その原因を分析して再発の防止策を検討すること。

e 「夜勤を行う職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮」に関する事項を実施すること。具体的には、実際に夜勤を行う職員に対してアンケートやヒアリング等を行い、見守り機器

等の導入後における次の事項を確認し、人員配置の検討等が行われていること。

(1) ストレスや体調不安等、職員の心身の負担が増えていないかどうか。

(2) 夜勤時間帯において、負担が過度に増えている時間帯がないかどうか

(3) 休憩時間及び時間外勤務等の状況

f 日々の業務の中で予め時間を定めて見守り機器等の不具合がないことを確認する等のチェックを行う仕組みを設けること。また、見守り機器等のメーカーと連携し、定期的に点検を行うこと。

g 見守り機器等の使用方法の講習やヒヤリ・ハット事例等の周知、その事例を通じた再発防止策の実習等を含む職員研修を定期的に行うこと。

この場合の要件で夜勤職員配置加算を取得する場合においては、３月以上の試行期間を設けることとする。

利用者の安全及びケアの質の確保を前提にしつつ、試行期間中から見守り機器等活用委員会を設置し、当該委員会において、見守り機器等の使用後の人員体制とその際の夜勤にあたる職員の負担のバランスに配慮しながら、見守り機器等の使用にあたり必要な人員体制等を検討し、安全体制及びケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で、「テクノロジーの活用」に係る届出をすること。なお、試行期間中においては、通常の夜勤職員配置加算の要件を満たすこととする。

届出にあたり、都道府県等が当該委員会における検討状況を確認できるよう、当該委員会の議事概要を提出すること。また、介護事業所のテクノロジー活用に関して、厚生労働省が行うケアの質や職員の負担への影響に関する調査・検証等への協力に努めること。

☆令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.3）

【問 77】　見守り機器等を活用した夜間の人員配置基準や夜勤職員配置加算の 0.6 人の配置要件について、運用イメージ如何

【答 77】　見守り機器やインカム等のＩＣＴを活用し、常時見守り支援が可能となることによって、夜間・深夜の時間帯の定時巡視の移動時間の減少や、利用者の急変時等への迅速な対応等が可能となるため、業務が比較的多忙となる夕方や早朝の時間帯に職員を手厚く配置する等のメリハリの利いたシフト体制を組むことができるものと考えている。なお、介護事業所が設置する「見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会」において、夜勤職員の１日の勤務の中で、職員の負担が過度に増えている時間帯がないか確認することとしている点に留意されたい。

【問 78】　見守り機器等を安全かつ有効に活用するための委員会で確認することとされている利用者のケアの質や職員の負担に関する評価について、どのような指標があるのか。

【答 78】　利用者のケアの質や職員の負担に関する評価にあたっては、当該委員会において、直接処遇のための時間が増えたかどうかなど、それぞれの事業所の実情に応じた評価指標を用いることが望ましい。なお、平成 30 年度老人保健健康増進等事業「介護ロボットの評価指標

に関する調査研究事業」において、介護ロボットの導入にあたっての評価指標がまとめられているので参考とされたい。

【問 79】　夜勤職員配置加算における 0.6 人の配置要件について、夜勤職員全員が見守り機器のセンサー情報を常時受信するためにスマートフォンやタブレット端末等を使用することとされているが、0.9 人の配置要件の取扱如何

【答 79】　見守り機器の使用にあたっては、当該機器のセンサー情報を受信する機器が必要となるが、0.9 人の配置要件の場合は、機器を特定はせず、スマートフォンやタブレット端末等の携帯可能な機器のほか、パソコン等の常時設置されている機器も使用して差し支えない。また、携帯可能な機器を使用する場合においては、必ずしも夜勤職員全員が使用することまでは要しない。

長期利用者に対する減算

▲30 単位／日

● 連続して30 日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している場合であって、指定短期入所生活介護を受けている利用者に対して指定短期入所生活介護を行った場合は、1 日につき30 単位を所定単位数から減算する。

≪留意事項通知（老企第40号第2の2(20)）≫

短期入所生活介護の基本サービス費については、施設入所に比べ入退所が頻繁であり、利用者の状態が安定していないことなどから、特別養護老人ホームへ入所した当初に施設での生活に慣れるための様々な支援を評価する初期加算相当分を評価している。こうしたことから、居宅に戻ることなく、自費利用を挟み同一事業所を連続30 日を超えて利用している者に対して短期入所生活介護を提供する場合には、連続30 日を超えた日から減算を行う。なお、同一事業所を長期間利用していることについては、居宅サービス計画において確認することとなる。

☆平成27年4月改定関係Ｑ＆Ａ

【問77】　保険者がやむを得ない理由（在宅生活継続は困難で特別養護老人ホームの入所申請をしているが空きがない等）があると判断し、短期入所生活介護の継続をしている場合も減算の対象となるか。

【答】　短期入所生活介護の基本報酬は、施設入所に比べ入退所が頻繁であり、利用者の状態が安定していないことなどから、特別養護老人ホームの基本報酬より高い設定となっているため、長期間の利用者については、理由の如何を問わず減算の対象となる。

【問79】　連続して30 日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所した場合は減算の対象となるが、特別養護老人ホームと併設の短期入所生活介護事業所から特別養護老人ホームの空床利用である短期入所生活介護事業所へ変わる場合は減算対象となるか。

【答】　実質的に一体として運営していると考えられるので、同一事業所の利用とみなし、減算の対象とする。

【問80】　短期入所生活介護事業所とユニット型短期入所生活介護事業者が同一の建物内に存在し、それぞれ異なる事業所として指定を受けている場合も、算定要件にある「同一の指定短期入所生活介護事業所」として扱うのか。

【答】　実質的に一体として運営していると考えられるので、同一事業所の利用とみなし、減算の対象とする。

● 入所者についての診療報酬（特別養護老人ホーム、短期入所生活介護）

・「老人福祉施設」の該当項目参照

長期利用の適正化について

● 連続して60日を超えて同一の短期入所生活介護事業所に入所している利用者であって、指定短期入所生活介護を受けているものに対して、次に掲げる場合の区分に従い、それぞれ次に掲げる所定単位数を算定する。

〇単独型短期入所生活介護費（Ⅰ）又は単独型短期入所生活介護費（Ⅱ）を算定すべき指定短期入所生活介護について

要介護１	589単位
要介護２	659単位
要介護３	732単位
要介護４	802単位
要介護５	871単位

〇併設型短期入所生活介護費（Ⅰ）又は併設型短期入所生活介護費（Ⅱ）を算定すべき指定短期入所生活介護について

要介護１	573単位
要介護２	642単位
要介護３	715単位
要介護４	785単位
要介護５	854単位

〇単独型ユニット型短期入所生活介護費又は経過的単独型ユニット型短期入所生活介護費を算定すべき指定短期入所生活介護を行った場合

要介護１	670単位
要介護２	740単位
要介護３	815単位
要介護４	886単位
要介護５	955単位

〇併設型ユニット型短期入所生活介護費又は経過的併設型ユニット型短期入所生活介護費を算定すべき指定短期入所生活介護を行った場合

要介護１	670単位
要介護２	740単位
要介護３	815単位
要介護４	886単位
要介護５	955単位

≪留意事項通知（老企第40号第2の2(27)≫

短期入所生活介護における長期利用は施設と同様の利用形態となっていることから、居宅に戻ることなく自費利用を挟み同一事業所を連続60日を超えて利用している者に対して短期入所生活介護を提供する場合には、連続60日を超えた日から短期入所生活介護費を介護福祉施設サービス費とし、ユニット型短期入所生活介護費をユニット型介護福祉サービス費と同単位数とする。ただし、既に「長期利用者に対する減額」の規定による減算後の単位数が、対応する介護福祉施設サービス費、ユニット型介護福祉施設サービス費を下回る場合は、それ以上の単位数の減（算）は行わない。なお、同一事業所を長期間利用していることについては、居宅サービス計画において確認することとなる。

【介護予防】長期利用の適正化について

● 連続して30日を超えて同一の介護予防短期入所生活介護事業所に入所している利用者であって、指定介護予防短期入所生活介護を受けているものに対して、次に掲げる場合の区分に従い、それぞれ次に掲げる所定単位数を算定する。

〇単独型介護予防短期入所生活介護費（Ⅰ）（Ⅱ）

	従来型個室	**多床室**
要支援１	**442単位**	**442単位**
要支援２	**548単位**	**548単位**

〇併設型介護予防短期入所生活介護費（Ⅰ）（Ⅱ）

	従来型個室	多床室
要支援１	442単位	442単位
要支援２	548単位	548単位

〇単独型ユニット型介護予防短期入所生活介護費（Ⅰ）（Ⅱ）

	従来型個室	多床室
要支援１	503単位	503単位
要支援２	623単位	623単位

〇併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護費（Ⅰ）（Ⅱ）

	従来型個室	多床室
要支援１	503単位	503単位
要支援２	623単位	623単位

口腔連携強化加算 【新設】※予防も同様

50 単位／月

〇下記の基準に適合している場合、短期入所生活介護事業所の従業者が、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うことを評価　※１月に１回に限る

●指定短期入所生活介護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、歯科点数表の 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、その旨を文書で取り決めていること

●次のいずれにも該当しないこと
・他の介護サービス事業所において、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

●当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、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
・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

●連携歯科医療機関は複数でも差し支えない。
●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 11 等により提供すること。
●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
●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
●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な措置を講ずること。
●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

送迎加算について

※予防も同様

184単位／片道

● 訪問介護における通院等乗降介助が、令和３年４月１日より、利用者の身体的・経済的負担の軽減や利便性の向上の観点から、目的地が複数ある場合であっても、居宅が始点又は終点となる場合には、その間の病院等から病院等への移送や、通所系サービス・短期入所系サービスの事業所から病院等への移送といった目的地間の移送に係る乗降介助に関しても同一の事業所が行うことを条件に算定可能とされた。
これに伴い、短期入所生活介護事業所における送迎加算の留意事項通知が発出されている。

《留意事項通知（老企第40号第2の2（15）》
（15）利用者に対して送迎を行う場合
利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、指定短期入所生活介護事業所の従業者が当該利用者の居宅と指定短期入所生活介護事業所との間の送迎を行う場合は、片道につき加算の対象となる。

認知症専門ケア加算

※予防も同様

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、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、１日につき所定単位数を加算する。

別に厚生労働大臣が定める基準

《大臣基準告示・三の五》
イ【認知症専門ケア加算Ⅰ】次のいずれにも適合すること。
（１）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（以下、対象者）の占める割合が２分の１以上であること。
（２）**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20人未満である場合にあっては１以上、対象者の数が20人以上である場合にあっては１に対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに１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。
（３）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に開催していること。

ロ【認知症専門ケア加算Ⅱ】次のいずれにも適合すること。
（１）イの基準のいずれにも適合すること。
（２）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１名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
（３）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。

☆令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．1）

問 17　認知症専門ケア加算において、**「認知症介護に係る専門的な研修」**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
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」※認定証が発行されている者に限る

生産性向上推進体制加算　【新設】※予防も同様

生産性向上推進体制加算（Ⅰ）100単位／月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）10単位／月

○見守り機器等の介護機器を導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うこと等を評価する

○ⅠとⅡの併算定不可

【算定要件】

○生産性向上推進体制加算（Ⅰ）

●当該加算Ⅱの要件を満たしている

●当該加算Ⅱのデータにより業務改善の取組による成果が確認されているか

●職員間の適切な役割分担（介護助手の活用等）の取組等を行っているか

●算定に当たって、次の①～③の介護機器を全て使用する必要があります

①見守り機器

②インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資する ICT 機器（同一勤務時間帯の全ての介護職員が使用）

③介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資する ICT 機器

※算定開始に当たっては、生産性向上の取組の成果として、業務の効率化及びケアの質の確保ならびに職員の負担軽減が行われていることの確認が必要。具体的にはⅡの要件となる介護機器の導入後、生産性向上の取組を 3 か月以上継続した上で、介護機器導入前後の状況を比較することにより、①～③について成果が確認されている必要があります。

①入所者の満足度等の評価…本取組による悪化が見られない

②総業務時間及び当該時間に含まれる超勤勤務時間の調査…介護職員の総業務時間及び当該事案に含まれている超勤勤務時間が短縮している

③年次有給休暇の取得状況の調査・維持または増加している

○生産性向上推進体制加算加算（Ⅱ）

●「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」の開催や必要な安全対策を講じた上で、「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」に基づいた改善活動を継続的に行っている

●見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入している

○算定に当たって、次の①～③の介護機器のうち、１つ以上を使用する必要があります

①見守り機器

②インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資する ICT 機器（同一勤務時間帯の全ての介護職員が使用）

③介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICT機器
●事業年度ごとに１回、業務改善の取組による効果を示すデータの提出（電子申請届出システムによる提出）を行っている

○生産性向上に資する取組を以前から進めている施設で、当該加算Ⅱのデータによる業務改善取組の成果と同等以上のデータを示すことができる場合には、Ⅱを取得せずに当初からⅠを取得しても可

☆令和６年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Ｖｏｌ．５）

【問１２】加算（Ⅰ）（※100 単位/月）の算定開始に当たっては、加算（Ⅱ）の要件となる介護機器の導入前後の状況を比較し、生産性向上の取組の成果の確認が求められているが、例えば、数年前又は新規に介護施設を開設し、開設当初より、加算（Ⅰ）の要件となる介護機器を全て導入しているような場合については、当該介護機器の導入前の状況を把握している利用者及び職員がいないなど、比較が困難となるが、導入前の状況の確認はどのように考えるべきか。
【答１２】介護機器の導入前の状況を把握している利用者及び職員がいない場合における生産性向上の取組の成果の確認については、以下のとおり対応されたい。
（利用者の満足度等の評価について）
介護サービスを利用する利用者（５名程度）に、介護機器を活用することに起因する利用者の安全やケアの質の確保についてヒアリング調査等を行い（※）、その結果に基づき、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において当該介護機器の導入による利用者の満足度等への影響がないことを確認すること。
（※）介護機器活用した介護サービスを受ける中での、利用者が感じる不安や困りごと、介護サービスを利用する中での支障の有無、介護機器活用による効果等についてヒアリングを実施することを想定している。また、事前調査が実施できない場合であって、ヒアリング調査等を行う場合には、別添１の利用者向け調査票による事後調査の実施は不要となる。
（総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の調査、年次有給休暇の取得状況の調査について）加算（Ⅱ）の要件となる介護機器を導入した月（利用者の受入れを開始した月）を事前調査の実施時期（※）とし、介護職員の１月当たりの総業務時間、超過勤務時間及び年次有給休暇の取得状況を調査すること。また、事後調査は、介護機器の導入後、生産性向上の取組を３月以上継続した以降の月における介護職員の１月当たりの総業務時間、超過勤務時間及び年次有給休暇の取得状況を調査し、事前調査の勤務状況と比較すること。
（※） 介護施設を新たに開設し、利用者の受入開始月から複数月をかけて利用者の数を拡大するような場合については、利用者数の変化が一定程度落ち着いたと考えられる時点を事前調査の対象月とすること。この場合、利用者数の変化が一定程度落ち着いた考えられる時点とは、事前調査及び事後調査時点における利用者数と介護職員数の比に大きな差がないことをいう。
（例） 例えば、令和６年１月に介護施設（定員 50 名とする）を新たに開設し、同年１月に 15 人受け入れ、同年２月に 15 人受け入れ（合計 30 名）、同年３月に 15 人受け入れ（合計 45 名）、

同年４月に２名受け入れ（合計 47 名）、のように、利用者の数を段階的に増加していく場合については、利用者の増加が落ち着いたと考えられる同年４月を事前調査の実施時期とすること。

サービス提供体制強化加算について※予防も同様

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）22単位／日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）18単位／日
サービス提供体制強化加算（ⅲ）６単位／日

・併設型事業所と空床利用型事業所において、サービス提供体制加算に係る職員の常勤換算の算出方法が違うため、ご留意ください。

☆平成 21 年 4 月改定関係Ｑ＆Ａ

【問 75】　本体施設である介護老人福祉施設において日常生活継続支援加算を算定している場合、併設するショートステイにおいてサービス提供体制強化加算の算定は可能か。空床利用型ショートステイではどうか。

【答】　　可能である。具体的には、併設型ショートステイについては、本体施設と兼務する職員について、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により当該職員の常勤換算数を本体施設とショートステイそれぞれに割り振った上で、ショートステイに係る職員についてサービス提供体制強化加算の算定基準を満たす場合、空床利用型ショートステイについては、本体施設がサービス提供体制加算の算定要件を満たす場合に、それぞれ同加算を算定することができる。

なお、このような処理をすることにより、空床利用型のショートステイと併設型のショートステイで加算算定の有無や算定する加算の種類が異なることも生じうることになる。

さらに、本体施設と異なる加算を算定する場合は、空床利用型ショートステイであっても、本体施設とは別途、体制の届出が必要となるので留意されたい。

25 健長介第 639 号
平成 26 年（2014 年）３月５日

養護老人ホーム施設長
特別養護老人ホーム施設長
（指定介護老人福祉施設）
軽費老人ホーム施設長　　様
指定短期入所生活介護事業所管理者
指定通所介護事業所管理者

長野県健康福祉部健康長寿課
介護支援室長

生活相談員の資格要件について（通知）

日ごろから、本県の高齢者福祉行政に御協力いただき厚くお礼申し上げます。
さて、施設及び事業所における生活相談員の資格要件につきましては、別紙のとおり規定されているところですが、今般、「同等以上の能力を有すると認められる者」の具体的資格要件を下記のとおりとしますので、適切な職員の配置について、御配意ください。

記

１「同等以上の能力を有すると認められる者」の資格要件
（１）介護支援専門員
（２）介護福祉士

２　経過措置
本通知以前から生活相談員として配置されていた者であって、本通知の資格要件に該当しない者は、平成 27 年３月 31 日までの間は生活相談員としての要件を満たすものとする。

健康長寿課介護支援室サービス係
（室長）宮下　朋子
（担当）大日方　明実・湯越　茂樹（サービス係）
橋詰　実（施設係）
電話　026-235-7121（サービス係）026-235-7113（施設係）
FAX　026-235-7394
電子メール:kaigo-shien@pref.nagano.lg.jp

【別紙】

サービス種類	条例	要綱
特別養護老人ホーム	特別養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例（平成 24 年長野県条例第 57 号）第６条第２項 ・特別養護老人ホームの生活相談員は、※社会福祉法第 19 条第１項各号のいずれかに該当する者又はこれと**同等以上の能力を有すると認められる者**でなければならない。	長野県特別養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する要綱（25 健長介第 149 号）第５ ・条例第６条に定める特別養護老人ホームの職員の資格要件については、次のとおりとする。 （略）生活相談員にあっては、入所者の生活の向上を図るため適切な相談、援助等を行う能力を有すると認められる者をいう。
養護老人ホーム	養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例（平成 24 年長野県条例第 56 号）第５条第２項 ・養護老人ホームの生活相談員は、※社会福祉法第 19 条第１項各号のいずれかに該当する者又はこれと**同等以上の能力を有すると認められる者**でなければならない。	長野県養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する要綱（25 健長介第 148 号）第５ （略）生活相談員にあっては入所者の生活の向上を図るため適切な相談、援助等を行う能力を有すると認められる者をいう。
軽費老人ホーム	軽費老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例（平成 24 年長野県条例第 58 号）第５条第２項 ・軽費老人ホームの生活相談員は、※社会福祉法第 19 条第１項各号のいずれかに該当する者又はこれと**同等以上の能力を有すると認められる者**でなければならない。	長野県軽費老人ホームの設備及び運営の基準に関する要綱（25 健長介第 150 号）第５ （略）生活相談員にあっては、入所者の生活の向上を図るため適切な相談、援助等を行う能力を有すると認められる者をいう。
指定介護老人福祉施設		長野県指定介護老人福祉施設の従業者、設備及び運営の基準に関する要綱（25 健長介台 145 号）第３ ・生活相談員の資格については、特別養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例(平成24 年長野県条例第57 号)第６条第２項によること。
指定短期入所生活介護		長野県指定居宅サービス及び指定介護予防サービス等の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する要綱(25健長介第144号）第 31（２） ・生活相談員については、特別養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例（平成 24 年長野県条例第 57 号）第６条第２項に定める生活相談員に準ずるものとする。
指定通所介護		長野県指定居宅サービス及び指定介護予防サービス等の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する要綱(25健長介第144号）第 23（２） ・特別養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例（平成 24 年長野県条例第 57 号）第６条第２項に定める生活相談員に準ずるものとする。

※社会福祉法第 19 条第１項各号のいずれかに該当する者
　三科目主事（大卒）、社会福祉主事任用資格、社会福祉士、精神保健福祉士

特別養護老人ホームに関する認可申請及び届出について

長野県健康福祉部介護支援課

○　老人福祉法の規定により、特別養護老人ホームを設置できるのは、市町村などの地方公共団体等、社会福祉法人と定められており、下記の場合は認可申請又は届出が必要です。（所在地が中核市の場合、認可申請、届出先は中核市となります。）。

１　設置　（市町村は届出、社会福祉法人は認可申請）・・・・・第 15 条第３項・第４項
２　廃止、休止又は入所定員の変更（減少・増加）
　　（市町村は届出、社会福祉法人は認可申請）・・・・・第 16 条第２項・第３項
３　入所定員以外の変更（市町村・社会福祉法人とも届出）・・・・・第 15 条の２第２項
※（参考）別添１：　設置認可申請書（届出書）の添付書類
　　別添２：　届出事項等一覧

○　認可申請及び変更届の提出について

１　上記１（設置）及び２（休廃止・定員変更）について
　設置等の予定日の１か月前までに承認申請又は届出を行ってください。なお、特養の定員は、老人福祉計画及び介護保険計画において定められています。定員の変更を検討されている場合は、所在市町村にご相談願います。

２　上記３（入所定員以外の変更）について
　あらかじめ（変更予定日の 10 日前が目安）届出を行って下さい。なお、建物の構造等を変更する場合、変更後も施設基準を満たすかどうか事前に確認する必要がありますので、必ず計画段階で長野県介護支援課施設係（電話 026-235-7113）にご相談ください。

３　施設長の変更について
　変更届の提出については、「特別養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例（平成 24 年長野県条例第 57 号）」第６条第１項に定める施設長の資格要件を確認するため、提出をお願いするものです。取り扱いについては、「施設長の資格要件について（平成 26 年 7 月 16 日付け 26 介第 304 号）を参考にしてください。

４　提出先及び部数
　所管の保健福祉事務所福祉課　　正副２部

５　認可申請書及び変更届出書の様式
　長野県のホームページからダウンロードできます（所在地が中核市の場合は中核市の定める様式となります。）。
　長野県庁トップページで「特別養護老人ホーム　変更届」等を検索して下さい。
　アドレスは次のとおりです。

http://www.pref.nagano.lg.jp/kaigo-shien/kenko/koureisha/service/jigyosha/rojin.html

別添１　特別養護老人ホームの設置認可申請書（設置届）の添付書類

1　申請書	特別養護老人ホーム設置認可申請書（設置届）		
2　条例・定款	設置条例・管理規則（市町村の施設の場合）		
	定款（社会福祉法人の施設の場合）		
3　図面等	位置図（２万５千分の１程度）		
	配置図（近隣の状況がわかるもの）		
	平面図（寸法入り）、立面図、各室面積表		
	写真（全景）、（パンフレット）		
4　財産状況	土地登記簿（借地の場合は借地契約書も添付）、公図		
	建物登記簿、建築基準法の検査済証（所有権登記未了の場合は、表示登記簿謄本及び建設業者の建物引渡書）		
5　諸規程	運営規程 **＊ユニット型の場合、ホテルコスト算定表（算定金額の根拠証拠書）添付**		
	経理規程		
	就業規則		
	給与規程		
	その他の規程		
6　運営計画	事業計画書（年間、週間、日課等）		
	収支予算書(事業開始後３年程度)		
	事業の一部を委託する場合（調理業務・宿直など）	理由書（様式任意）	
		委託契約書の写し	
7　職員名簿	職員名簿（職務分担明記）		
	資格を証する書類(施設長・生活相談員については、更に履歴書を要します。)	施設長	
		生活相談員	
		看護師	
		栄養士	
		機能訓練指導員	
		医師	
		ユニットリーダー	
	勤務割当表（１か月分）　＊管理宿直分含む。		
	勤務状況表（１日の時間帯による勤務状況）		
8　その他	消防計画書　＊消防署による消防用設備等検査済証		
	防火管理者選任届		
	協力病院との契約書		
	施設内医務室の診療所許可証（医療法第１条の５第２項）		
	嘱託医師との契約書		
	施設を設置しようとする市町村長の意見書（社会福祉法人の施設の場合）		

別添２　届出事項等一覧

種別	届　出　事　項		届出事項の根拠	提出時期
	No	内容（添付書類）		
内容の変更 ※市町村・ 社会福祉法人ともに届出	1	施設の名称及び所在地 （変更が確認できる資料）	老人福祉法施行規則第４条	あらかじめ（変更予定日の10日前を目安）
	2	土地又は建物に係る権利関係 （権利関係の変更に係る契約所等の写し）		
	3	建物の規模及び構造並びに設備の概要 （新旧の建物の平面図等）		
	4	施設の運営の方針 （新旧の運営規程の写し等）		
	5	職員の定数及び職務の内容 （新旧の運営規程の写し等）		
	6	事業開始の予定年月日 （変更する理由を確認できる資料）		
内容の変更 ※市町村は 届出・**社会福祉法人は認可申請**	7	入所定員変更関係	老人福祉法施行規則第４条の３及び第５条	変更予定日の１か月前までに
		定員変更の予定年月日		
		定員変更の理由 （ショートからの転換の場合は過去２年間の利用状況がわかるもの）		
		定員数を減少する場合は、現に入所している者に対する処置		
		変更後の定員数		
		定員変更に伴い変更する場合 （条例・定款、平面図、運営規程、職員名簿及び勤務割当表　等で変更前と変更後のもの）		
施設の廃止（休止） ※市町村は 届出・**社会福祉法人は認可申請**	1	廃止、又は休止の予定年月日	老人福祉法施行規則第４条の３及び第５条	廃止、又は休止の日の１か月前までに
	2	廃止、又は休止の理由		
	3	現に入所している者に対する処置		
	4	休止予定期間（休止の場合）		
施設長の変更 ※市町村・ 社会福祉法人ともに届出	1	施設長の変更 （新施設長の経歴書及び資格を証する書類の写し）	条例第６条第１項	あらかじめ（変更予定日の10日前を目安）

写

26 介第 304 号
平成 26 年（2014 年） 7 月 16 日

養護老人ホーム　設置者
特別養護老人ホーム　設置者　　様
軽費老人ホーム　設置者

長野県健康福祉部介護支援課長

施設長の資格要件について（通知）

日ごろから、本県の高齢者福祉行政にご協力いただき厚く御礼申し上げます。

さて、特別養護老人ホーム等の施設長の資格要件につきましては、別紙のとおり規定されているところですが、「社会福祉事業に２年以上従事した者」及び「同等以上の能力を有すると認められる者」の具体的資格要件については下記１及び２のとおりですので、適切な職員配置についてご配意願います。

また、施設長（管理者）を変更する場合は、下記３により変更届を提出願います。

記

１　「社会福祉事業に２年以上従事した者」

社会福祉施設の施設長など、直接入所者の処遇又はサービス提供を行う職員として従事した者とし、次の期間は従事した期間に含まないものとします。

・事務職員（事務長、事務員など）として従事した期間
・社会福祉事業でない事業所等（病院、有料老人ホーム、介護老人保健施設等）において処遇職員として従事した期間

２　「同等以上の能力を有すると認められる者」

「社会福祉施設の長の資格要件について」（昭和 53 年 2 月 20 日　社庶第 13 号社会局長・児童家庭局長通知（以下「通知」という。））に定める「施設長資格認定講習会」の課程を終了した者とします。

なお、通知では、留意事項として

ア　公立施設の施設長も受講が必要であること。
イ　施設長就任前に講習会の課程を終了しておく必要があること。ただし、特別の事情がある場合には、施設長就任後であってもやむを得ないこと。

とあり、現に施設長として就任しており具体的資格要件に該当しない者で、就任後２年を経過していない場合は、速やかに講習会を受講してください。

３　施設長（管理者）の変更に係る届出について

（１）提出書類及び提出期限

①　養護・特別養護老人ホームの施設長を変更する場合

「養護（特別養護）老人ホーム事業変更届」：あらかじめ（変更する日の 10 日前目安）

指定介護老人福祉施設の管理者を変更する場合

「変更届出書（第３号様式）」：変更後 10 日以内

②　軽費老人ホームの施設長を変更する場合

「軽費老人ホーム職員変動報告書」：変動があった日から５日以内

（２）添付書類

変更後の施設長の経歴書及び資格証の写し、講習会の修了書等資格を証する書類の写し（指定介護老人福祉施設の管理者を変更する場合は、誓約書（参考様式 9-3）を添付して下さい。）

（３）提出先及び部数

所管の保健福祉事務所あて　２部

（４）留意事項

やむを得ず就任後に施設長資格認定講習会を受講することにより、施設長の資格要件を満たすこととなる者については、変更届の参考事項欄にやむを得ない理由及び講習会受講予定の旨を明記し、講習会の終了後修了証の写しを提出してください。

健康福祉部介護支援課

（課長）村山 隆一　（担当）池田　徹（施設係）

吉澤　淳（サービス係）

電話直通　026-235-7113、026-235-7121（直通）

ＦＡＸ　026-235-7394

電子メール　kaigo-shien@pref.nagano.lg.jp

別紙

施設種類	条例	要綱
特別養護老人ホーム	特別養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例（平成24年長野県条例第57号）第６条第１項 「特別養護老人ホームの長は、社会福祉法第19条第１項各号のいずれかに該当する者若しくは社会福祉事業に２年以上従事した者又はこれらと同等以上の能力を有すると認められる者でなければならない。」	長野県特別養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する要綱（25健長介第149号）第５ 「条例第６条に定める特別養護老人ホームの職員の資格要件については、次のとおりとする。 （略）施設長にあっては特別養護老人ホームを適切に管理運営する能力を有すると認められる者」
養護老人ホーム	養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例（平成24年長野県条例第56号）第５条第１項 「養護老人ホームの長は、社会福祉法第19条第１項各号のいずれかに該当する者若しくは社会福祉事業に２年以上従事した者又はこれらと同等以上の能力を有すると認められる者でなければならない。」	長野県養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する要綱（25健長介第148号）第５ 「（略）施設長にあっては養護老人ホームを適切に管理運営する能力を有すると認められる者」
軽費老人ホーム	軽費老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例（平成24年長野県条例第58号）第５条第１項 「軽費老人ホームの長は、社会福祉法第19条第１項各号のいずれかに該当する者若しくは社会福祉事業に２年以上従事した者又はこれらと同等以上の能力を有すると認められる者でなければならない。」	長野県軽費老人ホームの設備及び運営の基準に関する要綱（25健長介第150号）第５ 「（略）施設長にあっては軽費老人ホームを適切に管理運営する能力を有すると認められる者」

※社会福祉法第19条第１項各号のいずれかに該当する者

三科目主事（大卒）、社会福祉主事任用資格、社会福祉士、精神保健福祉士

【記載例】

（標準様式1）

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

令和 6 （ 2024 ） 年 4 月

サービス種別（ 指定介護老人福祉施設（ユニット型） ）

事業所名（ ○○○○ ）

(1) 4週

(2) 予定

(3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 時間/週 160 時間/月

当月の日数 30 日

(4) 入所者数（利用者数） （前年度の平均値または推定数） 36 人

(11)

No	(5) ユニットリーダー	(6) ユニット名	(7) 職種	(8) 勤務形態	(9) 資格	(10) 氏　名		1週目 1 月	1週目 2 火	1週目 3 水	1週目 4 木	1週目 5 金	1週目 6 土	1週目 7 日	2週目 8 月	2週目 9 火	2週目 10 水	2週目 11 木	2週目 12 金	2週目 13 土	2週目 14 日	3週目 15 月	3週目 16 火	3週目 17 水	3週目 18 木	3週目 19 金	3週目 20 土	3週目 21 日	4週目 22 月	4週目 23 火	4週目 24 水	4週目 25 木	4週目 26 金	4週目 27 土	4週目 28 日	5週目	5週目	5週目	(12)1～4週目の勤務時間数合計	(13) 週平均勤務時間数	(14) 兼務状況（兼務先/兼務する職務の内容）等
1			管理者	A	社会福祉主事任用資格	厚労　太郎	シフト記号	b	b	b			b	b	b	b	b			b	b	b	b	b			b	b	b	b			b	b						
							勤務時間数	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8				160	40	
2			医師	C	医師	○○　A男	シフト記号	e		e			e		e		e			e		e		e			e		e		e			e							
							勤務時間数	4		4			4		4		4			4		4		4			4		4		4			4					48	12	
3			生活相談員	A	社会福祉主事任用資格	○○　B子	シフト記号	b	b	b			b	b	b	b	b			b	b	b	b	b			b	b	b	b			b	b						
							勤務時間数	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8				160	40	
4			機能訓練指導員	B	看護師	○○　C太	シフト記号	f	f	f			f	f	f	f	f			f	f	f	f	f			f	f	f	f			f	f						看護職員を兼務
							勤務時間数	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4				80	20	
5			栄養士	C	管理栄養士	○○　D美	シフト記号	e	e	e			e	e	e	e	e			e	e	e	e	e			e	e	e	e			e	e						
							勤務時間数	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4				80	20	
6			介護支援専門員	A	介護支援専門員	○○　D太	シフト記号	b	b	a	a		d			b	b	a	a		d	d		b	b	a	a		d			b	b	a	a					
							勤務時間数	8	8	8	8		8			8	8	8	8		8	8		8	8	8	8		8			8	8	8	8				160	40	
7			看護職員	B	看護師	○○　C太	シフト記号	e	e	e			e	e	e	e	e			e	e	e	e	e			e	e	e	e			e	e						機能訓練指導員を兼務
							勤務時間数	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4			4	4				80	20	
8			看護職員	A	看護師	○○　E夫	シフト記号			b	b	b	b				b	b	b	b	b			b	b	b	b					b	b	b	b					
							勤務時間数			8	8	8	8				8	8	8	8	8			8	8	8	8					8	8	8	8				160	40	
9			看護職員	A	看護師	○○　F子	シフト記号	b	b	b			b	b	b	b	b			b	b	b	b	b			b	b	b	b			b	b						
							勤務時間数	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8			8	8				160	40	
10	◎	ユニット1	介護職員	A	介護福祉士	○○　G太	シフト記号	h	i	a	a		d			h	i	a	a		d	d		h	i	a	a		d			h	i	a	a					
							勤務時間数	8	8	8	8		8			8	8	8	8		8	8		8	8	8	8		8			8	8	8	8				160	40	
11		ユニット1	介護職員	A	―	○○　H美	シフト記号		h	i	d	a		d	d		h	i	d	a		d	a		h	i	d			d	a		h	i	d					
							勤務時間数		8	8	8	8		8	8		8	8	8	8		8	8		8	8	8			8	8		8	8	8				160	40	
12		ユニット1	介護職員	A	―	○○　J太郎	シフト記号	d		h	i	d	a		a	d		h	i	d		a	d		h	i	a		a		d	a		h	i					
							勤務時間数	8		8	8	8	8		8	8		8	8	8		8	8			8	8	8	8		8	8		8	8				160	40	
13		ユニット1	介護職員	A	―	○○　K子	シフト記号	a	d		h	i		a	d	d	a		h	i		d		d	d		h	i	d	a			h	i						
							勤務時間数	8	8		8	8		8	8	8	8		8	8		8		8	8		8	8	8	8		8	8		8				160	40	
14		ユニット1	介護職員	C	―	○○　L太	シフト記号		a	d		d	d			a	d	d			a			a	a	d		d		d	d		d	a						
							勤務時間数		8	8		8	8			8	8	8			8			8	8	8		8		8	8		8	8					128	32	
15	○	ユニット2	介護職員	A	介護福祉士	○○　M子	シフト記号	d	d			h	i	a	a		d	d		h	i	a	a		d			h	i	a	a		a	d	d					
							勤務時間数	8	8			8	8	8	8		8	8		8	8	8	8		8			8	8	8	8		8	8	8				160	40	
16		ユニット2	介護職員	A	―	○○　N男	シフト記号		a	d	d		h	i	d		d	d			h	i	d	d	d	a	a		h	i	a	d		d	d					
							勤務時間数		8	8	8		8	8	8		8	8			8	8	8	8	8	8	8		8	8	8	8			8				160	40	
17		ユニット2	介護職員	A	―	○○　P子	シフト記号	a		a		d		h	i	d	d	a	a		d	h	i	a		d	d			h	i	a		d	d					
							勤務時間数	8		8		8		8	8	8	8	8	8		8	8	8	8		8	8			8	8	8	8	8					160	40	
18		ユニット2	介護職員	A	―	○○　R次郎	シフト記号	i		d	a	a	a		h	i	a		d	d			h	i	a		d	d	d		h	i	a		d					
							勤務時間数	8		8	8	8	8		8	8	8		8	8			8	8	8		8	8	8		8	8	8		8				160	40	
19		ユニット2	介護職員	C	―	○○　S子	シフト記号	d			d		d	d		d			d	a	a	d		d		d		a	a	d			d		a					
							勤務時間数	8			8		8	8		8			8	8	8	8		8		8		8	8	8			8		8				128	32	
20	◎	ユニット3	介護職員	A	介護福祉士	○○　T太	シフト記号	h	i	a	a		d			h	i	a	a		d	d		h	i	a	a		d			h	i	a	a					
							勤務時間数	8	8	8	8		8			8	8	8	8		8	8		8	8	8	8		8			8	8	8	8				160	40	
21		ユニット3	介護職員	A	―	○○　U子	シフト記号		h	i	d	a		d	d		h	i	d	a		d	a		h	i	d			d	a		h	i	d					
							勤務時間数		8	8	8	8		8	8		8	8	8	8		8	8		8	8	8			8	8		8	8	8				160	40	
22		ユニット3	介護職員	A	―	○○　V男	シフト記号	d		h	i	d	a		a	d		h	i	d		a	d			h	i	a	a		d	a		h	i					
							勤務時間数	8		8	8	8	8		8	8		8	8	8		8	8			8	8	8	8		8	8		8	8				160	40	
23		ユニット3	介護職員	A	―	○○　W子	シフト記号	a	d		h	i		a	d	d	a		h	i		d		d	d		h	i	d	a			d	d						
							勤務時間数	8	8		8	8		8	8	8	8		8	8		8		8	8		8	8	8	8			8	8					160	40	
24		ユニット3	介護職員	C	―	○○　X太郎	シフト記号		a	d		d	d			a	d	d			a			a	a	d		d		d	d		d	a						
							勤務時間数		8	8		8	8			8	8	8			8			8	8	8		8		8	8		8	8					128	32	
25	○	ユニット4	介護職員	A	介護福祉士	○○　Y子	シフト記号	d	d			h	i	a	a		d	d		h	i	a	a		d			h	i	a	a		a	d	d					
							勤務時間数	8	8			8	8	8	8		8	8		8	8	8	8		8			8	8	8	8		8	8	8				160	40	
26		ユニット4	介護職員	A	―	○○　Z男	シフト記号		a	d	d		h	i	d		d	d			h	i	d	d	d	a	a		h	i	a	d			a					
							勤務時間数		8	8	8		8	8	8		8	8			8	8	8	8	8	8	8		8	8	8	8			8				160	40	
27		ユニット4	介護職員	A	―	○○　AA三郎	シフト記号	a		a		d		h	i	d	d	a	a		d	h	i	a		d	d			h	i	a	d	d						
							勤務時間数	8		8		8		8	8	8	8	8	8		8	8	8	8		8	8			8	8	8	8	8					160	40	
28		ユニット4	介護職員	A	―	○○　BB子	シフト記号	i		d	a	a	a		h	i	a		d	d			h	i	a		d	d	d		h	i	a		d					
							勤務時間数	8		8	8	8	8		8	8	8		8	8			8	8	8		8	8	8		8	8	8		8				160	40	
29		ユニット4	介護職員	C	―	○○　CC次郎	シフト記号	d			d		d	d		d			d	a	a	d		d		d		a	a	d			d		a					
							勤務時間数	8			8		8	8		8			8	8	8	8		8		8		8	8	8			8		8				128	32	
30							シフト記号																																	
							勤務時間数																																0	0	

(15)【任意入力】人員基準の確認（看護職員・介護職員）

①看護職員

勤務形態	勤務時間数合計 当月合計	勤務時間数合計 週平均	常勤換算の対象時間数 当月合計	常勤換算の対象時間数 週平均	常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数
A	320	80	0	0	2
B	80	20	80	20	0
C	0	0	0	0	－
D	0	0	0	0	－
合計	400	100	80	20	2

■ 常勤換算方法による人数　基準： 週

常勤換算の対象時間数（週平均） 20 ÷ 常勤の従業者が週に勤務すべき時間数 40 ＝ 常勤換算後の人数 0.5

（小数点第2位以下切り捨て）

■ 看護職員の常勤換算方法による人数

常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数 2 ＋ 常勤換算方法による人数 0.5 ＝ 合計 2.5人

②介護職員

勤務形態	勤務時間数合計 当月合計	勤務時間数合計 週平均	常勤換算の対象時間数 当月合計	常勤換算の対象時間数 週平均	常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数
A	2,560	640	0	0	16
B	0	0	0	0	0
C	512	128	512	128	－
D	0	0	0	0	－
合計	3,072	768	512	128	16

■ 常勤換算方法による人数　基準： 週

常勤換算の対象時間数（週平均） 128 ÷ 常勤の従業者が週に勤務すべき時間数 40 ＝ 常勤換算後の人数 3.2

（小数点第2位以下切り捨て）

■ 介護職員の常勤換算方法による人数

常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数 16 ＋ 常勤換算方法による人数 3.2 ＝ 合計 19.2人

③看護職員と介護職員の合計

看護職員 2.5人 ＋ 介護職員 19.2人 ＝ 合計 21.7人

（勤務形態の記号）

記号	区分
A	常勤で専従
B	常勤で兼務
C	非常勤で専従
D	非常勤で兼務

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各介護保険関係団体　　御 中
←厚生労働省老健局高齢者支援課、認知症施策・地域介護推進課、老人保健課

介　護　保　険　最　新　情　報

今回の内容

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

計 95 枚（本紙を除く）

Vol.1217

令和６年３月 15 日

厚生労働省老健局老人保健課

貴関係諸団体に速やかに送信いただきますようよろしくお願いいたします。

連絡先　ＴＥＬ　：03-5253-1111(内 3938)
　　ＦＡＸ　：03-3595-4010

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、関係機関等に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が期待される。

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ＳＰＤＣＡサイクルの具体的取組内容

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「ＳＰＤＣＡ」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。ＳＰＤＣＡ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ＳＰＤＣＡサイクルの具体的な取組内容を記載する。

⑴　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（ＡＤＬやＩＡＤＬ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。

⑵　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、「⑴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留意する。

⑶　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。

⑷　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。

⑴　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。

⑵　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

⑶　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

⑷　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。

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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っ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できるようになるよう、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し、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、要介護状態区分か

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。

⑷　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

⑴　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。

⑵　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）

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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。

⑷　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、基本動作の状況を評価し、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

⑸　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。

⑹　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（草曳き、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　定期的にしている 3　定期的にしている。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

⑺　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。

⑻　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。

⑼　「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。

⑽　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、⑼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、⑼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。

⑾　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）

⑴　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。

⑵　会議出席者の所属（職種）や氏名を記載すること。

⑶　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。

⑷　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ＳＰＤＣＡ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

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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。

⑷　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。

⑸　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⑴～⑶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

⑴　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

－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。

⑵ 多職種協働での個別機能訓練計画の作成

⑴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

・ ⑴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

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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り、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、Ｉ１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

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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。

⑷　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。

⑸　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

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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。

⑷　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。

⑸　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。

⑹ 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。

⑺ 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

画に記載すること。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。

⑻ 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。

⑼ 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。

⑽ 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

⑴ 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。

⑵　低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者

⑴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。問題点がみられた場合は、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

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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。

⑷　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。

⑸　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

⑴　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。

⑵　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、ＬＩＦＥにおける利用者フィードバック票を活用すること。

⑶　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。

⑷ 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。

⑸ 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。

⑹　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。

⑺　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。

⑻　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。

⑼　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。

⑴　助言を行った歯科医師等
⑵　歯科医師からの助言の要点
⑶　当該施設における実施目標
⑷　具体的方策

⑸　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】

⑴　開口の状態
⑵　歯の汚れの有無
⑶　舌の汚れの有無
⑷　歯肉の腫れ、出血の有無
⑸　左右両方の奥歯のかみ合わせの状態
⑹　むせの有無
⑺　ぶくぶくうがいの状態
⑻　食物のため込み、残留の有無

ただし、⑺及び⑻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。⑴から⑻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に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３ｃｍ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ともに、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	・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	・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

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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。

⑷　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関連職種との連絡調整を行う。

⑸　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

⑴　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。

⑵　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こと。

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。

⑶ 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。

⑷ 口腔機能向上サービスの実施

① サービス担当者と関連職種は、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こと。

⑸　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。

⑹　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。

⑺ 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。

⑻ 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 □初回 □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	□ 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：　　認知症高齢者：			
本人の希望				

共通	身長：（　）cm　体重：（　）kg　BMI：（　　）kg/㎡ 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：（　　） 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：（　　）　発症日・受傷日：（　）年（　）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：　年　月）□ なし 義歯の使用：□ あり（□ 部分・□ 全部）　□ なし その他：
課題	（共通） （リハビリテーション・栄養・口腔） （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　□ 固形の食べ物を咀しゃく中にむせる □ 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（　　）
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） □ 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 評価日：　　年　　月　　日	栄養 評価日：　　年　　月　　日	口腔 評価日：　　年　　月　　日
評価時の状態	【心身機能・構造】 ☐ 筋力低下　☐ 麻痺　☐ 感覚機能障害 ☐ 関節可動域制限　☐ 摂食嚥下障害 ☐ 失語症・構音障害　☐ 見当識障害 ☐ 記憶障害　☐ 高次脳機能障害 ☐ 疼痛　☐ BPSD 歩行評価　☐ 6分間歩行　☐ TUG test （　　） 認知機能評価　☐ MMSE　☐ HDS-R （　　） 【活動】※課題のあるものにチェック 基本動作： ☐ 寝返り　☐ 起き上がり　☐ 座位の保持 ☐ 立ち上がり　☐ 立位の保持 ADL：BI（　）点 ☐ 食事　☐ 移乗　☐ 整容　☐ トイレ動作 ☐ 入浴　☐ 歩行　☐ 階段昇降　☐ 更衣 ☐ 排便コントロール　☐ 排尿コントロール IADL：FAI（　）点 【参加】	低栄養リスク　☐ 低　☐ 中　☐ 高 嚥下調整食の必要性　☐ なし　☐ あり ☐ 生活機能低下 ３%以上の体重減少 ☐ 無　☐ 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　☐ 無　☐ 有(　　) 薬の影響による食欲不振　☐ 無　☐ 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※】 ☐ 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。	【誤嚥性肺炎の発症・既往】 ☐ あり(直近の発症年月：　年　月)　☐ なし 【口腔衛生状態の問題】 ☐ 口臭 ☐ 歯の汚れ ☐ 義歯の汚れ ☐ 舌苔 【口腔機能の状態の問題】 ☐ 奥歯のかみ合わせがない　☐ 食べこぼし ☐ むせ　☐ 口腔乾燥　☐ 舌の動きが悪い ☐ 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（　　） 記入者：☐ 歯科衛生士　☐ 看護職員 ☐ 言語聴覚士
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	☐ 栄養食事相談 ☐ 食事提供量の増減（☐ 増量　☐ 減量） ☐ 食事形態の変更 （☐ 常食　☐ 軟食　☐ 嚥下調整食） ☐ 栄養補助食品の追加・変更 ☐ その他： （　　） 総合評価： ☐ 改善　☐ 改善傾向　☐ 維持 ☐ 改善が認められない 計画変更： ☐ なし　☐ あり	サービス提供者： ☐歯科衛生士　☐看護職員　☐言語聴覚士 実施記録①：記入日（　年　月　日） ☐ 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（　　） 実施記録②：記入日（　年　月　日） ☐ 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（　　） 実施記録③：記入日（　年　月　日） ☐ 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（　　）
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（施設系）

氏名：		殿	入所（院）日	年　月　日
			作成日 □初回 □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	□ 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：　　認知症高齢者：			
本人の希望				

共通	身長：（　）cm　体重：（　）kg　BMI：（　　）kg/㎡ 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：（　　） 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：（　　）　発症日・受傷日：（　）年（　）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：　年　月）□ なし 義歯の使用：□ あり（□ 部分・□ 全部）　□ なし その他：
課題	（共通） （リハビリテーション・栄養・口腔） （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　□ 固形の食べ物を咀しゃく中にむせる □ 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（　　）
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） □ 歯科疾患（□ 重症化防止　□改善）　□ 口腔衛生（□ 自立　□ 介護者の口腔清掃の技術向上　□ 専門職の定期的な口腔清掃等） □ 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） □ 誤嚥性肺炎の予防　□ 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 評価日：　　年　　月　　日	栄養 評価日：　　年　　月　　日	口腔 評価日：　　年　　月　　日
評価時の状態	【心身機能・構造】 ☐ 筋力低下　☐ 麻痺　☐ 感覚機能障害 ☐ 関節可動域制限　☐ 摂食嚥下障害 ☐ 失語症・構音障害　☐ 見当識障害 ☐ 記憶障害　☐ 高次脳機能障害 ☐ 疼痛　☐ BPSD 歩行評価　☐ 6分間歩行　☐ TUG test （　　） 認知機能評価　☐ MMSE　☐ HDS-R （　　） 【活動】※課題のあるものにチェック 基本動作： ☐ 寝返り　☐ 起き上がり　☐ 座位の保持 ☐ 立ち上がり　☐ 立位の保持 ADL：BI（　）点 ☐ 食事　☐ 移乗　☐ 整容　☐ トイレ動作 ☐ 入浴　☐ 歩行　☐ 階段昇降　☐ 更衣 ☐ 排便コントロール　☐ 排尿コントロール IADL：FAI（　）点 【参加】	低栄養リスク　☐ 低　☐ 中　☐ 高 嚥下調整食の必要性　☐ なし　☐ あり ☐ 生活機能低下 ３％以上の体重減少 ☐ 無　☐ 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　☐ 無　☐ 有(　　) 薬の影響による食欲不振　☐ 無　☐ 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※】 ☐ 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。	【誤嚥性肺炎の発症・既往】 ☐ あり(直近の発症年月：　年　月)　☐ なし 【口腔衛生状態の問題】 ☐ 口臭 ☐ 歯の汚れ ☐ 義歯の汚れ ☐ 舌苔 【口腔機能の状態の問題】 ☐ 奥歯のかみ合わせがない　☐ 食べこぼし ☐ むせ　☐ 口腔乾燥　☐ 舌の動きが悪い ☐ 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】 ☐ う蝕　☐ 歯の破折　☐ 修復物脱離 ☐ 残根歯　☐ その他（　　） 【義歯の問題】 ☐ 不適合　☐ 破損　☐ 必要だが使用してない ☐ その他（　　） 【歯周組織、口腔粘膜の問題】 ☐ 歯周病　　☐ 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	☐ 栄養食事相談 ☐ 食事提供量の増減（☐ 増量　☐ 減量） ☐ 食事形態の変更 （☐ 常食　☐ 軟食　☐ 嚥下調整食） ☐ 栄養補助食品の追加・変更 ☐ その他： （　　） 総合評価： ☐ 改善　☐ 改善傾向　☐ 維持 ☐ 改善が認められない 計画変更： ☐ なし　☐ あり	実施日：　　年　　月　　日 記入者： 実施頻度： ☐ 月４回程度　☐ 月２回程度 ☐ 月１回程度　☐ 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】 ☐ 口腔清掃 ☐ 口腔清掃に関する指導 ☐ 義歯の清掃 ☐ 義歯の清掃に関する指導 ☐ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 ☐ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ☐ その他 【介護職員への技術的助言等の内容】 ☐ 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 ☐ 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 ☐ 摂食嚥下等の口腔機能の改善のための取組の実施 ☐ 食事の状態の確認、食形態等の検討の必要性 ☐ 現在の取組の継続 ☐ 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 □初回 □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	□ 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：　　認知症高齢者：			
本人の希望				

共通	身長：（　）cm　体重：（　）kg　BMI：（　　）kg/㎡ 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：（　　） とろみ：□ なし　□ 薄い　□ 中間　□ 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： □ 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：　年　月）□ なし 義歯の使用：□ あり（□ 部分・□ 全部）　□ なし その他：
課題	（共通） （個別機能訓練・栄養・口腔） （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　□ 固形の食べ物を咀しゃく中にむせる □ 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（　　）
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） □ 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（　　）
実施上の注意事項	
生活指導	
見通し・継続理由	

	個別機能訓練 評価日：　　年　　月　　日	栄養 評価日：　　年　　月　　日	口腔 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 ☐ 食事：自立,一部介助,全介助 ☐ 移乗：自立,監視下, 座れるが移れない,全介助 ☐ 整容：自立,一部介助,全介助 ☐ ﾄｲﾚ動作：自立,一部介助,全介助 ☐ 入浴：自立,一部介助,全介助 ☐ 平地歩行：自立,歩行器等, 車椅子操作が可能,全介助 ☐ 階段昇降：自立,一部介助,全介助 ☐ 更衣：自立,一部介助,全介助 ☐ 排便ｺﾝﾄﾛｰﾙ：自立,一部介助,全介助 ☐ 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 ☐ 調理：自立,見守り,一部介助,全介助 ☐ 洗濯：自立,見守り,一部介助.全介助 ☐ 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 ☐寝返り：自立,見守り,一部介助,全介助 ☐起き上がり：自立,見守り,一部介助,全介助 ☐座位の保持：自立,見守り,一部介助,全介助 ☐立ち上がり：自立,見守り,一部介助,全介助 ☐立位の保持：自立,見守り,一部介助,全介助	低栄養リスク　☐ 低　☐ 中　☐ 高 嚥下調整食の必要性　☐ なし　☐ あり ☐ 生活機能低下 ３%以上の体重減少 ☐ 無　☐ 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　☐ 無　☐ 有(　　) 薬の影響による食欲不振　☐ 無　☐ 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※】 ☐ 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。	【誤嚥性肺炎の発症・既往】 ☐ あり(直近の発症年月：　年　月)　☐ なし 【口腔衛生状態の問題】 ☐ 口臭 ☐ 歯の汚れ ☐ 義歯の汚れ ☐ 舌苔 【口腔機能の状態の問題】 ☐ 奥歯のかみ合わせがない　☐ 食べこぼし ☐ むせ　☐ 口腔乾燥　☐ 舌の動きが悪い ☐ 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（　　） 記入者：☐歯科衛生士　　☐看護職員 ☐言語聴覚士
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：	☐ 栄養食事相談 ☐ 食事提供量の増減（☐ 増量　☐ 減量） ☐ 食事形態の変更 （☐ 常食　☐ 軟食　☐ 嚥下調整食） ☐ 栄養補助食品の追加・変更 ☐ その他： （　　） 総合評価： ☐ 改善　☐ 改善傾向　☐ 維持 ☐ 改善が認められない 計画変更： ☐ なし　　☐ あり	サービス提供者： ☐歯科衛生士　☐看護職員　☐言語聴覚士 実施記録①：記入日（　年　月　日） ☐ 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（　　） 実施記録②：記入日（　年　月　日） ☐ 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（　　） 実施記録③：記入日（　年　月　日） ☐ 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（　　）
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：		殿	入所（院）日	年　月　日
			作成日 □初回 □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	□ 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：　　認知症高齢者：			
本人の希望				

共通	身長：（　）cm　体重：（　）kg　BMI：（　　）kg/㎡ 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：（　　） とろみ：□ なし　□ 薄い　□ 中間　□ 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： □ 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：　年　月）□ なし 義歯の使用：□ あり（□ 部分・□ 全部）　□ なし その他：
課題	（共通） （個別機能訓練・栄養・口腔） （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　□ 固形の食べ物を咀しゃく中にむせる □ 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（　　）
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） □ 歯科疾患（□ 重症化防止　□改善）　□ 口腔衛生（□ 自立　□ 介護者の口腔清掃の技術向上　□ 専門職の定期的な口腔清掃等） □ 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） □ 誤嚥性肺炎の予防　□ 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 評価日：　　年　　月　　日	栄養 評価日：　　年　　月　　日	口腔 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 ☐ 食事：自立,一部介助,全介助 ☐ 移乗：自立,監視下, 座れるが移れない,全介助 ☐ 整容：自立,一部介助,全介助 ☐ ﾄｲﾚ動作：自立,一部介助,全介助 ☐ 入浴：自立,一部介助,全介助 ☐ 平地歩行：自立,歩行器等, 車椅子操作が可能,全介助 ☐ 階段昇降：自立,一部介助,全介助 ☐ 更衣：自立,一部介助,全介助 ☐ 排便ｺﾝﾄﾛｰﾙ：自立,一部介助,全介助 ☐ 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 ☐ 調理：自立,見守り,一部介助,全介助 ☐ 洗濯：自立,見守り,一部介助.全介助 ☐ 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 ☐寝返り：自立,見守り,一部介助,全介助 ☐起き上がり：自立,見守り,一部介助,全介助 ☐座位の保持：自立,見守り,一部介助,全介助 ☐立ち上がり：自立,見守り,一部介助,全介助 ☐立位の保持：自立,見守り,一部介助,全介助	低栄養リスク　☐ 低　☐ 中　☐ 高 嚥下調整食の必要性　☐ なし　☐ あり ☐ 生活機能低下 ３%以上の体重減少 ☐ 無　☐ 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　☐ 無　☐ 有(　　) 薬の影響による食欲不振　☐ 無　☐ 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※】 ☐ 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。	【誤嚥性肺炎の発症・既往】 ☐ あり(直近の発症年月：　年　月）☐ なし 【口腔衛生状態の問題】 ☐ 口臭 ☐ 歯の汚れ ☐ 義歯の汚れ ☐ 舌苔 【口腔機能の状態の問題】 ☐ 奥歯のかみ合わせがない　☐ 食べこぼし ☐ むせ　☐ 口腔乾燥　☐ 舌の動きが悪い ☐ 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】 ☐ う蝕　☐ 歯の破折　☐ 修復物脱離 ☐ 残根歯　☐ その他（　　） 【義歯の問題】 ☐ 不適合　☐ 破損　☐ 必要だが使用してない ☐ その他（　　） 【歯周組織、口腔粘膜の問題】 ☐ 歯周病　　☐ 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：	☐ 栄養食事相談 ☐ 食事提供量の増減（☐ 増量　☐ 減量） ☐ 食事形態の変更 （☐ 常食　☐ 軟食　☐ 嚥下調整食） ☐ 栄養補助食品の追加・変更 ☐ その他： （　　） 総合評価： ☐ 改善　☐ 改善傾向　☐ 維持 ☐ 改善が認められない 計画変更： ☐ なし　☐ あり	実施日：　　年　　月　　日 記入者： 実施頻度： ☐ 月４回程度　☐ 月２回程度 ☐ 月１回程度　☐ 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】 ☐ 口腔清掃 ☐ 口腔清掃に関する指導 ☐ 義歯の清掃 ☐ 義歯の清掃に関する指導 ☐ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 ☐ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ☐ その他 【介護職員への技術的助言等の内容】 ☐ 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 ☐ 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 ☐ 摂食嚥下等の口腔機能の改善のための取組の実施 ☐ 食事の状態の確認、食形態等の検討の必要性 ☐ 現在の取組の継続 ☐ 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：	○○　○○	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 ○　○　） 栄養管理（ ○　○　） 口腔管理（ ○　○　）			
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：　I			
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/㎡
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　□ 固形の食べ物を咀しゃく中にむせる
■ 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（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３kg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。

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５kg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。

（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（たんぱく質量の確保））
■ 誤嚥性肺炎の予防
■ 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	【心身機能・構造】 ■ 筋力低下　□ 麻痺　□ 感覚機能障害 ■ 関節可動域制限　□ 摂食嚥下障害 □ 失語症・構音障害　□見当識障害 □ 記憶障害　□高次脳機能障害 ■ 疼痛　□ BPSD 歩行評価　■ 6分間歩行　■ TUG test （*杖、6分間歩行 432m、TUG 10.3秒*） 認知機能評価　□ MMSE　■ HDS-R （*HDS-R 24点*　　） 【活動】※課題のあるものにチェック 基本動作： □ 寝返り　□ 起き上がり　□ 座位の保持 □ 立ち上がり　■ 立位の保持 ADL：BI（　*80*　）点 □ 食事　□ 移乗　□ 整容　□ トイレ動作 ■ 入浴　■ 歩行　■ 階段昇降　□ 更衣 □ 排便コントロール　□ 排尿コントロール IADL：FAI（　*16*　）点 【参加】 *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。*	低栄養リスク　□ 低　□ 中　■ 高 嚥下調整食の必要性　■ なし　□ あり ■ 生活機能低下 ３%以上の体重減少　□ 無　■ 有 （*－5kg/6か月*） 【食生活状況】 食事摂取量（全体）*80%* 食事摂取量（主食）*100%* 食事摂取量（主菜/副菜）　*50%／70%* 補助食品など：なし 食事の留意事項　□ 無　■ 有*(偏食あり)* 薬の影響による食欲不振　■ 無　□ 有 本人の意欲（ふつう ） 食欲・食事の満足感（ややない） 食事に対する意識（ややない） 【栄養量（エネルギー/たんぱく質）】 摂取栄養量：（ *22.0* ）kcal/kg、（ *0.9* ）g/kg 提供栄養量：（ *26.2* ）kcal/kg、（ *1.1* ）g/kg 必要栄養量：（ *30.0* ）kcal/kg、（ *1.2* ）g/kg 【GLIM基準による評価※】 □ 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。	【誤嚥性肺炎の発症・既往】 □ あり(直近の発症年月：　年　月) ■ なし 【口腔衛生状態の問題】 □ 口臭 □ 歯の汚れ ■ 義歯の汚れ □ 舌苔 【口腔機能の状態の問題】 □ 奥歯のかみ合わせがない　□ 食べこぼし ■ むせ　□ 口腔乾燥　■ 舌の動きが悪い ■ 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（　　） 記入者： ■ 歯科衛生士　□ 看護職員　□ 言語聴覚士
具体的支援内容	①課題：筋力低下 介入方法 ・*筋力増強訓練（スクワット）* ・*歩行訓練（階段・段差も含む）* ・*環境調整（歩行補助具の検討、* 期間：　*6*（月） 頻度：週 *3* 回、時間：　*40* 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：*X*年 *7*～*12*月（*6か月間*） 頻度：週 *3* 回、時間：*40* 分/回	■ 栄養食事相談 ■ 食事提供量の増減（■ 増量　□ 減量） □ 食事形態の変更 （□ 常食　■ 軟食　□ 嚥下調整食） ■ 栄養補助食品の追加・変更 ■ その他： *・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。* *・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。* *・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。* 総合評価： □ 改善　□ 改善傾向　□ 維持 □ 改善が認められない 計画変更： □ なし　□ あり	サービス提供者： ■ 歯科衛生士　□ 看護職員　□ 言語聴覚士 実施記録①：記入日（　X年　○月　○日） ■ 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（*口腔体操を実施, 自宅で継続するよう指導*） 実施記録②：記入日（　年　月　日） □ 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（　　） 実施記録③：記入日（　年　月　日） □ 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（　　）
特記事項	*・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て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* *・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。*		

別紙様式２－１

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（　　）			

別紙様式２－２－１

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	
□６分間歩行試験 □TUG Test			
服薬管理	自立		
□MMSE　□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長期目標

（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）

■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：

事業所番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■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 2：週に１～２回　3：週に３回以上
食事の片付け				
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：植替等もしている
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	□独居　□同居（　　）
住環境	□一戸建　□集合住宅：居住階（　　階）　□階段　□エレベーター □玄関前の段差　□手すり（設置場所：　　） 食事　：□座卓　□テーブル・いす　□その他 排せつ：□洋式トイレ　□和式トイレ　□ポータブルトイレ 睡眠　：□ベッド　□介護用ベッド　□布団　□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	□杖　□装具　□歩行器　□車椅子 □手すり　□介護用ベッド　□ポータブルトイレ　□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）

□	
□	
□	
□	

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）

□	
□	
□	
□	

■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		
				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		
				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		
				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】　□介護支援専門員　□医師　□その他に利用している介護サービス（　　）　□（　　）

■　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　□あり　□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　□修了済　□受講途中　□未受講

別紙様式２－３

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

	所属（職種）	氏　　名	所属（職種）	氏　　名
会議出席者				

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	□利用者□家族（　　） □サービス担当者（　　）（　　） □サービス担当者（　　）（　　）
次回の開催予定と検討事項	

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

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）			
□	サービス開始時における情報収集	□医師の診療　□居宅サービス計画の入手 □利用者・家族等からの情報収集 □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）			
□	事業所の医師の指示	□医師の詳細な指示　□指示の内容の記録	
□	リハビリテーション計画書の作成（初回）	□リハビリテーション計画書の作成	
□	リハビリテーション計画書の説明と同意	実施者　□医師　□理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	
□	リハビリテーション・栄養・口腔の一体的実施	□栄養アセスメントの実施　□口腔の健康状態の評価の実施 □情報の一体的な共有　□計画書への反映	
□	１月以内の居宅訪問（通所リハ）	□診療、運動機能検査、作業能力検査等の実施	
実行（Do）			
□	リハビリテーションの実施	□理学療法　□作業療法　□言語聴覚療法　□その他	
評価（Check）、改善（Action）			
□	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	□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　□あり　□なし	
□	３月以上の継続利用時の説明・記載	□医師の判断　□必要情報の記載（継続が必要な理由等） □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			
□	リハビリテーション会議の開催	参加者　□利用者　□家族　□医師　□理学療法士 □作業療法士　□言語聴覚士　□看護職員　□介護職員 □介護支援専門員　□他サービスの担当者　□歯科医師 □歯科衛生士　□管理栄養士　□その他（　　）	
□	介護支援専門員への情報提供	内容　□利用者の有する能力　□自立のために必要な支援方法 □日常生活上の留意点　□その他	
□	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	□介護支援専門員を通じて、他事業所の従業者に実施 □利用者の居宅を訪問して、他サービスの従業者に実施 □利用者の居宅を訪問して、家族に実施	
□	サービス利用終了時の対応	□利用終了１月前以内のリハビリテーション会議の実施 □介護支援専門員への情報提供 □計画的な医学的管理を行っている医師への情報提供	

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

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。

記入例：通所リハビリテーション→在宅

紹介先医療機関等: ○○○○○

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(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立可能となり、平日の家事が自立したため、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
○○○○○

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
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いと思い込んでいた。（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。

記入例：施設→在宅

紹介先医療機関等: ○○○○○

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(80　歳)　職業 無職(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)	紹介目的
#1　脳出血（左被殻出血）（平成17年12月○日） #2　右片麻痺 #3　右顔面麻痺	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、○○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○○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立し、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)は自立を確認した。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

○○○○○

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

本人：今後も身の回りのことは一人でやっていたい。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にお願いしたい。

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ること。

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	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
地域包括支援センター	老人保健施設	医療機関

↓

（依頼先機関）

居宅介護支援事業所	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
地域包括支援センター	老人保健施設	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	

記入例：通所リハビリテーション→在宅

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	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)
地域包括支援センター	老人保健施設	医療機関

↓

（依頼先機関）

居宅介護支援事業所	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
(地域包括支援センター)	老人保健施設	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（ 75 歳） 職業(元専業主婦)
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
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)	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)

生来健康でしたが、65歳時から高血圧指摘され、68歳時降圧剤（○○○）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になっています。

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立し、平日の家事が自立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 ○ 年 ○ 月 ○ 日
事業所	○○○○○
担当者	○○ ○○
電話	○○-○○○-○○○
FAX	○○-○○○-○○○

記入例：入所→在宅

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	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
地域包括支援センター	老人保健施設	医療機関

↓

（依頼先機関）

居宅介護支援事業所	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
地域包括支援センター	老人保健施設	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（ 80 歳） 職業 無職（元会社員）
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
脳出血　右片麻痺、右顔面麻痺	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行う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も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 ○ 年 ○ 月 ○ 日
事業所	○○○○○
担当者	○○ ○○
電話	○○-○○○-○○○
FAX	○○-○○○-○○○

＜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
	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

別紙様式１

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	□要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５				
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				

	項目	レベル	課題	環境 (実施場所・補助具等)	状況･生活課題
ＡＤＬ	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		
ＩＡＤＬ	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： ☐ 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
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）	機能訓練の長期目標
（機能） （活動） （参加）	（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：

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）

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	
						作成年月日	年　月　日
利用者 家族の意向						家族構成とキーパーソン（支援者）	本人　ー

（以下は、入所（入院）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		★プルダウン[1]	★プルダウン[1]	★プルダウン[1]	★プルダウン[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
低栄養状態のリスク（状況）	身長	cm	cm	cm	cm
	体重　／　BMI	kg　／　kg/㎡	kg　／　kg/㎡	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				
食生活状況等	栄養補給の状態：食事摂取量（割合）	%	%	%	%
	栄養補給の状態：主食の摂取量（割合）	主食　%	主食　%	主食　%	主食　%
	栄養補給の状態：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　%
	栄養補給の状態：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：★プルダウン[2]　）	（コード：★プルダウン[2]　）	（コード：★プルダウン[2]　）	（コード：★プルダウン[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	★プルダウン[3]	★プルダウン[3]	★プルダウン[3]	★プルダウン[3]
	食欲・食事の満足感	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]
	食事に対する意識	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）	口腔関係：口腔関係	□口腔衛生　□摂食・嚥下	□口腔衛生　□摂食・嚥下	□口腔衛生　□摂食・嚥下	□口腔衛生　□摂食・嚥下
	口腔関係：安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□
	口腔関係：食事に集中することができない	□	□	□	□
	口腔関係：食事中に傾眠や意識混濁がある	□	□	□	□
	口腔関係：歯（義歯）のない状態で食事をしている	□	□	□	□
	口腔関係：食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□
	口腔関係：固形の食べ物を咀しゃく中にむせる	□	□	□	□
	口腔関係：食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	□	□	□	□
	口腔関係：水分でむせる	□	□	□	□
	口腔関係：食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□
	口腔関係：その他・気が付いた点				
	その他：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
	計画変更	□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）

経口維持加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している場合は必須	摂食・嚥下の課題	摂食・嚥下機能検査	□水飲みテスト □頚部聴診法 □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 □頚部聴診法 □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 □頚部聴診法 □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 □頚部聴診法 □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・□腔機能 □嚥下機能	□認知機能　□咀嚼・□腔機能 □嚥下機能	□認知機能　□咀嚼・□腔機能 □嚥下機能	□認知機能　□咀嚼・□腔機能 □嚥下機能
	※食事の観察	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
	※多職種会議	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口腔のケアの方法	□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

★プルダウン[1]　スクリーニング／アセスメント／モニタリング

★プルダウン[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）

★プルダウン[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

★プルダウン[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

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）

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　　□低　□中　□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

栄養情報提供書（様式例）

別紙様式4－2

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 様	男・女	生年月日	年　月　日（　歳）	
			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/㎡	
	①から1か月前：　kg（測定日　年　月　日）			①から1か月前：　kg/㎡	

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	食	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	□経鼻 □胃瘻 □腸瘻	製品名：		
		備考※2	（　）		
	静脈栄養 □無	□末梢 □中心	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　□ 食事中の傾眠 □ 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）：

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）

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	
						作成年月日	年　月　日
利用者 家族の意向				食事の準備状況（買い物、食事の支度、地域特性等）		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		★ブルダウン[1]	★ブルダウン[1]	★ブルダウン[1]	★ブルダウン[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
低栄養状態のリスク（状況）	身長	cm	cm	cm	cm
	体重　/　BMI	kg　/　kg/㎡	kg　/　kg/㎡	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				
食生活状況等	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：★ブルダウン[2]　）	（コード：★ブルダウン[2]　）	（コード：★ブルダウン[2]　）	（コード：★ブルダウン[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	★ブルダウン[3]	★ブルダウン[3]	★ブルダウン[3]	★ブルダウン[3]
	食欲・食事の満足感	★ブルダウン[4]	★ブルダウン[4]	★ブルダウン[4]	★ブルダウン[4]
	食事に対する意識	★ブルダウン[4]	★ブルダウン[4]	★ブルダウン[4]	★ブルダウン[4]
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）	口腔関係　□口腔関係	□□口腔衛生　□摂食・嚥下	□□口腔衛生　□摂食・嚥下	□□口腔衛生　□摂食・嚥下	□□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	□	□	□	□
	固形の食べ物を咀しゃく中にむせる	□	□	□	□
	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				
	その他 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）

★ブルダウン[1]　スクリーニング／アセスメント／モニタリング

★ブルダウン[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）

★ブルダウン[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

★ブルダウン[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

別紙様式４－３－２

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	□なし　□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　□低　□中　□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 ３．５g/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(kg) ÷ 1．47(m) ÷ 1．47(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/ m²）※3　18.5未満	□無 □有（　　kg/ m²）	□無 □有（　　kg/ m²）
	直近１～６か月間における ３％以上の体重減少※4	□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※4	□無 □有（　　kg/６か月）	□無 □有（　　kg/６か月）
	血清アルブミン値（g/dl）※5 ３．５ｇ/dl未満	□無 □有（　　(g/dl)）	□無 □有（　　(g/dl)）
	食事摂取量 ７５％以下※5	□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　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）	・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。

	・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(kg) ÷ 1．47(m) ÷ 1．47(m) ＝ 17．6

別紙様式６－１（介護保険施設）

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	□　入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施
	□　口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性
	□　食事状態、食形態等の確認
	□　その他（　　）
	□　現在の取組の継続
実施目標	□　施設職員に対する研修会の開催
	□　口腔清掃の用具の整備
	□　口腔清掃の方法・内容等の見直し
	□　歯科専門職による入所者の口腔衛生管理等
	□　歯科専門職による食事環境、食形態等の確認
	□　その他（　　）
	□　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	

別紙様式６－２（特定施設）

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	□　入居者のリスクに応じた口腔清掃等の実施
	□　口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性
	□　食事状態、食形態等の確認
	□　その他（　　）
	□　現在の取組の継続
実施目標	□　施設職員によるスクリーニング
	□　施設職員に対する研修会の開催
	□　口腔清掃の用具の整備
	□　口腔清掃の方法・内容等の見直し
	□　歯科専門職による入居者の口腔衛生管理等
	□　歯科専門職による食事環境、食形態等の確認
	□　その他（　　）
	□　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	

別紙様式6-3

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） 年　　月　　日生	男 ・ 女	※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	□ 要支援（□ 1　□ 2）　□ 要介護（□ 1　□ 2　□ 3　□ 4　□ 5）
	基礎疾患	□ 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
	誤嚥性肺炎の発症・既往	□ あり（直近の発症日：[西暦]　年　月　日）　□ なし
	麻痺	□ あり（部位：□ 手　□顔　□その他）　□ なし
	摂食方法	□ 経口のみ　□ 一部経口　□ 経管栄養　□ 静脈栄養
	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（最終受診日：[西暦]　年　月　日）　□ なし
	義歯の使用	□ あり（□ 部分・□ 全部）　□ なし
	口腔清掃	□ 自立　□ 部分介助（介助方法：　　）　□ 全介助
	現在の処方	□ あり（薬剤名：　　）　□ 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	□できる　□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３ｃm以下）には「できない」とする。
2	歯の汚れ	□ なし　□ 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	□ なし　□ 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	□ なし　□ 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	□できる　□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	□ なし　□ 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	□できる　□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	□ なし　□ 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	□ 低い　□ 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	

別紙様式６－４

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※ ※現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認	□ できる　□ できない　□ 分からない
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） 年　月　日生		男・女	〒　－ 連絡先　（　）
基本情報	要介護度	□ 要支援（□ 1　□ 2）　□ 要介護（□ 1　□ 2　□ 3　□ 4　□ 5）		
	基礎疾患	□ 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		
	誤嚥性肺炎の発症・既往	□ あり（直近の発症年月：　年　月）　□ なし		
	麻痺	□ あり（部位：□ 手　□顔　□その他）　□ なし		
	摂食方法	□ 経口のみ　□ 一部経口　□ 経管栄養　□ 静脈栄養		
	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		
	口腔清掃の自立度	□ 自立　□ 部分介助（介助方法：　）　□ 全介助		
	現在の処方	□ あり（薬剤名：　）　□ 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	□できる　□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３ｃｍ以下）には「できない」とする。
2	歯の汚れ	□ なし　□ 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	□ なし　□ 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	□ なし　□ 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	□できる　□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	□ なし　□ 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	□できる　□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	□ なし　□ 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	□ 低い　□ 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）

別紙様式１

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： 外出(目的・頻度等)：	家庭内役割： 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

別紙様式１

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		要介護度：	担当医：	PT：	OT：	ST：	SW：	看護師：
厚生花子　男・(女)	T10年　月　15　日生（81歳）	1	○○	○○	○○			○○

健康状態（原因疾患、発症日等）	合併疾患	廃用症候群：	障害老人の日常生活自立度
膝関節症（右強い、２０年前から） ＋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	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
１人で外出したい（特に近所、買い物へ）	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 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）	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： 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　○○　年　○　月　○　日	本人	厚労花子	家族	厚労次郎	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

（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　　・　　□ 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
同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）の実施の有無※2	□ あり（　　）回　　□ 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）	□ 口腔衛生状態（□ 口臭　□ 歯の汚れ　□ 義歯の汚れ　□ 舌苔） □ 口腔機能の状態（□ 奥歯のかみ合わせがない　□ 食べこぼし　□ むせ　□ 口腔乾燥 □ 舌の動きが悪い　□ ぶくぶくうがいが困難※）※現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認
	□ 歯数（　　）歯 □ 歯の問題（□ う蝕　□ 歯の破折　□ 修復物脱離　□ 残根歯　□ その他（　　）） □ 義歯の問題（□ 不適合　□ 破損　□ 必要だが使用してない　□ その他（　　）） □ 歯周病 □ 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	□ 歯科疾患（□ 重症化防止　□改善） □ 口腔衛生（□ 自立　□ 介護者の口腔清掃の技術向上　□ 専門職の定期的な口腔清掃等） □ 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） □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他（　　）
実施内容	□ 口腔の清掃　　□ 口腔の清掃に関する指導 □ 義歯の清掃　　□ 義歯の清掃に関する指導 □ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ その他（　　）
実施頻度	□ 月４回程度　□ 月２回程度　□ 月１回程度　□ 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	□ 口腔清掃　　□ 口腔清掃に関する指導　　□ 義歯の清掃　　□ 義歯の清掃に関する指導 □ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導　　□ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ その他（　　）
介護職員への技術的助言等の内容	□ 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 □ 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 □ 摂食嚥下等の口腔機能の改善のための取組の実施 □ 食事の状態の確認、食形態等の検討の必要性 □ 現在の取組の継続 □ その他　（　　）

4　その他の事項

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各介護保険関係団体　　御 中

← 厚生労働省老健局高齢者支援課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方
並びに事務処理手順及び様式例等の提示について
計 18 枚（本紙を除く）

Vol.1218

令和６年３月 15 日

厚生労働省老健局高齢者支援課

貴関係諸団体に速やかに送信いただきますようよろしくお願いいたします。

連絡先　ＴＥＬ ：03-5253-1111（内線 3876、3875）
ＦＡＸ ：03-3595-3670

老高発 0315 第４号
令和６年３月 15 日

各都道府県・各市区町村
　介護保険主管部（局）長　殿

厚生労働省老健局高齢者支援課長
（ 公　　印　　省　　略 ）

生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに
事務処理手順及び様式例等の提示について

生産性向上推進体制加算の取得については、「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」（平成十二年厚生省告示第十九号）、「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」（平成十二年厚生省告示第二十一号）、「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」（平成十八年厚生労働省告示第百二十六号）、「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」（平成十八年厚生労働省告示第百二十七号）、「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」（平成十八年厚生労働省告示第百二十八号）及び「厚生労働大臣が定める基準」（平成二十七年厚生労働省告示第九十五号）において示しているところであるが、今般、基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等を下記のとおりお示しするので、ご了知の上、貴管内の関係団体及び関係機関にその周知をお願いしたい。

記

１　基本的な考え方

生産年齢人口が減少していく一方、介護需要が増大していく中において、介護人材の確保が喫緊の課題となっている。介護職員の処遇改善を進めることに加え、介護ロボットや ICT 等のテクノロジーの導入等により、介護サービスの質を確保するとともに、職員の負担軽減に資する生産性向上の取組（介護現場では業務改善と同義と捉えて差し支えない。）を推進することが重要である。

テクノロジーの導入に関しては、平成27年度から地域医療介護総合確保基金を活用した導入支援等を実施しているところであるが、導入件数は増加傾向にある一方、令和４年度に実施した介護現場でのテクノロジー活用に関する調査研究によると、介護業界全体でみると、テクノロジーの導入が幅広く進んでいるとはいえない状況である。また、テクノロジーの導入を行う場合には、介護現場の課題に合わせたテクノロジーの導入に加え、利用者の状況やテクノロジーの機能に応じた適切な業務手順の変更及び当該変更された手順に基づく継続的な業務改善の取組が必要となるところ、現場の声として、継続的な取組の実施が難しいといった課題もある。

現在の介護現場の状況及び将来の社会情勢の変化を踏まえると、介護業界全体で生産性向上の取組を図る必要があることから、今般、令和６年度の介護報酬改定において、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会（以下「委員会」という。）の設置を義務付ける（３年間の経過措置を設定）とともに、テクノロジーの導入による効果の定着に向けて（※）継続的な活用を支援するため生産性向上推進体制加算（（Ⅰ）・（Ⅱ））（見守り機器等のテクノロジー等を導入し、「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」（以下「生産性向上ガイドライン」という。）に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うこと等を評価する加算）を新設したところである。

なお、厚生労働省においては、下記６による実績報告をもとに、本加算を算定する介護サービス事業所における生産性向上の取組の進展状況を定期的に把握・分析することとしており、当該分析結果等を踏まえ、加算の見直しを含む必要な対策を検討することとしている。

（※）　これまでに国が実施した実証事業等に参加をした介護サービス事業所等においては、生産性向上の取組による効果の定着に複数年の期間を要するといった状況もある。

２　生産性向上推進体制加算（（Ⅰ）・（Ⅱ））の仕組み等

生産性向上推進体制加算（以下「加算」という。）は、テクノロジーの導入後の継続的な活用を支援するため、委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入し、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、事業年度毎に１回、生産性向上の取組に関する実績データを厚生労働省に報告する場合に、一月当たり10単位を算定（加算（Ⅱ））することとした。

また、上記の加算（Ⅱ）の要件を満たし、当該要件に基づき提出した実績データにより生産性向上の取組による成果が確認された場合であって、見守り

機器等のテクノロジーを複数導入し、かつ、職員間の適切な役割分担（特定の介護職員が利用者の介助に集中して従事することのできる時間帯を設けることやいわゆる介護助手の活用等。以下同じ。）の取組を行っている場合に、一月当たり 100 単位を算定（加算（Ⅰ））することとした。

加算（Ⅰ）及び加算（Ⅱ）の関係については、加算（Ⅰ）が上位区分となるものである。両加算の違いとして、加算（Ⅱ）においては、生産性向上の取組の成果の確認は要件としていないところであるが、加算（Ⅰ）の算定に当たっては、加算（Ⅱ）で求める取組の成果の確認が要件となる。また、加算（Ⅰ）では加算（Ⅱ）の要件に加え、テクノロジーを複数導入するなどの違いがある。

加算（Ⅰ）及び加算（Ⅱ）により、生産性向上の取組を段階的に支援していくこととしており、原則として、加算（Ⅱ）を算定し、一定の期間、加算（Ⅱ）の要件に基づいた取組を進め、加算（Ⅰ）に移行することを想定しているものであるが、生産性向上の取組を本加算の新設以前より進めている介護サービス事業所においては、最初から加算（Ⅰ）を算定することも可能である。詳細については下記７を参照すること。

また、加算（Ⅰ）及び加算（Ⅱ）を同時に算定することはできないものである。

なお、加算（Ⅰ）の算定を開始するに当たっては、加算（Ⅱ）で求める取組の成果の確認が要件となることから、本加算の要件に基づき生産性向上の取組を開始するに当たっては、後述する６（１）から６（３）の項目に関するテクノロジー導入前の状況を調査する必要があることに留意すること。

３　介護機器について

加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）を算定するに当たっては、以下の介護機器を使用する必要があること。なお、介護機器の選定に当たっては、事業所の現状の把握及び業務面において抱えている課題の洗い出しを行い、業務内容を整理し、職員それぞれの担うべき業務内容及び介護機器の活用方法を明確化した上で、洗い出した課題の解決のために必要な種類の介護機器を選定すること。

(1)　加算（Ⅰ）

加算（Ⅰ）を算定するに当たっては、以下の①から③の介護機器を全て使用することとし、また、①の機器は全ての居室に設置し（全ての利用者を個別に見守ることが可能な状態をいう。）、②の機器は同一の時間帯に勤務する全ての介護職員が使用すること。

①　見守り機器

利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを感知できるセンサーであり、当該センサーから得られた情報を外部通信機

能により職員に通報できる利用者の見守りに資する機器をいう。なお、見守り機器を居室に設置する際には、利用者のプライバシーに配慮する観点から、利用者又は家族等に必要な説明を行い、同意を得ることとし、機器の運用については、当該利用者又は家族等の意向に応じ、機器の使用を停止するなどの運用は認められる。

② インカム（マイクロホンが取り付けられたイヤホンをいう。）等の職員間の連絡調整の迅速化に資するＩＣＴ機器（ビジネス用のチャットツールの活用による職員間の連絡調整の迅速化に資するＩＣＴ機器も含む。）

③ 介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するＩＣＴ機器（複数の機器の連携も含め、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る。）

(2) 加算（Ⅱ）

加算（Ⅱ）を算定するにあたっては、（１）①から③に掲げる介護機器のうち、１つ以上を使用すること。なお、（１）②の機器は同一の時間帯に勤務する全ての介護職員が使用すること。

４ 職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減について

加算（Ⅰ）を算定するに当たっては、業務内容の明確化や見直しを行い、職員間の適切な役割分担を実施すること。

例えば、以下のことが対応として想定されるものであるが、委員会において、現場の状況に応じた必要な対応を検討すること。

・ 負荷が集中する時間帯の業務を細分化し個人に集中することがないよう平準化すること
・ 特定の介護職員が利用者の介助に集中して従事することのできる時間帯を設けること
・ いわゆる介護助手の活用（食事等の準備や片付け、清掃、ベッドメイク、ごみ捨て等、利用者の介助を伴わない業務を集中的に実施する者を設けるなどの取組）を行うこと
・ 利用者の介助を伴わない業務の一部を外注すること

５ 委員会における安全対策の検討及び取組状況の定期的な確認について

委員会は、現場職員の意見が適切に反映されるよう、管理者だけでなく、ケアを行う職員を含む幅広い職種やユニットリーダー等が参画するものとす

る。
　委員会では、次の（１）から（４）までの事項について必要な検討を行い、また、委員会は三月に一回以上開催し、当該事項の実施状況を確認し、ケアを行う職員等の意見を尊重しつつ、必要に応じて利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減を図る取組の改善を図ること。
　また、委員会における検討に基づき実施された取組により業務効率化が図られた場合、その効率化された時間は、介護サービスの質の確保及び職員の負担の軽減に資する取組に優先して充てること。
　なお、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し、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」等に対応すること。
(1)「利用者の安全及びケアの質の確保」について
　①　見守り機器等から得られる離床の状況、睡眠状態やバイタルサイン等の情報を基に、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種が連携して、見守り機器等の導入後の利用者等の状態が維持されているか確認すること。
　②　利用者の状態の変化等を踏まえた介護機器の活用方法の変更の必要性の有無等を確認し、必要な対応を検討すること。
　③　見守り機器を活用する場合、安全面から特に留意すべき利用者については、定時巡回の実施についても検討すること。
　④　介護機器の使用に起因する施設内で発生した介護事故又はヒヤリ・ハット事例（介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうになった事例をいう。）（以下「ヒヤリ・ハット事例等」という。）の状況を把握し、その原因を分析して再発の防止策を検討すること。
(2)「職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮」について
　実際に勤務する職員に対して、アンケート調査やヒアリング等を行い、介護機器等の導入後における次の①から③までの内容をデータ等で確認し、適切な人員配置や処遇の改善の検討等が行われていること。
　①　ストレスや体調不安等、職員の心身の負担の増加の有無
　②　職員の負担が過度に増えている時間帯の有無
　③　休憩時間及び時間外勤務等の状況
(3)「介護機器の定期的な点検」について
　次の①及び②の事項を行うこと。
　①　日々の業務の中で、あらかじめ時間を定めて介護機器の不具合がないことを確認するなどの不具合のチェックを行う仕組みを設けること。
　②　使用する介護機器の開発メーカー等と連携し、定期的に点検を行うこと。
(4) 職員に対する研修について
　介護機器の使用方法の講習やヒヤリ・ハット事例等の周知、その事例を通じた再発防止策の実習等を含む職員研修を定期的に行うこと。

また、加算（Ⅰ）を算定するに当たっては、上記に加え、職員間の適切な役割分担による業務の効率化等を図るために必要な職員研修等を定期的に実施すること。

6　生産性向上の取組に関する実績データの厚生労働省への報告について

事業年度毎に１回、生産性向上の取組に関する実績として、加算（Ⅰ）を算定する場合には、次の（１）から（５）の事項について、加算（Ⅱ）を算定する場合には、次の（１）から（３）の事項について、原則としてオンラインにより厚生労働省（提出されたデータについては、厚生労働省のほか指定権者においても確認ができるものとする）に当該事項の結果を提出すること。

（１）については、調査実施に係る現場の負担も考慮し、５名程度の利用者を調査の対象とすること。なお、５名程度の対象者の選定に当たっては、利用者及び介護職員の負担が軽減されるよう、利用者自身で調査に回答を行うことが可能な利用者を優先的に対象とすることも差し支えない。また、加算（Ⅱ）を算定する場合で、介護機器の導入を行ったフロアや居室の利用者の数が５名に満たない場合は、当該利用者全員を調査対象とすること。

（２）から（４）については、全ての介護職員（加算（Ⅱ）を算定する場合の（２）及び（３）については、介護機器の導入を行ったフロア等に勤務する介護職員）を調査の対象とする。

（５）については、調査実施に係る現場の負担も考慮し、日中の時間帯、夜間の時間帯それぞれについて、複数人の介護職員を調査の対象とすることで足りるものとする。

なお、（１）の調査の実施及び実績の厚生労働省への報告については、利用者又は家族等に必要な説明を行い、同意を得ることとし、当該利用者又は家族等の意向に応じ、調査の対象としないこととするなどの運用は認められるものであること。また、（４）の調査の実施及び実績の厚生労働省への報告については、介護職員に必要な説明を行い、同意を得ることとし、当該介護職員の意向に応じ、調査の対象としないこととするなどの運用は認められるものであること。

（１）　利用者の満足度等の評価

別添１の利用者向け調査票により、ＷＨＯ－５調査（利用者における満足度の変化）の実施及び生活・認知機能尺度の確認を行うこと。

なお、生活・認知機能尺度に関する調査票については別途通知する。

（２）　総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の調査

別添２の施設向け調査票により、対象事業年度の10月（※１）における介護職員の１月当たりの総業務時間及び超過勤務時間を調査（※２）すること。

また、労働時間の把握については、原則として、タイムカード、パーソナルコンピュータ等の電子計算機の使用時間（ログインからログアウトまでの時間）の記録等の客観的な記録（賃金台帳に記入した労

働時間数も含む）により把握する必要があること。

（※１）　本加算を算定した初年度においては、算定を開始した月とすること。

（※２）　総業務時間及び超過勤務時間は調査対象者全体の平均値（少数点第１位まで）を報告すること。

（３）　年次有給休暇の取得状況の調査

別添２の施設向け調査票により、対象事業年度の10月を起点として直近１年間の年次有給休暇の取得日数を調査（※）すること。

（※）年次有給休暇の取得日数は調査対象者全体の平均値（少数点第１位まで）を報告すること。

（４）　介護職員の心理的負担等の評価

別添３の介護職員向け調査票により、ＳＲＳ−18調査（介護職員の心理的負担の変化）及び職員のモチベーションの変化に係る調査を実施すること。

（５）　機器の導入等による業務時間（直接介護、間接業務、休憩等）の調査

別添４の介護職員向け調査票により、５日間の自記式又は他記式によるタイムスタディ調査を実施すること。

7　生産性向上の取組による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する成果があることの確認について

（１）　加算（Ⅱ）を算定する介護サービス事業所が加算の区分を変更し加算（Ⅰ）の算定を開始しようとする場合

加算（Ⅰ）の算定開始に当たっては、生産性向上の取組の成果として、業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減が行われていることの確認が必要である。

具体的には、加算（Ⅱ）の要件となる介護機器の導入後、生産性向上の取組を三月以上継続した上で、６（１）から６（３）の項目について、当該介護機器の導入前後の状況を比較することにより、①から③のとおり成果が確認される必要がある。

この場合、比較する対象者は、原則として６（１）から６（３）の項目の調査を当該介護機器の導入前後ともに受けている同一の利用者及び介護職員とすること。なお、介護職員が育児・介護休業法等による育児・介護等の短時間勤務制度を利用する場合や「治療と仕事の両立ガイドライン」に沿って事業者が設ける短時間勤務制度等を利用する場合等、比較対象の期間中に勤務形態に変更が生じる場合についても、比較の対象から除くこと。

また、本加算の新設以前から生産性向上の取組に着手しており、加算（Ⅱ）の要件となる介護機器の導入前の６（１）の項目に関する調査のデータがない場合等については、当該介護機器の導入前から介護サービスを利用する利用者へのヒアリング調査等を行い、その結果に基づき、委員会において当該介護機器の導入による利用者の満足度等への影響がないこと

を確認することで足りるものとする。

① ６（１）の項目について、本取組による悪化がみられないこと。

（※） 「悪化がみられないこと」とは、比較により数値が下がっていないことをいうものであるが、数値の低下の要因が生産性向上の取組に伴うものではない事象によるものであることが明らかな場合については当該事象の発生した利用者について、調査の集計対象から除くことは差し支えない。

② ６（２）の項目について、介護職員の総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間が短縮していること。本項目の調査対象期間は、６（２）に規定する調査対象期間（※）に関わらず、加算（Ⅱ）の要件となる介護機器の導入後、生産性向上の取組を三月以上継続した以降の月における介護職員の１月当たりの総業務時間及び超過勤務時間を調査することとしても差し支えない。なお、当該介護機器導入前の直近の同月又は当該介護機器を導入した月の前月の勤務状況と比較すること。

（※）10月における介護職員の１月当たりの総業務時間及び超過勤務時間

③ ６（３）の項目について、維持又は増加していること。本項目の調査対象期間は、６（３）に規定する調査対象期間（※１）に関わらず、加算（Ⅱ）の要件となる介護機器を導入した月又は加算（Ⅱ）の算定を開始した月から②の調査対象月までの期間を調査対象期間としても差し支えない。なお、当該介護機器導入前の直近の同期間又は当該介護機器を導入した月の前月を起点とする直近の調査対象期間の月数（※２）における取得日数と比較すること。

（※１）10月を起点として直近１年間の年次有給休暇の取得日数

（※２）例えば、加算（Ⅱ）の要件となる介護機器を令和６年４月に導導入し、②の調査対象期間を同年４月から同年７月の４か月間とした場合は、「直近の同期間」は令和５年４月から同年７月の４か月間であり、「当該介護機器を導入した月の前月を起点とする直近の調査対象期間の月数」は令和５年12月から令和６年３月の４か月間となる。

（２） 本加算の新設以前から加算（Ⅰ）の要件を満たすような生産性向上の取組を進めている介護サービス事業所が最初から加算（Ⅰ）を算定しようとする場合

生産性向上の取組を従来から進めている介護サービス事業所が最初から加算（Ⅰ）を算定する場合、加算（Ⅰ）の算定開始に当たっては、当該事業所における生産性向上の取組による成果として（１）①から③に該当することを示すデータの提出が必要である。この場合において、データとは、当該事業所において生産性向上の取組を開始した際のデータを有している場合については、当該データと現在の状況を比較することが考えられる。しかしながら、加算（Ⅱ）の要件となる介護機器の導入前の６（１）の項目に関する調査のデータがない場合等については、当該介護機器の導

入前から介護サービスを利用する利用者へのヒアリング調査等を行い、その結果に基づき、委員会において当該介護機器の導入による利用者の満足度等への影響がないことを確認することで足りるものとする。

（３）　（１）及び（２）に該当しない介護サービス事業所が最初から加算（Ⅰ）を算定しようとする場合

（１）及び（２）に該当しない介護サービス事業所が最初から加算（Ⅰ）を算定しようとする場合、加算（Ⅱ）の要件となる介護機器の導入後、生産性向上の取組を３月以上継続した上で、当該介護機器の導入前後における６（１）から６（３）の項目について、（１）①から③に該当することを示すデータの提出が必要である。

８　厚生労働省等への報告等について

６の厚生労働省への報告については、別紙１により報告をすること。また、加算（Ⅰ）の算定を開始する場合、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について」（令和６年３月15日老発0315第１号）の別紙28「生産性向上推進体制加算に係る届出書」を届け出る際に、当該届出書の備考１に規定する各種指標に関する調査結果のデータとして別紙２を添付すること。

あわせて、別紙１については「電子申請・届出システム」を活用したオンラインによる提出を予定しているが、システム改修に一定の期間を要するため、当面の間は別の方法による提出とする予定である。詳細については、別途通知する。

報告にあたり、指定権者が委員会における検討状況を確認できるよう、当該委員会の議事概要を提出すること。また、介護サービス事業所のテクノロジー活用に関して、厚生労働省が行うケアの質や職員の負担への影響に関する調査・検証等への協力に努めること。

９　その他

介護保険法の改正により、令和６年４月から介護サービス事業所の生産性向上の取組が促進されるよう都道府県に対する努力義務が創設されることも踏まえ、都道府県主導のもと、生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的・横断的に一括して取り扱い、適切な支援につなぐワンストップ窓口の設置等を進めているところである。本加算の算定に際し、生産性向上の取組を進めるに当たっては、当該窓口の活用も有効である。

（別紙１）　　令和　　年　　月　　日

生産性向上推進体制加算に関する取組の実績報告書（毎年度報告）

事業所番号			
事 業 所 名			
施 設 種 別	1　短期入所生活介護	2　短期入所療養介護	3　特定施設入居者生活介護
	4　小規模多機能型居宅介護	5　認知症対応型共同生活介護	6　地域密着型特定施設入居者生活介護
	7　地域密着型介護老人福祉施設	8　看護小規模多機能型居宅介護	9　介護老人福祉施設
	10　介護老人保健施設	11　介護医療院	12　介護予防短期入所生活介護
	13　介護予防短期入所療養介護	14　介護予防特定施設入居者生活介護	15　介護予防小規模多機能型居宅介護
	16　介護予防認知症対応型共同生活介護		
届出区分	1　生産性向上推進体制加算（Ⅰ）　2　生産性向上推進体制加算（Ⅱ）		
人員配置状況	（常勤換算方式）　利用者　3（人）：介護職員　　（人）		

1　利用者の満足度の変化

調査時期	令和　年　月

① WHO－５（調査）　調査対象人数　人

点数区分	0点～6点	7点～13点	14点～19点	20点～25点
人数				

② 生活・認知機能尺度（調査）　調査対象人数　人

詳細については、後日通知で示す。

2　総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の変化　調査対象人数　人

対象期間	令和　年　月
総業務時間	

対象期間	左表と同じ
超過勤務時間	

（※１）一月あたりの時間数（調査対象者平均、小数点第１位まで記載）（時間）

（※２）対象期間は10月としているが、本加算の算定初年度においては算定を開始した月を対象期間とする。

3　年次有給休暇の取得状況　調査対象人数　人

対象期間	令和　年11月～令和　年10月
年次有給休暇取得日数	

（※）対象期間における調査対象者の取得した年次有給休暇の日数（調査対象者平均、小数点第１位まで記載）（日）

4　介護職員の心理的負担等の変化

調査時期	令和　年　月

①ＳＲＳ－18（調査）　調査対象人数　人

点数区分	0点～7点	8点～19点	20点～31点	32点～54点
人数				

② モチベーションの変化（調査）　調査対象人数　人

点数区分	-3点 ～ -1点	0点	1点 ～ 3点
仕事のやりがい	人	人	人
職場の活気	人	人	人

5　タイムスタディ調査　（※）５日間の調査

調査時期	令和　年　月

① 日中　調査対象人数　人

類型	直接介護	間接業務	余裕時間	休憩・待機・その他
割合（%）				

（※）余裕時間とは、突発でのケアや対応ができる状態での業務時間

調査対象者の業務時間の総和　　時間（少数点第１位まで記載）

② 夜間　調査対象人数　人

類型	直接介護	間接業務	余裕時間	休憩・待機・その他
割合（%）				

調査対象者の業務時間の総和　　時間（少数点第１位まで記載）

備考　加算（Ⅰ）は１～５を記入し、加算（Ⅱ）は１～３を記入すること。詳細については、別途通知（「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」）を参照すること。

（別紙２）　　令和　　年　　月　　日

生産性向上推進体制加算（Ⅰ）の算定に関する取組の成果

事 業 所 名	

生産性向上推進体制加算（Ⅱ）の要件となる介護機器の導入時期

導入時期	令和　年　月

１　利用者の満足度等の変化

事前調査時期	令和　年　月

事後調査時期	令和　年　月

①－１　WHO－５（事前調査）　調査対象人数　人

点数区分	0点～6点	7点～13点	14点～19点	20点～25点
人数				

①－２　WHO－５（事後調査）　調査対象人数　人

点数区分	0点～6点	7点～13点	14点～19点	20点～25点
人数				

調査対象者に関して、数値が悪化していないことの確認　□

②－１　生活・認知機能尺度（事前調査）　調査対象人数　人

詳細については、後日通知で示す。

②－２　生活・認知機能尺度（事後調査）　調査対象人数　人

詳細については、後日通知で示す。

調査対象者に関して、数値が悪化していないことの確認　□

上記の調査データがなく、ヒアリング調査を実施した場合(備考参照)　□

２　総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の変化　調査対象人数　人

対象期間	(事前)令和　年　月	(事後)令和　年　月
総業務時間		

対象期間	(事前)上表と同じ	(事後)上表と同じ
超過勤務時間		

（※）一月あたりの時間数（調査対象者平均、小数点第１位まで記載）（時間）

総業務時間及び超過勤務時間が短縮していることの確認　□

３　年次有給休暇の取得状況　調査対象人数　人

対象期間	(事前)令和　年　月～　月	(事後)令和　年　月～　月
年次有給休暇取得日数		

（※）対象期間における調査対象者の取得した年次有給休暇の日数（調査対象者平均、小数点第１位まで記載）（日）

年次有給休暇の取得状況が維持又は増加していることの確認　□

備考　詳細については、別途通知（「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」）を参照すること。また、成果の確認に当たっては加算（Ⅱ）の要件となる介護機器の導入後、３月以上取組の継続が必要であることに留意すること。

また、利用者の満足度等の変化に関する調査のデータがない場合であって、介護機器の導入前からサービスを利用する利用者へのヒアリング調査等を実施した場合は、当該調査結果及び委員会での当該結果を確認した議事概要を提出すること。

利用者向け調査票

別添１

施設名

利用者番号	記入日
	年　月　日

1.対象利用者概要

性別	1：男　2：女	年齢	才	
要介護度	1：　要介護1　　2：　要介護2　　3：要介護3　　4：要介護4　　5：要介護5 6：自立・要支援　7:その他（要支援・区分申請中等）			

2.対象利用者の生活・認知機能尺度

別途通知で示す予定

3.対象利用者におけるQOLの変化

QOLの変化　※出典：WHO-5 精神的健康状態表

最近2週間、利用者の状態に最も近いものに〇をつけてください		いつも	ほとんどいつも	半分以上の期間を	半分以下の期間を	ほんのたまに	まったくない
1	明るく、楽しい気分で過ごした	5	4	3	2	1	0
2	落ち着いた、リラックスした気分で過ごした	5	4	3	2	1	0
3	意欲的で、活動的に過ごした	5	4	3	2	1	0
4	ぐっすりと休め、気持ちよく目覚めた	5	4	3	2	1	0
5	日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった	5	4	3	2	1	0

以上です。ご回答ありがとうございました。

施設向け調査票（労働時間等調査票）

別添２

入職前など、1か月間のすべてで勤務がない場合は″―″と記載ください。

職員番号	例：令和5年														
	●月		●月		●月		●月		●月		●月		●月		年間の有給休暇の取得日数
	所定総労働時間	総実労働時間	所定総労働時間	総実労働時間	所定総労働時間	総実労働時間	所定総労働時間	総実労働時間	所定総労働時間	総実労働時間	所定総労働時間	総実労働時間	所定総労働時間	総実労働時間	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															

職員番号	例：令和6年														
	●月		●月		●月		●月		●月		●月		●月		年間の有給休暇の取得日数
	所定総労働時間	総実労働時間	所定総労働時間	総実労働時間	所定総労働時間	総実労働時間	所定総労働時間	総実労働時間	所定総労働時間	総実労働時間	所定総労働時間	総実労働時間	所定総労働時間	総実労働時間	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															

職員向け調査票

別添３

施設名

職員番号	記入日
	年　月　日

1.職員概要

性別	1:男　2:女	年齢階級	10歳代　・　20歳代　・　30歳代　・　40歳代　・　50歳代　・　60歳代　・　70歳代～
役職	1:経営層　2:管理者･リーダー　3:一般職　4:その他（　　）		
現状の職種での経験年数	年　ヶ月		

2.心理的負担評価

※出典:心理的ストレス反応測定尺度(Stress Response Scale-18)

※ この設問では、普段の心理的な状態についてお伺いします。それぞれ、あてはまるもの1つに○をつけてください。

	全くちがう	いくらかそうだ	まあそうだ	その通りだ
1 怒りっぽくなる	0	1	2	3
2 悲しい気分だ	0	1	2	3
3 なんとなく心配だ	0	1	2	3
4 怒りを感じる	0	1	2	3
5 泣きたい気持ちだ	0	1	2	3
6 感情を抑えられない	0	1	2	3
7 くやしい思いがする	0	1	2	3
8 不愉快だ	0	1	2	3
9 気持ちが沈んでいる	0	1	2	3
10 いらいらする	0	1	2	3
11 いろいろなことに自信がない	0	1	2	3
12 何もかもいやだと思う	0	1	2	3
13 よくないことを考える	0	1	2	3
14 話や行動がまとまらない	0	1	2	3
15 なぐさめて欲しい	0	1	2	3
16 根気がない	0	1	2	3
17 ひとりでいたい気分だ	0	1	2	3
18 何かに集中できない	0	1	2	3

3.テクノロジーの導入等によるモチベーションの変化

※ この設問では、**テクノロジーの導入等の前後のモチベーションの変化**についてお伺いします。

	←減少したと感じる						増加したと感じる→
1 テクノロジー導入等による、仕事のやりがいの変化	-3	-2	-1	0	1	2	3
2 テクノロジー導入等による、職場の活気の変化	-3	-2	-1	0	1	2	3

職員向け調査票は以上です。

職員向けタイムスタディ調査票

↓以下、所定勤務時間や実勤務時間に関する記載漏れが多くあります。忘れずに必ず記載をお願いします。

施設名		担当しているユニット・フロア名	
職員ID		所定勤務時間	：　～　：
調査実施日	月　日（　曜日）	実勤務時間（残業時間含む）	：　～　：

別添４

調査票（表面）

※10分間のうち、実施した業務について、その時間数（整数）について、縦列の合計が10分となるよう記入して下さい。記載例を参考ください。

記載例：「1.移動・移乗・体位交換を6分間、7.食事支援を4分間」実施した場合

※勤務時間に応じて、「時台」の枠に、数字を記入してください。記載例として、8時から勤務を始めた場合には、「8時台」「9時台」・・・と勤務終了まで記載ください。

				記載例	時台						時台						時台						時台						時台						時台					
NO	分類	Sub-NO	項目	－	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分
A	直接介護（※１）	1	移動・移乗・体位交換	6																																				
		2	排泄介助・支援																																					
		3	入浴・整容・更衣																																					
		4	利用者とのコミュニケーション																																					
		5	日常生活自立支援(※2)																																					
		6	行動上の問題への対応(※3)																																					
		7	食事支援	4																																				
		8	機能訓練・リハビリテーション・医療的処置																																					
		9	その他の直接介護																																					
B	間接業務	10	巡回・移動																																					
		11	記録・文書作成・連絡調整等(※4)																																					
		12	利用者のアセスメント・情報収集・介護計画の作成・見直し																																					
		13	見守り機器の使用・確認																																					
		14	介護ロボット・ICT機器の準備・調整・片付け（※5）																																					
		15	他の職員に対する指導・教育(※6)																																					
		16	食事・おやつの配膳・下膳等																																					
		17	入浴業務の準備等																																					
		18	リネン交換・ベッドメイク																																					
		19	居室清掃・片付け																																					
		20	消毒などの感染症対応																																					
		21	その他の間接業務(※7)																																					
C	休憩	22	休憩・待機・仮眠																																					
D	その他	23	その他																																					
E	余裕時間	24	余裕時間（突発でのケアや対応ができる状態）																																					
－	－	－	備考・補足等																																					

※１ 見守りによる介助を含む。

※２ 入眠起床支援、訴えの把握、日常生活の支援

※３ 徘徊、不潔行為、昼夜逆転等に対する対応等

※４ 利用者に関する記録等の作成、勤務票等の作成、申し送り、職員間の連絡調整、文書検索等

※５ 機器の充電、セッティング、設定の確認・見直し、片付け作業等

※６ ケアの内容や方法に関する指導、OJT等

※７ レクリエーションの準備等

調査票（裏面）

※10分間のうち、実施した業務について、その時間数（整数）について、縦列の合計が10分となるよう記入して下さい。記載例を参考ください。

記載例：「1.移動・移乗・体位交換を6分間、7.食事支援を4分間」実施した場合

※勤務時間に応じて、「時台」の枠に、数字を記入してください。記載例として、8時から勤務を始めた場合には、「8時台」「9時台」・・・と勤務終了まで記載ください。

				記載例	時台						時台						時台						時台						時台						時台					
NO	分類	Sub-NO	項目	ー	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分
A	直接介護（※１）	1	移動・移乗・体位交換	6																																				
		2	排泄介助・支援																																					
		3	入浴・整容・更衣																																					
		4	利用者とのコミュニケーション																																					
		5	日常生活自立支援(※2)																																					
		6	行動上の問題への対応(※3)																																					
		7	食事支援	4																																				
		8	機能訓練・リハビリテーション・医療的処置																																					
		9	その他の直接介護																																					
B	間接業務	10	巡回・移動																																					
		11	記録・文書作成・連絡調整等(※4)																																					
		12	利用者のアセスメント・情報収集・介護計画の作成・見直し																																					
		13	見守り機器の使用・確認																																					
		14	介護ロボット・ICT機器の準備・調整・片付け（※5）																																					
		15	他の職員に対する指導・教育(※6)																																					
		16	食事・おやつの配膳・下膳等																																					
		17	入浴業務の準備等																																					
		18	リネン交換・ベッドメイク																																					
		19	居室清掃・片付け																																					
		20	消毒などの感染症対応																																					
		21	その他の間接業務(※7)																																					
C	休憩	22	休憩・待機・仮眠																																					
D	その他	23	その他																																					
E	余裕時間	24	余裕時間（突発でのケアや対応ができる状態）																																					
ー	ー	ー	備考・補足等																																					

※１ 見守りによる介助を含む。

※２ 入眠起床支援、訴えの把握、日常生活の支援

※３ 徘徊、不潔行為、昼夜逆転等に対する対応等

※４ 利用者に関する記録等の作成、勤務票等の作成、申し送り、職員間の連絡調整、文書検索等

※５ 機器の充電、セッティング、設定の確認・見直し、片付け作業等

※６ ケアの内容や方法に関する指導、OJT等

※７ レクリエーションの準備等

参考　タイムスタディ調査の実施方法
以下を参考（事例として夜間帯の調査を例示）にご回答をお願いいたします。
【タイムスタディ調査票の記入例と注意事項】

調査票（記入方法）

施設名	○○○○			担当しているユニット・フロア名	○○○○
施設ID	3	職員ID	3	所定勤務時間	20:30 ～ 7:30
調査実施日	7 月 7 日（ 金 曜日）			実勤務時間（残業時間含む）	20:30 ～ 9:00

記入例

※10分間のうち、実施した業務について、その時間数（整数）を記入して下さい。記載例を参考ください。
記載例①：「6.巡回・移動を4分間、1.移動・移乗・体位変換を6分間」実施した場合、 記載例②：「11．仮眠を10分間」した場合

注1　注2　注3

NO	分類	Sub-NO	項目	記載例①	21時台 00分-09分	21時台 10分-19分	21時台 20分-29分	21時台 30分-39分	21時台 40分-49分	21時台 50分-59分	22時台 00分-09分	22時台 10分-19分	22時台 20分-29分	22時台 30分-39分	22時台 40分-49分	22時台 50分-59分	23時台 00分-09分	23時台 10分-19分	23時台 20分-29分	23時台 30分-39分	23時台 40分-49分	23時台 50分-59分	24時台 00分-09分	24時台 10分-19分	24時台 20分-29分	24時台 30分-39分	24時台 40分-49分	24時台 50分-59分	1時台 00分-09分	1時台 10分-19分	1時台 20分-29分	1時台 30分-39分	1時台 40分-49分	1時台 50分-59分
A	直接介護	1	移動・移乗・体位変換	6																														
		2	排泄介助・支援																								10	10	8					
		3	日常生活自立支援（※1）				10	10	10						10									10	5									
		4	行動上の問題への対応（※2）																															
		5	利用者とのコミュニケーション																															
		6	機能訓練・リハビリテーション・医療的処置																															
		7	その他の直接介護																															
B	間接業務	8	巡回・移動	4							3	7		10				10	2						5	10			2					
		9	記録・文書作成・連絡調整等（※3）																			10	10											
		10	見守り機器の使用・確認																															
		11	食事・おやつの配膳・下膳等																															
		12	その他の間接業務																															
C	休憩	13	休憩・待機		10	10				10	7	3	10			10	10		8	10	10													
		14	仮眠																											10	10	10	10	10
D	その他	15	その他																															
－	－	－	備考・補足等																															

※1　入眠起床支援、訴えの傾聴、日常生活の支援
※2　徘徊、不潔行為、昼夜逆転等に対する対応等
※3　利用者に関する記録等の作成、勤務票等の作成、申し送り、文書検索等

【注１】
時間の区切りをまたいで複数の業務を行った場合、10分間のそれぞれの区切りの中で、行った複数の業務をそれぞれ何分間実施したかをご記入ください。

例えば…
22:00～22:06の7分間を休憩・待機、
22:07～22:16の10分間で巡回・移動、その後
22:17～22:29で休憩・待機だった場合は
注1の点線囲みのように記入してください。

【注２】
ひとつの列（10分間の区切り）に記入する数値の合計が、必ず10になるよう注意してください。
正確な効果の測定のためにも、未記入の時間帯や時間数の不足が無いよう、ご確認をお願いいたします。

【注３】
すべての時間帯の、各列（10分間の区切り）には10以下の数値を必ず入力して下さい。

（別紙１）

協力医療機関に関する届出書

令和　　年　　月　　日

各指定権者
各許可権者　　殿

届出者	フリガナ 名　　称				
	事務所・施設の所在地	（郵便番号　　－　　） （ビルの名称等）			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	事業所番号				
	事業所・施設種別	□ 1（介護予防)特定施設入居者生活介護 □ 3（介護予防)認知症対応型共同生活介護 □ 5　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 □ 7　介護医療院 □ 9　軽費老人ホーム	□ 2　地域密着型特定施設入居者生活介護 □ 4　介護老人福祉施設 □ 6　介護老人保健施設 □ 8　養護老人ホーム		
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	代表者の住所	（郵便番号　　－　　）			

協力医療機関	①施設基準（※1）第1号（※2）の規定を満たす協力医療機関	医療機関名		医療機関コード	
		入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日	令和　年　月　日	協力医療機関の担当者名	
	②施設基準（※1）第2号（※3）の規定を満たす協力医療機関	医療機関名		医療機関コード	
		入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日	令和　年　月　日	協力医療機関の担当者名	
	（事業所・施設種別４～８のみ） ③施設基準（※1）第3号（※4）の規定を満たす協力病院	医療機関名		医療機関コード	
		入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日	令和　年　月　日	協力医療機関の担当者名	
	上記以外の協力医療機関	医療機関名		医療機関コード	
		医療機関名		医療機関コード	
		医療機関名		医療機関コード	

施設基準第1号、第2号及び第3号の規定を満たす協力医療機関を定めていない場合（※5）	第1号から第3号の規定(※5)にあたり過去1年間に協議を行った医療機関数	
	協議をした医療機関との対応の取り決めが困難であった理由	
	(過去1年間に協議を行っていない場合)医療機関と協議を行わなかった理由	
	届出後1年以内に協議を行う予定の医療機関	医療機関名（複数可） ※在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、地域包括ケア病棟を持つ医療機関(200床未満)、在宅療養後方支援病院等を想定 協議を行う予定時期　令和　　年　　月
	(協議を行う予定の医療機関がない場合)基準を満たす協力医療機関を定めるための今後の具体的な計画（※6）	

関係書類	別添のとおり

備考 1　各協力医療機関との協力内容が分かる書類（協定書等）を添付してください。
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、軽費老人ホームについては「施設基準（※1）第3号の規定を満たす協力病院」の欄の記載は不要です。
3　協力医療機関や協力医療機関との契約内容に変更があった場合には速やかに届出を行ってください。

（※1）　各サービス種別における協力医療機関に係る施設基準は裏面を参照。
（※2）　入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
（※3）　診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
（※4）　入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
（※5）　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、軽費老人ホームは

第１号及び第２号
（※6）　「3か月以内に地域の在宅療養支援病院等をリストアップし協議先を検討する」など具体的な計画を記載

（各サービス種別における協力医療機関に係る施設基準）

特定施設入居者生活介護	：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191条第2項
地域密着型特定施設入居者生活介護	：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127条第2項
認知症対応型共同生活介護	：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105条第2項
介護老人福祉施設	：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28条第1項
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	：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152条第1項
介護老人保健施設	：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30条第1項
介護医療院	：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34条第1項
軽費老人ホーム	：軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準第27条第2項
養護老人ホーム	：養護老人ホームの設備及び運営に関する基準第25条第1項