

令和 6 年度 介護保険事業者等集団指導
介護老人保健施設・（介護予防）短期入所療養介護
【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	介護老人保健施設の概要	1
II	介護老人保健施設の人員基準について	3
III	介護老人保健施設の施設及び設備の基準について	9
IV	介護老人保健施設・ユニット型介護老人保健施設の運営基準について	13
V	介護老人保健施設サービスに要する費用等	52
VI	短期入所療養介護事業所（老健）にかかる留意事項	115
VII	参考資料（通知、事務連絡等）	

○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

※法令等の表記

老健条例	介護老人保健施設の従業者、施設及び設備並びに運営の基準に関する条例（平成24年長野県条例第55号）
老健規則	介護老人保健施設の従業者、施設及び設備並びに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25号）
老健要綱	長野県介護老人保健施設の従業者、施設及び設備並びに運営の基準に関する要綱（25健長介第147号）

Point・・・老健要綱等の内容を示したもの

Attention・・・注意事項を示したもの

I 介護老人保健施設の概要

1 介護老人保健施設とは

「介護老人保健施設」とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設として、介護保険法第94条第1項の都道府県知事の許可を受けたものをいいます。

平成30年4月1日に施行された法改正で、介護老人保健施設の役割が在宅復帰・在宅療養支援であることがより明確にされました。

※介護老人保健施設の種類

●介護老人保健施設

ユニット型に該当しない施設はここに分類されます。

●ユニット型介護老人保健施設

施設の全部において少数の療養室及び当該療養室に近接して設けられる共同生活室により一体的に構成される場所（ユニット）ごとに入居者の日常生活が営まれ、これに対する支援が行われる施設です。この施設の特徴は、居宅に近い居住環境（生活環境）の下でケアを行うこと、すなわち、生活単位と介護単位とを一致させたケアであるユニットケアを行うことにあります。

●介護療養型老人保健施設

平成18年7月1日から平成30年3月31日までの間に病床の転換を行って開設した介護老人保健施設で、介護保健施設サービス費の算定日が属する月の前12月間における新規入所者のうち、医療機関から入所した者の割合と自宅等から入所した者の割合の差が35%以上であることを標準（この標準を満たすことができない特段の事情があるときはこの限りではない）とし、算定日が属する月の前3月間において、入所者及び当該介護老人保健施設が行う短期入所療養介護の利用者のうち、「経管栄養」もしくは「喀痰吸引」を実施しているものの割合が15%以上又は「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクMに該当する者の割合が20%以上の施設です。なお、介護療養型老人保健施設は、介護保健施設サービス費（Ⅱ）若しくは介護保健施設サービス費（Ⅲ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅱ）若しくはユニット型介護保健施設サービス費（Ⅲ）を算定することとなります。

●小規模介護老人保健施設等

<サテライト型小規模介護老人保健施設>

- ・ サテライト型小規模介護老人保健施設とは、当該施設の開設者により設置される当該施設以外の介護老人保健施設若しくは介護医療院又は病院若しくは診療所（以下「本体施設」という。）と密接な連携を確保しつつ、本体施設とは別の場所で運営され入所者の在宅への復帰の支援を目的とする定員29人以下の施設です。
- ・ 本体施設と密接な連携を確保する具体的な要件とは、本体施設と近距離であるこ

と(自動車等による移動に要する時間がおおむね 20 分以内)、本体施設の医師等又は**協力医療機関**が、入所者の病状急変等の事態に適切に対応できる体制をとることをいいます。

- ・ 原則として、本体施設に 1 か所の設置とします。本体施設の医師の配置等により、入所者の医学的管理等の処遇が適切に行われると認められるときは、本体施設に 2 か所以上の設置を認めることもあります。

＜医療機関併設型小規模介護老人保健施設＞

- ・ 介護医療院又は病院又は診療所に併設(同一敷地内又は隣接する敷地において、サービスの提供、夜勤を行う職員の配置等が一体的に行われているもの。)され、入所者の在宅への復帰の支援を目的とする定員 29 人以下の介護老人保健施設であって、サテライト型小規模介護老人保健施設以外のものをいいます。
- ・ 介護医療院又は病院若しくは診療所に 1 か所の設置とします。

2 入所対象者

要介護状態にある者が入所対象となります。

「要介護状態にある者」とは、身体上又は精神上の障がいがあるがために、入浴、排泄、食事等の日常生活において、常時介護を要すると見込まれる状態であって、厚生労働省令で定める「要介護状態区分」(要介護 1～5)のいずれかに該当するものをいいます。

3 サービスの提供内容

介護保健施設サービス

(例)・ 心身の諸機能の維持・回復や日常生活の自立を助けることを目的とした計画的なリハビリテーション

- ・ 入浴・排泄、体位変換等の介護サービス
- ・ 医学的管理の下における診察・投薬等の医療サービス
- ・ レクリエーションや行事等のサービス
- ・ 入所者の栄養状態や嗜好を考慮した食事サービス

4 介護保健施設サービス費(介護報酬)

提供した介護保健施設サービスのうち、保険給付されるものを介護保健施設サービス費とします。介護保健施設サービス費は、告示の単位数表に示された単位に地域加算を乗じた額の 9 割(8 割又は 7 割の場合あり)が支給されます。

→「Ⅴ 介護保険施設サービスに要する費用等」P52～

5 利用料等(入所者の自己負担)

介護老人保健施設は、入所者から、利用料の一部として、概ね介護老人保健施設サービス費の 1 割(一定以上所得者の場合は 2 割又は 3 割)相当額の支払いを受けます。また、食事の提供に要する費用、居住に要する費用、入所者が選定する特別な療養室の提供にかかる費用、入

所者が選定する特別な食事の提供にかかる費用、理美容代、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、入所者に負担させることが適当と認められるものについて、利用料として支払いを受けることができます。→「9 利用料等の受領（共通）」P17

Ⅱ 介護老人保健施設の人員基準について

Point

- (1) 人員基準とはあくまでも最低限配置することが義務づけられた基準です。入所者に対して適切なサービスを提供できるよう、適正な人員配置、勤務体制を定めてください。
- (2) 医師、看護職員・介護職員、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、介護支援専門員（（予防）短期入所療養介護は除く）、夜勤職員の人員欠如の場合、減算になる場合があります。
- (3) 減算要件に該当しなくても、1日でも人員欠如があれば基準違反であり、指導の対象です。「減算にならないければ人員欠如があってもよい」と考えず、人員基準を遵守してください。

Attention

- (1) 資格が必要な職種については、資格証の原本を確認し、業務に支障がないことを確認してください。
- (2) 資格証の写しは、雇用契約書等と共に事業所ごとに保管してください。

1 職員の専従 【老健規則第2条第4項】

介護老人保健施設の従業者は、専ら当該介護老人保健施設の職務に従事するものでなければなりません。

ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、この限りではありません。

*「専ら従事する」→「10 用語の定義（4）」P7

2 医師 【条例第4条第1項第1号】 【老健規則第2条第1項第1号】 【老健要綱第4】

常勤換算方法で入所者の数を100で除して得た数以上の員数の配置が必要です。

Point

- (1) 介護老人保健施設は、常勤の医師を1人以上配置します（入所者数100人未満の介護老人保健施設であっても、常勤の医師1人の配置が確保されなければならない）。ただし、介護老人保健施設において、複数の医師が勤務をする形態であり、このうち1人の医師が入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ場合であって、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、常勤の医師1人とあるのは、常勤換算で医師1人として差し支えありません。

- (2) 上記(1)にかかわらず、介護医療院又は病院若しくは診療所(医師について介護老人保健施設の人員基準を満たす余力がある場合に限る。)と併設されている介護老人保健施設(医療機関併設型小規模介護老人保健施設を除く。)にあつては、必ずしも常勤の医師の配置は必要ではありません。よって、複数の医師が勤務する形態であっても、それらの勤務延時間数が基準に適合すれば差し支えありません。ただし、このうち1人は入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ医師としなければなりません。なお、兼務の医師については、日々の勤務体制を明確に定めておく必要があります。
- (3) サテライト型小規模介護老人保健施設及び医療機関併設型小規模介護老人保健施設については、本体施設又は医療機関併設型小規模介護老人保健施設の併設介護医療院又は病院若しくは診療所に配置されている医師が、入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ場合であつて、入所者への処遇が適切に行われていると認められる場合は、置かないことができます。

3 薬剤師 [老健条例第4条第1項2号] [老健規則第2条第1項第2号] [老健要綱第5]
介護老人保健施設の実情に応じた適当な員数の配置が必要です。

Point

薬剤師の員数は、常勤換算方法で入所者の数を300で除した数以上が標準となります。

4 看護師、准看護師及び介護職員

[老健条例第4条第1項3号] [老健規則第2条第1項第3号] [老健要綱第6]

常勤換算方法で、入所者の数(入所者の合計数)が「3」又はその端数を増すごとに1以上の員数の配置が必要です。そのうち看護職員(看護師又は准看護師をいう。)は「7分の2」程度、介護職員は「7分の5」程度をそれぞれ標準とします。

Point

- (1) 看護職員又は介護職員は、直接入所者の処遇にあたる職員であるので、当該施設の職務に専ら従事する常勤職員でなければなりません。
- (2) 業務の繁忙時に多数の職員を配置する等により、業務の円滑化が図られる場合及び当該介護老人保健施設に併設される介護サービス事業所の職務に従事する場合は、次の2つの条件を満たす場合に限り、その一部に非常勤職員を充てても差し支えありません。
- ① 常勤職員が条例によって算定される員数の7割程度確保されていること。
 - ② 常勤職員に代えて非常勤職員を充てる場合の勤務時間数が常勤職員の勤務時間数以上であること。また、併設事業所の職務に従事する場合は、当該介護老人保健施設に勤務する時間が勤務計画表によって管理されていなければならず、併設事業所の職務に従事する時間は、常勤換算法における勤務延時間に含まれません。
- (3) 規則第2条第1項第3号の「看護・介護職員の総数」とは、規則で置くべきとされている看護・介護職員の総数です。

Attention

標準（看護職員は「7分の2」程度、介護職員は「7分の5」程度）を満たす配置を行ってください。

5 支援相談員

〔老健条例第4条第1項4号〕〔老健規則第2条第1項第4号〕〔老健要綱第7〕

1以上（入所者の数が100を超える場合にあっては、常勤の支援相談員1人に加え、常勤換算方法で100を超える部分を100で除して得た数以上）の員数の配置が必要です。

Point

- （1） 支援相談員は、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、次に掲げるような入所者に対する各支援及び相談の業務を行うのにふさわしい常勤職員を充てます。
 - ① 入所者及び家族の処遇上の相談
 - ② レクリエーション等の計画、指導
 - ③ 市町村との連携
 - ④ ボランティアの指導
- （2） サテライト型小規模介護老人保健施設については、本体施設（介護老人保健施設に限る）に配置されている支援相談員によるサービス提供が、本体施設及びサテライト型小規模介護老人保健施設の入所者に適切に行われると認められるときは、置かないことができます。
- （3） 医療機関併設型小規模介護老人保健施設については、当該施設の入所者に対するサービス提供が適切に行われると認められる場合にあっては、実情に応じた適当数の配置でよいこととします。

6 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士

〔老健条例第4条第1項5号〕〔老健規則第2条第1項第5号〕〔老健要綱第8〕

常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上必要です。

Point

- （1） 介護老人保健施設の入所者に対するサービスの提供時間帯以外の時間において、指定訪問リハビリテーションのサービス提供にあたることは差し支えありません。

ただし、介護老人保健施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の常勤換算方法における勤務延時間数に指定訪問リハビリテーションに従事した勤務時間を含むことはできません。
- （2） サテライト型小規模介護老人保健施設及び医療機関併設型小規模介護老人保健施設については、本体施設（介護老人保健施設に限る）又は、医療機関併設型小規模介護老人保健施設の併設介護医療院又は病院若しくは診療所に配置されている理学療法士、作業療法

士又は言語聴覚士によるサービス提供が、本体施設又は併設介護医療院又は病院若しくは診療所及びサテライト型小規模介護老人保健施設等の入所者に適切に行われると認められるときは、置かないことができます。

7 栄養士又は管理栄養士

〔老健条例第4条第1項6号〕〔老健規則第2条第1項第6号〕〔老健要綱第9〕
入所定員が100以上の介護老人保健施設にあっては、1以上の員数の配置が必要です。

Point

- (1) 入所定員が100以上の介護老人保健施設においては、常勤職員を1人以上配置します。
ただし、同一敷地内にある病院等の栄養士又は管理栄養士がいることにより、栄養管理の業務に支障がない場合には兼務職員をもって充てても差し支えありません。
- (2) 入所定員が100人未満の介護老人保健施設においても常勤職員の配置に努めることとします。
- (3) サテライト型小規模介護老人保健施設及び医療機関併設型小規模介護老人保健施設については、本体施設（介護老人保健施設又は療養病床数が100以上の介護医療院及び病床数が100床以上の病院に限る）又は医療機関併設型小規模介護老人保健施設の併設介護医療院又は病院若しくは診療所に配置されている栄養士又は管理栄養士（**病床数が100以上の病院の場合に限る**）による栄養管理が、本体施設又は併設介護医療院又は病院若しくは診療所及びサテライト型小規模介護老人保健施設等の入所者に適切に行われると認められるときは、置かないことができます。

8 介護支援専門員

〔老健条例第4条第1項7号〕〔老健規則第2条第1項第7号〕〔老健要綱第10〕
1以上の員数の配置が必要です。

Point

- (1) その業務に専ら従事する常勤のものを1人以上配置する必要があります。なお、入所者の数が100人未満の施設にあっては1人は配置されていなければなりません。
- (2) 入所者の数が100人又はその端数を増すごとに1人を標準とするものであるため、入所者の数が100人又はその端数を増すごとに増員することが望ましい配置となります。
なお、当該増員に係る介護支援専門員については非常勤とすることを妨げません。
- (3) 入所者の処遇に支障がない場合は、当該介護老人保健施設の他の業務に従事することができます。
- (4) 兼務を行う場合、当該介護支援専門員の配置により、介護支援専門員の配置基準を満たすと同時に、兼務を行う他の職務に係る常勤換算上も、介護支援専門員の勤務時間の全体を他の職務の勤務時間として算入することができます。
- (5) 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ません。ただし増員に係る

非常勤の介護支援専門員については、この限りではありません。

- (6) 医療機関併設型小規模介護老人保健施設については、当該施設の入所者に対するサービス提供が適切に行われると認められる場合は、実情に応じた適当数の配置でよいこととします。
- (7) サテライト型小規模介護老人保健施設については、本体施設（介護老人保健施設、介護医療院（併設型小規模介護医療院を除く。）又は病院（指定介護療養型医療施設に限る。）に限る。）の介護支援専門員によるサービス提供が、本体施設及びサテライト型小規模介護老人保健施設の入所者に適切に行われると認められるときは、置かないことができます。

9 調理員、事務員等その他の従業者

〔老健条例第4条第1項8号〕〔老健規則第2条第1項第8号〕〔老健要綱第11〕

介護老人保健施設の実情に応じた適当な員数の配置が必要です。

なお、併施設等との職員の兼務や業務委託を行うこと等により適正なサービスを確保できる場合にあっては配置しない場合があっても差し支えありません。

10 用語の定義

- (1) 常勤換算方法 〔老健要綱第12（1）〕

従業者の勤務時間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が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除すことにより、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います。

この場合の「勤務延時間数」は、当該施設の介護保健施設サービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該施設が通所リハビリテーションの指定を重複して受けている場合であって、施設サービスと通所リハビリテーションを兼務する従業者の場合、当該従業者の勤務延時間数には介護保健施設サービスに係る勤務時間数だけを算入します。

ただし、雇用の分野における男女の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条に定める所定労働時間の短縮等の措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける所定労働時間の短縮措置（以下「育児、介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たすものとし、1として取り扱うことを可能とする。

- (2) 勤務延時間数 〔老健要綱第12（2）〕

勤務表上、介護保健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をいいます。

なお、従業者 1 人につき、勤務延時間に参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します。

(3) 常勤 **【老健要綱第 12 (3)】**

当該介護老人保健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います。

ただし、母性健康管理措置又は育児、**介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を 30 時間として取扱うことが可能です。**

当該施設に併設されている事業所（**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数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とします。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業（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す。

(4) 専ら従事する **【老健要綱第 12 (4)】**

原則として、サービス提供時間帯を通じて介護保健施設サービス以外の職務に従事しないことをいいます。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該施設における勤務時間帯をいうものであり、常勤・非常勤の別を問いません。

(5) 入所者の数 **【老健規則第 2 条第 2 項】** **【老健要綱第 12 (5)】**

前年度の平均値とします。ただし、新規に許可を受ける場合は推定数によります。

- ・ 前年度の平均値とは、当該年度の前年度（毎年 4 月 1 日から翌年 3 月 31 日まで）の入所者延数を当該前年度の日数で除して得た数とし、この算定にあたっては小数点第 2 位以下を切り上げます。
- ・ 介護老人保健施設を新設若しくは再開又は増床する場合は、前年度において 1 年未満の実績しかない場合の入所者数は、新設若しくは再開又は増床の時点から 6 月未満の間は、便宜上、ベッド数の「90%」を入所者数とし、6 月以上 1 年未満の間は、「直近の 6 月における入所者延数を 6 月間の日数で除して得た数」とし、1 年以上経過している場合は、「直近 1 年間における入所者延数を 1 年間の日数で除して得た数」とします。
- ・ 減床の場合には、減床後の実績が 3 月以上あるときは、減床後の入所者延数で除して得た数とします。

Ⅲ 介護老人保健施設の施設及び設備の基準について

1 介護老人保健施設の施設基準

〔老健条例第5条、第6条〕〔老健規則第3条、第4条〕〔老健要綱第13～第15、第57〕

介護老人保健施設は、入所者等の心身機能の改善や日常生活の向上のため、十分ゆとりをもったものでなければなりません。主な設置基準は次のとおりです。

種類	施設	老健条例・規則による施設及び設備の基準	老健要綱
介護老人保健施設	療養室	・ 定員は4人以下とすること。 ・ 8㎡以上/人の面積（洗面所、収納設備に要した面積を含む）を有していること。 ・ 地階に設けてはならないこと。 ・ 避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面した出入口を設けること。 ・ 寝台等の設備を備えること。 ・ ナースコールを設けること。	・ ナースコールについては、入所者の状況に応じ、サービスに支障を来たさない場合には、入所者の動向を検知できる見守り機器の設置で差し支えない。
	談話室	・ 入所者同士やその家族が談話を楽しめる広さを有していること。	・ ソファ、テレビその他の教養娯楽設備等を備えること。
	食堂	・ 2㎡×定員以上の面積を有していること ・ テーブル、椅子等利用者の身体状況に配慮したものであること。	
	浴室	・ 身体の不自由な者の入浴に適したものとすること。 ・ 一般浴槽のほか、介助を必要とする者に適した特別浴槽を設けること。	・ 特別浴室については、ストレッチャー等の出入りに支障が生じないように配慮すること。
	レクリエーションルーム	・ レクリエーションを行うために十分な広さを有し必要な設備を備えること。	
	洗面所	・ 療養室のある階ごとに設けること。	
	便所	・ 療養室のある階ごとに設けること。 ・ 身体の不自由な者の使用に適したものとすること。 ・ ブザー又はこれに代わる設備及び常夜灯を設けること。	
介護老人保健施設	汚物処理室	・ 設けること。	・ 他の施設と区別された一定のスペースを有すること。
ユニット型介護老人保健施設	ユニット	・ 療養室及び共同生活室により一体的に構成される場所（ユニット）を単位として構成し、運営する。	

護老人 保健施 設		・ 居宅に近い居住環境の下で、居宅における生活に近い日常の生活の中でケアを行うというユニットケアの特徴を踏まえたものであること。 ・ 1ユニットの定員は、原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないこと。 ※各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援するのに支障がないと認められる場合には、入居者の定員が15人までのユニットも認める。	
	療養室	・ 定員は1人とすること。 ・ いずれかのユニットに属し、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること。 ・ 10.65㎡以上の面積（洗面所、収納設備に要した面積を含む）を有していること。 ・ 地階に設けてはならないこと。 ・ 避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面した出入口を設けること。 ・ 寝台等の設備を備えること。 ・ ナースコールを設けること。 ※ 夫婦で療養室を利用する場合などサービス提供上必要と認められる場合は、2人部屋することができる。この場合、21.3㎡以上の面積を有すること。 ※ ユニット型個室的多床室についてユニットに属さない場合は療養室を改修してユニットを造る場合は、「ユニット型個室的多床室」の基準を適用できる。 →R3 報酬改定において、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が禁止された。	
	洗面所	・ 療養室ごとに設けることが望ましいが、共同生活室ごとに適当数設けることとしても差し支えない。 ・ 身体の不自由な者の使用に適したものとすること。	・ 共同生活室に設ける場合は、2か所以上に分けて設けることが望ましい。
	便所	・ 療養室ごとに設けることが望ましいが、共同生活室ごとに適当数設けることとしても差し支えない。 ・ 身体の不自由な者の使用に適したものとすること。 ・ ブザー又はこれに代わる設備及び常夜灯を設けること。	・ 共同生活室に設ける場合は、2か所以上に分けて設けることが望ましい。
	浴室	・ 身体の不自由な者の入浴に適したものとすること。 ・ 一般浴槽のほか、介助を必要とする者に適した特別浴槽を設けること。	・ 療養室のある階ごとに設けることが望ましい。
	汚物処理室	・ 設けること。	

介護老人保健施設・ユニット型共通	診察室	- 診療を行うのに適切なものとする。 - 調剤を行う場合には調剤所が必要となる。	
	機能訓練室	1 m²×定員数以上の面積を有していること。 ※ サテライト型小規模介護老人保健施設又は医療機関併設型小規模介護老人保健施設の場合は、40 m²以上の面積を有すること。 - 必要な器械、器具を備えていること。	
	サービスステーション	設けること。	療養室のある階ごとに療養室に近接して設けること。
	調理室	設けること。	食器・調理器具などの消毒設備、保管設備、防虫及び防鼠の設備を設けること。
	洗濯室又は洗濯場	設けること。	
	その他	- 上記以外にも事務室、倉庫、リネン庫、理美容室、会議室、職員用施設（更衣室、食堂等）等も必要に応じて設けること。 ※ 設置奨励施設：相談室、ボランティアルーム、家族介護教室	
	通所リハビリを行うのにふさわしい専用の部屋	当該部屋等の面積と利用者用に確保されている食堂（リハビリテーションの用に供されるものに限る。）の面積との合計が、3 m²×通所利用定員数以上の面積を有していること。	

※ 老健条例第5条第1項及び第44条第1項に定める施設の内装等の木材は、できるだけ県産材の利用に努めること。

○エレベーター

- 療養室等が2階以上の階にある場合は、屋内の直通階段及びエレベーターをそれぞれ1以上設けること。

○階段

- 階段の傾斜は緩やかにすること。
- 手すりは、原則として両側に設けること。

○廊下

- ・ 廊下幅は、内法寸法（手すりから測定する。）で片廊下 1.8m以上、中廊下（※1）2.7m以上とすること。
（ユニット型のみ） 廊下の一部を拡張することにより、入居者、従業員の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合には、片廊下 1.5m以上、中廊下 1.8m以上とすることができる。
- ・ 手すりは、原則として両側に設けること。
- ・ 常夜灯を設けること。

※1 「中廊下」・・・廊下の両側に療養室等（※2）又はエレベーター室のある廊下

※2 「療養室等」・・・＜一般介護老人保健施設＞

療養室、談話室、食堂、浴室、レクリエーションルーム、便所等
＜ユニット型＞

共同生活室、浴室、便所等、入所者が日常継続的に使用する施設

【認知症専門棟】（認知症ケア加算を算定することができる施設の基準）

認知症専門棟の主な設置基準は、次のとおりです。

→ 赤本 P1010「認知症専門棟に係る施設基準について」（平成 12 年 9 月 5 日老健第 115 号参照）

- 1 日常生活に支障をきた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入所者（※）と他の入所者とを区別していること。
- 2 以下に掲げる基準に適合する施設及び設備を有していること。
 - （1） 専ら上記認知症の入所者を入所させるための施設であって、原則として、同一の建物又は階において、他の入所者・利用者に利用させるものでないこと。
 - （2） 入所定員は、40 人を標準とすること。
 - （3） 入所定員の 1 割以上の数の個室を有すること（特別な療養室の提供に係る費用は徴収できない）。
 - （4） 療養室以外の生活の場として入所定員 1 人当たりの面積が 2 m²以上のデイルームを設けていること。
 - （5） 当該認知症の入所者の家族に対する介護方法に関する知識及び技術の提供のために必要な施設であって、30 m²以上の面積を有するものを設けること。
- 3 単位ごとの入所者の数について、10 人を標準とすること。
- 4 単位ごとに固定した介護職員又は看護職員を置いていること。

※ 「日常生活に支障をきた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入所者」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当し、認知症専門棟において認知症に対応した処遇を受けることが適当であると医師が認めた者をいいます。

【ユニット型個室的多床室の基準】

※R3 報酬改定において、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が禁止された。

令和3年4月1日に現に存するユニット型介護老人保健施設(基本的な設備が完成しているものを含み、令和3年4月1日以降に増築され、又は全面的に改築された部分を除く。)において、ユニットに属さない療養室を改修してユニットが造られている場合、下記の要件を満たせば、「ユニット型個室的多床室」となります(ユニット型介護老人保健施設サービス費Ⅰ(iii)もしくはiv)を算定できる)。

なお、前出の「ユニット型介護老人保健施設」の療養室の要件を満たしていれば、「ユニット型個室」となります(ユニット型介護老人保健施設サービス費Ⅰ(i)もしくはii)を算定できる)。

- 1 床面積は、10.65 m²(壁芯面積、洗面所や収納設備に要した面積を含む。)以上であるもの。
- 2 入居者の視線が遮断され、プライバシーが十分に確保されていれば、天井と壁の間に一定の隙間が空いていても差し支えない。壁については、可動でないもので、プライバシー確保に適切な素材であること。
 - ※ 多床室を仕切って窓のない療養室を設けた場合は準個室としては認められない。
 - ※ 療養室への入り口が、複数の療養室で共同であったり、カーテンなどで仕切られているにすぎず、十分なプライバシー確保がされていない場合は、個室的多床室としては認められない。
- 3 入居者へのサービス提供上必要と認められる場合に2人部屋とするときは、21.3 m²以上を標準とすること。

なお、前出の「ユニット型介護老人保健施設」の療養室の要件を満たしていれば、「ユニット型個室」となります。(ユニット型介護老人保健施設サービス費Ⅰ(i)もしくはii)を算定できます。)

2 施設の共用について [老健条例第5条第3項] [老健要綱第14条第1号③]

介護老人保健施設の各施設設備は、当該施設専用に供されるものでなければなりません。病院や診療所(医療機関併設型小規模介護老人保健施設を除く。)又は介護医療院、社会福祉施設等と併設されている施設(同一敷地内にある場合又は公道をはさんで隣接している場合の併設型施設をいう)については、介護老人保健施設と併設施設双方の施設基準を満たし、かつ、当該介護老人保健施設の余力及び使用計画からみて両施設の入所者等の処遇に支障がない場合に限り共用することが可能です。

【参考：併設施設との共用が認められない施設】 療養室

- * 介護療養型老人保健施設については、上記基準と取扱いが異なることがあります。詳細は介護支援課まで直接お問い合わせください。

IV 介護老人保健施設・ユニット型介護老人保健施設の運営基準について

- ※ (共通)・・・「介護老人保健施設」「ユニット型介護老人保健施設」共通の運営基準
- ※ (老健)・・・「介護老人保健施設」の運営基準等

※（ユニット）・「ユニット型介護老人保健施設」の運営基準等

1 介護保険等関連情報の活用とPDCAサイクルの推進について（共通）

【老健条例第3条第5項】 【老健要綱第17】

介護保健施設サービスの提供に当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、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りません。

この場合において、「科学的介護情報システム（LIFE：Long-term care Information system For Evidence）」に情報を提出し、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です。

2 内容及び手続の説明及び同意（共通）

【老健条例第7条】 【老健規則第5条】 【老健要綱第18】

介護保健施設サービスの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、運営規程の概要など、入所者のサービス提供の開始について入所申込者の同意を得なければなりません。

Point

- （1） 重要事項を記した文書に記載しなければならないことは次のとおりです。
 - ① 法人・事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、併設サービス等）
 - ② 運営規程の概要（施設概要、定員、サービス内容及び利用料その他の費用の額、利用上の留意事項等）
 - ③ 従業員の勤務の体制
 - ④ 事故発生時の対応
 - ⑤ 苦情処理の体制
 - ⑥ その他入所申込者がサービスを選択するために必要な重要事項
- （2） わかりやすい説明書やパンフレットなどの重要事項を記した文書を交付して懇切丁寧にを行います。
- （3） サービスの提供を受けることについての同意は、入所申込者及び施設双方の保護の立場から、別途契約書等の書面によって確認することが望ましいとされています。

Attention

介護老人保健施設については、広告することができる事項が制限されています。

また、虚偽の内容の広告は禁止されています。（介護保険法第98条、介護老人保健施設に関して広告できる事項について（H13.2.22 老振発第10号 老健局振興課長通知））

入所者募集、職員募集等で広告する際、施設案内のパンフレットを作成する際等には、これらの規定に基づいた適切な内容となるよう注意して下さい。

3 サービス提供拒否の禁止（共通）〔老健条例第8条〕〔老健要綱第19〕

正当な理由なく、介護保健施設サービスの提供を拒んではなりません。

Point

- (1) 原則として、入所申込に対して応じなければなりません。
- (2) 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じられています。

○提供を拒むことができる正当な理由

- ・ 入院治療の必要がある場合
- ・ その他の入所者に対し、自ら適切な介護保健施設サービスを提供することが困難な場合

4 サービス提供困難時の対応（共通）〔老健条例第9条〕〔老健要綱第20〕

入所申込者の病状等を勘案し、入所申込者に対し自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合（病状が重篤なために、介護老人保健施設での対応が困難であり、病院又は診療所での入院治療が必要であると認められる場合）には、適切な病院又は診療所の紹介その他の適切な措置を速やかに講じなければなりません。

5 受給資格等の確認（共通）〔老健条例第10条〕〔老健要綱第21〕

介護保健施設サービスの提供を求められた場合（入所の申し込みがあった場合）は、その者の被保険者証（介護保険）によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認しなければなりません。また、被保険者証に、認定審査会の意見が記載されているときは、これに配慮して介護保健施設サービスを提供するよう努めなければなりません。

6 要介護認定の申請に係る援助（共通）〔老健条例第11条〕〔老健要綱第22〕

入所の際に、要介護認定を受けていない入所申込者について、要介護認定の申請が既に行われているか否かを確認するとともに、当該申請が行われていない場合には、入所申込者の意思を踏まえ、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りません。また継続して保険給付を受けるためには、要介護認定の更新が必要となりますので、遅くとも要介護認定の有効期間満了日の30日前までに当該要介護認定の更新の申請が行われるよう、入所者に必要な援助を行わなければなりません。

7 入退所（共通）〔老健条例第12条〕〔老健要綱第23〕

介護老人保健施設は、心身の状況及び病状並びにその置かれている環境に照らして看護、医学的管理の下における介護、機能訓練その他必要な医療等が必要であると認められる者を対象に、介護保健施設サービスを提供しなければなりません。

○入所にあたって留意すべきこと

- ・ 心身の状況及び病状並びに置かれている環境に照らし、施設において看護・医学的管理の下における介護、機能訓練その他必要な医療等が必要であると認められる要介護者が入

所の対象になります。

- ・ 入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、医学的管理の下における介護及び機能訓練の必要性を勘案し、介護保健施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければなりません。
- ・ 入所に際しては、当該入所申込者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、心身の状況、生活歴、病歴及び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りません。
- ・ 入所者の心身の状況及び病状や置かれている環境等に照らし、当該入所者が居宅において日常生活を営むことができるか否かについて、定期的（少なくとも3月ごと）に「検討」し、その内容を記録しなければなりません。
- ・ 上記の検討に当たっては、医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従事者の間で協議しなければなりません。

○退所にあたって留意すべきこと

- ・ 入所者の退所に際しては、本人又は家族に対し、適切な指導を行うとともに、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供、退所後の主治の医師に情報の提供を行い、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

Point

- (1) 「優先的に入所」の取り扱いについては、透明性及び公平性が求められることに留意しなければなりません。なお、透明かつ公平な運用を図る観点から、入所に関する検討は、医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従業者の間で協議するよう努めることとします。また、当該協議の内容を記録することとします。
- (2) 入所に際しては、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、居宅での療養へ移行する必要があること、できるだけ面会に来ることが望ましい等の説明を行うことが望ましいとされています。
- (3) 居宅において日常生活を営むことができるかどうか（居宅における生活への復帰への可否）の検討は、入所後早期に行います。また、その検討は病状及び身体の状態に応じて適宜実施すべきものですが、少なくとも3月ごとに行います。
- (4) これらの検討の経過及び結果は記録し、当該入所者の退所の日から2年間保存しなければなりません。 → P46「39 記録の整備（共通）」
- (5) 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支援相談員が中心となって退所後の主治医、居宅介護支援事業者等並びに市町村と十分連携を図ります。

8 サービス提供の記録（共通）〔老健条例第13条〕〔老健要綱第24〕

入所に際しては当該入所の年月日並びに入所する当該介護老人保健施設の名称を、退所に

際には当該退所の年月日を、入所者の被保険者証(介護保険)に記載しなければなりません。

Point

サービスを提供した際の記録(サービスの提供日、具体的なサービスの内容、入所者の状況、その他必要な事項)は、当該入所者の退所の日から2年間保存しなければなりません。

→ P49「39 記録の整備(共通)」

9 利用料等の受領(共通)[老健条例第14条][老健規則第6条][老健要綱第25]

- (1) 入所者から介護保健施設サービスについての入所者負担として、法第48条第2項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額を除いた額の1割(一定以上所得者の場合は2割又は3割)の支払いを受けるものとします。
- (2) 法定代理受領サービスに該当しない介護保健施設サービスを提供したときに入所者から支払いを受ける利用料の額と、施設サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければなりません。
- (3) 入所者から徴収する費用については、あらかじめ入所者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用を記載した文書(重要事項説明書等)を交付して説明を行い、文書により入所者の同意を得る必要があります。
- (4) 事業者が入所者等から徴収することができる費用は、次のとおりです。
 - ① 食事の提供に要する費用(食費)
 - ② 居住に要する費用(居住費)
 - ③ 入所者が選定する特別な療養室の提供に伴う費用
 - ④ 入所者が選定する特別な食事の提供に伴う費用
 - ⑤ 理美容代
 - ⑥ 介護保健施設サービスとして提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、入所者に負担させることが適当と認められるもの(「その他の日常生活費」という)。
- (5) 「その他の日常生活費」とは、入所者等又はその家族等の自由な選択に基づき、施設がサービス提供の一環として提供する日常生活上の便宜にかかる経費のことをいいます。

※「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」(平成12年3月30日老企第54号) 赤本 P1321
- (6) 施設が利用者等から「その他の日常生活費」の徴収を行うに当たっては、次の基準が遵守される必要があります。

○「その他の日常生活費」の受領に係る基準

- ・ 対象となる便宜と、保険給付の対象となっているサービスとの間に重複関係がないこと。
- ・ 保険給付対象サービスと明確に区分されないあいまいな名目「お世話料、管理協力費、共益費等」による費用の徴収は認められないこと。
- ・ 入所者等又は家族等の自由な選択に基づいて行われるものであること。

- ・ 料金の設定にあたっては、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内であること（実費額より多く徴収することは認められない）。
- ・ 運営規程において定められており、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、施設の見やすい場所に掲示されていること。
- ・ すべての入所者等に対して一律に提供し、その費用を画一的に徴収するものではないこと。

○その他の日常生活費の具体的な範囲

- ・ 入所者等の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用（歯ブラシ、化粧品等の個人の日用品等）
- ・ 入所者等の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用（クラブ活動の材料費等）
- ・ 健康管理費（インフルエンザ予防接種に係る費用等）
- ・ 預かり金の出納管理に係る費用
- ・ 私物の洗濯代（ただし、おむつカバーに係る洗濯代は徴収不可）

（７） 入所者から徴収することができない費用は、次のとおりです。

- ① 介護サービスの提供に必要な標準的な福祉用具に係る費用
- ② 介護サービスの提供に必要な消耗品に係る費用
（排泄介助に使用する介護用手袋、おむつに係る費用、食事用のとろみ剤に係る費用）
- ③ 他の医療機関への通院に係る付き添い費用
- ④ 寝具、シーツ、枕カバーに係る費用
- ⑤ 入所保証金
- ⑥ その他、入所者等に負担させることが適当でない費用
（教養の新聞・雑誌代、室内エアコンの修理代等）

Point

- （１） ９の（４）①と９の（４）②の具体的な金額等は入所者と施設の契約により定められることとなりますが、当該契約の内容については文書により事前に説明を行い、文書により同意を得る必要があります。
- （２） 食費と居住費の具体的内容、金額の設定及び変更に関しては、運営規程へ記載するとともに施設の見やすい場所に掲示することとします。
- （３） 居住費のうち、「個室」は室料及び光熱水費、「多床室」は光熱水費に相当する額を基本とし、その水準の設定にあたっては「施設の建設費用」「近隣地域に所在する類似施設の家賃及び光熱水費の平均的な費用」を勘案することとなります。
- （４） 食費は食材料費及び調理に係る費用に相当する額を基本とします。
- （５） ９の（４）③と９の（４）④については、居住費・食費と明確に区別して受領する必要があります。
- （６） ９の（４）③～９の（４）⑥の額に係るサービス提供にあたっては、あらかじめ、入所者又は家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、入所者の同意を

得なければなりません。

この場合も、同意は文書により行い、個々の費用ごとにそのサービス提供の希望を確認できるようにしておくこととします。

※ これら介護保健施設サービスの提供に要した費用について、入所者から支払いを受けたものについては、それぞれ個別の費用に区分した上で、領収書を交付することとします。

10 介護保健施設サービスの取扱方針

【老 健】[老健条例第 15 条] [老健規則第 8 条] [老健要綱第 27]

【ユニット型】[老健条例第 45 条] [老健規則第 17 条] [老健要綱第 59]

【老健】

- (1) 施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、当該入所者の心身の状況等を踏まえ、当該入所者の療養を適切に行わなければなりません。
- (2) 介護保健施設サービスの提供が漫然かつ画一的なものとならないよう配慮しなければなりません。
- (3) 介護保健施設サービスの提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行わなければなりません。
- (4) 介護保健施設サービスの提供にあたっては、入所者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体の拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行ってはなりません。

(5) 身体拘束

等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければなりません。

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す。

- (6) 身体拘束等の適正化を図るために、次の措置を講じなければなりません。

- ・ 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(身体拘束等適正化検討委員会)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。身体拘束等適正化検討委員会は、テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して開催することができます。

※なお、同一事業所内での複数担当の兼務や他の事業所・施設等との担当の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えありません。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、入所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してください。

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

に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

- ・ 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。
 - ・ 介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。
- (7) 自らその提供する介護保健施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

【ユニット型】

- (1) 入居者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、入居者の日常生活を支援するものとして介護保健施設サービスを行わなければなりません。
- (2) 各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮して介護保健施設サービスを行わなければなりません。
- (3) 入居者のプライバシーの確保に配慮して、介護保健施設サービスを行わなければなりません。
- (4) 入居者の自立した生活を支援することを基本として、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、入居者の心身の状況等を常に把握しつつ、介護保健サービスを適切に行わなければなりません。
- (5) 介護保健施設サービスの提供に当たっては、入居者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行わなければなりません。
- (6) 介護保健施設サービスの提供に当たっては、入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはなりません。
- (7) 身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければなりません。
- (8) 身体拘束等の適正化を図るために、次の措置を講じなければなりません。
- ・ 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、テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して開催することができます。
 - ・ 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。
 - ・ 介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。
- (9) 自らその提供する介護保健施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

Point

【ユニット型】

- (1) 入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮することが必要であり、このため従業者は、1人1人の入居者について、個性、心身の状況、入居にいたるまでの生活歴と其中で培われてきた生活様式や生活習慣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しなければなりません。
- (2) 入居者の意向にかかわらず集団で行うゲームや、日常生活動作にない動作を通じた機能訓練など、家庭の中では通常行われないことを行うのはサービスとして適当ではありません。
- (3) 従業者は、入居者相互の信頼関係が醸成されるよう配慮することが必要ですが、同時に入居者が他の入居者の生活に過度に干渉し、自律的な生活を損なうことのないようにすることにも配慮が必要です。
- (4) ユニット型指定介護老人保健施設が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束等の適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要です。

具体的には、次のようなことを想定しています。

- ① 身体拘束等について報告するための様式を整備すること。
 - ② 介護職員その他の従業者は、身体的拘束等の発生毎にその状況背景等を記録するとともに、①の様式に従い、身体拘束等について報告すること。
 - ③ 身体拘束等適正化検討委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。
 - ④ 事例の分析に当たっては、身体拘束等の発生時の状況等を分析し、身体拘束等の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
 - ⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
 - ⑥ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。
- (5) ユニット型指定介護老人保健施設が整備する「身体拘束等の適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととします。
- ① 施設における身体拘束等の適正化に関する基本的考え方
 - ② 身体拘束等適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項
 - ③ 身体拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針
 - ④ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針
 - ⑤ 身体拘束等発生時の対応に関する基本方針
 - ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
 - ⑦ その他身体拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針
- (6) 身体拘束等の適正化のための従業者に対する研修について
介護職員その他の従業者に対する身体拘束等の適正化のための研修の内容としては、身体拘束等

の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該ユニット型指定介護老人保健施設における指針に基づき、適正化の徹底を行うものとします。職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該ユニット型指定介護老人保健施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施することが重要です。また、研修の実施内容についても記録することが必要です。研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えありません。

Attention

【老健】【ユニット型】

身体拘束等廃止の取組みについて

1 身体拘束等について[老健条例第15条第4項、第45条第6項]

- (1) 本人の行動制限を目的とした対応であれば、それは身体拘束に該当します。
- (2) 入所者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体の拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはなりません。

2 身体拘束等を行う場合の留意点について[老健条例第15条第5項、第45条第7項]

- (1) 手続きや説明者を事前に運営規程等に明文化し、入所者や家族に対し、身体拘束等の内容、目的、理由、拘束時間・期間等を詳細に説明し、十分な理解を得ることが必要です。
- (2) 緊急やむを得ない場合に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には、直ちに解除しなければなりません。
- (3) 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する必要があります。
- (4) 身体拘束等の適正化を図るために、次の措置を講じなければなりません。
 - ・ 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。
 - ・ 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。
 - ・ 介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。
- (5) 上記(3)及び(4)が行われていない場合は、「身体拘束廃止未実施減算」の対象となります。

3 高齢者虐待防止について

緊急やむを得ない場合を除いて、身体拘束等は高齢者虐待となります。

11 施設サービス計画の作成（共通）

〔老健条例第16条〕 〔老健規則第9条〕 〔老健要綱第28〕

介護老人保健施設の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させます。

○施設サービス計画の作成又は変更にあたっての留意点

- ・ 入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該入所者に対して提供される地域の住民の自発的な活動によるサービス等の提供について施設サービス計画上に位置付けるよう努めること。
- ・ 適切な方法により、入所者について、有する能力、置かれている環境等の評価を通じて当該入所者が現に抱える問題点を明らかにし、当該入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握すること。
- ・ 計画作成にあたっては、サービス担当者会議等により、従業者の専門的な見地からの意見を聞かなければならない。

なお、サービス担当者会議は、テレビ電話装置等を活用して開催することができるが、入所者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該入所者又はその家族の同意を得なければならない。

- ・ 解決すべき課題の把握（アセスメント）にあたっては、入所者及びその家族に面接を行うこと。この場合、面接の趣旨を当該入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得ること。

Point

- (1) 施設サービス計画の作成にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアが実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めることが必要です。
- (2) 条例第 16 条第 5 項で定める「従業者」とは、医師、理学療法士、作業療法士、看護・介護職員及び管理栄養士等の当該入所者の介護及び生活状況等に関係する者をいいます。

12 診療の方針（共通） [老健条例第 17 号] [老健規則第 10 条] [老健要綱第 29]

- (1) 介護老人保健施設では、入所者に必要な日常的な医療については、施設の医師が行います。医師の診療の方針は、次に掲げる基準によらなければなりません。
 - ① 診察は、一般に医師として必要性があると認められる疾病又は負傷に対して、的確な診断に基づき、療養上適切に行うこと。
 - ② 診察にあたっては、常に医学の立場を堅持して、入所者の心身の状況を観察し、要介護者の心理が健康に及ぼす影響を十分配慮し、心理的な効果を上げることができるよう適切な指導を行うこと。
 - ③ 常に入所者の病状、心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、適切な指導を行うこと。
 - ④ 検査、投薬、注射、処置等は、入所者の病状に照らして適切に行うこと。
 - ⑤ 特殊な療法、新しい療法等については、規則で定めるもののほか行ってはならない。
 - ⑥ 規則で定める医薬品以外の医薬品を入所者に施用し、又は処方してはならない。

13 必要な医療の提供が困難な場合等の措置等（共通）〔老健条例第 18 条〕〔老健要綱第 30〕

- (1) 介護老人保健施設の医師は、入所者の病状からみて、施設において自ら必要な医療を提供することが困難であると認めたときは、**協力医療機関**その他適当な病院又は診療所への入院のための措置を講じ、又は他の医師による診療その他の適切な措置を講じなければなりません。
- (2) 不必要に入所者のために他の医師に往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させてはいけません。
- (3) 入所者のために他の医師に往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させる場合には、当該往診又は通院に係る病院若しくは診療所の医師又は歯科医師に対し、当該入所者の診療状況に関する情報提供を行わなければなりません。
- (4) 入所者が往診を受けた医師若しくは歯科医師又は入所者が通院した病院若しくは診療所の医師若しくは歯科医師から当該入所者の療養上必要な情報提供を受け、当該情報に基づいて適切な診療を行わなければなりません。

Point

○通院、往診及び薬の取扱いにおける留意点

- ・ 施設の医師が判断した他の医療機関への通院は、介護保健施設サービスの一環として施設が対応する必要がある。
- ・ 入所中に入所者が保険医療機関に受診した場合、介護保険と医療保険の給付調整により医療保険に請求できない項目について、入所者及び家族に費用負担が生じることはない。
- ・ 短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護の利用者についても、介護老人保健施設入所者と同様の扱いとなる。
- ・ 入所中に使用する「薬」の費用は、医療保険機関等の受診時に医療保険で対応できるもの等、一部を除き介護報酬に含まれるので、施設で提供する薬、受診時に医療保険で対応できない薬については施設で負担し、入所者又は家族等からその費用を徴収することはできない。
- ・ 薬の持参を入所条件にすることはできない。
- ・ 薬価の高さを理由に入所を拒否することはできない。

※赤本 P1008「介護老人保健施設入所者に係る往診及び通院（対診）について」（平成 12 年 3 月 31 日老企第 59 号）参照

※緑本 P1025「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」（平成 18 年 4 月 28 日老老発第 0428001 号・保医発第 0428001 号）参照

14 機能訓練（共通）〔老健条例第 19 条〕〔老健要綱第 31〕

入所者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を支援するため、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを、医師、理学療法士若しくは作業療法士又は言語聴覚士の指導のもと、計画的に行わなければなりません。

Point

- (1) 入所者全員について、訓練の目的を設定し、定期的に評価を行うことにより、効果的な機能訓練が行えるようにします。
- (2) 機能訓練は、入所者 1 人について、少なくとも週 2 回程度実施します。
- (3) 機能訓練は以下の手順で行います。
 - ① 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、入所者ごとのリハビリテーション実施計画を作成します。リハビリテーション実施計画の作成にあたっては、施設サービス計画との整合を図るものとします。なお、リハビリテーション実施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、その記載をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができます。
 - ② 入所者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーションを行うとともに、入所者の状態を定期的に記録します。
 - ③ 入所者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直します。
 - ④ リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護職員、介護職員その他の職種の者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達します。

15 栄養管理（共通） [老健条例第 19 条の 2] [老健要綱第 32]

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、その者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければなりません。

※栄養管理に係る規定は、令和 6 年 4 月 1 日から義務化

Point

- (1) 介護老人保健施設の入所者に対する栄養管理について、令和 3 年度より栄養マネジメント加算を廃止し、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です。ただし、管理栄養士のみが配置されている施設や管理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こととします。
- (2) 栄養管理は以下の手順で行います。
 - ① 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します。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ります。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します。
 - ② 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します。

- ③ 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します。
- ④ **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」において示しています。**

16 口腔衛生の管理（共通） [老健条例第 19 条の 3] [老健要綱第 33]

入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、その者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければなりません。

※口腔衛生の管理に係る規定は、令和 6 年 4 月 1 日から義務化

Point

- (1) 口腔衛生の管理について、令和 3 年度より口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして行うことを踏まえ、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す。
 - (2) 口腔衛生の管理は以下の手順で行います。**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」も参照してください。**
 - 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 回以上行います。
 - 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します。**
 - 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します。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します。
 - ア 助言を行った歯科医師
 - イ 歯科医師からの助言の要点
 - ウ 具体的方策
 - エ 当該施設における実施目標
 - オ 留意事項・特記事項
 - 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います。
- ※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が必要です。**

17 看護及び医学的管理の下における介護

【老 健】〔老健条例第 20 条〕〔老健要綱第 34〕

【ユニット型】〔老健条例第 46 条〕〔老健要綱第 60〕

【老健】

- (1) 看護及び医学的管理の下における介護は、入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、入所者の病状及び心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行わなければなりません。
- (2) 看護、介護に当たっては、次のことに留意します。
 - ① 1 週間に 2 回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきしなければなりません。入所者及び家族の希望や入所者の心身の状況に応じて週 2 回以上の適正な回数が実施できるように努めなければなりません。
 - ② 入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立のために必要な援助を行わなければなりません。
 - ③ おむつを使用せざる得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければなりません。
 - ④ じよく瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、「じよく瘡の発生を予防するための体制」を整備しなければなりません。
 - ⑤ 入所者に対し、離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行わなければなりません。
 - ⑥ 入所者に対し、その負担により、当該介護老人保健施設の従業者以外のものによる看護又は介護を受けさせてはなりません。

Point

- (1) 入浴の実施にあたっては、入所者の自立支援に資するよう、心身の状況を踏まえて、特別浴槽を用いた入浴や介助浴等適切な方法により行います。また、「1 週間に 2 回以上」とあるのは、入浴回数の最低限度を定めたものであるため、入所者の希望や心身の状況に応じて週 2 回以上の適正な回数が実施されるよう努めなければなりません。なお、入所者の心身の状況から入浴が困難である場合には、清しきを実施するなどにより身体の清潔保持に努めます。
- (2) 排せつに係る介護にあたっては、入所者の心身の状況や排せつ状況などをもとに、トイレ誘導や入所者の自立支援に配慮した排せつ介助など適切な方法により実施します。
- (3) おむつを使用せざるを得ない場合には、入所者の心身の活動状況に適したおむつを提供し、適切におむつ交換を実施します。

【ユニット型】

- (1) 看護及び医学的管理の下における介護は、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう、入居者の病状及び心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行わなければなりません。

- (2) ユニット型介護老人保健施設は、看護、介護に当たっては、次のことに留意します。
- ① 入居者の「日常生活における家事」を入居者の病状及び心身の状況等に応じ、それぞれの役割を持って行うことができるように適切に支援しなければなりません。
 - ② 入居者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入居者に入浴の機会を提供しなければなりません。ただし、やむを得ない場合は、清しきを行うことをもって入浴の機会の提供に代えることができます。
 - ③ 入浴が単に身体の清潔を維持するだけではなく、入居者が精神的に快適な生活を営む上でも重要なものであることから、適切な方法により行うとともに、一律の入浴回数を設けるのではなく、個浴の実施など入居者の意向に応じることができるだけの入浴機会を設けなければなりません。
 - ④ 入居者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立のために必要な援助を行わなければなりません。
 - ⑤ おむつを使用せざるを得ない入居者については、排せつの自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り換えなければなりません。
 - ⑥ じょく瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、「じょく瘡の発生を予防するための体制」を整備しなければなりません。
 - ⑦ 入居者が行う、離床、着替え、整容等の日常生活上の行為を適切に支援しなければなりません。
 - ⑧ 入居者に対し、入居者の負担により、当該ユニット型介護老人保健施設の従業者以外の者による看護及び介護を受けさせてはなりません。

Point

- (1) 入居者の日常生活上の活動への援助が過剰なものとなることのないよう留意する必要があります。
- (2) 入居者が家事の中で役割を持つことを支援するにとどまらず、例えば、入居者相互の間で、頼り、頼られるといった精神的な面での役割が生まれることを支援することにも留意する必要があります。
- (3) 「日常生活における家事」には、食事の簡単な下準備や配膳、後片付け、清掃やゴミ出しなど、多様なものが考えられます。
- (4) 入浴は一律の入浴回数を設けるのではなく、個浴の実施など、入居者の意向に応じることができるだけの入浴機会を設けなければなりません。なお、入所者の心身の状況から入浴が困難である場合には、清しきを実施するなどにより身体の清潔保持に努めます。
- (5) 排せつに係る介護にあたっては、入所者の心身の状況や排せつ状況などをもとに、トイレ誘導や入居者の自立支援に配慮した排せつ介助など適切な方法により行います。
- (6) おむつを使用せざるを得ない場合には、入居者の心身の活動状況に適したおむつを提供し、適切におむつ交換を実施します。

室で食事を行うことを支援しなければなりません。

- (5) 入居者の食事の内容は県産の農畜産物等を利用したものとするよう努めてください。

Point

【老健】【ユニット型】

- (1) 食事の提供については、個々の入所者の栄養状態に応じて、摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態、身体の状態並びに嗜好を定期的に把握し、それに基づき計画的な食事の提供を行います。入所者の自立の支援に配慮し、入所者ができる限り離床して食堂で食事を行えるよう努めなければなりません。
- (2) 調理は、あらかじめ作成された献立に従って行うとともに、その実施状況を明らかにしておきます。
- (3) 食事時間は適切な時間とし、夕食時間については、午後6時以降とすることが望ましく、早くても午後5時以降とします。
- (4) 食事の提供に関する業務は、介護老人保健施設自らが行うことが望ましいですが、栄養管理、調理管理、材料管理、施設等管理、業務管理、衛生管理、労働衛生管理について施設自らが行う等、当該施設の管理者が業務遂行上必要な注意を果たし得るような体制と契約内容により食事サービスの質が確保される場合には、当該施設の最終的責任の下で第三者に委託することができます。
- (5) 食事の提供については、入所者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を当該入所者の食事の的確に反映させるために、療養室関係部門と食事関係部門との連絡が十分とられていることが必要です。
- (6) 入所者に対しては適切な栄養食事相談を行う必要があります。
- (7) 食事内容については、医師又は栄養士若しくは管理栄養士を含む会議において検討が加えられなければなりません。

【ユニット型】

- (1) 食事は、入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に提供しなければなりません。
また、施設側の都合で急かせたりすることなく、入居者が自分のペースで食事をとることができるよう十分な時間を確保しなければなりません。
- (2) 入居者の意思を尊重し、また、その心身の状態に配慮した上で、できるだけ離床して共同生活室で食事を摂ることができるよう支援しなければなりません。
ただし、共同生活室での食事を強制してはなりません。

19 相談及び援助（共通） 【老健条例第22条】

常に入所者の心身の状態、病状、置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行わなければなりません。

20 その他のサービスの提供 【老 健】[老健条例第 23 条]
【ユニット型】[老健条例第 48 条] [老健要綱第 62]

【老健】

適宜入所者のためのレクリエーション行事を行うよう努めます。

また、常に、入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければなりません。

【ユニット型】

入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、入居者が自律的に行うこれらの活動を支援しなければなりません。

また、常に入居者の家族との連携を図るとともに、入居者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければなりません。

Point

【ユニット型】

- (1) 入居者 1 人ひとりの嗜好を把握した上で、それに応じた趣味、教養又は娯楽にかかる活動の機会を提供するとともに、同好会やクラブ活動などを含め、入居者が自律的に行うこれらの活動を支援しなければなりません。
- (2) ユニット型介護老人保健施設の療養室は、家族や友人が来訪・宿泊して入居者と交流するのに適した個室であることから、これらの者ができる限り気軽に来訪・宿泊することができるよう配慮しなければなりません。

21 入所者に関する市町村への通知（共通） [老健条例第 24 条] [老健要綱第 36]

- (1) 入所者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく意見を付してその旨を市町村に通知しなければなりません。
 - ① 正当な理由なくサービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態を悪化させたと認められるとき。
 - ② 偽りその他不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

22 管理者の責務（共通） [老健条例第 25、26 条] [老健規則第 11 条] [老健要綱第 37、38]

- (1) 介護老人保健施設の管理者は、常勤であり、原則として専ら当該介護老人保健施設の職務に従事する者でなければなりません。ただし、次の場合であって、当該介護老人保健施設の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができます。
 - ① 当該施設の従業者として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、当該介護老人保健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介護老人保健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ます。）

③ 当該施設が本体施設であって、当該本体施設のサテライト型小規模介護老人保健施設、サテライト型特定施設である指定地域密着型特定施設又はサテライト型居住施設である指定地域密着型介護老人福祉施設の管理者又は従業者として勤務する場合。

④ 当該施設がサテライト型小規模介護老人保健施設であって、当該施設の本体施設の管理者又は従業者として勤務する場合。

- (2) 管理者は、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りません。また、従業者に対して運営に関する基準を遵守させるため、必要な指揮命令を行うものとします。

※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、職員及び業務の管理を一元的に行うことが必要です。

23 計画担当介護支援専門員の責務（共通） 【老健条例第 27 条】 【老健要綱第 39】

- (1) 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に関する業務のほか、次に掲げる業務を行います。

- ① 入所申込者の入所に際し、当該入所申込者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること。
- ② 入所者の心身の状況、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否かについて定期的に検討し、その内容等を記録すること。
- ③ 入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。
- ④ 当該施設が提供した施設サービスに関する苦情の内容等を記録すること。
- ⑤ 当該施設が提供した施設サービスに関する事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

24 運営規程 【老 健】 【老健条例第 28 条】 【老健要綱第 40】 【ユニット型】 【老健条例第 49 条】 【老健要綱第 63】

【老健】

- (1) 介護老人保健施設は、施設の適正な運営及び入所者に対する適切なサービスの提供を確

保するため、次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程（運営規程）を定めなければなりません。

- 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 入所定員
- ④ 入所者に対する介護保健施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額
- ⑤ 施設の利用に当たっての留意事項
(介護保健施設サービスの提供を受ける際に、入所者が留意すべき生活上のルール・設備の利用上の留意事項等)
- ⑥ 非常災害対策
(消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための具体的な計画 等)
- ⑦ 虐待防止のための措置に関する事項 ※R6. 4. 1 から義務化
(虐待の防止に係る、組織内の体制や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法 等)
- ⑧ その他施設の運営に関する重要事項
(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。)

(2) 運営規程の概要は施設内の見やすい場所に掲示しなければなりません。

【ユニット型】

(1) ユニット型介護老人保健施設は、施設の適正な運営及び入所者に対する適切なサービスの提供を確保するため、次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程を定めなければなりません。

- 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 入居定員
- ④ ユニットの数及びユニットごとの入居定員
- ⑤ 入居者に対する介護保健施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額
※ 「介護保健サービスの内容」とは、入居者が、自らの生活様式や生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるように、1日の生活の流れの中で行われる支援の内容をいう。
- ⑥ 施設の利用に当たっての留意事項
(介護保健施設サービスの提供を受ける際に、入所者が留意すべき生活上のルール・設備の利用上の留意事項)
- ⑦ 非常災害対策
(消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための具体的な計画 等)
- ⑧ 虐待防止のための措置に関する事項 ※R6. 4. 1 から義務化
(虐待の防止に係る、組織内の体制や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の

対応方法 等)

⑨ その他施設の運営に関する重要事項

(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。)

(2) 運営規程の概要は施設内の見やすい場所に掲示しなければなりません。

Point

【老健】 【ユニット型】

従業員の「員数」は日々変わりうるものであるため、業務負担軽減等の観点から、規程を定めるに当たっては、規則第2条において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載することも差し支えありません(条例第7条に規定する重要事項を記した文書に記載する場合についても、同様とします。)

25 勤務体制の確保等

【老 健】[老健条例第29条] [老健要綱第41]

【ユニット型】[老健条例第50条] [老健規則第18条] [老健要綱第64]

【老健】【ユニット型】

- (1) 入所(居)者に対し、適切な介護保健施設サービスを提供できるよう、従業員の勤務の体制を定め、当該介護老人保健施設の従業員によってサービスを提供しなければなりません。ただし、入所(居)者の処遇に直接影響を及ぼさない業務(調理・洗濯等)については、第三者への委託等が認められています。
- (2) 従業員の資質の向上のため、研修の機会を確保しなければなりません。また、従業員(看護師、准看護師、介護福祉士又は介護支援専門員の資格を有する者その他これに類する者を除く。)に対し、認知症の入所者に対する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りません。※R6.4.1から義務化
- (3) 適切な介護保健施設サービスの提供を確保する観点から、当該介護老人保健施設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員の就業環境が害されることを防止するための方針を明確にするなどの必要な措置を講じなければなりません。

Point

【老健】【ユニット型】

- (1) 原則として、月ごとの勤務表を作成し、従業員の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護職員、介護職員等の配置等を明確にします。
- (2) 夜間の安全の確保及び入所者のニーズに対応するため、看護職員又は介護職員による夜勤体制を確保する必要があります。
- (3) 休日・夜間等においても医師との連絡が確保される体制をとる必要があります。
- (4) 各職種にわたって、統一した運営方針のもとに介護保健施設サービスの提供を行い、か

つ、その向上を図るため、計画的に従業者の研修の機会を確保するよう努めるものとします。

- (5) 介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づけることとしたものであり、これは、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施するものです。

当該義務付けの対象とならない者は、各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得している者とするとし、具体的には看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修課程一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等とします。

- (6) 事業主には、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じることが義務づけられています。事業主が講ずべき措置の具体的内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりです。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、入所者やその家族等から受けるものも含まれることに留意すること。

ア 事業主が講ずべき措置の具体的内容（義務）

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

a 事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発

- b 相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備
相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。

イ 事業主が講じることが望ましい取組について（努力義務）

パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して 1 人で対応させない等）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されています。

【ユニット型】

- (1) 従業者の勤務の体制を定めるにあたっては、入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮する観点から、次のとおり従業者の配置を行わなければなりません。

- ① 昼間については、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 夜間及び深夜については、2 ユニットごとに 1 人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する従業者として配置すること。
- ③ 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。

- (2) ユニット型介護老人保健施設において、当該施設の従業者が、日常生活上の活動を適切に援助するためには、入居者との間に、いわゆる「馴染みの関係」が求められます。従って、従業者については、原則としてユニットごとに固定的に配置することが望ましいとされています。

- (3) ユニットごとの常勤のユニットリーダーについては、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した従業者（研修受講者）を施設に 2 名以上配置し、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（研修受講者でなくとも構わない）従業者を決めることで足りることとします。

この場合、研修受講者は、研修を受講していない各ユニットの責任者に研修で得た知識等を伝達するなど、ユニットケアの質の向上の中核となることが求められます。

また、ユニットリーダーについて、必要とされる研修受講者の数には、当面は、ユニットリーダー以外の研修受講者で、研修を受講していないユニットリーダーに対して研修で得た知識等を伝達し、ユニットケアに関して指導及び助言を行うことができる者を含めても差し支えありません。

- (3) 令和 3 年 4 月 1 日以降に、入居定員が 10 を超えるユニットを整備する場合においては、令和 3 年改正省令附則第 6 条の経過措置に従い、夜勤時間帯（午後 10 時から翌日の午前 5 時までを含めた連続する 16 時間をいい、原則として施設ごとに設定するものとする。以下同じ。）を含めた介護職員及び看護職員の配置の実態を勘案し、次のとおり職員を配置するよう努めるものとします。

① 日勤時間帯の介護職員及び看護職員の配置

ユニットごとに常時 1 人の配置に加えて、当該ユニットにおいて日勤時間帯（夜勤時間帯に含まれない連続する 8 時間をいい、原則として施設ごとに設定するものとする。以下同じ。）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 以上となるように介護職員又は看護職員を配置するよう努めること。

② 夜勤時間帯の介護職員及び看護職員の配置

2 ユニットごとに 1 人の配置に加えて、当該 2 ユニットにおいて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以上となるように介護職員又は看護職員を配置するよう努めること。

なお、規則第17条第1項及び第2項に規定する職員配置に加えて介護職員又は看護職員を配置することを努める時間については、日勤時間帯又は夜勤時間帯に属していればいずれの時間でも構わず、連続する時間である必要はなく、当該ユニットにおいて行われるケアの内容、入居者の状態等に応じて最も配置が必要である時間に充てるように努めるものとします。

(4) ユニット型介護老人保健施設の管理者は、ユニット型施設の管理者に係る研修を受講するよう努めなければなりません。

Attention

【老健】【ユニット型】

(1) 勤務表の作成における留意点は、次のとおりです。

- ① 原則として月ごとに勤務表を作成する。
- ② 勤務表には従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護職員及び介護職員等の配置を明確に定めなければならない。

(2) 勤務表における勤務時間は、次のとおりです。

- ① 勤務時間は、休憩時間を除いた実労働時間を記載すること（残業時間は除く）。
- ② 職員の出張や休暇に係る時間は、常勤・非常勤職員により取り扱いが異なるので注意すること。
 - ・ 常勤職員については、歴月で1月を超えるものでない限り、勤務したもののみならずことができ、常勤換算の計算に含めることができる。
- ③ 併設される他事業や同一敷地内の他職種等と兼務する場合、勤務時間を職種ごとに按分すること。
- ④ 介護支援専門員が支障のない範囲で他職種を兼務する場合は、按分する必要はない。

26 業務継続計画の策定等（共通） 【老健】[老健条例第29条の2] [老健要綱第42]

- (1) 介護老人保健施設は、感染症及び非常災害の発生時において、入所者に対し介護保健施設サービスの提供を継続的に実施するため及び非常の場合における早期の業務再開を図るための「業務継続計画」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りません。
- (2) 介護老人保健施設は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な「研修」及び「訓練」を定期的の実施しなければなりません。
- (3) 介護老人保健施設は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

Point

- (1) 業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、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ありません。また、感染症や災害が発生した場合には、従業員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、全ての従業員が参加できるようにすることが望ましいです。

★ 業務継続計画の策定等は、令和6年4月1日から義務化されています。

- (2) 業務継続計画には、以下の項目等を記載することとします。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とします。

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ありません。

① 感染症に係る業務継続計画

ア 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）

イ 初動対応

ウ 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

ア 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）

イ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）

ウ 他施設及び地域との連携

- (3) 「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します。

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とします。また、研修の実施内容についても記録することが必要です。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ありません。

- (4) 「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）に実施するものとします。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ありません。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ありません。

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す。

27 定員の遵守 【老健】[老健条例第 30 条] 【ユニット型】[老健条例第 51 条]

【老健】

入所定員及び療養室の定員を超えて入所させることはできません。

ただし、災害があった場合、虐待を受けたものを入所させようとする場合、その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

【ユニット型】

ユニットごとの入居定員及び療養室の定員を超えて入居させることはできません。

ただし、災害があった場合、虐待を受けたものを入居させようとする場合、その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

28 非常災害対策（共通） 【老健】[老健条例第 31 条] [老健要綱第 43]

- (1) 「非常災害に関する具体的な計画」を立て、非常災害時における「関係機関への通報及び連絡体制」を整備し、定期的に避難訓練、救出訓練を行うなど従業者が非常災害に対応できるための必要な措置を講じなければなりません。
- (2) 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りません。

Point

- (1) 「非常災害に関する具体的な計画」とは、消防計画及び地震、風水害その他の災害に対処するための計画を言います。

計画を定めるにあたっては、施設の立地条件に応じて災害の種類（火災、地震、風水害、土砂災害等）や時間帯（昼間、夜間）等の様々な状況を想定して策定しなければなりません。

なお、この場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第 8 条の規定により、防火管理者を置くこととされている介護老人保健施設にあっては、その者に行わせ、また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている介護老人保健施設についても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行わせるものとします。
- (2) 「関係機関への通報及び連携体制を整備」とは、火災等の災害時に地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるように従業者に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制作りを求めることとしたものです。
- (3) 防火管理者又は防火管理に関する責任者を定め、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務を行わせるものとします。
- (4) 消防法その他の法令等に規定された設備（消火設備その他の非常災害に際して必要な設備）を確実に設置しなければなりません。
- (5) 介護老人保健施設の開設者は、避難、救出その他の訓練の実施に当たって、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必要があります。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必要があります。

29 衛生管理等（共通） [老健条例第 32 条] [老健規則第 12 条] [老健要綱第 44]

- (1) 入所者の使用する施設、食器、その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行わなければなりません。

また、施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じなければなりません。

- ① 感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する「感染対策委員会」（テレビ電話装置等を活用して開催することができるものとする。）を概ね 3 月に 1 回以上定期的に開催するとともに、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。
- ② 感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための「指針」を整備すること。
- ③ 介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための「研修」並びに「訓練」を定期的に実施すること。
- ④ 省令第 29 条第 2 項第 4 号に規定する「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応を行うこと。

Point

- (1) 「感染対策委員会」は、管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士又は管理栄養士、支援相談員など幅広い職種により構成します。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の感染対策を担当する者（感染対策担当者）を決めておくことが必要です。

なお、この委員会は、施設の他の委員会と独立して設置運営することが必要（関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することも差し支えない。）であり、感染対策担当者は看護師であることが望ましいとされています。

※なお、同一事業所内での複数担当の兼務や他の事業所・施設等との担当の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えありません。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、入所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してください。

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

また、施設外の感染管理等の専門家を委員として積極的に活用することが望ましいとさ

れています。

- (2) 「指針」では、平常時の対策及び発生時の対応を規定します。

平常時の対策としては、施設内の衛生管理、日常のケアにかかる感染対策等が、発生時の対応としては発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における施設関係課との関係機関との連携、医療措置、行政への報告等が想定されます。

また、発生時における施設内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要です。

なお、記載内容については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照して下さい。

- (3) 「研修」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該施設における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとします。

職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず感染対策研修を実施することが重要です。また、研修の実施内容については、記録することが必要です。

また、調理や清掃などの業務を委託する場合には、受託者に対しても、施設の指針を周知する必要があります。

なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、施設内での職員研修で差し支えありません。

- (4) 「訓練」は、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、定期的（年2回以上）に行うことが必要であり、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、施設内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとします。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す。

★ なお、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練は、令和6年4月1日から義務化されています。

30 協力医療機関等（共通） [老健条例第33条] [老健要綱第45]

入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ協力医療機関を定めなければなりません。また、あらかじめ協力歯科医療機関を定めるよう努めなければなりません。

Point

- (1) 協力医療機関の選定には、次の点に留意します。

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 当該介護老人保健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、当該介護老人保健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

(2) 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により各保健福祉事務所に届出ます(別紙1載せようかな)。なお、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、速やかに届け出ることが必要です。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が必要です。

(3) 第二種協定指定医療機関との間で、介護老人保健施設において新興感染症(同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症をいう。次項において同じ。)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りません。

(4) 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、介護老人保健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りません

(5) 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、当該介護老人保健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りません。

Attention

(1) 協力医療機関は、例えばPoint(1)①②の要件を満たす医療機関とPoint(1)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ありません。

(2) なお、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です。

(3) 医療機関に入院した入所者の退院後の受け入れについて、「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、必ずしも退院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す。

31 掲示(共通) [老健条例第34条] [老健要綱第46]

(1) 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(苦情解決の概要等)を掲示しなけ

ればなりません。

(2) 重要事項を記載した書面を当該介護老人保健施設に備え付け、かつ、これをいつでも関係者（介護サービスの入所申込者、入所者又はその家族等）に自由に閲覧（可能な形で施設内に備え付ける。）させることにより、掲示に代えることができます。

(3) 原則として、(1)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ればなりません。

※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で

掲示すべき事項	留意事項
運営規程の概要	玄関、ロビーなど、重要事項を伝えるべき介護サービスの入所申込者、入所者又はその家族等に対して見やすい場所に掲示する。
従業員の勤務体制	組織図及びその日の職員の勤務体制（職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数）が分かるもの等を掲示する。従業員の氏名まで掲示することを求めるものではない。
事故発生時の対応	
苦情処理の体制	
提供するサービスの第三者評価の実施状況	実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況等。
協力医療機関	利用者・外部の人が見ても、わかりやすい内容とする。
利用料	利用料は曖昧な表示をせず、項目ごとに設定された金額を明示する。
その他サービスの選択に資すると認められる重要事項	

32 秘密保持等（共通） 【老健条例第 35 条】 【老健要綱第 47】

従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らしてはいけません。過去に従業者であった者が正当な理由なく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、「必要な措置」を取らなければなりません。

また、居宅介護支援事業者等に対し、退所後の居宅における居宅介護支援計画の作成等に資するために、入所者に関する情報を提供するときは、あらかじめ文書により当該入所者の同意を得なければなりません。

33 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止（共通）

【老健条例第 36 条】 【老健要綱第 48】

居宅介護支援事業者による介護保険施設の紹介が、公正中立に行われるよう、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、要介護被保険者に対して介護老人保健施設を紹介する対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはなりません。

また、入所者による退所後の居宅介護支援事業者の選択が公正中立に行われるよう、居宅

介護支援事業者又はその従業者から、当該施設から退所者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受してはなりません。

34 苦情解決等（共通） 【老健条例第 37 条】 【老健要綱第 49】

提供した介護保健施設サービスに関する入所者又はその家族からの苦情に、迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口の設置その他の「必要な措置」を講じなければなりません。また、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければなりません。

Point

- (1) 「必要な措置」とは、苦情を受け付けるための窓口を設置することのほか、相談窓口、苦情解決の体制及び手順等、当該施設における苦情を解決するために講ずる措置の概要について明らかにし、これを入所者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に記載するとともに、施設に掲示し、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等をいいます。
- (2) 苦情に対し介護老人保健施設が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情の受付日、内容等を記録しなければなりません。
- (3) 苦情の内容等の記録は、5 年間保存しなければなりません。
- (4) 介護老人保健施設は、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取り組みを自ら行わなければなりません。
- (5) 市町村に苦情があった場合の対応は、次のとおりです。
 - ① 提供した介護保健施設サービスに関して、市町村から文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村職員からの質問若しくは照会があった場合は、その調査に協力すること。
 - ② 市町村から指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って行った改善の内容を市町村に報告すること。
- (6) 国民健康保険団体連合会に苦情があった場合の対応は、次のとおりです。
 - ① 提供した介護保健施設サービスに関する入所者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うこと。
 - ② 国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、指導又は助言に従って行った改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告すること。

35 地域との連携等（共通） 【老健条例第 38 条】 【老健要綱第 50】

運営に当たっては、地域に開かれたものとして運営されるよう、地域住民、ボランティア団体等との連携及び協力を行う等により地域との交流に努めなければなりません。

また、提供した施設サービスに関する入所者からの相談に関して、市町村等が派遣する者が

相談及び援助を行う事業、その他の「市町村が実施する事業」に協力するよう努めなければなりません。

Point

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

36 事故発生の防止及び発生時の対応（共通）

[老健条例第 39 条][老健規則第 13 条] [老健要綱第 51]

- (1) 事故の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければなりません。
 - ① 事故が発生した場合の対応、事故が発生した場合等の報告の方法等が記載された事故発生防止のための「指針」を整備すること。
 - ② 事故が発生した場合又は事故の発生に至る危険性がある事態が生じた場合に、これらの事実が報告され、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対策を検討する「事故防止検討委員会」（テレビ電話装置等を活用して開催することができるものとする。）を定期的開催すること。
 - ④ 従業者に対し、事故発生の防止のための「研修」を定期的実施すること。
 - ⑤ 事故発生等の防止のための措置の適切な実施を図るための業務を担当する者を置くこと。
- (2) 入所者に対する、介護保健施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じなければなりません。
- (3) 事故の状況及び当該事故に際して採った処置について記録しなければなりません。
- (4) 入所者に対する介護保健施設サービスの提供により賠償すべき事態が発生した場合には、速やかに損害賠償を行わなければなりません。

Point

- (1) 「指針」に盛り込むべき項目として想定されることは、次のとおりです。
 - ① 施設における介護事故防止に関する基本的考え方
 - ② 介護事故の防止のための委員会その他の施設内の組織に関する事項
 - ③ 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針
 - ④ 施設内で発生した介護事故、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場合（ヒヤリ・ハット事例）及び現状を放置しておく介護事故に結びつく可能性が高いもの（介護事故等）の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
 - ⑤ 介護事故等発生時の対応に関する基本方針
 - ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
 - ⑦ その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針

- (2) 従業者に周知徹底する体制で具体的に想定されることは、次のとおりです。
- ① 介護事故等について報告するための様式を整備すること。
 - ② 介護職員その他の従業者は、介護事故等の発生、又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、介護事故等について報告するための様式に従い、介護事故等について報告すること。
 - ③ 事故防止検討委員会において、報告された事例を集計し、分析すること。
 - ④ 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等を取りまとめ、防止策を検討すること。
 - ⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
 - ⑥ 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。
- ※ 改善のための方策を定め、従業者に対し周知徹底する目的は、介護事故等について施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して職員の懲罰を目的としたものではないことに留意する必要がある。
- (3) 「事故防止検討委員会」とは、管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員、介護支援専門員などの幅広い職種により構成された介護事故発生の防止及び再発防止のための対策を検討する委員会のことをいい、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にする必要があります。
- なお、委員会は他の委員会と独立して設置・運営することが必要（関係する職種、取り扱い事項等が相互に関係が深いと認められる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ものとする。）であり、責任者はケア全般の責任者であることが望ましいとされています。
- (4) 「研修」の内容は、事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該介護老人保健施設における指針に基づき、安全管理の徹底を行うものとします。職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該介護老人保健施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施することが重要です。
- また、研修の実施内容については記録が必要です。
- (5) 「事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者」として、(1)から(4)までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要です。当該担当者としては、事故防止検討委員会において安全対策を担当する者との同一の従業者が務めることが望ましいとされています。

※なお、同一事業所内での複数担当の兼務や他の事業所・施設等との担当の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えありません。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、入所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してください。

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

するための担当者

- (6) 賠償すべき事態が発生した場合には、速やかに賠償しなければなりません。そのためにも損害賠償保険に加入しておくか、若しくは賠償資力を有することが望ましいとされています。

37 虐待の防止（共通） [老健条例第 39 条の 2] [老健規則第 14 条] [老健要綱第 52]

虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければなりません。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する「虐待防止検討委員会」（テレビ電話装置等を活用して開催することができるものとする。）を定期的に開催するとともに、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。
- (2) 虐待の防止のための「指針」を整備すること。
- (3) 介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための「研修」を定期的に実施すること。
- (4) 虐待の防止に関する措置の適切な実施を図るための業務を担当する者を置くこと。

Point

- (1) 「虐待防止検討委員会」は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成します。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的に開催することが必要です。また、施設外の虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましいとされています。

一方、虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要です。

なお、虐待防止検討委員会は、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる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ありません。また、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ありません。

- (2) 「虐待防止検討委員会」で検討すべき内容として想定されることは、次のとおりです。
- なお、委員会で得た結果は、従業者に周知徹底する必要があります。
- ① 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関すること
 - ② 虐待の防止のための指針の整備に関すること
 - ③ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
 - ④ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること
 - ⑤ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
 - ⑥ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
 - ⑦ 再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること
- (3) 「指針」に、盛り込むべき内容として想定されることは、次のとおりです。

- ① 施設における虐待の防止に関する基本的考え方
 - ② 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項
 - ③ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
 - ④ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
 - ⑤ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
 - ⑥ 成年後見制度の利用支援に関する事項
 - ⑦ 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
 - ⑧ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
 - ⑨ その他虐待の防止の推進のために必要な事項
- (4) 「研修」の内容は、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該介護老人保健施設における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとしします。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該介護老人保健施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年2回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要です。

また、研修の実施内容については記録が必要です。

- (5) 「虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者」として、(1) から (4) までの掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要です。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましいとされています。

※なお、同一事業所内での複数担当の兼務や他の事業所・施設等との担当の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えありません。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、入所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してください。

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

38 会計の区分（共通） 【老健条例第40条】 【老健要綱第54】

介護老人保健施設は、介護保健施設サービスの事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければなりません。

Point

具体的な会計処理等の方法については、「介護老人保健施設会計・経理準則の制定について（平成12年3月31日老発第378号）」及び「介護保険の給付対象事業における会計の区分について（平成13年3月28日老振発第18号）」により取り扱うこととします。

39 記録の整備（共通） [老健条例第 41 条] [老健要綱第 55]

（１） 介護老人保健施設は、従業者、施設、及び設備並びに会計に関する記録を整備しなければなりません。

① 従業者に関する記録

例）勤務状況に関する記録（雇用契約書、出勤簿・タイムカード、勤務割表など）
給与に関する記録（賃金台帳、社会保険料等の控除書類など）
職員研修の記録（研修計画、受講者名簿など）
職員健康診断の記録

② 施設及び構造設備に関する記録

例）建築設備、備品のメンテナンス等に関する記録
電気設備、空調設備、給排水衛生設備、エレベーターなどの点検記録など
害虫駆除実施報告書、貯水槽清掃実施証明書など

③ 会計に関する記録

例）予算書、決算書、事業計画書、事業報告書など

④ 防災に関する記録

例）消防計画書、防災訓練計画表、避難訓練実施記録など

（２） 次に掲げる入所者に対する介護保健施設サービスの提供に関する記録を整備し、その完結の日から２年間（身体拘束、苦情解決、事故についての記録については５年間）保存しなければなりません。

① 施設サービス計画

② 入所者が居宅において日常生活を営むことができるか否かについての検討の内容等の記録

③ 提供した介護老人保健施設サービスの具体的な内容等の記録

④ 身体拘束等を行う場合は、態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに理由の記録

⑤ 老健条例第 24 条の規定による市町村への通知（入所者が正当な理由なしに介護保健施設サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき、又は入所者が偽りその他の不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたときに、施設が市町村に行う通知）に係る記録

⑥ 提供した介護保健施設サービスに関する入所者及びその家族からの苦情の内容等の記録

⑦ 提供した介護保健施設サービスに関する事故の状況及び当該事故に際して採った処置についての記録

※ 介護保健施設サービスの提供に関する記録には診療録が含まれるものとします（診療録については医師法第 24 条第 2 項の規定により、５年間保存しなければなりません）。

[老健要綱第 54（１）]

※ 「その完結の日」とは個々の入所者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設

への入所、入所者の死亡、入所者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指すものとします。

[老健要綱第 54（2）]

40 電磁的記録等（共通） [老健条例 52] [老健規則第 19 条] [老健要綱第 65]

- （１） 介護老人保健施設及びその従業者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、条例及び規則の規定において書面で行うことが規定されており、又は想定されるもの（条例第 10 条第 1 項及び第 13 条第 1 項並びに要綱第 18 条第 2 項に規定するものを除く。）については、書面に代えて、当該書面に係る「**電磁的記録**」（電子的方式、磁気的方式その他の人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。
- （２） 介護老人保健施設及びその従業者は、交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもののうち、条例及びこの規則の規定において書面で行うことが規定されており、又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、「**電磁的方法**」（電子的方法、磁気的方法その他の人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができる

Point

○「電磁的記録」について

- （１） 電磁的記録による作成は、施設等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。
- （２） 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。
 - ① 作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
 - ② 書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
- （３） その他、規則第 18 条第 1 項において電磁的記録により行うことができるとされているものは、（１）及び（２）に準じた方法によること。
- （４） また、電磁的記録により行う場合は、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

○「電磁的方法」について

- （１） 電磁的方法による交付は、規則第 5 条第 1 項から第 5 項までの規定に準じた方法によること。
- （２） 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより入所者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。

- (3) 電磁的方法による締結は、入所者等・施設等との間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのQ & A（令和2年6月19 日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。

○参考資料等

- ・「押印についてのQ & A（令和2年6月19 日内閣府・法務省・経済産業省）」：参考
- ・「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」：遵守
- ・「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」：遵守

41 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について（共通） [老健条例第39条の3] [老健規則第15条] [老健要綱第53]

- (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、当該介護老人保健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りません。

Point

- (1) 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ます。
- (2) 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ます。
- (3) 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してください。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ものであります。
- (4) 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に留意した上で、各事業所の状況を踏まえ、適切な開催頻度を定めることが望ましいです。
- (5) 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です。
- (6) 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ありません。また、本委員会は事業所毎に実施が求められるものでありますが、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ありません。
- (7) 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はありますが、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。

Ⅴ 介護保健施設サービスに要する費用等

１ 介護保健施設サービス費（１日につき）

老 健 (ユニット型以外)		従来型個室	多床室
介護老人保健施設 (基本型)	Ⅰ	サービス費 (i)	サービス費 (iii)
		要介護 1 717単位	要介護 1 793単位
		要介護 2 763単位	要介護 2 843単位
		要介護 3 828単位	要介護 3 908単位
		要介護 4 883単位	要介護 4 961単位
		要介護 5 932単位	要介護 5 1,012単位
介護老人保健施設 (在宅強化型)	Ⅰ	サービス費 (ii)	サービス費 (iv)
		要介護 1 788単位	要介護 1 871単位
		要介護 2 863単位	要介護 2 947単位
		要介護 3 928単位	要介護 3 1,014単位
		要介護 4 985単位	要介護 4 1,072単位
		要介護 5 1,040単位	要介護 5 1,125単位
介護療養型老人保健施設	Ⅱ	サービス費 (i)	サービス費 (ii)
		要介護 1 758単位	要介護 1 839単位
		要介護 2 843単位	要介護 2 924単位
		要介護 3 960単位	要介護 3 1,044単位
		要介護 4 1,041単位	要介護 4 1,121単位
		要介護 5 1,117単位	要介護 5 1,197単位
介護療養型老人保健施設 (入所者等の合計数が４０以下)	Ⅲ	サービス費 (i)	サービス費 (ii)
		要介護 1 758単位	要介護 1 839単位
		要介護 2 837単位	要介護 2 918単位
		要介護 3 933単位	要介護 3 1,016単位
		要介護 4 1,013単位	要介護 4 1,092単位
		要介護 5 1,089単位	要介護 5 1,170単位
介護老人保健施設 (その他型)	Ⅳ	サービス費 (i)	サービス費 (ii)
		要介護 1 703単位	要介護 1 777単位
		要介護 2 748単位	要介護 2 826単位
		要介護 3 812単位	要介護 3 889単位
		要介護 4 865単位	要介護 4 941単位
		要介護 5 913単位	要介護 5 991単位

ユニット型老健		ユニット型個室	経過的ユニット型 (旧：ユニット型個室の多床室)
介護老人保健施設 (基本型)	I	サービス費 (i)	サービス費 (i)
		要介護 1 802単位	要介護 1 802単位
		要介護 2 848単位	要介護 2 848単位
		要介護 3 913単位	要介護 3 913単位
		要介護 4 968単位	要介護 4 968単位
		要介護 5 1,018単位	要介護 5 1,018単位
介護老人保健施設 (在宅強化型)	I	サービス費 (ii)	サービス費 (ii)
		要介護 1 876単位	要介護 1 876単位
		要介護 2 952単位	要介護 2 952単位
		要介護 3 1,018単位	要介護 3 1,018単位
		要介護 4 1,077単位	要介護 4 1,077単位
		要介護 5 1,130単位	要介護 5 1,130単位
介護療養型老人保健施設	II	サービス費	サービス費
		要介護 1 928単位	要介護 1 928単位
		要介護 2 1,014単位	要介護 2 1,014単位
		要介護 3 1,130単位	要介護 3 1,130単位
		要介護 4 1,209単位	要介護 4 1,209単位
		要介護 5 1,287単位	要介護 5 1,287単位
介護療養型老人保健施設 (入所者等の合計数が40以下)	III	サービス費	サービス費
		要介護 1 928単位	要介護 1 928単位
		要介護 2 1,007単位	要介護 2 1,107単位
		要介護 3 1,104単位	要介護 3 1,104単位
		要介護 4 1,181単位	要介護 4 1,181単位
		要介護 5 1,259単位	要介護 5 1,259単位
介護老人保健施設 (その他型)	IV	サービス費	サービス費
		要介護 1 784単位	要介護 1 784単位
		要介護 2 832単位	要介護 2 832単位
		要介護 3 894単位	要介護 3 894単位
		要介護 4 948単位	要介護 4 948単位
		要介護 5 997単位	要介護 5 997単位

2 介護保健施設サービス費の算定要件

● I 介護老人保健施設（基本型）に係る施設基準（i、iii）

- （1）看護職員又は介護職員の数が、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以上であること。
- （2）通所介護費等の算定方法第13号口に規定する基準に（定員超過・人員基準欠如に）該当していないこと。
- （3）入所者の居宅への退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。
- （4）当該施設から退所した者の退所後30日以内（退所時の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の場合にあっては、14日以内）に、当該施設の従業者が当該入所者の居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の居宅における生活が継続する見込みであることを確認し、記録していること。
- （5）入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
- （6）当該施設の医師が、リハビリテーションの実施に当たり、当該施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、入所者に対するリハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、リハビリテーションにおける入所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。
- （7）次に掲げる計算式により算定した数（指標の合計値）が20以上であること。

【在宅復帰・在宅療養支援等指標】

- ・在宅復帰昨機能を評価する指標で次のAからJの10項目の配点を集計して点数を算出する
- ・「介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出書（別紙29-2、令和6年10月サービス提供分以降。同年9月サービス提供分までは別紙29）」の「5 在宅復帰・在宅療養支援に関する状況」が同指標の集計表である。

A 在宅復帰率

算定月の前6月間において、退所者のうち、居宅において介護を受けることとなったもの（当該施設における入所期間が1月間を超えていた退所者に限る。）の割合）

50%超→20点 30%超50%以下→10点 30%以下→0点

B ベッド回転率

30.4を当該施設の平均在所日数で除して得た数

10%以上→20点 5%以上10%未満→10点 5%未満→0点

C 入所前後訪問指導割合

算定月の前3か月間に、入所期間が1か月を超えることが見込まれる者の入所予定日前30日以内、又は入所後7日以内に居宅を訪問して施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の割合（退所後に社会福祉施設等に入所する割合を含む）

35%以上→10点 15%以上 35%未満→5点 15%未満→0点
※令和6年9月サービス提供分までは、
30%以上→10点 10%以上 30%未満→5点 10%未満→0点

D 退所前後訪問指導割合

算定月の前3か月間において、入所期間が1か月を超えることが見込まれる者の退所前30日以内、又は退所後30日以内に居宅を訪問し、本人及び家族に、退所後の療養上の指導を行った者の割合（退所後に社会福祉施設等に入所する場合を含む）

35%以上→10点以上 15%以上35%未満→5点 15%未満→0点
※令和6年9月サービス提供分までは、
30%以上→10点 10%以上 30%未満→5点 10%未満→0点

E 居宅サービスの実施状況

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護について、施設（※）でのサービス提供種類※併設する病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院を含む

全サービス→5点
2種類（訪問リハビリテーションを含む）→3点
2種類（訪問リハビリテーションを含まない）→1点
1種類・実施していない→0点

F リハ専門職員の配置割合

常勤換算方法で算定したリハビリ担当の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の数÷入所者数×100

5以上（PT、OT、STいずれも配置）→5点
5以上→3点
3以上5未満→2点
3未満→0点

G 支援相談員の配置割合

常勤換算方法で算定した支援相談員の数÷入所者数×100

3以上かつ社会福祉士1以上→5点
3以上（社会福祉士の配置なし）→3点
2以上3未満→1点
2未満→0点

H 要介護4又は5の割合

算定月の前3か月間の入所者のうち、要介護4・5の者の割合

50%以上→5点

35%以上50%未満→3点

35%未満→0点

I 喀痰吸引の実施割合

算定月の前3か月間の入所者のうち喀痰吸引を実施された者の割合

10%以上→5点

5%以上10%未満→3点

5%未満→0点

J 経管栄養の実施割合

算定月の前3か月間の入所者のうち、経管栄養を実施された者の割合

10%以上→5点

5%以上10%未満→3点

5%未満→0点

● I 介護老人保健施設（在宅強化型）に係る施設基準（ii、iv）

- （1）介護老人保健施設（基本型）に係る施設基準（1）から（6）までに該当するものであること。
- （2）介護老人保健施設（基本型）に係る施設基準（7）に掲げる計算式により算定した数（指標の合計値）が60以上であること。
- （3）地域に貢献する活動を行っていること。
- （4）入所者に対し、少なくとも週三回程度のリハビリテーションを実施していること。

● II 介護療養型介護老人保健施設に係る施設基準（i、ii）

- （1）平成18年7月1日から平成30年3月31日までの間に転換を行って開設した介護老人保健施設であること。
- （2）算定日が属する月の前12月間における新規入所者の総数のうち、医療機関を退院し入所した者の占める割合から自宅等（介護保険法に規定する居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、介護予防サービス事業及び地域密着型介護予防サービス事業を行う事業所並びに他の社会福祉施設等を除く。）から入所した者の占める割合を減じて得た数が35%以上であることを標準とすること。ただし、当該基準を満たすことができない特段の事情（半径4km以内に病床を有する医療機関がないこと、又は、病床数が19以下であること）があるときはこの限りでない。
- （3）算定日が属する月の前3月間における入所者等（短期療養の利用者を含む）のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が15%以上又は著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者（日常生活自立度

のランクMに該当する者)の占める割合が20%以上であること。

(4) 介護老人保健施設(基本型)に係る施設基準(1)及び(2)に該当するものであること。

※ 上記の介護療養型介護老人保健施設に係る施設基準(1)から(4)に該当し、入所者等の合計数が40以下である場合、「Ⅲ 介護療養型介護老人保健施設(i、ii)」により算出する。

● IV 介護老人保健施設(その他型)に係る施設基準(i、ii)

(1) 看護職員又は介護職員の数が、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以上であること。

(2) 通所介護費等の算定方法第13号口に規定する基準に「定員超過・人員基準欠如に」該当していないこと。

● 算定要件を満たさなくなった場合

I、II、Ⅲを算定している場合、要件を満たさなくなったその翌月は、その要件を満たすものとなるよう必要な対応を行うこととし、それでも満たさない場合には、満たさなくなった翌々月に届出を行い、当該届出を行った月から当該施設に該当する基本施設サービス費及び加算を算定する。

なお、満たさなくなった翌月末において、要件を満たした場合には翌々月の届出は不要。

3 介護保健施設サービス費所定単位数の算定区分

「厚生労働大臣が定める施設基準(H12.2.10厚告26)55」に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、所定単位数を算定する。

算定時の留意事項については、「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(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(H12.3.8老企40)第2の6(5)」に定められている。

老健 (ユニット型以外)		従来型個室(定員1人)	多床室(定員2人以上)
介護老人保健施設 (基本型・在宅強化型)	I	施設基準	施設基準
介護療養型 老人保健施設	II	ユニットに属さない療養室(定員が1人のものに限る。)の入所者に対して行われるもので	ユニットに属さない療養室(定員が2人以上のものに限る。)の入所者に対して行われるも

介護療養型 老人保健施設 (入所者等の合計数が40以下)	Ⅲ	あること。 留意事項 ユニットに属さない居室（定員が1人のものに限る。「従来型個室」）の入所者に対して行われる。	のであること。 留意事項 ユニットに属さない居室（定員が2人以上のものに限る。「多床室」）の入所者に対して行われる。
介護老人保健施設 (その他型)	Ⅳ		

老健 (ユニット型)		ユニット型個室	経過的ユニット型 (旧：ユニット型個室的多床室)
介護老人保健施設 (基本型・在宅強化型)	Ⅰ	施設基準 ユニットに属する療養室の入所者に対して行われるものであること。 留意事項 ユニットに属する居室（ユニット型個室）の入所者に対して行われる。	施設基準 ユニットに属する療養室（ユニットに属さない療養室を改修したもの）の入所者に対して行われるものであること。 留意事項 ユニットに属する居室（ユニット型個室的多床室）の入所者に対して行われる。
介護療養型 老人保健施設	Ⅱ		
介護療養型 老人保健施設 (入所者等の合計数が40以下)	Ⅲ		
介護老人保健施設 (その他型)	Ⅳ		

4 従来型個室の算定

次のいずれかに該当する場合は、個室であっても、「従来型個室：定員1人」ではなく、「多床室：定員2人以上」を算定する。（ユニット型老健は対象外）

※（介護予防）短期入所療養介護は、下記①～③のとおりとする。

- ①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。
- ②8㎡以下の従来型個室に入所する者。
- ③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。
- ④ターミナルケア加算を算定する場合に、個室を希望し、個室に移行した場合の入所者。

※これらの場合、居住費（滞在費・宿泊費）も多床室と同様、光熱水費に相当する額となる。

5 入所等の日数の数え方

- (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・近接する敷地におけ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ものの間で、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：短期入所療養介護の利用者がそのまま介護老人保健施設に入所した場合は、入所に切り替えた日について、短期入所療養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・診療所の医療保険適用病床、又は、隣接・近接する敷地における病院・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等の日は算定されない。
また、同一敷地内等の医療保険適用病床を退院したその日に介護保険施設等に入所等する場合（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、入所等した日を含み、退所等した日は含まない。

6 定員超過利用の減算

【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

- (1) 月平均の入所者数（短期入所療養介護の利用者を含む）が運営規程に定める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（短期入所療養介護の利用者を含む）について所定単位数が70%に減算となる。
※月平均の入所者数は暦月で計算し、小数点以下を切り上げる。
- (2) 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）。
→ 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。
* 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。

7 夜勤職員基準未達の減算

【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

夜勤を行う職員の員数について、ある月（暦月）において下記①②のいずれかの事態が発生した場合に、その翌月において入所者（及び利用者）の全員について所定単位数が97%に減算となる（一部ユニット型については、基準に満たない事態がユニット以外の部分・ユニット部分のどちらで発生したかは関係なく入所者（及び利用者）の全員が対象）。

①夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が「夜勤職員基準」に定める員数に満たない事態が
2日以上連続して発生した場合

②夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が「夜勤職員基準」に定める員数に満たない事態が
4日以上発生した場合

＜夜勤を行う職員（看護職員又は介護職員）の定義＞

① 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（原則として事業所又は施設ごとに設定））において夜勤を行う職員の員数であり、複数の職員が交代で勤務することにより当該基準を満たして構わないものとする。

② 夜勤職員基準に定められる員数に小数が生じる場合においては、整数部分の員数の職員の配置に加えて、夜勤時間帯に勤務する別の職員の勤務時間数の合計を16で除して得た数が、小数部分の数以上となるように職員を配置することとする。

なお、この場合において、整数部分の員数の職員に加えて別の職員を配置する時間帯は、夜勤時間帯に属していればいずれの時間でも構わず、連続する時間帯である必要はない。当該夜勤時間帯において最も配置が必要である時間に充てるよう努めることとする。

夜勤職員基準		
ユニット型以外		ユニット型
施設区分	夜勤を行う看護職員又は介護職員の数	
介護老人保健施設施設 I、IV	2以上 指定（介護予防）短期入所療養介護の利用者の数及び介護老人保健施設の入所者の数の合計数「入所者等の数（※1）」が40以下の介護老人保健施設で、緊急時の連絡体制を常時整備している場合・・・1以上	2ユニットごとに 1以上
介護療養型 老人保健施設 II	1 上記基準と同一 次の要件のいずれにも適合する場合1以上 ①1又は2の病棟を有する病院から転換した場合（1の病棟の一部のみが転換した場合に限る） ②病院又は夜勤を行う看護職員若しくは介護職員の数が1以上である一般病床若しくは療養病床を有する診療所に併設する場合 ・・・1以上 2 夜勤を行う看護職員の数が入所者等の数（※1）を41で除して得た数以上（※2）	1 2ユニットごとに 1以上 2 夜勤を行う看護職員の数が入所者等の数（※1）を41で除して得た数以上（※2）
介護療養型 老人保健施設	1 2以上。ただし、常時、緊急時の連絡体制を整備している場合は、1以上でも可	1 2ユニットごとに 1以上

Ⅲ (入所者等の合計数が 40 以下)	・病院から転換し、次の要件のいずれにも適合する場合 ① 1又は2の病棟を有する病院から転換した場合（1の病棟の一部のみが転換した場合に限る） ② 病院に併設している場合 ③ 併設する病院の入院患者と当該介護老人保健施設の入所者等の数（※1）の合計が120以下である・・・・置かないことができる ・一般病床又は療養病床を有する診療所から転換し、次の要件のいずれにも適合する場合 ① 夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が1以上である一般病床又は療養病床を有する診療所に併設している場合 ② 併設する診療所の入院患者と当該介護老人保健施設の入所者等の数（※1）の合計が19以下である・・・・置かないことができる 2 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との連携により、夜勤時間帯を通じて連絡体制を整備し、かつ、必要に応じて診療の補助を行う体制を整備していること（※3）	2 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との連携により、夜勤時間帯を通じて連絡体制を整備し、かつ、必要に応じて診療の補助を行う体制を整備していること（※3）
------------------------------------	--	---

※1 入所者等の数は「前年度平均（老健と短期入所の合計）」を用いること。

人員基準上満たすべき看護師等の員数を算定する際の利用者数等は、当該年度の前年度（毎年4月1日に始まり3月31日をもって終わる年度とする。）の平均を用いる（ただし、新規開設又は再開の場合は推定数による。）。この場合、利用者数等の平均は、前年度の全利用者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数（小数点第2位以下切り上げ）とする。

※2 （ユニット型）介護老人保健施設Ⅱを算定している場合

夜勤を行う看護職員は、「1日平均夜勤看護職員数」とする。

「1日平均夜勤看護職員数」は、暦月ごとに夜勤時間帯（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時間をいう。）における延夜勤時間数を、当該月の日数に16乗じて得た数で除して算定し、小数点第3位以下を切り捨てる。

※3 （ユニット型）介護老人保健施設Ⅲを算定している場合

当該施設（事業所）の看護職員又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、夜間看護のオンコール体制を整備し、必要な場合には当該施設（事業所）からの緊急の呼出に応じて出勤すること。なお、病院、診療所又は訪問看護ステーションと連携する場合にあっては、連携する病院、診療所又は訪問看護ステーションをあらかじめ定めておくこと。

夜間の安全の確保及び入所者等のニーズに対応し、適正なサービスの提供を確保するために、夜勤を行う看護職員又は介護職員の員数不足の未然防止を図るよう勤めなければならない。

7-2 夜勤看護職員数基準未達の減算

【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

夜勤を行う看護職員に係る 1 日平均夜勤看護職員数が下記①②のいずれかに該当する月においては、入所者（及び利用者）の全員について、所定単位数が 97%に減算となる。

- ①前月において 1 日平均夜勤看護職員数が、「夜勤職員基準」により確保されるべき員数から 1 割を超えて不足していた場合
- ② 1 日平均夜勤看護職員数が、「夜勤職員基準（前項の表参照）」により確保されるべき員数から 1 割の範囲内で不足している状況が過去 3 月間（暦月）継続していた場合

8 人員基準欠如による減算

【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

介護老人保健施設及び（介護予防）短期入所療養介護において、医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（介護老人保健施設にあつては介護支援専門員）の配置が、暦月において基準上満たすべき員数を下回っている場合（下表参照）に、入所者等の全員について、所定単位数が 70%に減算となる。

●看護職員、介護職員の場合

- ・人員基準欠如が 1 割を超える場合は、当該月の翌月から解消月まで減算となる。
- ・人員基準欠如が 1 割以下である場合は、当該月の翌々月から解消月まで減算となる。

（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。）

●医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員の場合

- ・人員基準欠如した場合は、当該月の翌々月から解消月まで減算となる。

（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。）

人員基準欠如による減算になる場合

介護老人保健施設 （ユニット型以外）	①看護職員、介護職員→基準に定める員数を配置していない ②医師→常勤換算方法で入所者数比 100：1 以上を満たしていない ③理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 →常勤換算方法で入所者数比 100：1 以上を満たしていない ④介護支援専門員→1 以上配置を満たしていない （入所者数比 100：1 を標準）
介護老人保健施設 （ユニット型）	①看護職員、介護職員→常勤換算方法で入所者数比 3：1 以上を満たしていない ②医師→常勤換算方法で入所者数比 100：1 以上を満たしていない ③理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 →常勤換算方法で入所者数比 100：1 以上を満たしていない ④介護支援専門員→1 以上配置を満たしていない （入所者数比 100：1 を標準）
短期入所療養介護	基準に定める員数の医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作

特定介護老人保健施設 短期入所療養介護費	業療法士または言語聴覚士を配置していない
-------------------------	----------------------

※④を除き、入所者数には短期入所の利用者を含む。サテライト型については②～④、医療機関併設型については②③は適用されない

9 ユニットにおける職員に係る減算

【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

ユニット型の介護老人保健施設及び（介護予防）短期入所療養介護について、ある月（暦月）において下記①②の基準に満た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、入所者（及び利用者）の全員について、所定単位数が97%に減算となる。（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。）

- 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。

10 身体拘束廃止未実施減算

【介護老人保健施設】 【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

□**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**

身体拘束廃止未実施減算 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）

11 安全管理体制未実施減算 【介護老人保健施設】

□事故の発生又はその再発を防止するために必要な「措置」を講じていない場合に、その翌月から基準を満たさない状況が改善されるに至った月まで減算する

安全管理体制未実施減算 △5単位／日
●具体的には、①事故が発生した場合の対応、報告の方法などが記載された事故発生の防止のための指針を整備していない、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、その旨の報告がされ、及びその分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制が整備されていない、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っていない、④措置の適切な実施を図るための業務を担当する者を置いていない場合。

12 高齢者虐待防止措置未実施減算

【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

□虐待の発生等を防止する措置を講じていない施設に対する減算】

高齢者虐待防止措置未実施減算 所定単位数の 99%
●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。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。

13 業務継続計画未策定減算

【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

<△1単位／所定単位数> 令和7年4月1日から適用。

業務継続計画未策定減算 所定単位数の 99%
○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 ○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 ○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 ○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

14 栄養管理に係る減算 【介護老人保健施設】

□栄養管理の基準を満たさない場合の減算

安全管理体制未実施減算 △14 単位／日

- 入所者定員 100 以上の施設にあっては、栄養士又は管理栄養士を 1 以上配置していない場合、若しく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っていない場合に、その翌々月から基準を満たさない状況が改善されるに至った月まで、入所者全員について所定単位数から 14 単位を減算する。

15 夜勤職員配置加算

【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

□夜間における入所者の安全確保を強化するために、夜勤職員について、人員基準上の配置人数より多く配置することを評価する加算

夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が、

●入所者等の数が 41 以上の場合

入所者等の数が 20 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ、2 を超えていること。

●入所者等の数が 40 以下の場合

入所者等の数が 20 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ、1 を超えていること。

入所者等の数※	加算算定に必要な夜勤職員の数	入所者等の数※	加算算定に必要な夜勤職員の数
1～20	1 を超えていること	61～80	4 以上
21～40	2 以上	81～100	5 以上
41～60	3 以上	100～	入所者の数が 20 又はその端数をますごとに 1 以上

※老健の入所者数と短期入所の利用者数の合計数とする。

※入所者等の数は「前年度平均」を用いること。

●夜勤を行う職員（介護職員又は看護職員）の数は、「一日平均夜勤職員数」とする。

「一日平均夜勤職員数」は、暦月毎に夜勤時間帯（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算定し、小数点第 3 位以下を切り捨てる。

●認知症ケア加算を算定している介護老人保健施設の夜勤職員配置加算の基準については認知症専門棟とそれ以外の部分のそれぞれで満たさなければならない。

●一部ユニット型介護老人保健施設の夜勤職員配置加算の基準については、ユニット部分とそれ以外の部分のそれぞれで満たさなければならない。

16 短期集中リハビリテーション実施加算 【介護老人保健施設】

*（ユニット型）介護老人保健施設Ⅳを算定している場合算定不可

□入所間もない入所者に対し、早急かつ集中的な介入の促進を目的として、ADL の維持や向上

のためのリハビリテーションを実施した場合に算定する加算。

短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ 258 単位／日
○ 入所時及び 1 か月に 1 回以上 ADL 等の評価を行い、その評価結果等の情報を LIFE に提出しているか
○ 必要に応じてリハビリテーション計画を見直しているか
短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ 200 単位／日
○ 短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰを算定していないか

【加算Ⅰ、Ⅱの共通項目】

- 当該入所者が過去 3 月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できる。

ただし、次の場合はこの限りではない。

- ・入所者が過去 3 月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、4 週間以上の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合で、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる者。
- ・入所者が過去 3 月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、4 週間未満の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合で、次に定める状態である者。

- ①脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等を急性発症した者
- ②上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靱帯、神経、血管のうち 3 種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（一肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者

- 入所日から 3 か月以内の期間に限り算定できる

【リハビリテーション】

- 20 分以上の個別リハビリテーションを、1 週につきおおむね 3 日以上実施する

17 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 【介護老人保健施設】

□認知症の入所者に対して、短期間かつ集中的なリハビリテーションを実施した場合に算定する加算

*（ユニット型）介護老人保健施設Ⅳを算定している場合算定不可

認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ 240 単位／日
○入所者が退所後生活する居宅又は社会福祉施設等を訪問し、当該訪問により把握した生活環境を踏まえ、リハビリテーション計画を作成していること
○当該入所者の入所予定日前 30 日以内又は入所後 7 日以内に、当該入所者の退所後に生活することが想定される居宅又は他の社会福祉施設等を訪問し、当該訪問により把握した生活環境を踏まえ、リハビリテーション計画を策定している
○入所前後訪問指導加算の算定に当たって行う訪問により把握した生活環境を踏まえてリハビ

リテーション計画を作成している場合についても算定できる。
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ 120 単位／日
○ⅠとⅡの併算定不可

【加算Ⅰ、Ⅱの共通項目】

- 当該入所者が過去3月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り、1週に3日を限度として算定できる。
- 対象者は認知症の入所者で、精神科医等により生活機能の改善が見込まれると判断された者
- 入所日から3か月以内の期間に限り算定できる

【リハビリテーション】

- リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること
- 入所者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。
- 精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、在宅復帰に向けた生活機能の改善を目的として、リハビリテーション計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（理学療法士等）が記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施した場合に算定できる。なお、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは認知症に対して効果の期待できるものであること。
- 当該リハビリテーションに関わる医師は（精神科医師又は神経内科医師を除く）、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していること。なお、認知症に対するリハビリテーションをテーションに関する研修は、認知症の概念、認知症の診断、及び記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものであること。
- 記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週3日、実施することを標準とする。
- 1人の医師又は理学療法士等が1人の入所者に対して個別に行った場合のみ算定する。
- 入所者に対して個別に20分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定する。（時間が20分に満たない場合は、介護保健施設サービス費に含まれる。）
- 当該リハビリテーションの対象となる入所者はMMSE（Mini Mental State Examination）又はHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）において概ね5点～25点に相当する者とする。
- 当該リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等）は利用者毎に保管すること。
- 短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は当該リハビリテーション加算を算定することができる。

○「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (令和6年3月19日)」

【問14】入所者が退所後生活する居宅又は社会福祉施設等を訪問する際、訪問する職種に限定はあるか。

(答) 居宅等を訪問する者については、専門職種に限定は行わないが、居宅等の情報がリハビリテーション計画を作成する者に適切に共有することが可能な者が訪問すること。

【問15】入所者が社会福祉施設等へ退所する希望がある場合においても、入所前に生活をしてきた居宅を訪問する方が有益な情報が得られる場合や、施設におけるリハビリテーション等により居宅へ退所する可能性も考えられる場合など、居宅に訪問することが適切と考えられる場合においては、居宅に訪問することとして差し支えないか。

(答) 差し支えない。

18 若年性認知症入所者受入加算

【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

○若年性認知症入所者(介護保険法施行令第2条第6号に規定する初老期における認知症によって要介護者となった者)に対して介護保健施設サービスを行った場合に算定
ただし、「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。

若年性認知症入所者受入加算 120 単位/日

○受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該入所者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。

19 認知症ケア加算

【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】

○認知症の入所者に対して、認知症専門棟において認知症に対応したサービスを提供した場合に算定※日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅢに該当し、認知症専門棟において認知症に対応した処遇を受けることが適当であると医師が認めた者。

* (ユニット型) 介護老人保健施設Ⅳを算定している場合算定不可

認知症ケア加算 76 単位/日

【施設の基準】

○介護を必要とする認知症の入所者と他の入所者とを区別していること。

○次の基準に適合する施設・設備としているか

- ①原則として、同一の建物又は階において、他の指定短期入所療養介護の利用者に利用させ、又は介護老人保健施設の入所者を入所させるものでないもの。
- ②施設の入所定員は40人を標準とすること。
- ③施設に入所定員の1割以上の数の個室を設けていること。

④施設に療養室以外の生活の場として入所定員1人当たり面積が2㎡以上のデイルームを設けていること。

⑤介護が必要な認知症の入所者の家族に介護方法に関する知識及び技術を提供するために、30㎡以上の面積を有するものを設けていること。

○単位ごとの入所者数は10人を標準としている

○単位ごとに固定した介護職員又は看護職員を配置しているか

【職員の配置】

○従業者が入所者と「馴染みの関係」になることが求められる

○日中：入所者10人に対し、常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置

○夜間、深夜：入所者20人に1人以上の夜勤の介護職員又は看護職員を配置

20 外泊したときの費用の算定 【介護老人保健施設】

入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて当該費用を算定する。

外泊したときの費用の算定 362単位／日

○外泊の初日及び最終日は算定できない（所定単位数を算定する）。

（例）外泊期間：3／1～3／8 → 3／2～3／7 について外泊時の費用を算定

○「外泊時の費用」の算定にあたって、1回の外泊で月をまたがる場合は、最大で連続13泊（12日分）まで「外泊時の費用」の算定が可能。※毎月ごとに6日分の外泊時の費用の算定ができるものではない

（例）外泊期間：1／25～3／8

→ 1／26～1／31（6日間）及び2／1～2／6（6日間）について外泊時の費用を算定

○外泊の期間中にそのまま退所した場合 → 退所した日の「外泊時の費用」は算定可能

○外泊期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合 → 入院日以降は、「外泊時の費用」は算定不可

○入所者の同意を得てそのベッドを短期入所療養介護に活用した場合 → 「外泊時の費用」は算定不可

○入所者の外泊の期間中で、かつ、「外泊時の費用」の算定期間中にある場合は、当該入所者が使用していたベッドを他のサービスに利用することなく空けておくこと。※「外泊」には、入所者の親戚の家における宿泊、子供又はその家族と旅行に行く場合の宿泊等も含む。

○外泊の期間中は、当該入所者については、居宅介護サービス費は算定できない

21 外泊時に在宅サービスを利用したときの費用 【介護老人保健施設】

外泊時に在宅サービスを利用したときの費用 800単位／日

○入所者に対して居宅における外泊を認め、当該入所者が、介護老人保健施設により提供される在宅サービスを利用した場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき800単位を算定する。ただし、外泊の初日及び最終日は算定できない。また、外泊時費用

を算定している際には、併算定できない。

○外泊時在宅サービスの提供を行うに当たっては、その病状及び身体の状態に照らし、医師、看護・介護職員、生活相談員、介護支援専門員等により、その居宅において在宅サービス利用を行う必要があるかどうか検討すること。

○当該入所者又は家族に対し、この加算の趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。

○外泊時在宅サービスの提供に当たっては、介護老人保健施設の介護支援専門員が、外泊時利用サービスに係る在宅サービスの計画を作成するとともに、従業者又は指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行い、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう配慮した計画を作成すること。

○家族等に対し、次の指導を事前に行うことが望ましい。

- ・食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
- ・当該入所者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導
- ・家屋の改善の指導
- ・当該入所者の介助方法の指導

○外泊時在宅サービス利用の費用の算定期間中は、施設の従業者又は指定居宅サービス事業者等により、計画に基づく適切は居宅サービスを提供することとし、居宅サービスの提供を行わない場合はこの加算は対象とならない。

○利用者の外泊期間中は、当該利用者の同意があれば、そのベッドを短期入所療養介護に活用することは可能であるが、この場合は、外泊時在宅サービス利用の費用を併せて算定することはできない。

22 ターミナルケア加算 【介護老人保健施設】

- 施設における看取り対応を評価するもので、ターミナルケアの体制を整え、実際にターミナルケアを行った場合に算定する。
- 死亡月に所定単位数に加算する
- 死亡日を含めて 45 日を上限として、施設において行ったターミナルケアを評価する
- 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（その期間が 45 日以上あった場合は算定できない）

	療養型老健以外	療養型老健
死亡日以前 31 日以上 45 日以下	72 単位	80 単位
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	160 単位	160 単位
死亡日以前 2 日又は 3 日	910 単位	850 単位
死亡日	1900 単位	1700 単位

- 対象者について医師が回復の見込みがないと診断しているか。
- 【ターミナルケア】
- 入所者又はその家族等の同意を得てターミナルケアに係る計画が作成されているか
- 医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人（又は家族等）への説明を行い、同意を得ているか
- 職員間の相談、家族の意思確認等の内容を記録しているか
- 退所した月と死亡月が異なる場合の一部負担金の発生について、本人又は家族に説明し、同意を得ているか
- ターミナルケアに係る計画の作成及びターミナルケアにあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること
- 本人や家族が個室でのケアを希望する場合には、できる限りその意向に沿うようにすること。なお、個室に移行した場合には、従来型個室の取扱いになること。

23 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

- 在宅復帰・在宅療養支援機能の高い施設について、その取組を評価する加算
- 「介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出書（別紙 29-2）」の「5 在宅復帰・在宅療養支援に関する状況」がこの指標の集計表

在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ 51 単位／日

- 在宅復帰・在宅療養支援等指標が 40 以上あるか
- 「地域に貢献する活動」を行っていること
- 基本型介護老人保健施設サービス費を算定していること。

在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ 51 単位／日

- 在宅復帰・在宅療養支援等指標が 70 以上あるか
- 在宅強化型介護老人保健施設サービス費を算定していること

- 「在宅復帰・在宅療養支援等指標」の詳細は、「2 介護保健施設サービス費の算定要件」P 50～53 を参照。

A 在宅復帰率

算定月の前 6 月間において、退所者のうち、居宅において介護を受けることとなったもの（当該施設における入所期間が 1 月間を超えていた退所者に限る。）の割合）

50%超→20点 30%超50%以下→10点 30%以下→0点

B ベッド回転率

30.4を当該施設の平均在所日数で除して得た数

10%以上→20点 5%以上10%未満→10点 5%未満→0点

C 入所前後訪問指導割合

算定月の前3か月間に、入所期間が1か月を超えることが見込まれる者の入所予定日前30日以内、又は入所後7日以内に居宅を訪問して施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の割合（退所後に社会福祉施設等に入所する割合を含む）

35%以上→10点 15%以上35%未満→5点 15%未満→0点

※令和6年9月サービス提供分までは、

30%以上→10点 10%以上30%未満→5点 10%未満→0点

D 退所前後訪問指導割合

算定月の前3か月間において、入所期間が1か月を超えることが見込まれる者の退所前30日以内、又は退所後30日以内に居宅を訪問し、本人及び家族に、退所後の療養上の指導を行った者の割合（退所後に社会福祉施設等に入所する場合を含む）

35%以上→10点以上 15%以上35%未満→5点 15%未満→0点

※令和6年9月サービス提供分までは、

30%以上→10点 10%以上30%未満→5点 10%未満→0点

E 居宅サービスの実施状況

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護について、施設（※）でのサービス提供種類※併設する病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院を含む

全サービス→5点

2種類（訪問リハビリテーションを含む）→3点

2種類（訪問リハビリテーションを含まない）→1点

1種類・実施していない→0点

F リハ専門職員の配置割合

常勤換算方法で算定したリハビリ担当の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の数÷入所者数×100

5以上（PT、OT、STいずれも配置）→5点

5以上→3点

3以上5未満→2点

3未満→0点

G 支援相談員の配置割合

常勤換算方法で算定した支援相談員の数÷入所者数×100

3 以上かつ社会福祉士 1 以上→ 5 点
3 以上（社会福祉士の配置なし）→ 3 点
2 以上 3 未満→ 1 点
2 未満→ 0 点

H 要介護 4 又は 5 の割合

算定月の前 3 か月間の入所者のうち、要介護 4・5 の者の割合

50% 以上→ 5 点
35% 以上 50% 未満→ 3 点
35% 未満→ 0 点

I 喀痰吸引の実施割合

算定月の前 3 か月間の入所者のうち喀痰吸引を実施された者の割合

10% 以上→ 5 点
5 % 以上 10% 未満→ 3 点
5 % 未満→ 0 点

J 経管栄養の実施割合

算定月の前 3 か月間の入所者のうち、経管栄養を実施された者の割合

10% 以上→ 5 点
5 % 以上 10% 未満→ 3 点
5 % 未満→ 0 点

24 初期加算 【介護老人保健施設】

□施設に入所した当初には、入所者が施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とするこ
とから、これらの支援について評価する加算

初期加算 I 60 単位／日

○急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後 30 日以内に退院して施設に入所した者
が対象※急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料もしくは 10 対 1 入院基本料（特定機能
病院入院基本料（一般病棟に限る）又は専門病院入院基本料に限る）、救命救急入院料、特
定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理
料、地域包括医療病棟入院基本料、一類感染症患者入院医療管理料又は特殊疾患入院医療管
理料を算定する病棟

○当該医療機関の入院日から起算して 30 日以内に退院した者を受け入れた場合に評価

○「入所日から 30 日間」中に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、算定できな
い

○次のいずれかに該当しているか

・施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等を通じ、地域の医療機関に

定期的に共有している※地域医療情報ネットワークに限らず、電子的システムにより、医療機関が随時確認できればよい。 ・施設の空床情報について、施設の WEB サイトに定期的に公表するとともに、急性期医療を担う複数の医療機関の入退院支援部門に対し、定期的に当該情報を共有している※定期的な情報共有については、対面に限らず、電話や電子メール等による方法で共有することとしても問題ない
初期加算Ⅱ 30 単位／日
○初期加算Ⅰを算定していないか

【Ⅰ、Ⅱの共通項目】

- 入所日から 30 日以内に算定しているか
- 過去 3 か月間に当該施設に入所している場合は算定できない
 - ※日常生活自立度ランクⅢ・Ⅳ・Ⅴの入所者の場合は過去 1 か月間
 - ※当該施設の短期入所療養介護を利用後に日を空けずそのまま入所した場合は、30 日から短期入所療養介護の利用日数を引いた日数に限って算定できる
- 算定期間中の外泊時は算定できない
- 「入所日から 30 日間」中に外泊を行った場合、当該外泊を行っている間は、算定できない。

25 退所時栄養情報連携加算 【介護老人保健施設】

□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

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

退所時栄養情報連携加算 70 単位／回
○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<u>栄養管理に関する情報</u>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／脾臓病食／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）

26 再入所時栄養連携加算 【介護老人保健施設】

□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

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

□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、
当該介護老人保健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。

再入所時栄養連携加算 200 単位／1 入所者

- 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

※

○「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／脾臓病食／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

27 入所前後訪問指導加算【介護老人保健施設】

□在宅復帰支援機能を高めるために、入所前又は入所後に入所者の居宅を訪問し、早期退所に向けた計画を策定するなどの訪問・指導を評価する加算

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

入所前後訪問指導加算Ⅰ 450 単位／回
○入所者に対して次のことを実施している ・入所予定日前 30 日以内又は入所後 7 日以内に退所後生活する居宅を訪問 ・退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針を決定
入所前後訪問指導加算Ⅱ 480 単位／回
○入所者に対して次のことを実施している ・入所予定日前 30 日以内又は入所後 7 日以内に退所後生活する居宅を訪問 ・退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針を決定（<u>生活機能の具体的な改善目標を設定</u>） ・<u>退所後の生活に関する支援計画を策定</u> ○施設サービス計画の策定等にあたり、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員等が会議を行い（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。）を行い、次のイ及びロを共同して定めた場合に、<u>入所中に 1 回に限り算定できる。</u> イ 生活機能の具体的な改善目標 当該入所予定者が退所後生活する居宅の状況に合わせ、また入所予定者及びその家族等の意向を踏まえ、入浴や排泄等の生活機能について、入所中に到達すべき具体的な改善目標を定めること。 ロ 退所後の生活に係る支援計画 入所予定者の生活を総合的に支援するため、入所予定者およびその家族等の意向を踏まえた施設及び在宅の双方にわたる切れ目のない支援計画を作成すること。当該支援計画には、反復的な入所や併設サービスの利用、インフォーマルサービスの活用等を広く含み得るものであること。当該支援計画の策定に当たっては、終末期の過ごし方及び看取りについても話し合いを持つように努め、入所予定者およびその家族等が希望する場合には、その具体的な内容を支援計画に含むこと。 ○入所前後訪問指導加算Ⅰを算定していないか

【Ⅰ、Ⅱの共通項目】

●次のいずれかの基本報酬費を算定していることが必要

- ・介護保険施設サービス費Ⅰ

・ユニット型介護保険施設サービス費Ⅰ

●入所期間が1月を超えると見込まれる入所予定者の入所予定日前30日から入所後7日までの間に当該入所予定者が退所後生活する居宅を訪問して退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定（以下「施設サービス計画の策定等」という。）を行った場合に、入所中に1回に限り算定できる。

●対象となる入所者は、入所期間が1月を超えると見込まれるか

●入所前後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。

●入所前後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること

●入所前に居宅を訪問した場合は入所日に算定し、入所後に訪問した場合は訪問日に算定すること

●入所前後訪問指導加算は、次の場合には算定できないものであること。

イ 病院又は診療所のみを訪問し、居宅を訪問しない場合

ロ 他の介護保険施設のみを訪問し、居宅を訪問しない場合

ハ 予定の変更に伴い、入所しなかった場合

28 試行的退所時指導加算 【介護老人保健施設】

□入所者が施設退所後の居宅等での療養等に円滑に移行できるように、試行的な退所の実施やそれに伴う指導を行った場合に算定できる

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

試行的退所時指導加算 400 単位／回

○退所が見込まれる入所期間が1月を超える入所者をその居宅において試行的に退所させる場合において、当該入所者の試行的な退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中最初に試行的な退所を行った月から3月の間に限り、入所者1人につき、1月に1回を限度として所定単位数を加算する。

○退所時指導の内容は、次のようなものであること。

・食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導

・退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導

・家屋の改善の指導

・退所する者の介助方法の指導

○算定時には、以下の点に留意すること。

・試行的退所を行うに当たっては、その病状及び身体の状態に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて医師、薬剤師（配置されている場合に限る）、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討すること。

・当該入所者又は家族に対し、趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。

・試行的退所中の入所者の状況の把握を行っている場合にあっては、外泊時加算を併せて算定することが可能であること。

- ・入所者の試行的退所期間中は、当該入所者の同意があり外泊時加算を算定していない場合は、そのベッドを短期入所療養介護に活用することが可能であること。
- ・試行的退所期間中は、介護保険法第8条第1項に規定する居宅サービス、同法第8条第14項に規定する地域密着型サービス、同法第8条の2第14項に規定する介護予防サービス等の利用はできないこと。
- ・試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合においては、介護老人保健施設で療養を続けることとなるが、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行うこと。
- ・試行的退所時指導加算は、次の場合には算定できない。
 - ・退所して病院又は診療所へ入院する場合
 - ・退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
 - ・死亡退所の場合
- ・試行的退所時指導は医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。
- ・試行的退所時指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。
- ・試行的退所時指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

29 退所時等支援等加算 【介護老人保健施設】

□退所後に居宅又は医療機関で療養を続ける入所者について、主治医に情報提供を行った場合に、1回に限り算定

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

退所時情報提供加算Ⅰ 500単位／回
○入所者が退所して居宅で療養を続ける場合に算定 ○退所後、医療機関への入院や他の介護保険施設に入所する場合は算定できない。 ※退所後に社会福祉施設（有料、養護、経費、グループホーム等）に入所する場合は算定可
退所時情報提供加算Ⅱ 250単位／回
○入所者が退所して医療機関に入院する場合に算定 ○入所者が医療機関に入院後、その医療機関を退院し、同一月に再度その医療機関に入院する場合は算定できない

【Ⅰ、Ⅱの共通項目】

- 入所者1人つき1回の算定に限る
- 退所後の主治医に診療状況、心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で紹介を行っているか
- 主治医への紹介について、本人の同意を得ている必要がある

- 退所後の主治の医師に対して入所者を紹介するに当たっては、事前に主治の医師と調整し、必要事項を記載した文書（※）を入所者又は主治の医師に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付すること。また、当該文書に入所者の諸検査の結果、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付すること。
※「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12年老企第40号）」別紙様式2、別紙様式13

◎令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol. 2）

【問18】同一医療機関に入退院を繰り返す場合においても、算定可能か。

（答）同一月に再入院する場合は算定できず、翌月に入院する場合においても前回入院時から利用者の状況が変わらず、提供する内容が同一の場合は算定できない。

令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol. 3）

【問2】退所時情報提供加算及び退居時情報提供加算について、医療機関の入院にあたり、退所または退居の手続きを行わない場合においても算定可能か。

（答）算定可能。

30 入退所前連携加算【介護老人保健施設】

□入所者が退所後に居宅サービス等の利用を予定している場合に、居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携して退所後のサービスの利用について調整を行った場合に算定

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

入退所前連携加算Ⅰ 600単位／回

○① 入所期間が1月を超えることが見込まれる入所者について、入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、退所後の生活を見据え、退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、当該入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用方針を定めること。

②入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、退所に先立って、退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、当該入所者の同意を得て、診断状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行うこと。

入退所前連携加算Ⅱ 400単位／回

○入退所前連携加算Ⅰ②のとおり

○入退所前連携加算Ⅰを算定していないか

【Ⅰ、Ⅱの共通事項】

- 入所者1人につき1回の算定に限る
- 次の場合には算定できない。
 - ・退所して病院又は診療所へ入院する場合
 - ・退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合
 - ・死亡退所の場合
- 医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

31 訪問看護指示加算 【介護老人保健施設】

□退所後に訪問看護等を必要とする入所者について、退所時に施設の医師が訪問看護ステーション等に訪問看護師辞書を交付した場合に算定

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

訪問看護指示加算 300 単位／回

- 入所者の退所時に、介護老人保健施設の医師が、診療に基づき、指定訪問看護、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを行う場合に限り）又は指定看護小規模多機能型居宅介護（看護サービスを行う場合に限り）の利用が必要であると認め、当該入所者の選定する指定訪問看護ステーション、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書（指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の場合にあっては訪問看護サービスに係る指示書をいい、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の場合にあっては看護サービスに係る指示書をいう）を交付した場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する。
- 介護老人保健施設から交付される訪問看護指示書に指示期間の記載がない場合は、その指示期間は1月であるものとみなす。
- 訪問看護指示書は、診療に基づき速やかに作成・交付すること。
- 訪問看護指示書は、特に退所する者の求めに応じて、退所する者又はその家族等を介して訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所に交付しても差し支えない。
- 交付した訪問看護指示書の写しを診療録等に添付すること。
- 訪問看護の指示を行った介護老人保健施設は、訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所からの訪問看護の対象者についての相談等に懇切丁寧に応じること。

32 協力医療機関連携加算 【介護老人保健施設】

□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を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行っているか

→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）

→「会議を定期的に行う」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（V o l . 1）

【問 1 2 7】 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（V o l . 2）

【問 1 3】 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) 差し支えない。

◎令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (V o l . 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) 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 (V o l . 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) 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。

33 栄養マネジメント強化加算 【介護老人保健施設】

□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、入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制強化等を評価する

栄養マネジメント強化加算 11 単位/日

●管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を 50（施設に常勤栄養士を 1 人以上配置し、給食管理を行っている場合は 70）で除して得た数以上配置していること。

→「給食管理」とは、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こと。なお、この場合においても、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。

●やむを得ない事情により、配置されていた職員数が一時的に減少した場合は、1月を超えない期間内に職員が補充されれば、職員数が減少しなかったものとみなすこととする。

●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（ただし、新規開設又は再開の場合は推定数による。）この場合、入所者数の平均は、前年度の全入所者の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均入所者の算定に当たっては、小数点第2位以下を切り上げるものとする。

●低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること。

●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。

●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。

●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い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること。

●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。

（介護保険最新情報vol.1225）

【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】 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。

34 経口移行加算 【介護老人保健施設】

口経管栄養により食事を摂取している入所者について、経口により食事を摂ることができるよう、計画の作成と実施をしていることを評価する

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

経口移行加算 28 単位／日

●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、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合は、当該計画が作成された日から起算して 180 日以内の期限に限り、1 日につき所定単位数を加算する。ただし、栄養管理に係る減算を算定している場合は算定しない。

●経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画に基づき、管理栄養士又は栄養士が行う栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員が行う支援が、当該計画が作成された日から起算して 180 日を超えた期間に行われた場合であっても、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。

●経口移行加算のうち経管栄養から経口栄養に移行しようとする者に係るものについては、次に掲げるイからハまでの通り、実施するものとする。

イ 現に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。）。また、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。なお、介護保健施設サービスにおいては、経口移行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移行計画の作成に代えることができるものとする。

ロ 当該計画に基づき、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を実施すること。経口移行加算の算定期間は、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て、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こと。

ハ 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ものであって、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にあっては、引き続き当該加算を算定できるものとする。ただし、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。

●経管栄養法から経口栄養法への移行は、場合によっては、誤嚥性肺炎の危険も生じうることから、次のイからニまでについて確認した上で実施すること。

イ 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こと）。

ロ 刺激しなくても覚醒を保っていられること。

ハ 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こと）。

ニ 咽頭内容物を吸収した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと。

●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ものとする。

●入所者の口腔状態によっては、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。

●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

35 経口維持加算 【介護老人保健施設】

口経管栄養により食事を摂取している入所者について、経口により食事を摂ることができるよう、計画の作成と実施をしていることを評価する

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

経口維持加算Ⅰ 400単位／月

●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、栄養管理に係る減算を算定している場合、又は経口移行加算を算定している場合は算定しない。

●次に掲げるイからニまでの通り、実施するものとする。

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（「氷碎片飲み込み検査」、「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ープ」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(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。)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、介護保健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。

- 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。

経口維持加算Ⅱ 100単位/月

- 協力医療機関を定めているか
- 食事の観察と会議等に、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か
- 経口維持加算Ⅰを算定しているか

- 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。

36 口腔衛生管理加算【介護老人保健施設】

口歯科衛生士が入所者に口腔ケアを行っている場合に算定できる

* (ユニット型) 介護老人保健施設サービス費(Ⅳ)を算定している場合算定不可

口腔衛生管理加Ⅰ 90単位/月

- 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
- 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以上行うこと。
- 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、当該入所者に係る口腔清掃等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。

○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応じ対応すること。
○定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
口腔衛生管理加算Ⅱ 110 単位／月
○Ⅰの要件に適合しているか
○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。
○口腔衛生管理加算Ⅰを算定していないか

＜加算Ⅰ、Ⅱの共通項目＞

- 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作成し、当該施設に提出すること。当該施設は、当該口腔衛生管理に関する実施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に応じ対応するとともに、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。
- 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回以上算定された場合には算定できない。

※令和6年6月以降、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。

37 療養食加算 【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

□管理栄養士又は栄養士によって管理されている施設で療養食を提供したとき算定できる

療養食加算 6 単位／回 1 日 3 回を限度【短期入所療養介護】＜8 単位／回＞
○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箋に基づき、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。

●療養食の献立表が作成されていること。

●加算の対象となる療養食について

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をいう。

●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。

●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がすることが可能である。

●減塩食療法等について

心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取り扱うことができるが、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、加算の対象とはならない。また、腎臓病食に準じて取り扱うことができる心臓疾患等の減塩食については、総量 6.0g 未満の減塩食をいう。

●肝臓病食について

肝臓病食とは、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む）等をいう。

●胃潰瘍食について

十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱って差し支えない。手術前後に与える高カロリー一食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、療養食の加算が認められる。また、クローン病、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等に対する低残さ食については、療養食として取り扱って差し支えない。

●貧血食の対象者となる入所者等について

療養食として提供される貧血食の対象となる入所者等は、血中ヘモグロビン濃度が 10g/dl 以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者であること。

●高度肥満症に対する食事療法について

高度肥満症（肥満度が+70 %以上又はBMI（Body Mass Index）が 35 以上）に対して食事療法を行う場合は、脂質異常症食に準じて取り扱うことができる。

●特別な場合の検査食について

特別な場合の検査食とは、潜血食をいう他、大腸X線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合は、「特別な場合の検査食」として取り扱って差し支えない。

●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。

□施設の医師が入所者の主治医と連携して入所者への継続的な薬物治療の提供を評価するもの

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰイ 140 単位／回
○入所後 1 か月以内に、状況に応じて入所者の処方内容を変更する可能性があることを主治医に説明し、主治医が合意しているか
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰロ 70 単位／回
○かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰイを算定していないか
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅱ 240 単位／回
○かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰイ又はロを算定しているか ○入所期間が 3 月以上と見込まれる入所者であるか ○入所者の服薬情報等の情報を LIFE を用いて厚生労働省に提出したか ○処方にあたって、服薬情報等の情報その他薬物療法の適切かる有効な実施のために必要な情報を活用しているか
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅲ 100 単位／回
○かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅱを算定しているか ○退所時に処方されている内服薬の種類が、入所時より 1 種類以上減少しているか

【Ⅰ 共通項目】

- 施設の医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講しているか
※高齢者の薬物療法に関する十分な経験を有する医師又は薬剤師については、高齢者の薬物療法に関する研修を受講した者とみなす
- 入所中に入所者の処方内容に変更があった場合は医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等を、関係職種で確認しているか
- 入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は、変更の経緯、変更後の入所者の状態等を、退所時又は退所後 1 月以内に主治医に情報提供し、その内容を診療録に記載しているか
- 入所前に内服開始から 4 週間以上経過明日内服薬が 6 種類以上処方されているか
→内服薬の種類数は、錠剤、カプセル剤、散剤、課粒剤、液剤は 1 銘柄ごとに 1 種類として計算する。なお、頓服薬は内服薬の種類数からは除外し、服用を開始して 4 週間以内の薬剤は、焼成前の種類数からは除外する。
- 施設の医師と入所者の主治医が共同し、入所中に処方内容を総合的に評価及び調整し、かつ、療養上必要な指導を行っているか
- 当該入所者又はその家族に対して、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うこと。
なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。入所者に対してポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うに当たっては、「高齢者が気をつけたい多すぎるくると副作用」等を参考にすること。

【Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ共通項目】

- 入所者 1 人につき 1 回を限度として算定しているか

39 緊急時施設療養費 【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

□入所者の体調急変や病状悪化など緊急の場合、また、やむを得ない事情により施設療養を行った場合に算定する加算

緊急時治療管理 518 単位／日
●入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において応急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行ったときに算定する。 ●同一の入所者について 1 月に 1 回、連続する 3 日を限度として算定するものであるので、1 月に連続しない 1 日を 3 回算定する事は認められない。 ●緊急時治療管理の対象となる入所者は次のとおり。 ・意識障害又は昏睡 ・急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 ・急性心不全（心筋梗塞を含む） ・ショック ・重篤な代謝障害 ・その他薬物中毒等で重篤なもの
特定治療 医科診療報酬点数表の単位表
●診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）別表第一医科診療報酬点数表（医科診療報酬点数表）第 1 章及び第 2 章において、高齢者の医療の確保に関する法律第 57 条第 3 項に規定する保険医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療（別に厚生労働大臣が定めるものを除く）を行った場合に、当該診療に係る医科診療報酬点数表第 1 章及び第 2 章に定める点数に 10 円を乗じて得た額を算定する。 ●具体的取扱い、診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表の取扱いの例によること。

40 所定疾患施設療養費 【介護老人保健施設】

□肺炎や尿路感染等の入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に算定する

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

所定疾患施設療養費Ⅰ 239 単位／回 ※1 月に 1 回、連続する 7 日を限度
●以下の要件を満たすこと。 ・診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等（近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む。）の内容等を診療録に記載していること。 ・所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。 ●慢性心不全の増悪については、原則として注射又は酸素投与等の処置を実施した場合のみ算定できるものとし、常用する内服薬を調整するもみの場合

所定疾患施設療養費Ⅱ 480 単位／回 ※1月に1回、連続する10日を限度

- 以下の要件を満たすこと。
 - ・診断名及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等（近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む。）を診療録に記載していること。
 - ・所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
 - ・当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること。
- 抗菌薬の使用に当たっては、薬剤耐性菌にも配慮するとともに、肺炎、尿路感染症及び带状疱疹の検査・診断・治療に関するガイドライン等を参考にすること。
- 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する内容（肺炎、尿路感染症、带状疱疹及び蜂窩織炎に関する標準的な検査・診断・治療等及び抗菌薬等の適正使用、薬剤耐性菌）を含む研修を受講していること。ただし、感染症対策に関する十分な経験を有する医師については、感染症対策に関する研修を受講した者とみなす。

<Ⅰ、Ⅱ共通>

- 所定疾患施設療養費は、肺炎等により治療を必要とする状態となった入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等が行われた場合（肺炎の者又は尿路感染症の者に対しては診療に当たり検査を行った場合に限る。）は、所定単位数を算定する。
- 所定疾患施設療養費と緊急時施設療養費は同時に算定することはできない。
- 対象の入所者は次のいずれかに該当する者であること。
 - ・肺炎の者
 - ・尿路感染症の者
 - ・带状疱疹の者
 - ・蜂窩織炎の者
- 当該加算の算定開始後は、治療の実施状況について公表することとする。公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告すること。

41 認知症専門ケア加算

【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

□専門的な認知症ケアを普及する観点から、認知症介護の経験があり、認知症ケアの専門研修修了者が介護サービスを提供することを評価する加算

認知症専門ケア加算Ⅰ 3 単位／日

- 認知症専門ケア加算Ⅲ及び認知症チームケア推進加算を算定していないこと

認知症専門ケア加算Ⅱ 4 単位／日

- 認知症介護指導者養成研修修了者を1人以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること
- 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、計画に従って研修（外部

における研修を含む。)を実施または実施を予定しているか

●認知症専門ケア加算Ⅰ及び認知症チームケア推進加算を算定していないこと

【Ⅰ、Ⅱ共通項目】

●入所者のうち、日常生活自立度ランクⅢ・Ⅳ・Ⅳ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

●認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を次の基準で配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施しているか

・施設における対象者が20人未満→1人以上

・施設における対象者が20人以上→1人に対象者が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた数

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

●施設の従業者に対して、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

→テレビ電話装置等を活用して行うことができる

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

（答）

・現時点では、以下のいずれかの研修である。

①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修

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

③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」

・ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

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

【問18】認知症高齢者の日常生活自立度の確認方法如何。

（答）

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

・ 医師の判定が無い場合は、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2(4) 認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票（基本調査）」7の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとする。

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

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

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

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

【問 19】 認知症介護に係る専門的な研修を修了した者を配置するとあるが、「配置」の考え方如何。常勤要件等はあるか。

（答）

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

・ なお、本加算制度の対象となる事業所は、専門的な研修を修了した者の勤務する主たる事業所 1 か所のみである。 ※ 令和 3 年度介護報酬改定に関する Q & A（Vol. 4）（令和 3 年 3 月 29 日）問 31 は削除する。

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

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

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

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

（答）

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

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

114

護における認知症加算については、当該者を指定通所介護を行う時間帯を通じて 1 名の配置で算定できることとなる。

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

42《新設》認知症チームケア推進加算【介護老人保健施設】

□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

認知症チームケア推進加算Ⅰ 150 単位／月

- 「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か
- 認知症専門ケア加算及び認知症チームケア推進加算Ⅱを算定していないか

認知症チームケア推進加算Ⅱ 120 単位／月

- 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

【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・Ⅴ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

介護保険最新情報 vol.1229

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のか。

答 貴見のとおり。

介護保険最新情報 vol.1306

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

43 認知症行動・心理症状緊急対応加算

【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

□医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、介護保健施設サービスを行った場合は、入所した日から起算して7日を限度として、1日につき所定単位数を加算する。

認知症行動・心理症状緊急対応加算 200 単位／日 ※7日間を限度に算定

●本加算は、在宅で療養を行っている利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められた際に、介護老人保健施設に一時的に入所することにより、当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するもので、「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指す。

●在宅で療養を行っている要介護被保険者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に介護老人保健施設への入所が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ施設の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、当該施設に入所した場合に算定できる。また、医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できる。この際、当該施設への入所ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合は、

速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。

●当該利用者の在宅での療養が継続されることを評価するものであるため、入所後速やかに退所に向けた施設サービス計画を策定し、当該入所者の「認知症の行動・心理症状」が安定した際には速やかに在宅復帰が可能となるようにすること。

●次に掲げる者が、直接、当該施設へ入所した場合には、当該加算は算定できない。

・病院又は診療所に入院中の者

・介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者

・短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護を利用中の者

●判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。また、施設も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。

●当該加算の算定にあたっては、個室等、認知症の行動・心理症状の増悪した者の療養に相応しい設備を整備すること。

●当該加算は、当該入所者が入所前1月の間に、当該介護老人保健施設に入所したことがない場合及び過去1月の間に当該加算（他サービスを含む）を算定したことがない場合に限り算定できる。

44 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 【介護老人保健施設】

□医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同して、リハビリテーション実施計画を入所者又はその家族等に説明して、継続的にリハビリテーションの質を管理している場合に算定する加算

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅰ 53 単位／月

●医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同し、リハビリテーション実施計画を入所者又はその家族等に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理していること。

●評価は、リハビリテーション実施計画書に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとにを行うものであること。

●口腔衛生管理加算Ⅱ、栄養マネジメント強化加算を算定しているか

●入所者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者（関係職種）が、リハビリテーション計画の内容等の情報、その他リハビリテーション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、入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有しているか

●共有した情報をふまえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、見直し内容を、関係職種間で共有しているか

●共有した情報をふまえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、見直し内容を、関係職種間で共有していることが必要 ●当該加算Ⅱを算定していないか
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅱ 53 単位／月
●必要に応じてリハビリテーション計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって、リハビリテーション計画書の情報、その他リハビリテーション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か ●当該加算Ⅰを算定していないか

＜Ⅰ、Ⅱ共通＞

- ・入所者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出しているか。

45 褥瘡マネジメント加算 【介護老人保健施設】

＊（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

□褥瘡の発生予防のため、入所者ごとに褥瘡の発生リスクを評価し、必要な入所者には計画に基づき褥瘡管理を行うことを評価する

褥瘡マネジメント加算Ⅰ 3 単位／月
●入所者ごとに施設入所時に褥瘡の有無を確認し、褥瘡のリスクについて施設入所時とその後少なくとも3か月に1回評価する ●上記の確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、そのフィードバックを活用しているか ●褥瘡がある、又は褥瘡のリスクがあると評価された入所者ごとに、多職種共同で褥瘡ケア計画を作成しているか →多職種：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 ●入所者、家族等に計画を説明し、同意を得ていることが必要 ●計画に従い褥瘡管理をするとともに、その内容や入所者の状態について定期的に記録をすること ●評価に基づき、少なくとも3か月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直しているか
褥瘡マネジメント加算Ⅱ 13 単位／月
●褥瘡マネジメント加算Ⅰの要件に適合していること ●次のいずれかに該当すること ・入所時の確認で褥瘡が認められた入所者は、その褥瘡が治癒した ・入所時の評価で褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者は、褥瘡が発生していないこと

○ⅠとⅡは併算定不可

○褥瘡管理に当たっては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましい

46 排せつ支援加算 【介護老人保健施設】

□排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の協働により、PDCA サイクルの構築を通じて、継続的に排せつ支援の質の管理を行ったことを評価する

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

排せつ支援加算Ⅰ 10 単位／月
●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に評価すること ●入所後少なくとも3か月に1回評価をし、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たり、当該情報等を活用していること ●上記の評価の結果、<u>排せつに介護を要する入所者に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</u>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、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析すること ●上記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 ●計画に基づき、少なくとも3か月に1回、入所者等ごとに支援計画を見直していること ●排せつ支援加算Ⅱ、Ⅲを算定していないこと
排せつ支援加算Ⅱ 15 単位／月
●排せつ支援加算Ⅰの要件に適合しているか ●次のいずれかに適合しているか ・要介護状態が見込まれる入所者について、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い ・施設入所時におむつを使用し、要介護状態の軽減が見込まれる入所者について、おむつを使用しなくなった ・施設入所時に尿道カテーテルが留置されており、要介護状態の軽減が見込まれる入所者について、尿道カテーテルが抜去された ●排せつ支援加算Ⅰ、Ⅲを算定していないこと
排せつ支援加算Ⅲ 20 単位／月
●排せつ支援加算Ⅰの要件に適合しているか ●次のいずれかに適合しているか ・要介護状態が見込まれる入所者について、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い ・施設入所時におむつを使用し、要介護状態の軽減が見込まれる入所者について、おむつを使用しなくなった ●排せつ支援加算Ⅰ、Ⅱを算定していないか

○「排せつに介護を要する入所者」

：排尿又は排便の状態が、「一部介助」又は「全介助」と評価される者、又はおむつを使用している者若しくは尿道カテーテルを留置されている者

○「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」

：特別な支援を行わなかった場合には、排尿又は排便の状態、おむつ使用や尿道カテーテルの留置に係る状態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、その評価が改善することが見込まれることをいう

○Ⅰ～Ⅲは併算定不可

○計画の作成に当たっては、個々の入所者の特性に配慮しながら、画一的な支援計画とならないよう留意すること

47 自立支援促進加算 【介護老人保健施設】

□入所者の尊厳の保持や自立支援に係るケアの質の向上を図る取組を評価する加算

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

自立支援促進加算 300 単位／月

●医師が入所者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行うとともに、少なくとも3月に一回、医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加していること。

●医学的評価の結果、特に自立支援のための対応が必要であるとされた者ごとに、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。

○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。

○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。

①寝たきりによる廃用性機能障害の防止や改善へ向けて、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する。

②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。

③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。

④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。

⑤生活全般において、画一的・集団的な介護ではなく個別ケアの実践のため、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。

⑥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、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。

⑦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。

・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。

48 科学的介護推進体制加算【介護老人保健施設】

○LIFEによる情報提供とフィードバック情報の活用によりPDCAサイクルを確立させてサービスの質の向上を推進する取組を評価する

*（ユニット型）介護老人保健施設サービス費（Ⅳ）を算定している場合算定不可

科学的介護推進体制加算Ⅰ 40 単位／月
●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。 ●PDCA サイクルによる情報活用の推進を行っているか ●質の高いサービスの実施体制を構築し、その更なる向上に努めているか ●科学的介護推進体制加算Ⅱを算定していないか
科学的介護推進体制加算Ⅱ 60 単位／月
●科学的介護推進体制加算Ⅰの基準に適合しているか ●科学的介護推進体制加算Ⅰで提出する情報に加えて、入所者ごとの疾病や服薬の状況等の情報を LIFE に提出しているか ●科学的介護推進体制加算Ⅰを算定していないか

○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、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、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。

①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）。

②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）。

③LIFE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）。

④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）。

49 安全対策体制加算【介護老人保健施設】

□施設における事故発生の防止のための体制整備を行っていることを評価する加算

* (ユニット型) 介護老人保健施設サービス費 (Ⅳ) を算定している場合算定不可

安全対策体制加算 20 単位／入所時に 1 回限り

- 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が整備されていること。
- 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。

50 高齢者施設等感染対策向上加算【介護老人保健施設】

□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

高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ 10 単位／月

- 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つては、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移管が、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ン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
 - 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

高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ 5 単位／月

- 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
- ・个人防护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>

介護保険最新情報 vol.1225)

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ン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。

答 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
- ・感染対策向上加算 1 に係る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、感染対策向上加算 2 又は 3 に係る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ンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練
- ・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。

・また、これらのカンファレンス等については、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。

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 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。

51 新興感染症等施設療養費 【介護老人保健施設】

□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

新興感染症等施設療養費 240 単位／日

- 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。

52 サービス提供体制強化加算

【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

□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・准看護師を除く）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

○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

○他のサービス提供体制強化加算を算定していないか

○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つては、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。

○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。

○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。

○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。

○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。

○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。

○「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)

- ・ L I F Eを活用したP D C Aサイクルの構築
- ・ I C T・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。

53 生産性向上推進体制加算

【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

□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

生産性向上推進体制加算Ⅰ 100単位／月

- 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Ⅱ 10単位／月

- 「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（V o I . 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と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。

54 在宅復帰支援機能加算【介護老人保健施設】 <10単位/日>

*介護療養型老人保健施設が算定の対象。

- 入所者の家族との連絡調整を行っていること。
- 入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていること。
- 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなったもの(当該施設における入所期間が1月間を超えていた者に限る)の占める割合が30%を超えていること。
- 退所者の退所後30日以内に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問すること又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
- 入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及びその家族に対して次に掲げる支援を行うこと。
 - ・退所後の居宅サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと。
 - ・必要に応じ、当該入所者の同意を得て退所後の居住地を管轄する市町村及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターに対して当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供すること。
- 本人家族に対する相談援助の内容は次のようなものであること。
 - ・食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助
 - ・退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談助言
 - ・家屋の改善に関する相談援助
 - ・退所する者の介助方法に関する相談援助

55 特別療養費【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

*介護老人保健施設については、(ユニット)介護療養型老人保健施設が算定の対象。

特別療養費 単位数に10円を乗じて得た数を所定単位数に加算

- 入所者に対して、指導管理等のうち日常的に必要な医療行為として別に厚生労働大臣が定め

るものを行った場合に、特別療養費として、別に厚生労働大臣が定める単位数に 10 円を乗じて得た額を所定単位数に加算する。

→ 参照「厚生労働大臣が定める特別療養費に係る指導管理等及び単位数」

56 療養体制維持特別加算

【介護老人保健施設】【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

* 介護老人保健施設については、(ユニット) 介護療養型老人保健施設が算定の対象。

療養体制維持特別加算 (Ⅰ) 27 単位/日

(Ⅱ) 57 単位/日

※併算定可

●療養体制維持特別加算 (Ⅰ) については、次の要件を満たす場合、1 日につき 27 単位を所定単位数に加算する。

・ 次のいずれかに該当すること。

① 転換を行う直前において、療養型介護療養施設サービス費 (Ⅰ)、療養型経過型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型介護療養施設サービス費、ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費、認知症疾患型介護療養施設サービス費 (Ⅱ)、ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費 (Ⅱ) を算定する指定介護療養型医療施設を有する病院であったこと。

② 転換を行う直前において、診療報酬の算定方法の別表第一医科診療報酬点数表に規定する療養病棟入院基本料 1 の施設基準に適合する病棟、基本診療料の施設基準等 (平成 20 年厚生労働省告示第 62 号) 第 5 の 3 (2) イ②に規定する 20 対 1 配置病棟、基本診療料の施設基準等 (平成 18 年厚生労働省告示第 93 号) 第 5 の 3 (2) ロ① 2 に規定する 20 対 1 配置病棟を有するものであったこと。

・ 看護・介護職員の数のうち、介護職員の数が、常勤換算方法で入所者等の数が 4 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。

・ 定員超過、人員基準違反でないこと。

●療養体制維持特別加算 (Ⅱ) については、次の要件を満たす場合、1 日につき 57 単位を所定単位数に加算する。

・ 次のいずれにも該当すること。

① 算定日が属する月の前 3 月間における入所者等のうち、喀痰吸引又は経管栄養が実施された者の占める割合が 100 分の 20 以上であること。

② 算定日が属する月の前 3 月間における入所者等のうち、著しい精神症状、周辺症状又は重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が 100 分の 50 以上であること。

→ 「著しい精神症状、周辺症状又は重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者」とあるのは、認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅣ又はⅢに該当する者を

いう。

57 個別リハビリテーション実施加算

【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】 <240 単位／日>

医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同して利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成し、当該個別リハビリテーション計画に基づき、個別リハビリテーションを 20 分以上実施した場合に算定する。

58 送迎体制加算

【短期入所療養介護】 【介護予防短期入所療養介護】 <184 単位／片道>

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、その居宅と指定短期入所療養介護事業所との間の送迎を行う場合は、片道につき 184 単位を所定単位数に加算する。

59 若年性認知症利用者受入加算 【短期入所療養介護】

- ・「(老健) 短期入所療養介護費」「(ユニット型老健) 短期入所療養介護費」を算定している場合 120 単位／日
- ・「特定介護老人保健施設短期入所療養介護費」を算定している場合 60 単位／日

若年性認知症利用者(介護保険法施行令第 2 条第 6 号に規定する初老期における認知症によって要介護者又は要支援者となった者) に対して指定短期入所療養介護を行った場合に所定単位数に加算する。

ただし、「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。

60 認知症行動・心理症状緊急対応加算 【短期入所療養介護】 <200 単位／日>

医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定短期入所療養介護を利用することが適当であると判断した者に対しサービスを行った場合、利用を開始した日から起算して 7 日を限度として、1 日につき 200 単位を所定単位数に加算する。

→「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指す。

- ・利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期入所療養介護が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、指定短期入所療養介護の利用を開始した場合に算定可。
- ・医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定可。この際、短期入所療養介護ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合は、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。

- 次に掲げる者が、直接、短期入所療養介護の利用を開始した場合は算定できない。
 - ・病院又は診療所に入院中の者
 - ・介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者
 - ・認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者
- 判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。また、事業所も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。
- 7日を限度として算定することとあるのは、本加算が「認知症の行動・心理症状」が認められる利用者を受け入れる際の初期の手間を評価したものであるためであり、利用開始後8日目以降の短期入所療養介護の利用の継続を妨げるものではない。

61 緊急短期入所受入加算 【短期入所療養介護】 <90 単位／日>

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療養介護を受けることが必要と認めた利用者に対し、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療養介護を緊急に行った場合は、利用を開始した日から起算して7日（利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、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。

- 「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。
- 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短期入所が必要となった場合であって、かつ、居宅サービス計画において当該日に短期入所を利用することが計画されていない居宅要介護者に対して、居宅サービス計画を担当する居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、その必要性を認め緊急に短期入所療養介護が行われた場合に算定できる。
- やむを得ない事情により、当該介護支援専門員と事前の連携が図れない場合に、利用者又は家族の同意の上、短期入所療養介護事業所により緊急に短期入所療養介護が行われた場合で、事後に当該介護支援専門員によって、当該サービス提供が必要であったと判断された場合についても算定できる。
- 本加算の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こと。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。

- 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すること。
また、緊急利用者にかかる変更前後の居宅介護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。
- 緊急受入に対応するため、居宅介護支援事業所や近隣の他事業所との情報共有に努め、緊急的な利用ニーズの調整を行うための窓口を明確化すること。また、空床の有効活用を図る観点から、情報公表システム、当該事業所のホームページ又は地域包括支援センターへの情報提供等により、空床情報を公表するよう努めること。

62 重度療養管理加算 【短期入所療養介護】

＊（（ユニット型）介護老人保健施設の短期入所療養介護費、又は、「特定介護老人保健施設短期入所療養介護費」を算定している施設が算定の対象。

・（ユニット型）介護老人保健施設の短期入所療養介護費（Ⅰのⅰ～ⅱ）を
算定している場合・・・・・・120 単位／日

・「特定介護老人保健施設短期入所療養介護費」を算定している場合
・・・・・・60 単位／日

要介護状態区分が要介護4又は要介護5の利用者に対して、計画的な医学的管理を継続して
行い、かつ、療養上必要な処置を行った場合に所定単位数に加算する。

●利用者の状態が次のいずれかに該当すること。

- ①常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ②呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- ③中心静脈注射を実施している状態
- ④人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
- ⑤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
- ⑥膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態
- ⑦経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- ⑧褥瘡に対する治療を実施している状態
- ⑨気管切開が行われている状態

●当該加算を算定する場合は、当該医学的管理の内容等を診療録に記載しておくこと。

●重度療養管理加算を算定できる利用者は、次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であること。

なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態（上記①から⑨まで）を記載すること。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。

・①の「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月において1日当たり8回（夜間を含め約3時間に1回程度）以上実施している日が20日を超える場合。

・②の「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」とは、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。

- ・③の「中心静脈注射を実施している状態」とは、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。
- ・④の「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」とは、人工腎臓を各週2日以上実施しているものであり、かつ、下記に掲げるいずれかの合併症をもつもの。
 - ・透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病
 - ・常時低血圧（収縮期血圧が90mmHg以下）
 - ・透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの
 - ・出血性消化器病変を有するもの
 - ・骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
 - ・うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）のもの
- ・⑤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」とは、持続性心室性頻拍や心室細動等の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。
- ・⑥の「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマ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、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できる。
- ・⑦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。
- ・⑧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3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
- ・⑨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、気管切開の医学的管理を行った場合に算定できる。

63 総合医学管理加算 【短期入所療養介護】【介護予防短期入所療養介護】

<275 単位／日>

治療管理を目的とし、以下の基準に従い、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療養介護を行った場合に、7日を限度として1日につき所定単位数

を加算。ただし、「緊急時施設療養費」を算定した日は算定しない。

- 診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。
- 診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。
- 利用終了日から7日以内に、かかりつけ医に対し、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。
- ・主治の医師への文書の交付がない場合には、利用期間中を通じて、算定できなくなることに留意すること。ただし、利用者又はその家族の同意が得られない場合は、この限りではない。
- ・利用中に入院することとなった場合は、医療機関に診療状況を示す文書を添えて必要な情報提供を行った場合に限り、入院した日を除いて算定できる。

介護保険最新情報 vol.1229

問 17 総合医学管理加算について、介護老人保健施設における短期入所療養介護の利用中の利用者が治療管理が必要な状態になり、治療管理を行った場合には算定可能か。

答 算定可能

64《新設》口腔連携強化加算 【短期入所療養介護】

□下記の基準に適合している場合、短期入所療養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する

口腔連携強化加算 50 単位／月

- 指定短期入所療養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

◎室料相当額控除 令和 7 年 8 月 1 日施行

（令和 7 年 8 月 1 日施行算定基準）

注 8 介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（Ⅲ）及び（Ⅳ）、介護保健施設サービス費（Ⅱ）の介護保健施設サービス費（Ⅱ）、介護保健施設サービス費（Ⅲ）の介護保健施設サービス費（Ⅱ）並びに介護保健施設サービス費（Ⅳ）の介護保健施設サービス費（Ⅱ）について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する介護老人保健施設については、室料相当額 控除として、1 日につき 26 単位を所定単位数から 控除する。

（令和 7 年 8 月 1 日施行厚生労働大臣が定める施設基準）

五十七の二 介護保健施設における室料相当額控除に係る施設基準

イ 算定日が属する計画期間（法第四百四十七条第二項第一号に規定する計画期間をいう。以下同じ。）の前の計画期間（算定日が計画期間の開始後四月以内の日である場合は、前の計画期間の前の計画期間）の最終年度において、介護保健施設サービス費（Ⅱ）、介護保健施設サービス費（Ⅲ）又は介護保健施設サービス費（Ⅳ）を算定した月が、介護保健施設サービス費（Ⅰ）を算定した月より多いこと。

ロ 介護老人保健施設の療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が八以上であること。

（留意事項）

令和 7 年 8 月以降、次に掲げる要件に該当する場合、多床室の利用者に係る介護保健施設サービス費について、室料相当額を控除することとする。

① 当該介護老人保健施設の療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が 8 以上である

こと。なお、療養室に係る床面積の合計については、内法による測定とすること。

② 令和 7 年 8 月から令和 9 年 7 月までの間は、令和 6 年度において、介護保健施設サービス費(Ⅱ)、介護保健施設サービス費(Ⅲ)又は介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定した月が、介護保健施設サービス費(Ⅰ)を算定した月より多い、つまり 7 か月以上であること。

令和 9 年 8 月以降は、算定日が属する計画期間の前の計画期間(算定日が計画期間の開始後 4 月以内の日である場合は、前の計画期間の前の計画期間)の最終年度において、介護保健施設サービス費(Ⅱ)、介護保健施設サービス費(Ⅲ)又は介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定した月が、介護保健施設サービス費(Ⅰ)を算定した月より多いこと。具体的には、令和 9 年 8 月から令和 12 年 7 月までの間は、令和 8 年度において、介護保健施設サービス費(Ⅱ)、介護保健施設サービス費(Ⅲ)又は介護保健施設サービス費(Ⅳ)を算定した月が、介護保健施設サービス費(Ⅰ)を算定した月より多い、つまり 7 か月以上であること。

Ⅵ 短期入所療養介護事業所(老健)にかかる留意事項

1 人員に関する基準

本体施設となる介護老人保健施設が、施設として必要な人員基準を満たしていれば足りる。

2 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療養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療養介護については、短期入所療養介護費は、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。

3 施設入所日及び退所日等における居宅サービスの算定について

介護老人保健施設の退所日、短期入所療養介護のサービス終了日については、訪問看護費・訪問リハビリテーション費・居宅療養管理指導費・通所リハビリテーション費は算定できない。訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、施設サービスや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ので、退所日に通所介護サービス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。

入所当日であっても当該入所前に利用する訪問通所サービスは別に算定できる。ただし、入所前に通所介護・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。

また、施設入所者の外泊時や試行的退所を行っている場合には居宅サービスは算定できない。

(1) 4週

(2) 予定

(3) 事業所における常勤の従業員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規定数) 36 人

No	(5) ユニ ター リーダー	(6) ユ ニ ット名	(7) 職 種	(8) 勤務 形態	(9) 資 格	(10) 氏 名	(11)																												(12) 1～4週 目の勤務 時間合計	(13) 通常時 勤務時間数	(14) 業務状況 (業務先/業務する職 務の内容) 等				
							1週目							2週目							3週目							4週目										5週目			
							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							
							月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日							
1			管理者	A	—	厚 勇 太 郎	シフト記号 勤務時間数	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8	b 8			160	40					
2			医師	A	医師	〇〇 A 男	シフト記号 勤務時間数	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8	b 8			160	40					
3			薬剤師	A	薬剤師	〇〇 B 子	シフト記号 勤務時間数	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8	b 8			160	40					
4			支援相談員	A	—	〇〇 C 太	シフト記号 勤務時間数	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8	b 8			160	40					
5			理学療法士	A	理学療法士	〇〇 D 美	シフト記号 勤務時間数	b 8	b 8				b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8			160	40				
6			介護支援専門員	A	介護支援専門員	〇〇 E 夫	シフト記号 勤務時間数	b 8	b 8				b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8			160	40				
7			看護職員	A	看護師	〇〇 F 子	シフト記号 勤務時間数	b 8	b 8				b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8			160	40				
8			看護職員	A	看護師	〇〇 G 太	シフト記号 勤務時間数			b 8	b 8	b 8	b 8				b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8				b 8	b 8	b 8	b 8	b 8			160	40			
9			看護職員	C	看護師	〇〇 H 美	シフト記号 勤務時間数	b 8	b 8				b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8	b 8			b 8	b 8	b 8			128	32				
10	㊦	ユニット1	看護職員	A	看護師	〇〇 J 太郎	シフト記号 勤務時間数	h 8	i 8	a 8	a 8	d 8				h 8	i 8	a 8	a 8	d 8			h 8	i 8	a 8	a 8	d 8			h 8	i 8	a 8	a 8	d 8			160	40			
11		ユニット1	介護職員	A	介護福祉士	〇〇 K 子	シフト記号 勤務時間数	h 8	i 8	d 8	a 8		d 8	d 8		h 8	i 8	d 8	a 8		d 8	d 8		h 8	i 8	a 8	a 8	d 8			h 8	i 8	d 8	a 8			160	40			
12		ユニット1	介護職員	A	—	〇〇 L 太	シフト記号 勤務時間数	d 8		h 8	i 8	d 8	a 8		a 8	d 8	h 8	i 8	d 8	a 8		d 8		h 8	i 8	a 8	a 8	d 8			h 8	i 8	d 8	a 8			160	40			
13		ユニット1	介護職員	A	—	〇〇 M 子	シフト記号 勤務時間数	a 8	d 8		h 8	i 8	a 8		a 8	d 8	a 8		h 8	i 8	d 8		d 8		h 8	i 8	a 8	a 8	d 8			h 8	i 8	d 8	a 8			160	40		
14		ユニット1	介護職員	C	—	〇〇 N 男	シフト記号 勤務時間数		a 8	d 8		d 8	d 8			a 8	d 8		d 8		a 8		d 8		d 8		d 8		d 8			d 8			d 8	a 8			128	32	
15	○	ユニット2	看護職員	A	看護師	〇〇 P 子	シフト記号 勤務時間数	d 8	d 8			h 8	i 8	a 8	a 8	d 8		d 8		h 8	i 8	a 8	a 8	d 8		h 8	i 8	a 8	a 8	d 8			h 8	i 8	d 8	a 8			160	40	
16		ユニット2	介護職員	A	介護福祉士	〇〇 R 次郎	シフト記号 勤務時間数		a 8	d 8	d 8	h 8	i 8	d 8		d 8	d 8		h 8	i 8	d 8	d 8	a 8	a 8		h 8	i 8	a 8	d 8				a 8			160	40				
17		ユニット2	介護職員	A	—	〇〇 S 子	シフト記号 勤務時間数	a 8		a 8		d 8	h 8	i 8	d 8	a 8		d 8	h 8	i 8	a 8	a 8	d 8	d 8		h 8	i 8	a 8	d 8			h 8	i 8	a 8	d 8			160	40		
18		ユニット2	介護職員	A	—	〇〇 T 太	シフト記号 勤務時間数	i 8		d 8	a 8	a 8	a 8		h 8	i 8	a 8		d 8		h 8	i 8	a 8		d 8	d 8	d 8		h 8	i 8	a 8				d 8			160	40		
19		ユニット2	看護職員	C	—	〇〇 U 子	シフト記号 勤務時間数	d 8		a 8	d 8		d 8	d 8		d 8		a 8	d 8		d 8		d 8		d 8		a 8	a 8	d 8			d 8			a 8			128	32		
20	㊦	ユニット3	看護職員	A	看護師	〇〇 V 男	シフト記号 勤務時間数	h 8	i 8	a 8	a 8	d 8				h 8	i 8	a 8	a 8	d 8		d 8		h 8	i 8	a 8	a 8	d 8			h 8	i 8	a 8	a 8			160	40			
21		ユニット3	介護職員	A	介護福祉士	〇〇 W 子	シフト記号 勤務時間数	h 8	i 8	d 8	a 8		d 8	d 8		h 8	i 8	d 8	a 8		d 8	a 8		h 8	i 8	d 8	a 8		d 8	a 8			h 8	i 8	d 8	a 8			160	40	
22		ユニット3	介護職員	A	—	〇〇 X 太郎	シフト記号 勤務時間数	d 8		h 8	i 8	d 8	a 8		a 8	d 8		h 8	i 8	d 8	a 8		d 8		h 8	i 8	a 8	a 8	d 8			h 8	i 8	d 8	a 8			160	40		
23		ユニット3	介護職員	A	—	〇〇 Y 子	シフト記号 勤務時間数	a 8	d 8		h 8	i 8		a 8	d 8	d 8	a 8		h 8	i 8	d 8	d 8	d 8		h 8	i 8	d 8	a 8		d 8	d 8			h 8	i 8	d 8	a 8			160	40
24		ユニット3	介護職員	C	—	〇〇 Z 男	シフト記号 勤務時間数		a 8	d 8		d 8	d 8			a 8	d 8		d 8		a 8		a 8	d 8	d 8		d 8	d 8		d 8			d 8			d 8	a 8			128	32
25	○	ユニット4	看護職員	A	看護師	〇〇 AA 三郎	シフト記号 勤務時間数	d 8	d 8			h 8	i 8	a 8	a 8	d 8		h 8	i 8	a 8	a 8	d 8		h 8	i 8	a 8	a 8	d 8			h 8	i 8	a 8	a 8	d 8			160	40		
26		ユニット4	介護職員	A	介護福祉士	〇〇 BB 子	シフト記号 勤務時間数		a 8	d 8	d 8		h 8	i 8	d 8		d 8		h 8	i 8	d 8	d 8	a 8	a 8		h 8	i 8	a 8	d 8			h 8	i 8	a 8	d 8			160	40		
27		ユニット4	介護職員	A	—	〇〇 CC 次郎	シフト記号 勤務時間数	i 8		d 8	a 8	a 8	a 8		h 8	i 8	a 8		d 8		h 8	i 8	a 8		d 8	d 8	d 8		h 8	i 8	a 8				d 8			160	40		
28		ユニット4	介護職員	A	—	〇〇 DD 子	シフト記号 勤務時間数	b 8	b 8	d 8	b 8	b 8	b 8		b 8	b 8	b 8	b 8		b 8	b 8	b 8	b 8		b 8	b 8	b 8	b 8		b 8	b 8	b 8	b 8	b 8			160	40			
29		ユニット4	介護職員	C	—	〇〇 EE 次郎	シフト記号 勤務時間数	d 8		d 8		d 8	d 8			d 8		a 8	d 8		d 8		d 8		d 8		a 8	d 8			a 8	d 8			d 8			128	32		
30							シフト記号 勤務時間数																														0	0			

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との連携による摂食嚥下機能の評価により、食事形態・摂取方法の適切な管理、経口摂取の維持等が可能となることによる誤嚥性肺炎の予防及び摂食嚥下障害の改善
- など、効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

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

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

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

本様式は、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の取組を一体

的に行う際に、各取組に係る専門職が情報共有を行い、協働して計画を作成する際に用いることができる。各取組についての情報をそれぞれ記載した上で、多職種が連携し、それらを踏まえた共通課題を抽出し、共通目標を設定するとともに、具体的なケア内容に反映させる。

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

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

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

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

第二章 リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の各取組について

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

I リハビリテーションマネジメントの基本的な考え方

1 リハビリテーションについて

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

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

2 リハビリテーションマネジメントについて

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

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

1 リハビリテーションマネジメントの実務等について

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

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

リハビリテーションマネジメントは、調査 (Survey)、計画 (Plan)、実行 (Do)、評価 (Check)、改善 (Action) (以下「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。

(1) 調査 (Survey)

- ・ リハビリテーションマネジメントにおける調査 (Survey) とは、利用者・家族の希望を踏まえた効果的なリハビリテーション計画を作成することを目的として、適切な方法により、利用者及びその環境に関する情報を把握することをいう。
- ・ 把握する情報として、利用者・家族の希望、全体のケアマネジメントの方針、利用者の健康状態、心身機能、活動 (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。

(2) 計画 (Plan)

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

(3) 実行 (Do)

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

ための訓練か、訓練は効果的に行われているか等を考慮しながら行うこと。

(4) 評価 (Check)、改善 (Action)

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

3 家族、介護支援専門員又は他事業所との連携

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

(1) リハビリテーション会議

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

(2) 介護支援専門員等への情報提供

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

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

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

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

(4) サービス利用終了時の対応等

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

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

4 リハビリテーションマネジメントに関連する主な加算の考え方

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

(1) リハビリテーションマネジメント加算について

上記のリハビリテーションマネジメントの考え方を参照すること。

(2) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について

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

(3) 生活行為向上リハビリテーション実施加算について

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

① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の課題分析

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

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

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

② 生活行為向上リハビリテーション実施加算の留意事項

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

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

(4) 移行支援加算について

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

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

1 基本的な考え方

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

2 リハビリテーションマネジメントの実務等について

(1) リハビリテーションマネジメントの体制

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

(2) リハビリテーションマネジメントの実務

① サービス開始時における情報収集について

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

② サービス開始時におけるアセスメント・評価、計画、説明・同意について

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

③ サービス開始後二週間以内のアセスメント・評価、計画、説明・同意について

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

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

イ リハビリテーションカンファレンスの実施

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

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

ウ リハビリテーション計画書の作成

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

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

エ 利用者又は家族への説明と同意

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

オ 指示と実施

関連スタッフは、医師の指示に基づきリハビリテーション

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

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

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

④ サービス終了時の情報提供について

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

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

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

IV 別紙様式の記載要領

1 別紙様式2—1（興味・関心チェックシート）

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

2 別紙様式2—2—1、別紙様式2—2—2（リハビリテーション計画書）

(1) 本人・家族等の希望

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

(2) 健康状態、経過

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

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

(3) 心身機能・構造

心身機能の障害の有無について、現在の状況の欄に記載すること。

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

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

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

服薬管理の状況、コミュニケーションの状況については、現在の状況を記載する。

(4) 活動の状況

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

① 基本動作

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

② 活動（ADL）（Barthel Index を活用）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(7) 環境因子

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

(8) 社会参加の状況

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

(9) 「活動」と「参加」に影響を及ぼす課題の要因分析

能力及び生活機能の障害と、それらの予後予測を踏まえて、本人が

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

(10) 要因分析を踏まえた具体的なサービス内容

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

(11) 情報提供

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

3 別紙様式2-3（リハビリテーション会議録）

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

4 別紙様式2-4（リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票）

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

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

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

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

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

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

第二 個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について

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

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

I 通所介護等における取扱い

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

1 加算算定にあたっての目標設定・個別機能訓練計画の作成

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(2) 多職種協働での個別機能訓練計画の作成

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

① 個別機能訓練計画書の作成（総論）

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

② 個別機能訓練目標・個別機能訓練項目の設定

ア 個別機能訓練目標の設定

- ・ (1)で把握した利用者のニーズ・日常生活や社会生活等にお

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

＜長期目標の設定＞

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

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

＜短期目標の設定＞

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

（例） 長期目標が「スーパーマーケットに食材を買いに行く」の場合必要な行為

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

- ・ 買った品物を袋に入れる
- ・ 買った品物を入れた袋を持って、自宅まで歩いて帰る

ii 個別機能訓練項目の設定

- ・ 短期目標を達成するために必要な行為のうち、利用者の現状の心身機能等に照らし可能であること、困難であることを整理する。
- ・ 利用者の現状の心身機能等に照らし困難であることについて、どのような訓練を行えば可能となるのか検討する。

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

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

イ 利用者又はその家族への説明と同意

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

と。またその際、個別機能訓練計画を交付（電磁的記録の提供を含む）すること。

ウ 介護支援専門員への報告

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

2 個別機能訓練の実施

(1) 個別機能訓練の実施体制

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

(2) 訓練時間

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

(3) 訓練実施回数

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

3 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練加算に係る個別機能訓練を開始した後は、

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

う。

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

Ⅱ 介護老人福祉施設と短期入所生活介護（介護予防含む）における取扱い

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

Ⅲ 別紙様式の記載要領

1 別紙様式3-1（興味・関心チェックシート）

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

2 別紙様式3-2（生活機能チェックシート）

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

3 別紙様式3-3（個別機能訓練計画書）

個別機能訓練計画の策定にあたり、当該様式を参考とする。

なお、個別機能訓練計画作成の実施に関しては、I-1を参照すること。

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

I 施設サービスにおける栄養ケア・マネジメントについて

1 基本的な考え方

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

2 体制について

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

3 実務について

(1) 入所（院）時における栄養スクリーニング

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

(2) 栄養アセスメントの実施

管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、入所（院）者毎に

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

(3) 栄養ケア計画の作成

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

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

③ 医師は、栄養ケア計画の実施に当たり、その同意等を確認する。

(4) 入所（院）者及び家族への説明

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

(5) 栄養ケアの実施

① サービスを担当する関連職種は、医師の指導等に基づき栄養

ケア計画に基づいたサービスの提供を行う。

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

(6) 実施上の問題点の把握

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

(7) モニタリングの実施

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

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

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

(8) 再スクリーニングの実施

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

(9) 栄養ケア計画の変更及び退所（院）時の説明等

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

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

(10) 帳票の整理

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

II 栄養マネジメント強化加算について

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

1 食事の観察について

- (1) 低栄養状態のリスクが高リスク及び中リスクに該当する者

低栄養状態のリスクが高リスクに該当する者は、別紙様式4-

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

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

(2) 低栄養状態のリスクが低リスクに該当する者

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

2 退所（院）時の対応

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

Ⅲ 経口移行加算及び経口維持加算について

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

計画又は経口維持計画の作成に代えることができるものとする。

IV 退所時栄養情報連携加算について

1 退所時栄養情報連携加算の基本的な考え方

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

2 退所時栄養情報連携加算の実務について

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

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

I 通所・居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメントについて

1 基本的な考え方

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

2 体制について

(1) 栄養ケア・マネジメントは、ケアマネジメントの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。

(2) 事業所は、管理栄養士（他の介護事業所（栄養改善加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を一名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携を含む。以下この項において同じ。）と主治の医師、歯科医師、看護師及び居宅介護支援専門員その他の職種（以下「関連職種」という。）が行

う体制を整備すること。

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

3 実務について

(1) 利用開始時における栄養スクリーニング

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

(2) 栄養アセスメントの実施

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

(3) 栄養ケア計画の作成

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

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

② 管理栄養士は、作成した栄養ケア計画の原案については、関連職種と調整を図り、サービス担当者会議に事業所を通じて報告し、栄養ケア計画の原案を報告し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させる。栄養ケア計画の内容を、居宅サービス計画に適切に反映させる。

③ 管理栄養士は、利用者の主治の医師の指示・指導が必要な場合には、利用者の主治の医師の指示・指導を受けなければならない。

(4) 利用者及び家族への説明

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

(5) 栄養ケアの実施

① 管理栄養士と関連職種は、主治の医師の指示・指導が必要な場合には、その指導等に基づき栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行う。

② 管理栄養士は、通所サービスでの食事の提供に当たっては、給食業務の実際の責任者としての役割を担う者（管理栄養士、栄養士、調理師等）に対して、栄養ケア計画に基づいて個別対応した食事の提供ができるように説明及び指導する。なお、給食業務を委託している場合においては、委託業者の管理栄養士等との連携を図る。

③ 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて、栄養食事相談を実施する。居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するため、利用者又はその家族の同意を得

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

④ 管理栄養士は、関連職種に対して、栄養ケア計画に基づいて説明、指導及び助言を行う。

⑤ 管理栄養士は、関連職種と共同して食事摂取状況や食事に関するインシデント・アクシデントの事例等の把握を行う。

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

(6) 実施上の問題点の把握

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

(7) モニタリングの実施

① モニタリングは、栄養ケア計画に基づいて、低栄養状態の低リスク者は3月毎、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、二週間毎等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は一月毎に測定する。

② 管理栄養士又は関連職種は、長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、総合的な評価

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

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

(8) 再スクリーニングの実施

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

(9) 栄養ケア計画の変更及び終了時の説明等

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

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

II 管理栄養士の居宅療養管理指導について

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

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

I 口腔・栄養スクリーニングの基本的な考え方

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

Ⅱ 口腔・栄養スクリーニングの実務等について

1 スクリーニングの実施

介護職員等は、利用者のサービス利用開始時又は事業所における口腔・栄養スクリーニング加算の算定開始時に、別紙様式5－1通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス（介護予防も含む）及び別紙様式5－2特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護（介護予防も含む）を用いてスクリーニングを行うこと。なお、口腔スクリーニングにおいては、別紙様式5－1通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス（介護予防も含む）を用いてスクリーニングを実施した場合に、「硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者」、「入れ歯を使っている者」及び「むせやすい者」の口腔スクリーニング項目で問題があった利用者、誤嚥性肺炎の既往がある利用者、その他の口腔の健康状態に確認を要する状態の利用者においては、第2章第七のⅡの1に示す口腔の健康状態の評価項目の利用も検討することが望ましい。

2 スクリーニング結果の情報提供等

介護職員等は、各利用者のスクリーニング結果を、当該利用者を担当する介護支援専門員に別紙様式5－1通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス（介護予防も含む）及び別紙様式5－2特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護（介護予防も含む）を参考に文書等で情報提供すること。

口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合はかかりつけ歯科医への受診状況を利用者又はその家族等に確認し、必要に応じて受診を促すとともに、当該利用者を担当する介護支援専門員に対して、口腔機能向上サービスの提供を検討するように依頼すること。また、口腔の健康状態によっては、主治医の対応を要する場合もあることから、必要に応じて介護支援専門員を通じて主治医にも情報提供等の適切な措置を講ずること。低栄養状態の利用者については、かかりつけ医への受診状況を利用者又はその家族等に確認し、必要に応じて受診を促すとともに、当該利用者を担当する介護支援専門員に

対して、栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。

3 再スクリーニングの実施

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

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

I 口腔衛生の管理体制の基本的な考え方

口腔衛生の管理体制とは、介護保険施設及び特定施設においてケアマネジメントの一環として、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士（以下「歯科医師等」という。）及び関連職種の共同により、口腔衛生に係る課題把握・改善を行い、入所(居)者に適した口腔清掃等を継続的に行うための体制をいう。歯・口腔の健康の保持・増進を図ることは、自立した質の高い生活を営む上で重要であり、介護保険施設における口腔衛生等の管理は、利用者の口腔の健康状態に応じた効率的・効果的な口腔清掃等が行われるだけでなく、摂食嚥下機能の維持・向上、栄養状態の改善等にもつながるものであることに留意すること。

II 口腔衛生の管理体制の整備にかかる実務について

1 口腔衛生の管理体制に係る計画の立案

歯科医師等は、介護保険施設及び特定施設における口腔清掃等の実態の把握、介護職員からの相談等を踏まえ、当該施設の実情に応じ、口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を行うこと。なお、施設の実情を踏まえて、適切に介護職への理解に資すると考えられる場合は、当該助言及び指導について、情報通信機器を用いて実施しても差し支えない。

介護職員は、当該技術的助言及び指導に基づき、別紙様式6－1（介護保険施設）または別紙様式6－2（特定施設）を参考に、以下の事項を記載した口腔衛生管理体制計画を作成すること。

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

(5) 留意事項・特記事項

実施目標においては、助言及び指導を踏まえて、施設の実情に応じた検討されたい。例えば、口腔清掃の用具の整備、口腔清掃の方法・内容等の見直し、施設職員に対する口腔衛生管理の推進に資する研修会の開催、歯科専門職による入所(居)者の口腔管理等、歯科専門職による食事環境、食形態等の確認又は現在の取組の継続等である。

介護職員は、口腔清掃等を含めた施設における課題や疑問等を、適宜、歯科医師等に相談する。歯科医師等は、概ね6月毎に、施設における口腔清掃の実態、介護職員からの相談等を踏まえ、当該施設の実情に応じた口腔衛生の管理体制に係る計画に関する技術的助言及び指導を行うこと。介護職員は、当該技術的助言・指導を踏まえ、口腔衛生管理体制計画の見直しを行い、口腔衛生の管理体制の充実を図ること。また、必要に応じて、「介護保険施設等における口腔衛生管理の評価と実践」(一般社団法人日本老年歯科医学会)等の関連学会が示す記載等も参考にされたい。

2 入所者の口腔の健康状態の評価

介護保険施設においては、当該施設の従業者又は歯科医師等が入所者の施設入所時及び月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施することとしており、各入所者について、別紙様式6-3を参考に以下の事項等を確認する。ただし、歯科医師等が訪問歯科診療、訪問歯科衛生指導、または口腔衛生管理加算等により口腔管理を実施している場合は、当該口腔の健康状態の評価に代えることができる。

【口腔の健康状態の評価例】

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

ただし、(7)及び(8)については、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行うこと。(1)から(8)の項目を参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性について検討する。評価の実施にあたっては第七のⅡの1及び「入院(所)中及び在宅等における療養中の

患者に対する口腔の健康状態の確認に関する基本的な考え方」(令和6年3月日本歯科医学会)等の関連学会が示す記載等も参考にされたい。

歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高い場合、歯・口腔の疾患が疑われる場合及び介護職員による口腔清掃等が困難な場合等は各利用者の口腔の健康状態に応じた口腔健康管理が行われるよう、歯科受診の必要性も含めて歯科医師等に相談すること。

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

I 口腔連携強化加算に関する基本的な考え方

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

II 口腔連携強化加算にかかる実務について

1 口腔の健康状態の評価の実施

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

護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 6、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 11、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 6 及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式 8 等により提供する。評価にあたっては、「入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の確認に関する基本的な考え方」(令和 6 年 3 月日本歯科医学会)等の関連学会が示す口腔の評価及び管理に係る記載等も参考にされたい。なお、必要に応じて口腔健康管理に係る研修等も活用し、適切な口腔の健康状態の評価の実施に務めること。介護職員については、事業所の医療従事者に相談する等の対応も検討すること。また、継続的な口腔の健康状態の評価を実施することにより、利用者の口腔の健康状態の向上に努めること。

【口腔の健康状態の評価項目】

項目	評価	評価基準	評価の必要性
1. 開口	1. できる 2. できない	・ 上下の前歯の間に指 2 本分（縦）入る程度まで口があかない場合（開口量 3 cm 以下）には「2」につける。	開口が不十分及び開口拒否等は口の中の観察も困難にするとともに、口腔清掃不良となる要因である。また、開口が不十分においては要因の精査等が必要となる場合がある。
2. 歯の汚れ	1. なし 2. あり	・ 歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「2」につける。	歯が汚れている状態は、汚れに含まれる細菌等も含めて付着している状態である。虫歯や歯周病の原因となるだけでなく、汚れを飲み込み肺に到達すると誤嚥性肺炎の原因にもなる。
3. 舌の汚れ	1. なし 2. あり	・ 舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「2」につける。	舌が汚れている状態は、汚れに含まれる細菌等も含めて付着している状態である。歯の汚れと同じく、汚れを飲み込み肺に到達すると誤嚥性肺炎の原因にもなる。

4. 歯肉の腫れ、出血	1. なし 2. あり	・歯肉が腫れている場合（反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較）や歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「2」につける。	歯肉の腫れ、出血は歯周病の可能性があり、歯周病は放置すると歯を失う可能性がある。また、糖尿病等の全身疾患との関連性も報告されている。
5. 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	1. できる 2. できない	・本人にしっかりかみしめられないとの認識がある場合または義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「2」につける。	奥歯が無い場合に、食物をかみ砕く能力が低下し、食事形態等に関連があるだけでなく、窒息事故との関連も報告されている。転倒リスクとの関連性も報告されており、義歯の利用等も含めて検討が必要である。
6. むせ	1. なし 2. あり	・平時や食事時にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「2」につける。	摂食嚥下障害の可能性があり、食事形態等に関連があるだけでなく、入院等との関連も報告されている。唾液や食物などを誤嚥している可能性があり、摂食嚥下機能の精査や訓練等が必要な場合もある。
7. ぶくぶくうがい※1	1. できる 2. できない	・歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頬を膨らませない場合や膨らました頬を左右に動かせない場合は「2」につける。	口の周りの筋肉等の動きと関連しており、食事形態等に関連があるだけでなく、入院等との関連も報告されている。口腔機能の低下の可能性があると同時に、口腔衛生管理とも関連している。
8. 食物のため込み、残留※2	1. なし 2. あり	・食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「2」につける。	摂食嚥下障害等に関連しており、摂食嚥下機能の精査や訓練等が必要な場合もある。

9. その他	自由記載	・ 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

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

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

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

2 口腔機能向上サービスの実務

(1) 口腔の健康状態の評価の実施

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

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

(2) 口腔機能改善管理指導計画の作成

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

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

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

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

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

(5) 実施上の問題点の把握

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

(6) 口腔の健康状態の再評価の実施

- ① サービス担当者は、目標の達成状況、口腔衛生、口腔機能等の改善状況等を適宜、再評価を行うとともに、サービスの見直し事項を含めた、口腔機能改善管理指導計画の変更の必要性を判断する。口腔の健康状態の再評価の記録は、別紙様式6－4様式例を参照の上、作成する。

- ② 口腔の健康状態の再評価は、月 1 回程度を目処に、必要に応じて適宜実施する。再評価の結果、口腔の健康状態に変化がある場合には、口腔機能改善管理指導計画を再度作成する。

(7) 再把握の実施

サービス担当者は、口腔衛生、摂食嚥下機能等に関する解決すべき課題の把握を 3 月毎に実施し、事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等へ情報を提供する。なお、この把握には、別紙様式 6－4 の様式例を参照の上、作成する。

介護支援専門員又は介護予防支援事業者等は、情報提供を受け、サービス担当者と連携して、口腔衛生、摂食嚥下機能等に関するリスクにかかわらず、把握を 3 月毎に実施する。

(8) 口腔機能向上サービスの継続及び終了時の説明等

サービス担当者は、総合的な評価を行い、口腔機能向上サービスの継続又は終了の場合には、その結果を利用者又はその家族に説明するとともに、利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等に継続又は終了の情報を提供し、サービスを継続又は終了する。サービスの継続又は終了については、利用者又はその家族へ説明し同意を得る。

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

リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書（通所系）

氏名：		殿		サービス開始日		年 月 日		
				作成日 ☐ 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/m ² 栄養補給法： ☐ 経口のみ ☐ 一部経口 ☐ 経腸栄養 ☐ 静脈栄養、 食事の形態：（ ） 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：							
	（共通） （リハビリテーション・栄養・口腔） （上記に加えた課題） ☐ 食事に安定した正しい姿勢が自分で取れない ☐ 食事に集中することができない ☐ 食事中に傾眠や意識混濁がある ☐ 歯（義歯）のない状態で食事をしている ☐ 食べ物を口腔内にため込む ☐ 固形の食べ物を咀嚼中にむせる ☐ 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある ☐ 水分でむせる ☐ 食事中、食後に咳をすることがある ☐ その他（ ）							
	（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	栄養	口腔
	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日
評価時の状態	【心身機能・構造】 ☐ 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：			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/m ² 栄養補給法： ☐ 経口のみ ☐ 一部経口 ☐ 経腸栄養 ☐ 静脈栄養、 食事の形態：（ ） ところみ： ☐ 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：					
	(共通)					
	(リハビリテーション・栄養・口腔)					
	(上記に加えた課題)					
	☐ 食事に安定した正しい姿勢が自分で取れない ☐ 食事に集中することができない ☐ 食事中に傾眠や意識混濁がある ☐ 歯（義歯）のない状態で食事をしている ☐ 食べ物を口腔内にため込む ☐ 固形の食べ物を咀嚼中にむせる ☐ 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある ☐ 水分でむせる ☐ 食事中、食後に咳をすることがある ☐ その他（ ）					
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	栄養	口腔
	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日
評価時の状態	【心身機能・構造】 ☐ 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/m ² 栄養補給法： ☐ 経口のみ ☐ 一部経口 ☐ 経腸栄養 ☐ 静脈栄養、 食事の形態：（ ） 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：						
	（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 ☐ 固形の食べ物を咀嚼中にむせる ☐ 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある ☐ 水分でむせる ☐ 食事中、食後に咳をすることがある ☐ その他（ ）						
	（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	栄養	口腔
	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日
評価時の状態	【ADL】※課題のある項目名にチェック ☐ 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/m ² 栄養補給法： ☐ 経口のみ ☐ 一部経口 ☐ 経腸栄養 ☐ 静脈栄養、 食事の形態：（ ） 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） ☐ 食事に安定した正しい姿勢が自分で取れない ☐ 食事に集中することができない ☐ 食事中に傾眠や意識混濁がある ☐ 歯（義歯）のない状態で食事をしている ☐ 食べ物を口腔内にため込む ☐ 固形の食べ物を咀嚼中にむせる ☐ 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある ☐ 水分でむせる ☐ 食事中、食後に咳をすることがある ☐ その他（ ）							
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	栄養	口腔
	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日	評価日： 年 月 日
評価時の状態	【ADL】※課題のある項目名にチェック ☐ 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 ☐ 必要だが使用していない ☐ 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：	〇〇 〇〇		殿	サービス開始日	X 年 7 月 10 日
				作成日 ■初回 □変更	X 年 7 月 19 日
生年月日		X 年 2 月 29 日			性別
					(男)・女
計画作成者	リハビリテーション (PT 〇 〇) 栄養管理 (〇 〇) 口腔管理 (〇 〇)				
要介護度		□ 要支援 (□ 1 □ 2) □ 要介護 (■ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5)			
日常生活自立度		障害高齢者： A2 認知症高齢者： 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/m ² 栄養補給法：■ 経口のみ □ 一部経口 □ 経腸栄養 □ 静脈栄養 食事の形態： (普通) とろみ：■ なし □ 薄い □ 中間 □ 濃い リハビリテーションが必要となった原因疾患： (脳梗塞後遺症) 発症日・受傷日： (10) 年程前 () 月 合併症： ☐ 脳血管疾患 ☐ 骨折 ☐ 誤嚥性肺炎 ☐ うっ血性心不全 ☐ 尿路感染症 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☒ 骨粗しょう症 ☐ 関節リウマチ ☐ がん ☐ うつ病 ☐ 認知症 ☐ 褥瘡 (※上記以外の) ☐ 神経疾患 ☐ 運動器疾患 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 循環器疾患 ☐ 消化器疾患 ☐ 腎疾患 ☐ 内分泌疾患 ☐ 皮膚疾患 ☐ 精神疾患 ☐ その他 症状： ☐ 嘔気・嘔吐 ☐ 下痢 ☒ 便秘 ☐ 浮腫 ☐ 脱水 ☐ 発熱 ☐ 閉じこもり 現在の歯科受診について：かかりつけ歯科医 ■あり □なし 直近1年間の歯科受診：■あり (最終受診年月：X年1月) □なし 義歯の使用：■あり (■部分・□全部) □なし その他：キーパーソン・主介護者：娘				
課題	(共通) 以前していた外出・趣味 (俳句サークル) の活動ができなくなった。徐々に筋力が低下している。肉・魚を食べない。 (リハビリテーション・栄養・口腔) ・フレイルに伴う下肢筋力低下 ・体重減少 ・義歯の汚れが激しい、義歯を食事の途中で外してしまい、固形物が食べにくい。 ・活動量が減少し、日によって朝食や昼食を欠食することがあるなど、食事摂取量や時間が一定していない (上記に加えた課題) ☐ 食事中に安定した正しい姿勢が自分で取れない ☐ 食事に集中することができない ☐ 食事中に傾眠や意識混濁がある ☒ 歯 (義歯) のない状態で食事をしている ☐ 食べ物を口腔内にため込む ☐ 固形の食べ物を咀嚼中にむせる ☒ 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある ☒ 水分でむせる ☒ 食事中、食後に咳をすることがある ☒ その他 (痰がらみの咳をすることがある)				
方針・目標	(共通) 俳句サークルへ復帰する。 活動量・食事摂取量を安定させ、フレイルの進行を予防する。 (リハビリテーション・栄養・口腔) 短期目標： ・屋外での杖歩行が見守りで可能となり、介助者と外出できる ・毎日3食食事を取り、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。 (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)) ☒ 口腔衛生 (□ 維持 ☒ 改善 (口腔清掃)) ☒ 栄養状態 (□ 維持 ☒ 改善 (たんぱく質の確保)) ☒ 食形態 (■ 維持 □ 改善 ()) ☒ 誤嚥性肺炎の予防 ☐ 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	栄養	口腔
	評価日：X年 7月 11日	評価日： X年 7月 13日	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
具体的な支援内容	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 〇月 〇日) ■ 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。		

興味・関心チェックシート

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

リハビリテーション計画書

☐入院 ☐外来 ☒訪問 ☐通所 ☐入所

氏名：様

性別：

男・女

生年月日：年 月 日（歳）

☐要支援 ☐要介護

リハビリテーション担当医

担当 （☐PT ☐OT ☐ST ☐看護職員 ☐その他従事者（）

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

■健康状態、経過

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

治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）：

合併症：

☐脳血管疾患 ☐骨折 ☐誤嚥性肺炎 ☐うっ血性心不全 ☐尿路感染症 ☐糖尿病 ☐高血圧症 ☐骨粗しょう症 ☐関節リウマチ ☐がん ☐うつ病 ☐認知症 ☐褥瘡

※上記以外の疾患⇒ ☐神経疾患 ☐運動器疾患 ☐呼吸器疾患 ☐循環器疾患 ☐消化器疾患 ☐腎疾患 ☐内分泌疾患 ☐皮膚疾患 ☐精神疾患 ☐その他（）

コントロール状態：

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

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

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	特記事項（改善の見込み含む）
筋力低下	あり	あり	
麻痺	あり	あり	
感覚機能障害	あり	あり	
関節可動域制限	あり	あり	
摂食嚥下障害	あり	あり	
失語症・構音障害	あり	あり	
見当識障害	あり	あり	
記憶障害	あり	あり	
高次脳機能障害（ ）	あり	あり	
栄養障害	あり	あり	
疼痛	あり	あり	
精神行動障害（BPSD）	あり	あり	
☐ 6分間歩行試験	自立		
☐ TUG Test			
服薬管理			
☐ 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方針（今後3ヶ月間）

■リハビリテーション実施上の留意点

（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）

■リハビリテーションの見通し・継続理由

■リハビリテーションの長期目標

（心身機能）

（活動）

（参加）

■本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）

■リハビリテーションの終了目安

（終了の目安となる時期：ヶ月後）

利用者・ご家族への説明：西暦 年 月 日

特記事項：

■活動(IADL)

アセスメント項目	開始時	現状	特記事項	評価内容の記載方法
食事の用意				0：していない 1：まれにしている
食事の片付け				2：週に1～2回 3：週に3回以上
洗濯				0：していない 1：まれにしている 2：週に1回未満 3：週に1回以上
掃除や整頓				
力仕事				
買物				
外出				
屋外歩行				
趣味				
交通手段の利用				
旅行				
庭仕事				0：していない 1：時々 2 定期的にしている 3：横替等もしている
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回程度 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（ ）
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
				週 回	分/回
				週 回	分/回
				週 回	分/回
		/月	※ 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は共有すべき事項

☐介護支援専門員とは共有すべき事項

☐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

リハビリテーション会議録（訪問・通所リハビリテーション）

利用者氏名 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

会議出席者	所属(職種)	氏 名	所属(職種)	氏 名
リハビリテーションの支援方針				
リハビリテーションの内容				
各サービス間の提供に当たって共有すべき事項				
利用者又は家族 構成員 不参加理由	☐ 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				

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	

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（ . . ~ . . ）	社会適応訓練期（ . . ~ . . ）
		【通所頻度】 回/週	【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。

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 専職(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(療用症候群)

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ないと思込でいた。(但し、本人は杖を使用して外出する方が良いと十分な納得されていない様子あり。)

備考

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

紹介先医療機関等： ○○○○○

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 専職(元会社員)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

1 脳出血(左被殻出血) (平成17年12月○日)

2 右片麻痺

3 右顔面麻痺

紹介目的

退所にあたってのご報告及び継続治療のご依頼

既往歴及び家族歴

70歳ごろより近医にて高血圧症を指摘されるがその後通院せず放置していた。平成17年12月に脳出血を発症し、右片麻痺を呈し、○○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主し、その後、自宅の近くの坂道を上れる程度となった。試行的退所の際に、自宅内での身の回り行為(ADL)は自主を確認した。趣味の盆栽や囲碁も片手でできるようになった。

現在の処方

○○○○○

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きたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と接していきたい。趣味の盆栽の手入れや囲碁も続けたい。

家族：日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

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

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



(依頼先機関)

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

依頼先機関等名

担当者

殿

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

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

目標とする生活 (本人及び家族)

生活情報 (生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)

援助の経過 (これまでの援助方針・援助の成果等) 及び生活機能の変化

現状の問題点・課題

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること

備考

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

依頼日	令和 年 月 日
事業所	
担当者	
電話	
FAX	

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

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

(依頼先機関)

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

依頼先機関等名

〇〇〇〇〇

担当者 〇〇 〇〇

殿

氏名 〇〇 〇〇 生年月日 明・大・昭・平 〇 年 〇 月 〇 日 (7 5 歳) 職業(元専業主婦)

住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

性別 男 ・ 女

電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇

認定情報

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

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

変形性膝関節症(右膝で強い、20年前から)

+ 生活不活発病

①膝痛のため5年位前から

②2ヶ月前の風邪による臥床(今回のリハビリテーション実施の主な原因)

紹介目的

通所リハビリテーション終了にあたってのご報告及び継続支援のご依頼

目標とする生活(本人及び家族)

本人: 元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。

家族: できれば平日は家事ができるくらいに元気になって欲しい。

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)

生来健康でしたが、65歳時から高血圧指摘され、68歳時降圧剤(〇〇〇)を服用開始しています。20年前から膝痛あり、膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、生活不活発病が徐々に出現していました。

15年前から息子家族と同居していますが、日中の夫婦分の家事は本人が行なっていました。但し、風邪の後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主し、平日の家事が自主したのでリハビリテーションは終了しました。

更に活動性は向上できると思われます。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りしくお願いします。

日中の家事の主体が再び本人に戻るよう援助ください。

備考

備考

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

依頼日

令和 〇 年 〇 月 〇 日

事業所

〇〇〇〇〇

担当者

〇〇 〇〇

電話

〇〇-〇〇〇-〇〇〇

FAX

〇〇-〇〇〇-〇〇〇

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

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

(依頼先機関)

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

依頼先機関等名

〇〇〇〇〇

担当者 〇〇 〇〇

殿

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

住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 性別 (男) ・ 女

電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇

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

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

脳出血 右片麻痺、右顔面麻痺

紹介目的

退所にあたってのご報告及び継続支援のご依頼

目標とする生活(本人及び家族)

本人: 今後も身の回りのことは一人でやっていたい。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 〇 年 〇 月 〇 日
事業所	〇〇〇〇〇
担当者	〇〇 〇〇
電話	〇〇-〇〇〇-〇〇〇
FAX	〇〇-〇〇〇-〇〇〇

＜リハビリテーションマネジメント＞ アセスメント上の留意点

＜実施計画書1＞

分類	リハビリテーション実施計画書項目	留意点
健康状態	健康状態 (原因疾患、発症・受傷日等)	特に生活機能低下の原因となった傷病を特定してください
		疾病管理の方針(投薬内容を含む)を把握してください
		症状のコントロール状態について把握してください
	合併疾患・コントロール状態	リスク管理上留意すべき合併疾患はありますか
		生活機能に影響する合併疾患はありますか
		治療や使用薬剤が生活機能に及ぼす影響(副作用等)について把握してください
		低栄養あるいは肥満や栄養の偏りの有無について把握してください
		合併疾患等についての本人・家族の理解を把握してください
	生活不活発病(廃用症候群)	生活不活発病の発生原因を特定してください
		現在の生活の活発さの程度を把握してください
		生活不活発病改善への方針を把握してください
		生活不活発病及びその原因についての本人・家族の理解を把握してください
心身機能	運動機能障害	麻痺(中枢性、末梢性)、筋力低下、不随意運動の有無について把握してください
	感覚機能障害	聴覚機能、視覚機能等の障害の程度を把握してください
	高次脳機能障害	失行・失認、失語の有無を把握してください
		記憶と認知の障害の有無を把握してください
		高次脳機能障害の日常生活・社会活動への影響を把握してください
	拘縮	部位と運動制限の程度を把握してください
	関節痛	部位と程度を把握してください
		痛みのコントロールの程度も把握してください
	その他	情動症状、うつ状態、循環・呼吸・消化機能障害、音声・発話機能の障害、排尿機能の障害・性機能の障害、褥瘡の有無を確認してください
		これらの障害が日常生活・社会活動制限の原因になっていないか確認してください
		中核症状の重症度を把握してください
	認知症に関する評価	周辺症状の有無を把握してください
		経過を必ず確認してください(診断時期、受けてきた治療を含む)
	トイレへの移動	個室内の移動、ドアの開閉が可能かどうか確認してください
	階段昇降	階段の傾斜や手すりの使用状況等にも注目してアセスメントしてください

日常生活・社会活動	屋内移動	自宅と自宅以外の屋内（通所施設内、病院内、等）の違いにも注目して移動能力をアセスメントしてください
	屋外移動	場所や床面の状況による違いにも注目してアセスメントしてください
	食事	食品の形態によって食事動作に差が出るか、箸やフォークの使用状況、瓶や缶あけが可能であるかについて把握してください
	排泄（昼）（夜）	トイレの様式による違いや立ち上がり動作や衣服の着脱についても注目してアセスメントしてください
	整容	洗面、整髪、歯、ひげ、つめの手入れができるかどうかを把握してください。それらを行う姿勢が座位か、立位姿勢かについても留意してください
	更衣	衣服と履物の種類に着目して、着脱の実行状況を把握してください
		適切な衣服の選択かについても把握してください
	入浴	浴室での移動、浴槽への出入りが可能かどうか、体を洗えるかどうかについて把握してください
	コミュニケーション	周囲の人と意思の疎通が可能であるかどうか、困難である場合、とくに表出が困難か、理解が困難かについて把握してください コミュニケーションの相手やその手段（手話、非手話）にも注目して把握してください
起居動作	家事	ゴミ捨て、植物の水やり等についても把握してください
	外出	公共交通機関の利用、自動車の運転、自転車の運転が可能であるかどうか、把握してください
	寝返り 起き上り 座位 立ち上り 立位	それぞれの動作の実施環境による違いを把握してください
摂食・嚥下		口腔機能の状態を把握し、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導の必要性を判断してください

＜実施計画書2＞

リハビリテーション 実施計画書項目	留意点
ご本人 の希望	希望する背景や理由、その心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回との違いを明らかにしてください
ご家族 の希望	利用者にどうなってほしいと家族が思っているのかを把握してください その希望の根拠や心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回との違いを明らかにしてください

興味・関心チェックシート

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

生活機能チェックシート

利用者氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
評価日	年 月 日	評価スタッフ		職種	
要介護度	☐ 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
A D L	食事	・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0)	有・無		
	椅子とベッド間の移乗	・自立(15) ・監視下(10) ・座れるが移れない(5) ・全介助(0)	有・無		
	整容	・自立(5) ・一部介助(0) ・全介助(0)	有・無		
	トイレ動作	・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0)	有・無		
	入浴	・自立(5) ・一部介助(0) ・全介助(0)	有・無		
	平地歩行	・自立(15) ・歩行器等(10) ・車椅子操作が可能(5) ・全介助(0)	有・無		
	階段昇降	・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0)	有・無		
	更衣	・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0)	有・無		
	排便 コントロール	・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0)	有・無		
	排尿 コントロール	・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0)	有・無		
I A D L	調理	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	洗濯	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	掃除	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	項目	レベル	課題	状況・生活課題	
基本動作	寝返り	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	起き上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	座位の保持	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立ち上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立位の保持	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		

【個別機能訓練計画書】

作成日： 年 月 日		前回作成日： 年 月 日		初回作成日： 年 月 日	
ふりがな 氏名	性別	生年月日 年 月 日	要介護度	計画作成者： 職種：	
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		

I 利用者の基本情報 ※別紙様式3-1・別紙様式3-2を別途活用すること。

利用者本人の希望	家族の希望
利用者本人の社会参加の状況	利用者の居宅の環境（環境因子）

健康状態・経過

病名	発症日・受傷日： 年 月 日 直近の入院日： 年 月 日 直近の退院日： 年 月 日
治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）	
合併症： ☐ 脳血管疾患 ☐ 骨折 ☐ 誤嚥性肺炎 ☐ うつ血性心不全 ☐ 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) (活動) (参加)	機能訓練の長期目標 (機能) (活動) (参加)
前回作成した短期目標に対する目標達成度（達成・一部・未達）	前回作成した長期目標に係る目標達成度（達成・一部・未達）

※目標設定方法の詳細や生活機能の構成要素の考え方は、通知本体を参照のこと。 ※目標達成の目安となる期間についてもあわせて記載すること。
 ※短期目標（長期目標を達成するために必要な行為）は、個別機能訓練計画書の訓練実施期間内に達成を目指す項目のみを記載することとして差し支えない。

個別機能訓練項目

プログラム内容(何を目的に(～のために)～する)		留意点	頻度	時間	主な実施者
①			週 回	分/回	
②			週 回	分/回	
③			週 回	分/回	
④			週 回	分/回	
※短期目標で設定した目標を達成するために必要な行為に対応するよう、訓練項目を具体的に設定すること。			プログラム立案者：		

利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること	特記事項
-----------------------------	------

III 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練の実施による変化	個別機能訓練実施における課題とその要因
----------------	---------------------

※個別機能訓練の実施結果等をふまえ、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更等を行った場合は、個別機能訓練計画書の再作成又は更新等を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に係る最新の情報が把握できるようにすること。初回作成時にはIIIについては記載不要である。

事業所名：	説明日： 年 月 日 説明者：
-------	-----------------------------------

フリガナ		性別	☐ 男 ☐ 女	生年月日	年 月 日生まれ	年齢	歳
氏名		要介護度		病名・ 特記事項等		記入者名	
						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 ☐

（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		★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/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	
	3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	☐ 無 ☐ 有(kg/ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(kg/ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(kg/ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(kg/ ヶ月)	
	3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	☐ 無 ☐ 有(kg/ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(kg/ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(kg/ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(kg/ ヶ月)	
	3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	☐ 無 ☐ 有(kg/ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(kg/ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(kg/ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(kg/ ヶ月)	
	褥瘡	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	
	栄養補給法	☐ 経口のみ ☐ 一部経口	☐ 経口のみ ☐ 一部経口	☐ 経口のみ ☐ 一部経口	☐ 経口のみ ☐ 一部経口	
		☐ 経腸栄養法 ☐ 静脈栄養法	☐ 経腸栄養法 ☐ 静脈栄養法	☐ 経腸栄養法 ☐ 静脈栄養法	☐ 経腸栄養法 ☐ 静脈栄養法	
その他						
栄養補給の状態 食生活状況等	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）	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）	
	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	
		安定した正しい姿勢が自分で取れない	☐	☐	☐	☐
		食事に集中することができない	☐	☐	☐	☐
		食事中に傾眠や意識混濁がある	☐	☐	☐	☐
		歯（義歯）のない状態で食事をしている	☐	☐	☐	☐
		食べ物を口腔内に溜め込む	☐	☐	☐	☐
		固形の食べ物を咀嚼しやく中にむせる	☐	☐	☐	☐
		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		
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（口中等度 ☐ 重度）	☐ 低栄養非該当 ☐ 低栄養（口中等度 ☐ 重度）	☐ 低栄養非該当 ☐ 低栄養（口中等度 ☐ 重度）	☐ 低栄養非該当 ☐ 低栄養（口中等度 ☐ 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 ☐ 頸部聴診法 ☐ 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 ☐ 頸部聴診法 ☐ 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 ☐ 頸部聴診法 ☐ 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 ☐ 頸部聴診法 ☐ 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・口腔機能 ☐ 嚥下機能	☐ 認知機能 ☐ 咀嚼・口腔機能 ☐ 嚥下機能	☐ 認知機能 ☐ 咀嚼・口腔機能 ☐ 嚥下機能	☐ 認知機能 ☐ 咀嚼・口腔機能 ☐ 嚥下機能
	※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
		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	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

- ★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

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			男・女	生年月日	年 月 日 (歳)			
	様				病名				
身長	cm (測定日 年 月 日)								
体重	直近(①): kg (測定日 年 月 日)					BMI	直近(①): kg/m ²		
	①から1か月前: kg (測定日 年 月 日)						①から1か月前: kg/m ²		
栄養補給に関する事項	必要栄養量	エネルギー kcal		たんぱく質 g					
	摂取栄養量	エネルギー kcal		たんぱく質 g					
	経口栄養 □無	食種	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 □ 食事時の傾眠 □ 食物の溜め込み □ 嚥下障害 □ 咀嚼困難 □ 口腔内残渣 □ その他 ()							
入所中の経過・栄養食事相談の内容等									

※1: 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の「コード分類」及び「とろみ分類」

※2:投与方法や投与速度を必要に応じて記入すること

問合せ先

施設名：

担当管理栄養士名:

電話番号:

(FAX) :

フリガナ	性別	□男 □女	生年月日	年 月 日生まれ	年齢	歳
氏名	要介護度		病名・特記事項等		記入者名	
利用者					作成年月日	年 月 日
家族の意向			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 一

（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
身長	cm	cm	cm	cm
体重 / BMI	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有(kg/ ヶ月)	□無 □有(kg/ ヶ月)	□無 □有(kg/ ヶ月)	□無 □有(kg/ ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有(kg/ ヶ月)	□無 □有(kg/ ヶ月)	□無 □有(kg/ ヶ月)	□無 □有(kg/ ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有(kg/ ヶ月)	□無 □有(kg/ ヶ月)	□無 □有(kg/ ヶ月)	□無 □有(kg/ ヶ月)
褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
栄養補給法	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口
	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法
その他				
栄養摂取量（割合）	%	%	%	%
主食の摂取量（割合）	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
主菜、副菜の摂取量（割合）	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %
その他（補助食品など）				
摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) ± (g/kg)	kcal (kcal/kg) ± (g/kg)	kcal (kcal/kg) ± (g/kg)	kcal (kcal/kg) ± (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/kg)	kcal (kcal/kg) ± (g/kg)	kcal (kcal/kg) ± (g/kg)	kcal (kcal/kg) ± (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/kg)	kcal (kcal/kg) ± (g/kg)	kcal (kcal/kg) ± (g/kg)	kcal (kcal/kg) ± (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
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	□	□	□	□
食事中に嚥下や意識混乱がある	□	□	□	□
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	□	□	□	□
固形の食べ物を嚥しゃく中にむせる	□	□	□	□
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				
褥瘡・生活機能関係	□褥瘡（再掲） □生活機能低下	□褥瘡（再掲） □生活機能低下	□褥瘡（再掲） □生活機能低下	□褥瘡（再掲） □生活機能低下
消化器官関係	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘
水分関係	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水
代謝関係	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱
心理・精神・認知症関係	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症
医薬品	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響
特記事項				
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持
	□改善が認められない	□改善が認められない	□改善が認められない	□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

栄養ケア計画書（通所・居宅）（様式例）

氏名：		初 回 作 成 日 ： 年 月 日	
殿		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 3.5 g/dl未満	□無 □有（（g/dl））	□無 □有（（g/dl））
	食事摂取量 75％以下※ ³	□無 □有（％）	□無 □有（％）
	特記事項（医師、管理栄養士等への 連携の必要性等）		

- ※ 1 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。
- ※ 2 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない。（初回は評価不要）
- ※ 3 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

（参考）口腔スクリーニング項目について

「硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる」

歯を失うと肉や野菜等の摂取割合が減り、柔らかい麺類やパン等の摂取割合が増えることが指摘されています。

「入れ歯を使っている」

入れ歯があわないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでてきます。
また、歯が少ないけれども入れ歯を使っていない場合には、口腔の問題だけでなく認知症や転倒のリスクが高まります。

「むせやすい」

飲み込む力が弱まると飲食の際にむせたり、飲み込みづらくなって、食事が大変になります。誤嚥性肺炎のリスクも高まることから口腔を清潔に保つことが重要です。

（参考）低栄養状態のリスク分類について

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)
身長147cm、体重38kgの利用者の場合、
38(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/ m ²) ※ ³ 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※ 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 3.5 g/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

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	

年 月 日

【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： ）

※ 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）

※ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

その他の特記事項	
----------	--

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

評価日： 年 月 日

氏名（ふりがな）			
生年月日・性別	年 月 日生まれ	□ 男	□ 女
要介護度・病名等			
日常生活自立度	障害高齢者：	認知症高齢者：	
現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医 □ あり □ なし 直近1年間の歯科受診 □ あり（最終受診年月： 年 月） □ なし		
義歯の使用	□ あり（□ 部分・□ 全部） □ なし		
栄養補給法	□ 経口のみ □ 一部経口 □ 経腸栄養 □ 静脈栄養		
食事形態	□ 常食 □ 嚥下調整食（コード□ 4、□ 3、□ 2-2、□ 2-1、□ 1j、□ 0t、□ 0j）		
誤嚥性肺炎の発症・既往	□ あり（直近の発症年月： 年 月） □ なし		

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）

年 月 日 記入者：		□ 歯科衛生士 □ 看護職員 □ 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭	□ あり □ なし □ 分からない
	歯の汚れ	□ あり □ なし □ 分からない
	義歯の汚れ	□ あり □ なし □ 分からない
	舌苔	□ あり □ なし □ 分からない
口腔機能の状態	奥歯のかみ合わせ	□ あり □ なし □ 分からない
	食べこぼし	□ あり □ なし □ 分からない
	むせ	□ あり □ なし □ 分からない
	口腔乾燥	□ あり □ なし □ 分からない
	舌の動きが悪い	□ あり □ なし □ 分からない
	ぶくぶくうがい※	□ できる □ できない □ 分からない
※現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認		
歯科受診の必要性		□ あり □ なし □ 分からない
特記事項	□ 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 □ 音声・言語機能に関する疾患の可能性 □ その他（ ）	

2 口腔機能改善管理指導計画

作成日： 年 月 日

計画立案者	氏名：	□ 歯科衛生士 □ 看護職員 □ 言語聴覚士
サービス提供者	氏名：	□ 歯科衛生士 □ 看護職員 □ 言語聴覚士
目標	□ 歯科疾患（□ 重症化防止 □ 改善 □ 歯科受診） □ 口腔衛生（□ 維持 □ 改善（ ）） □ 摂食嚥下等の口腔機能（□ 維持 □ 改善（ ）） □ 食形態（□ 維持 □ 改善（ ）） □ 栄養状態（□ 維持 □ 改善（ ）） □ 音声・言語機能（□ 維持 □ 改善（ ）） □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他（ ）	
実施内容	□ 口腔清掃 □ 口腔清掃に関する指導 □ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 音声・言語機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ その他（ ）	

3 実施記録

実施年月日	年 月 日		
サービス提供者	氏名：	□ 歯科衛生士 □ 看護職員 □ 言語聴覚士	
口腔清掃	□ 実施	口腔清掃に関する指導	□ 実施
摂食嚥下等の口腔機能に関する指導	□ 実施	音声・言語機能に関する指導	□ 実施
誤嚥性肺炎の予防に関する指導	□ 実施	その他（ ）	□ 実施

4 その他特記事項

--

(参考)

口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書

年 月 日

情報提供先（歯科医療機関・居宅介護支援事業所）

名称

担当 殿

介護事業所の名称

所在地

電話番号

FAX番号

管理者氏名

記入者氏名

利用者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒 - 連絡先 ()
	年 月 日生		
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3 cm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、義歯がすくの外れる、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)

リハビリテーション計画書

計画実施日 年 月 日

利用者氏名	男・女	年 月 日 生 (歳)	要介護度：	担当医：	PT：	OT：	ST：	SW：	看護師：	
健康状態（原因疾患、発症日等）			合併疾患		廃用症候群： □軽度 □中等度 □重度 原因：			障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症である老人の日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		

本人の希望	家族の希望
-------	-------

	目標 [到達時期]							評価項目・内容															
参加 「主 目標」	家庭内役割：							家庭内役割：															
	外出(目的・頻度等)：							外出：															
活 動	自立・ 介護 状況 項 目	自宅での実行状況（目標）：「する“活動”」						日常生活での実行状況：「している“活動”」						評価・訓練時の能力：「できる“活動”」									
		自 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	備 考	自 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	備 考	独 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	備 考	
	屋外歩行 (含：家からの出入り)																						
	階段昇降																						
	トイレへの移 動																						
	食 事																						
	排 泄																						
	整 容																						
	更 衣 (含:靴・装具の着脱)																						
	入 浴																						
	家 事																						
	コミュニケーション																						

リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等

自己実施プログラム

前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 等

本人・家族への説明	年 月 日	本人		家族		説明者	
-----------	-------	----	--	----	--	-----	--

〈註〉：・健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活機能分類)による
・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

リハビリテーション計画書

計画実施日 年 月 日

利用者氏名	厚生花子	男・女	710 年 月 15 日生 (81 歳)	要介護度 :	1	担当医 :	〇〇	PT :	〇〇	OT :	〇〇	ST :		SW :		看護師 :	〇〇
健康状態 (原因疾患、発症日等)				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				正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2					
								原因 :				認知症である老人の日常生活自立度					
								膝痛のための活動性低下				A1 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 〇〇 年 〇 月 〇 日	本人	厚生花子	家族	厚生次郎	説明者	〇〇
-----------	-----------------	----	------	----	------	-----	----

〈註〉 : ・健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活機能分類)による
・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

(参考)

口腔衛生管理加算 様式（実施計画）

評価日： 年 月 日

氏名（ふりがな）	
生年月日・性別	年 月 日生まれ ・ ☐ 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 ☐ 必要だが使用していない ☐ 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 I C T 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 I C T 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 I C T 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）を算定するにあたっては、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に平準化すること
- ・ 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的の講習やヒヤリ・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、SR S-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と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。

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

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	対象期間	左表と同じ
総業務時間		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			
------	--------------	--	--	--

① S R S－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。

1-1

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

②－2 生活・認知機能尺度（事後調査） 調査対象人数 人

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○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						
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
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

※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
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

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	〇〇〇〇		担当しているユニット・フロア名	〇〇〇〇	
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

NO	分類	Sub-NO	項目	記載例①	21時台					22時台					23時台					24時台					1時台				
					00分 - 09分	10分 - 19分	20分 - 29分	30分 - 39分	40分 - 49分	00分 - 09分	10分 - 19分	20分 - 29分	30分 - 39分	40分 - 49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: 移動・移乗・体位変換	6																										
		2: 排泄介助・支援																											
		3: 日常生活自立支援（※1）			10	10	10				10								10	5			10	10	8				
		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、訴えの把握、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 事業所番号	電話番号		FAX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 ☐ 2 地域密着型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 ☐ 4 介護老人福祉施設 ☐ 5 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ☐ 6 介護老人保健施設 ☐ 7 介護医療院 ☐ 8 養護老人ホーム ☐ 9 軽費老人ホーム				
	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	
		医療機関名			医療機関コード	
施設基準医療機関を定める場合(※5)を満たす施設	第1号から第3号の規定(※5)に当たり過去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)				
		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