

# 令和7年度

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護  
看護小規模多機能型居宅介護

## 集団指導資料 (別冊資料編)

岡山市保健福祉局高齢福祉部事業者指導課

## 令和6年度集団指導資料（別冊資料編）目次

### （（介護予防）小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護）

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の取扱いについて	3
居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについて	4
従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 記入方法	11
「その他の日常生活費」について	13
保険外サービスの提供について（一部抜粋）	18
科学的介護情報システム（LIFE）関連加算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	27
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（一部抜粋）	45
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	63
褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書	79
排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書	81
身体拘束ゼロへの手引き	82

## 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の取扱いについて

事 務 連 絡

平成18年12月12日

(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者 各位

岡山市介護保険課長

### 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の取扱いについて

このことについて、(介護予防)小規模多機能型居宅介護を利用するにあたっては、利用者若しくは事業者が各福祉事務所へ標記届出書の提出をされているかと思えます。

つきましては、これまでの取扱いに加え、下記事項にご留意いただき、併せて利用者の方々へご周知くださいますようお願いいたします。

#### 記

#### 新たに届出書が必要な場合

\* (介護予防)小規模多機能型居宅介護利用者が認定更新の結果、

① 要支援→要介護

② 要介護→要支援

となった場合には、改めて居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の提出が必要となります。

(新たに届出書が必要な理由)

現行の国保連合会システムの仕様上、介護給付並びに予防給付の識別ができず、届出のないまま介護報酬を請求するとエラーとなり返戻となってしまうため。

老介発 0331 第 1 号  
老高発 0331 第 2 号  
老認発 0331 第 3 号  
老老発 0331 第 2 号  
令和 3 年 3 月 3 1 日

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） 御中  
各介護保険関係団体

厚生労働省老健局介護保険計画課長  
（公印省略）  
高齢者支援課長  
（公印省略）  
認知症施策・地域介護推進課長  
（公印省略）  
老人保健課長  
（公印省略）

### 居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについて

居宅介護支援に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについては、全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（令和 2 年度）の資料においてお示ししたとおり、「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業（令和 2 年度老人保健健康増進等事業）」（(株)三菱総合研究所実施）において、現場の実践者を中心に委員会を設置し、居宅介護支援における業務負担の軽減等を通じた環境整備を図る観点や、介護支援専門員を取り巻く環境や業務の変化を前提に、質の担保を図りつつ、対応可能な具体的かつ実質的な業務負担の軽減等の議論を行ってきたところですが、当該事業を踏まえ、今般、別添のとおり「介護保険制度に係る書類・事務手続の見直し」に関するご意見への対応について（平成 22 年 7 月 30 日老介発 0730 第 1 号・老高発 0730 第 1 号・老振発 0730 第 1 号・老老発 0730 第 1 号）を一部改正し、標記通知を発出いたしますので、各都道府県におかれましては、趣旨をご理解の上、管内市区町村、関係団体、関係機関に周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようお願いいたします。

なお、別添のうち、今般の改正以外の内容については、既にお示ししているところですが、発出してから、長期間経過し、各項目に係る取扱いの周知が徹底されていないことや、居宅介護支援事業所と各保険者において、認識が一致しないなどの状況が生じている等のご意見がある旨承知しております。

各項目に係る取扱いの可否については、介護支援専門員の判断を十分に踏まえ、各市町村においては、その可否に係る判断にあたっては根拠を示し、双方が理解できる形で対応がなされるよう、改めて特段のご配慮をお願いいたします。

そのため、日頃から、居宅介護支援事業所におかれましては、例えば、各地域の職能団体等を通じて、今般の各項目に係る取扱いについて、各地域の実情を踏まえた基本的な考え方等の整理や合意が図られるよう、意見交換会や協議の場等の開催を各市町村に提案し、一方、各市町村におかれましては、これらの場を積極的に活用し、双方の認識共有、合意形成の一層の充実に努められますよう併せてお願いいたします。

また、平成 30 年 4 月から居宅介護支援事業所の指定権限を各都道府県から市町村に移譲し、これまで全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議においてもお願いしてきたところではありますが、各都道府県におかれましては、改めて市町村に対して必要な支援を実施していただくよう、上記について、ご承知いただき、適切な支援や対応をお願いいたします。

なお、当該通知の「I 居宅介護支援・介護予防支援・サービス担当者会議・介護支援専門員関係」については、本通知の適用に伴い廃止します。

また、当該事業に係る報告書については、事業完了次第、ご参考いただくために別途その掲載先をお知らせいたしますので、あらかじめご了承くださいますようお願いいたします。

- ・(別添) 居宅介護支援・介護予防支援・サービス担当者会議・介護支援専門員に係る項目及び項目に対する取扱い
- ・(参考)「介護保険制度に係る書類・事務手続の見直し」に関するご意見への対応について(平成22年7月30日老介発0730第1号・老高発0730第1号・老振発0730第1号・老老発0730第1号)(別添)の一部改正後全文

項目	項目に対する取扱い
1 居宅介護支援	
(1) 居宅介護サービス計画書(ケアプラン)の記入例について	<p>居宅介護サービス計画書(ケアプラン)の記入例については、例えば、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「居宅サービス計画書作成の手引」(発行(財)長寿社会開発センター)</li> <li>・「居宅サービス計画ガイドライン」(発行(福)全国社会福祉協議会)</li> </ul> <p>など、市販されている参考書籍が多数発刊されている。また、介護支援専門員実務研修なども地域において様々開催され、特にケアマネの資格取得に必修となっている「実務研修」には「居宅サービス計画等の作成」、一定の実務をもとに専門知識の習得を目指す「専門研修」においても事例研究等の研修課程を設けているところであり、これらの活用を図られたい。</p>
(2) 居宅サービス計画書の更新の時期の明確化について	<p>居宅サービス計画書の更新(変更)については、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」(平成11年7月29日老企22厚生労働省老人保健福祉局企画課、以下「基準の解釈通知」という。)の「第二 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」の「3 運営に関する基準」において、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①モニタリングを行い、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合等に応じて居宅サービスを変更(⑫居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等)</li> <li>②介護支援専門員は、利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合など本号に掲げる場合(※)には、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする(⑭居宅サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取)</li> </ul> <p>と規定しているところである。</p> <p>したがって、指定居宅介護支援等の事業及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚令38、以下「基準」という。)においても、モニタリングにより利用者の状態(解決すべき課題)に変化が認められる場合や、要介護認定の更新時において、居宅サービス計画書の更新(変更)を求めているところであり、これを周知徹底したい。</p> <p>※基準第13条14          介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。(中略)          イ 要介護認定を受けている利用者が法第28条第2項に規定する要介護更新認定を受けた場合          ロ 要介護認定を受けている利用者が法第29条第1項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合</p>
(3) 緊急入院等におけるモニタリングの例外について	<p>基準の解釈通知の「第Ⅱ 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 3 運営に関する基準 (7) 指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針 ⑬モニタリングの実施」において、「特段の事情のない限り、少なくとも1月に1回は利用者の居宅で面接を行い(以下略)」とされている。</p> <p>さらに、「特段の事情」とは、「利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合は「特段の事情」に該当し、必ずしも訪問しなければ減算となるものではない。</p> <p>ただし、入院・入所期間中でもモニタリングをしていく必要性はあることから、その後の継続的なモニタリングは必要となるものであり、留意されたい。</p>
(4) 「家族旅行」などで、ショートステイを利用する際のサービス担当者会議とモニタリングの取扱いについて(会議とモニタリングを同時に行うことができるか否かについて)	<p>指定居宅支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚令38)の第13条に掲げるケアマネジメントの一連のプロセスについては、第1条に掲げる基本方針を達成するために必要となる業務を列挙しているものであり、基本的にはこのプロセスに応じて進めていくことが必要となる。</p> <p>しかしながら、より効果的・効率的な支援を実施することが可能な場合は、必ずしも同基準に掲げるプロセスの順序に固執するものではなく、例えば、困難事例への対応に関して、関係機関が集まって、それぞれの機関が把握している情報を共有し、まずは現状の評価を行うという場合について、サービス担当者会議とモニタリングを同時に行うことも考えられる。</p>

2 介護予防支援	
<p>(1) 地位包括支援センターの指定介護予防支援業務の委託に関する事務手続きについて</p>	<p>要支援者に係る地域包括支援センターの指定介護予防支援業務の委託の事務手続きについては、「介護予防支援事業所の実施に当たり重点化・効率化が可能な事項について」（平成19年7月23日老振発0723001・老老発0723001、厚生労働省老健局振興・老人保健課長連名通知）の1（3）において、「介護予防サービス・支援計画書（中略）の作成契約は、利用者及び地域包括支援センターとの間で締結するものであり、地域包括支援センターが介護予防サービス・支援計画書作成を指定居宅介護支援事業所（中略）に委託している場合であっても、利用者と委託先の指定居宅介護支援事業者との間で改めて契約を締結する必要はない。」とされているところであり、利用者は地域包括支援センターと委託先の居宅介護支援事業者の両者と契約する必要はないので、ご留意されたい。</p> <p>ただし、利用者、地域包括支援センター、委託先の居宅介護支援事業所の三者の間の役割分担上の混乱を避ける観点から、一定の取り決めを行うことも想定される。</p>
<p>(2) 介護予防支援業務における介護予防支援・サービス評価表の記載内容について</p>	<p>介護予防支援業務における介護予防支援・サービス評価表の記載内容については、保険者の自主的な判断により介護予防を推進していく観点から、保険者において個別に最良の様式を定めていることから、個々の評価表において記載されている内容にある程度差が生じることは想定される場所である。</p> <p>なお、国においては、「介護予防支援業務に係る関係様式例の提示について」（平成18年3月31日老振発0331009号厚生労働省老健局振興課長通知）の「介護予防支援業務に係る関連様式例記載要領」の「4介護予防サービス・支援評価表」において標準様式を示しているところであり、今後も活用されたい。</p>

<p>3 ケアプランの軽微な変更の内容について（ケアプランの作成）</p>	<p>「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（平成11年7月29日老企22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）」（以下、「基準の解釈通知」という。）の「第Ⅱ 指摘居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」の「3 運営に関する基準」「（7）指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針」の「⑮居宅サービス計画の変更」において、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、指定居宅介護支援等の事業及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚令38、以下「基準」という。）の第13条第3号から第11号までに規定されたケアプラン作成にあたっての一連の業務を行うことを規定している。</p> <p>なお、「利用者の希望による軽微な変更（サービス提供日時の変更等）を行う場合には、この必要はないものとする。」としているところである。</p>
<p>サービス提供の曜日変更</p>	<p>利用者の体調不良や家族の都合など臨時的、一時的なもので、単なる曜日、日付の変更のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。</p> <p>なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第11号（居宅サービス計画の交付）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>サービス提供の回数変更</p>	<p>同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。</p> <p>なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第11号（居宅サービス計画の交付）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>利用者の住所変更</p>	<p>利用者の住所変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。</p> <p>なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第11号（居宅サービス計画の交付）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>事業所の名称変更</p>	<p>単なる事業所の名称変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。</p> <p>なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第11号（居宅サービス計画の交付）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>目標期間の延長</p>	<p>単なる目標設定期間の延長を行う場合（ケアプラン上の目標設定（課題や期間）を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合など）については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。</p> <p>なお、これらはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第11号（居宅サービス計画の交付）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合</p>	<p>福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。</p> <p>なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第11号（居宅サービス計画の交付）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更</p>	<p>目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。</p> <p>なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第11号（居宅サービス計画の交付）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合</p>	<p>第一表の総合的な援助の方針や第二表の生活全般の解決すべき課題、目標サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。</p> <p>なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第11号（居宅サービス計画の交付）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>担当介護支援専門員の変更</p>	<p>契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更（但し、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者と同面識を有していること。）のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。</p> <p>なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第11号（居宅サービス計画の交付）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>

<p>4 ケアプランの軽微な変更の内容について（サービス担当者会議）</p>	<p>基準の解釈通知のとおり、「軽微な変更」に該当する者であれば、例えばサービス担当者会議の開催など、櫃ずしも実施しなければならないものではない。</p> <p>しかしながら、例えば、ケアマネジャーがサービス事業所へ周知したほうが良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>
<p>サービス利用回数の増減によるサービス担当者会議の必要性</p>	<p>単なるサービス利用回数の増減（同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減など）については、「軽微な変更」に該当する場合もあるものと考えられ、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。</p> <p>しかしながら、例えば、ケアマネジャーはサービス事業所へ周知したほうが良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>
<p>ケアプランの軽微な変更に関するサービス担当者会議の全事業所招集の必要性</p>	<p>ケアプランの「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。</p> <p>ただし、サービス担当者会議を開催する必要がある場合には、必ずしもケアプランに関わるすべての事業所を招集する必要はなく、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>
<p>「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱い</p>	<p>「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱いについては、まずはモニタリングを踏まえ、サービス事業者間（担当者間）の合意が前提である。</p> <p>その上で具体的には、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成11年11月12日老企第29号）の「課題分析標準項目（別添）」等のうち、例えば、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「健康状態（既往歴、主傷病、病状、痛み等）」</li> <li>・ 「ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）」</li> <li>・ 「IADL（調理、掃除、買い物、金銭管理、服薬状況等）」</li> <li>・ 「日常の意思決定を行うための認知能力の程度」</li> <li>・ 「意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーション」</li> <li>・ 「社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）」</li> <li>・ 「排尿・排便（失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度など）」</li> <li>・ 「褥瘡・皮膚の問題（褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等）」</li> <li>・ 「口腔衛生（歯・口腔内の状態や口腔衛生）」</li> <li>・ 「食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）」</li> <li>・ 「行動・心理症状（BPSD）（妄想、誤認、幻覚、抑うつ、不眠、不安、攻撃的行動、不穏、焦燥、性的脱抑制、収集癖、叫声、泣き叫ぶ、無気力等）」</li> </ul> <p>等を総合的に勘案し、判断すべきものである。</p>
<p>5 暫定ケアプランについて</p>	
<p>看取り期など限定的な局面時における暫定ケアプラン作成時のプロセスの取扱いについて</p>	<p>暫定ケアプランについて、利用者の状態等を踏まえ、本ケアプラン（原案）においても同様の内容が見込まれる場合（典型的には看取り期が想定されるが、これに限られない。）は、暫定ケアプラン作成の際に行った「指定居宅支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚令38）の第13条に掲げるケアマネジメントの一連のプロセスについて、必ずしも改めて同様のプロセスを踏む必要はない。</p>

6 その他	
ケアプランの作成依頼（変更）届出書の様式の取扱い（活用）について	<p>ケアプラン作成依頼（変更）届出書の標準様式については、「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について」等の一部改正において、要介護認定等に係る調査内容等の提示について、依頼者の同意欄を設けているが、当該欄に係る同様の内容が必要な場合について、各保険者において別の同様の文書・資料の提出や手続きの申請等を求めている場合は、当該欄の活用や当該標準様式の項目の追加等の工夫を行うことで、二重の手間を求めることは避ける対応を図られたい。</p>

# 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 記入方法

(標準様式1) 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 令和 6 (2024) 年 4 月 サービス種別 (小規模多機能型居宅介護) 事業所名 (○○サービス)

(1) 暦月: 4月 (2) 予定: 〇 (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 (4) 利用者数 (通いサービス): 9人 (5) 日中/夜間及び深夜の時間帯の区分: 日中 (6) 7:00 ~ 20:00 (7) 夜間及び深夜の時間帯: 20:00 ~ 7:00

No	(6) 職種	(7) 職名	(8) 資格	(9) 氏名	日中/夜間及び深夜の区分	1項目					2項目					3項目					4項目					5項目					11月～12月の勤務時間数合計	(12) 就業状況 (兼務先/兼務する職務の内訳)等		
						月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金				
1	管理者	A	認知症対応型サービス事業管理者研修修了	原芳 太郎	日中	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	120	25.67		
2	介護支援専門員	A	介護支援専門員	〇〇 A男	日中	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	120	25.67		
3	介護従業者	A	介護福祉士	〇〇 B子	日中	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	120	25.67		
4	介護従業者	A	介護福祉士	〇〇 C太	日中	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	120	25.67		
5	介護従業者	A	介護福祉士	〇〇 D美	日中	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	120	25.67		
6	介護従業者	A	—	〇〇 E夫	日中	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	120	25.67		
7	介護従業者	A	介護福祉士	〇〇 F子	日中	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	120	25.67		
8	介護従業者	A	介護福祉士	〇〇 G太	日中	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	120	25.67		
9	介護従業者	A	看護師	〇〇 H美	日中	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	120	25.67		
10	介護従業者	C	介護福祉士	〇〇 J次郎	日中	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	120	25.67		
11	介護従業者	C	介護福祉士	〇〇 K子	日中	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	120	25.67		
12	介護従業者	C	—	〇〇 L太	日中	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	120	25.67		
13	介護従業者	C	—	〇〇 M子	日中	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	120	25.67		
14	介護従業者	C	—	〇〇 N男	日中	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	120	25.67		
15	介護従業者	C	—	〇〇 P子	日中	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	120	25.67		
16	介護従業者	C	—	〇〇 R次郎	日中	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	120	25.67		
(14) 常勤/兼務の区分 (15) 日中の通いサービスの利用者数						10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
(16) 日中の通いサービスの利用者数						4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
(17) 介護従業者の日中の勤務時間数の合計						48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	
(18) 介護従業者の夜間・深夜の勤務時間数の合計						10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

- 直接入力する必要がある箇所です。
- プルダウンから選択して入力する必要がある箇所です。

なお、「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」に「シフト記号表 (勤務時間帯)」も必ず添付して提出してください。

- 最初に「年月欄」「サービス種別」「事業所名」を入力してください。
- (1) 「暦月」を選択してください。
- (2) 「予定」「実績」「予定・実績」のいずれかを選択してください。(「予定・実績」は予定と実績が同じだったことを示す場合に選択してください)
- (3) 事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数を入力してください。
- (4) 通いサービスの利用者数 (前年度の平均値: 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位以下を切り上げ) を入力してください。
- (5) 事業所における日中、夜間及び深夜の時間帯の区分を入力してください。
- (6) 従業員の職種について、下記のうち該当する職種をプルダウンより選択してください。記入の順序は、職種ごとにまとめてください。

No	職種名
1	管理者
2	介護従業者 (正式名称: 小規模多機能型居宅介護従事者)
3	介護支援専門員
4	計画作成担当者 (サテライトの場合に選択)

- (7) 従業員の勤務形態について、下記のうち該当する区分の記号をプルダウンより選択してください。記入の順序は、各職種の中で勤務形態の区分ごとにまとめてください。

記号	区分
A	常勤で専従
B	常勤で兼務
C	非常勤で専従
D	非常勤で兼務

(注) 常勤・非常勤の区分について

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業員が勤務すべき時間数に達していることをいいます。雇用の形態は考慮しません。

(例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業員は常勤扱いとなります。)

- ・ (8) 従業員の保有する資格について、該当する資格名称をプルダウンより選択してください。  
保有資格を全て記入するのではなく、人員基準上求められる資格等を入力してください。  
※選択した資格及び研修に関して、必要に応じて、資格証又は研修修了証等の写しを添付資料として提出してください。
- ・ (9) 従業員の氏名を記入してください。
- ・ (10) 申請する事業に係る従業員（管理者を含む。）の1ヶ月分の勤務時間を入力してください。（別シートの「シフト記号表」を作成し、シフト記号を選択または入力してください。）
- ・ (11) 従業員ごとに、合計勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。  
※入力することができる勤務時間数は、当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき勤務時間数を上限とします。
- ・ (12) 従業員ごとに、週平均の勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
- ・ (13) 申請する事業所以外の事業所・施設との兼務がある場合は、兼務先の事業所・施設の名称及び兼務する職務の内容について記入してください。  
同一事業所内の兼務についても兼務する職務の内容を記入してください。  
その他、特記事項欄としてもご活用ください。
- ・ (14) 宿直の従業員の「No（ナンバー）」（本一覧表におけるNo）を記載してください。入力すると従業員の該当の日付のセルが  に色づけされます。
- ・ (15) 通いサービスの利用者数を入力してください。
- ・ (16) 宿泊サービスの利用者数を入力してください。
- ・ (17) 介護従業員の日中の勤務時間の合計が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
- ・ (18) 介護従業員の夜間・深夜の勤務時間の合計が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。

「その他の日常生活費」について

(平成 12 年 3 月 30 日)  
(老企第五四号)  
(令和 6 年 3 月 15 日改正)

各都道府県介護保険主管部(局)長 殿

厚生省老人保健福祉局企画課長

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

通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護及び特定施設入居者生活介護並びに介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス及び介護医療院サービス並びに地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護並びに介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護及び介護予防特定施設入居者生活介護並びに介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護（以下「通所介護等」という。）の提供において利用者、入所者、入居者又は入所者から受け取ることが認められる日常生活に要する費用の取扱いについては、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 11 年厚生省令第 37 号。以下「居宅サービス基準」という。）、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 11 年厚生省令第 39 号。以下「福祉施設基準」という。）、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 11 年厚生省令第 40 号。以下「保健施設基準」という。）、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号。以下「地域密着基準」という。）、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 18 年厚生労働省令第 35 号。以下「介護予防基準」という。）、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 18 年厚生労働省令第 36 号。以下「地域密着介護予防基準」という。）及び介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 30 年厚生労働省令第 5 号。以下「医療院基準」という。）並びに「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」（平成 11 年 9 月 17 日老企第 25 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）、「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について」（平成 12 年 3 月 17 日老企第 43 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）、「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について」（平成 12 年 3 月 17 日老企第 44 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）、「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準について」（平成 12 年 3 月 17 日老企第 45 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）、「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について」（平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331003 号・老振発第 0331004 号・老老発第 0331017 号）及び「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について」（平成 30 年 3 月 22 日老老発 0322 第 1 号厚生労働省老健局老人保健課長通知）をもってお示ししているところであるが、通所介護等の提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者等に負担させることが適当と認められるもの（以下「その他の日常生活費」という。）の取扱いについては別途通知することとされていたところ、今般、その基本的な取扱いについて左記のとおり定めるとともに、その他の日常生活費の対象となる便宜の範囲について、別紙によりサービス種類ごとに参考例をお示しするので、御了知の上、管下市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

記

1 「その他の日常生活費」の趣旨

「その他の日常生活費」は、利用者、入所者又は入院患者（以下「利用者等」という。）又はその家族等の自由な選択に基づき、事業者又は施設が通所介護等の提供の一環として提供する日常生活上の便宜に係る経費がこれに該当する。

なお、事業者又は施設により行われる便宜の供与であっても、サービスの提供と関係のないもの(利用者等の嗜好品の購入等)については、その費用は「その他の日常生活費」とは区別されるべきものである。

## 2 「その他の日常生活費」の受領に係る基準

「その他の日常生活費」の趣旨にかんがみ、事業者又は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、以下に掲げる基準が遵守されなければならないものとする。

- ① 「その他の日常生活費」の対象となる便宜と、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。
- ② 保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の受領は認められないこと。したがって、お世話料、管理協力費、共益費、施設利用補償金といったあいまいな名目の費用の徴収は認められず、費用の内訳が明らかにされる必要があること。
- ③ 「その他の日常生活費」の対象となる便宜は、利用者等又はその家族等の自由な選択に基づいて行われるものでなければならず、事業者又は施設は「その他の日常生活費」の受領について利用者等又はその家族等に事前に十分な説明を行い、その同意を得なければならないこと。
- ④ 「その他の日常生活費」の受領は、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行われるべきものであること。
- ⑤ 「その他の日常生活費」の対象となる便宜及びその額は、当該事業者又は施設の運営規程において定められなければならないが、また、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なければならないこと。ただし、「その他の日常生活費」の額については、その都度変動する性質のものである場合には、「実費」という形の定め方が許されるものであること。

### (別紙)

各サービス種類ごとの「その他の日常生活費」の具体的な範囲について

- (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及び認知症対応型通所介護並びに介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション及び介護予防認知症対応型通所介護(居宅サービス基準第96条第3項第五号関係及び地域密着基準第24条第3項第五号関係並びに予防基準第100条第3項第四号関係及び地域密着介護予防基準第22条第3項第五号関係)
  - ① 利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用
  - ② 利用者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用
- (2) 短期入所生活介護及び短期入所療養介護並びに介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護(居宅サービス基準第127条第3項第七号、第140条の6第3項第七号、第145条第3項第七号及び第155条の5第3項第七号関係並びに予防基準第135条第3項第七号、第155条第3項第七号、第190条第3項第七号及び第206条第3項第七号関係)
  - ① 利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用
  - ② 利用者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用
- (3) 特定施設入所者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護並びに介護予防特定施設入居者生活介護(居宅サービス基準第182条第3項第三号関係及び地域密着基準第117条第3項第三号並びに予防基準第238条第3項第三号関係)
  - ① 利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用
- (4) 介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス及び介護医療院サービス並びに地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(福祉施設基準第9条第3項第六号関係及び第41条第3項第六号関係、保健施設基準第11条第3項第六号及び第42条第3項第六号関係、医療院基準第14条第3項第六号及び第46条第3項第六号関係並びに地域密着基準第136条第3項第六号及び第161条第3項第六号関係)

- ① 入所者又は入院患者(以下「入所者等」という。)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
  - ② 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
  - ③ 健康管理費(インフルエンザ予防接種に係る費用等)
  - ④ 預り金の出納管理に係る費用
  - ⑤ 私物の洗濯代
- (5) 小規模多機能型居宅介護、複合型サービス及び介護予防小規模多機能型居宅介護(地域密着基準第71条第3項第六号及び地域密着介護予防基準第52条第3項第六号関係)
- ① 利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用
  - ② 利用者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用
- (6) 認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護(地域密着基準第96条第3項第四号及び地域密着介護予防基準第76条第3項第四号関係)
- ① 利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用

(7) 留意事項

- ① (1)から(6)の①に掲げる「身の回り品として日常生活に必要なもの」とは、一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられる物品(例えば、歯ブラシや化粧品等の個人用の日用品等)であって、利用者等の希望を確認した上で提供されるものをいう。

したがって、こうした物品を事業者又は施設がすべての利用者に対して一律に提供し、すべての利用者からその費用を画一的に徴収することは認められないものである。

- ② (1)、(2)、(4)及び(5)の②に掲げる「教養娯楽として日常生活に必要なもの」とは、例えば、事業者又は施設がサービスの提供の一環として実施するクラブ活動や行事における材料費等が想定されるものであり、すべての利用者等に一律に提供される教養娯楽に係る費用(共用の談話室等にあるテレビやカラオケ設備の使用料等)について、「その他の日常生活費」として徴収することは認められないものである。

- ③ (4)の④にいう預り金の出納管理に係る費用を入所者等から徴収する場合には、

- イ 責任者及び補助者が選定され、印鑑と通帳が別々に保管されていること、
  - ロ 適切な管理が行われていることの確認が複数の者により常に行える体制で出納事務が行われること、
  - ハ 入所者等との保管依頼書(契約書)、個人別出納台帳等、必要な書類を備えていること
- 等が満たされ、適正な出納管理が行われることが要件となる。

また、入所者から出納管理に係る費用を徴収する場合にあつては、その積算根拠を明確にし、適切な額を定めることとし、例えば、預り金の額に対し、月当たり一定割合とするような取扱いは認められないものである。

- ④ 介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護医療院サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の入所者等並びに短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護の利用者のおむつに係る費用については、保険給付の対象とされていることから、おむつ代を始め、おむつカバー代及びこれらに係る洗濯代等おむつに係る費用は一切徴収できないことに留意すること。
- ⑤ 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設である特別養護老人ホームは、従来から在宅生活が困難な入所者又は入居者の生活の拠点としての機能を有しており、介護サービスだけでなく、入所者又は入居者の日常生活全般にわたって援助を行ってきたところであり、入所者又は入居者の私物の洗濯等も基本的に施設サービスとして行われてきたものである。したがって(4)の⑤の「私物の洗濯代」については、入所者又は入居者の希望により個別に外部のクリーニング店に取り継ぐ場合のクリーニング代を除き、費用の徴収はできないものであること。なお、このクリーニング代については、サービスの提供とは関係のない実費として徴収することとなること。

各都道府県介護保険担当課(室) 殿

厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室

「その他の日常生活費」に係る Q&A について

本年三月三〇日付けで「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」を厚生省老人保健福祉局企画課長通知(老企第五四号)として別添のとおり発出したところであるが、「その他の日常生活費」について想定される照会について、別添の通り Q&A を作成しましたので送付します。

各位におかれましては、内容を御了知の上、適切に対応していただきますようよろしくお願い申し上げます。

[別添]

「その他の日常生活費」に係る Q&A

問 1 個人用の日用品について、「一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられるもの」としてはどういったものが想定されるのか。

答 歯ブラシ、化粧品、シャンプー、タオル等の日用品であって、利用者に一律に提供されるものではなく、利用者個人又はその家族等の選択により利用されるものとして、事業者(又は施設)が提供するもの等が想定される。

問 2 個人用の日用品については、一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられるものに限られることとされているが、それ以外の個人の嗜好に基づくいわゆる「贅沢品」については、費用の徴収ができないのか。

答 サービス提供とは関係のない費用として、徴収は可能である。

問 3 個人用の日用品については、一般的に要介護者等の日常生活に必要と考えられるものであれば、例えば病院の売店で利用者が購入する場合であってもその費用は「その他の日常生活費」に該当するのか。

答 このような場合は、「サービス提供の一環として提供される便宜」とは言い難いので、「その他の日常生活費」に該当しない。

問 4 個人用の日用品については、一般的に要介護者等の日常生活に必要と考えられるものであれば、ある利用者の個別の希望に応じて、事業者等が当該利用者の代わりにある日用品を購入し、その購入代金を利用者に請求する場合も「その他の日常生活費」に該当するのか。

答 個人のために単に立て替え払いするような場合は、事業者等として提供する便宜とは言えず、その費用は「その他の日常生活費」に該当しないため、サービス提供とは関係のない費用として徴収を行うこととなる。

問 5 個人専用の家電製品の電気代は、利用者から徴収できないのか。

答 サービス提供とは関係のない費用として、徴収は可能である。

問 6 施設にコインランドリーがある場合、その料金についても「私物の洗濯代」として「その他の日常生活費」に該当するのか。

答 このような場合は、施設が洗濯サービスを提供しているわけではないので、その他の日常生活費には該当しない。

問7 個人の希望に応じて事業者等が代わって購入する新聞、雑誌等の代金は、教養娯楽に係る「その他の日常生活費」に該当するか。

答 全くの個別の希望に答える場合は事業者等として提供する便宜とは言えず、その費用は「その他の日常生活費」に該当せず、サービス提供とは関係のない費用として徴収を行うこととなる。

問8 事業者等が実施するクラブ活動や行事における材料費等は、「その他の日常生活費」に該当するか。

答 事業者等が、サービスの提供の一環として実施するクラブ活動や行事のうち、一般的に想定されるもの(例えば、作業療法等機能訓練の一環として行われるクラブ活動や入所者等が全員参加する定例行事)における材料費等は保険給付の対象に含まれることから別途徴収することはできないが、サービスの提供の一環として実施するクラブ活動や行事のために調達し、提供する材料であって、利用者に負担させることが適当と認められるもの(例えば、習字、お花、絵画、刺繍等のクラブ活動等の材料費)に係る費用は、教養娯楽に要する費用として「その他の日常生活費」に該当する。

なお、事業者等が実施するクラブ活動や行事であっても、一般的に想定されるサービスの提供の範囲を超えるもの(例えば、利用者の趣味的活動に関し事業者等が提供する材料等や、希望者を募り実施する旅行等)に係る費用については、サービス提供とは関係のない費用として徴収を行うこととなる。

問9 利用者用の居室等における Wi-fi 等の通信設備の利用料は、利用者から徴収できないのか。

答 サービス提供とは関係のない費用として、徴収は可能である。

保険外サービスの提供について（一部抜粋）

老推発 0928 第1号  
老高発 0928 第1号  
老振発 0928 第1号  
老老発 0928 第1号  
平成30年9月28日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室長  
（公印省略）  
高 齢 者 支 援 課 長  
（公印省略）  
振 興 課 長  
（公印省略）  
老 人 保 健 課 長  
（公印省略）

### 介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱いについて

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、地域包括ケアシステムを構築し、高齢者が抱える多様なニーズに対応したサービスを充実させることが必要である。そのためには、介護保険制度に基づくサービス（以下「介護保険サービス」という。）の充実に加え、介護保険給付の対象とはならないものの、高齢者のニーズに対応するサービス（以下「保険外サービス」という。）の充実を図ることも重要である。

介護保険制度では、高齢者が抱える多様なニーズに柔軟に対応できるよう、一定の条件の下で、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供することを認めているが、その具体的な運用については、地方自治体間で差異が見られ、そのことが事業者が両サービスを柔軟に組み合わせて提供する際の障壁になっているとの指摘がある。そのため、規制改革実施計画（平成29年6月9日閣議決定。以下「規制改革実施計画」という。）において、「訪問介護における、両サービスの組合せに係る現行のルール of 整理」等について、平成29年度に検討・結論、平成30年度上期中に、一覧性や明確性を持たせた通知を発出し、周知を図ることとされた。

これを受けて、平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「介護保険サービスと保険外サービスの組合せ等に関する調査研究事業」において、介護保険サービスと保険外サービスの柔軟な組合せの実現を図る観点から、訪問介護における、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供することに関する現行ルールの整理や、通所介護における、サービス提供中の利用者に対し保険外サービスを提供する際のルールの在り方の検討・整理等を行った。

これを踏まえ、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱いを下記のとおり示すので、管内市町村等へ周知するとともに、適切な運用に努められたい。

なお、介護保険サービスと保険外サービスを同時一体的に提供することや、特定の介護職員による介護サービスを受けるための指名料や、繁忙期・繁忙時間帯に介護サービスを受けるための時間指定料として利用者の自費負担による上乘せ料金を徴収することについては、単に生活支援の利便性の観点から、自立支援・重度化防止という介護保険の目的にそぐわないサービスの提供を助長するおそれがあることや、家族への生活支援サービスを目的として介護保険を利用しようとするなど、利用者本人のニーズにかかわらず家族の意向によってサービス提供が左右されるおそれがあること、指名料・時間指定料を支払える利用者へのサービス提供が優先され、社会保険制度として求められる公平性を確保できなくなるおそれがあること等が指摘されており、認めていない。厚生労働省においては、規制改革実施計画に基づき、引き続き上記の課題の整理等を行うこととしている。

本通知の内容については、国土交通省自動車局並びに厚生労働省医政局、保険局及び健康局と協議済みであることを申し添える。

なお、通所介護事業所への送迎の前後又は送迎と一体的な保険外サービスの提供については、国土交通省自動車局旅客課より「通所介護に係る送迎に関する道路運送法上の取扱いについて」（平成30年9月28日付事務連絡）（別添）が发出されているので、併せて参照されたい。

また、本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項に規定する技術的な助言である。

## 記

### 第一 共通事項

保険外サービスについては、「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」（平成11年9月17日老企第25号。以下「基準解釈通知」という。）等において、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱いを示しており、例えば訪問介護については以下のとおりである。

「介護保険給付の対象となる指定訪問介護のサービスと明確に区分されるサービスについては、次のような方法により別の料金設定をして差し支えない。

イ 利用者には、当該事業が指定訪問介護の事業とは別事業であり、当該サービスが介護保険給付の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得ること。

ロ 当該事業の目的、運営方針、利用料等が、指定訪問介護事業所の運営規程とは別に定められていること。

ハ 会計が指定訪問介護の事業の会計と区分されていること。」

本通知は、事業者が介護保険サービスと保険外サービスを柔軟に組み合わせて提供できるよう、介護保険サービスと保険外サービスの組み合わせとして想定される事例ごとに、上記の基準に基づく具体的な取扱いを示すものである。

### 第二 訪問介護と保険外サービスを組み合わせて提供する場合について

#### 1. これまでの取扱い

訪問介護については、前述の基準解釈通知に加え、「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」（平成12年11月16日老振発第76号）において、「保険給付の範囲外のサービスについて、利用者と事業者の間の契約に基づき、保険外のサービスとして、保険給付対象サービスと明確に区分し、利用者の自己負担によってサービスを提供することは、当然、可能である」旨を示しているところである。

#### 2. 訪問介護と保険外サービスを組み合わせて提供する場合の例

訪問介護と保険外サービスを組み合わせて提供する場合としては、訪問介護の前後に連続して保険外サービスを提供する場合と、訪問介護の提供中に、一旦、訪問介護の提供を中断した上で保険外サービスを提供し、その後に訪問介護を提供する場合がある。例えば以下のようなサービスの提供が可能である。

##### ① 訪問介護の対象とはならないサービスを利用者本人に提供

- ・ 訪問介護の提供の前後や提供時間の合間に、草むしり、ペットの世話のサービスを提供すること
- ・ 訪問介護として外出支援をした後、引き続き、利用者が趣味や娯楽のために立ち寄る場所に同行すること
- ・ 訪問介護の通院等乗降介助として受診等の手続を提供した後に、引き続き、介護報酬の算定対象とならない院内介助を提供すること

※ 介護報酬の算定対象となる、訪問介護における院内介助の範囲については、「訪問介護における院内介助の取扱いについて」（平成22年4月28日付事務連絡）を参照すること

##### ② 同居家族に対するサービスの提供

- ・ 訪問介護の提供の前後や提供時間の合間に、同居家族の部屋の掃除、同居家族のための買い物のサービスを提供すること

※ 利用者本人分の料理と同居家族分の料理を同時に調理するといった、訪問介護と保険外サービスを同時一体的に提供することは認めない。

### 3. 訪問介護と保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱い

訪問介護と保険外サービスを組み合わせて提供する場合には、1. で示したとおり、保険外サービスを訪問介護と明確に区分することが必要であり、その具体的取扱いとして、事業者は以下の事項を遵守すること。

- ① 保険外サービスの事業の目的、運営方針、利用料等を、指定訪問介護事業所の運営規程とは別に定めること
- ② 契約の締結に当たり、利用者に対し、上記①の概要その他の利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書をもって丁寧に説明を行い、保険外サービスの内容、提供時間、利用料等について、利用者の同意を得ること。なお、保険外サービスの提供時間は、訪問介護の提供時間には含まないこと
- ③ 契約の締結前後に、利用者の担当の介護支援専門員に対し、サービスの内容や提供時間等を報告すること。その際、当該介護支援専門員は、必要に応じて事業者から提供されたサービスの内容や提供時間等の保険外サービスに関する情報を居宅サービス計画（週間サービス計画表）に記載すること
- ④ 利用者の認知機能が低下しているおそれがあることを十分に踏まえ、保険外サービスの提供時に、利用者の状況に応じ、別サービスであることを理解しやすくなるような配慮を行うこと。例えば、訪問介護と保険外サービスを切り替えるタイミングを丁寧に説明する等、利用者が別サービスであることを認識できるような工夫を行うこと
- ⑤ 訪問介護の利用料とは別に費用請求すること。また、訪問介護の事業の会計と保険外サービスの会計を区分すること

また、利用者保護の観点から、提供した保険外サービスに関する利用者等からの苦情に対応するため、苦情を受け付ける窓口の設置等必要な措置を講じること。なお、指定訪問介護事業者は、訪問介護を提供する事業者の責務として、訪問介護に係る苦情に対応するための措置を既に講じていることから、当該措置を保険外サービスに活用することが考えられる。

なお、（介護予防）訪問入浴介護、（介護予防）訪問看護、（介護予防）訪問リハビリテーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護をペットの世話など、2. ①②に記載されているような保険外サービスと組み合わせて提供する場合も同様の取扱いである。

### 4. サービス提供責任者について

サービス提供責任者については、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11年厚生省令第37号。以下「指定居宅サービス等基準」という。）第5条第4項に規定されているとおり、専ら指定訪問介護に従事することが求められているが、業務に支障がない範囲で保険外サービスにも従事することは可能である。

## 第三 通所介護を提供中の利用者に対し、保険外サービスを提供する場合について

### 1. これまでの取扱い

通所介護については、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第7項及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第10条に規定するとおり、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認その他の居宅要介護者に必要な日常生活上の世話並びに機能訓練を行うサービスであり、様々なサービスが介護保険サービスとして提供可能である。このため、通所介護事業所内において利用者に対して提供されるサービスについては、通所介護としての内容と保険外サービスとしての内容を区分することは、基本的には困難である。

ただし、理美容サービスについては、通所介護と明確に区分可能であることから、「通所サービス利用時の理美容サービスの利用について」（平成14年5月14日付事務連絡）において、デイサービスセンター等において、通所サービスとは別に、利用者の自己負担により理美容サービスを受けることは可能である旨を示しているところである。また、併設医療機関の受診については、「介護報酬に係るQ&Aについて」（平成15年5月30日付事務連絡）において、通所サービスのサービス提供時間帯における併設医療機関の受診は緊急やむを得ない場合に限り認められることとしている。なお、通所サービスの提供時間には、理美容サービスに要した時間や緊急時の併設医療機関の受診に要した時間は含まないこととしている。

## 2. 通所介護と組み合わせて提供することが可能なサービス

1. で示したとおり、通所介護事業所内において利用者に対して提供されるサービスについては、通所介護としての内容と保険外サービスとしての内容を区分することが基本的には困難であることから、保険外サービスとして利用者から保険給付とは別に費用を徴収することは、基本的には適当でなく、仮に特別な器具や外部事業者等を活用する場合であっても、あくまで通所介護として実施し、必要に応じて実費等を追加徴収することが適当である。

ただし、以下の①～④の保険外サービスについては、通所介護と明確に区分することが可能であり、事業者が3. の事項を遵守している場合には、通所介護を提供中の利用者に対し、通所介護を一旦中断したうえで保険外サービスを提供し、その後引き続き通所介護を提供することが可能である。

- ① 事業所内において、理美容サービス又は健康診断、予防接種若しくは採血（以下「巡回健診等」という。）を行うこと
- ② 利用者個人の希望により通所介護事業所から外出する際に、保険外サービスとして個別に同行支援を行うこと  
※ 機能訓練の一環として通所介護計画に位置づけられた外出以外に、利用者個人の希望により、保険外サービスとして、個別に通所介護事業所からの外出を支援するものである。外出中には、利用者の希望に応じた多様な分野の活動に参加することが可能である。
- ③ 物販・移動販売やレンタルサービス
- ④ 買い物等代行サービス

## 3. 通所介護サービスを提供中の利用者に対し、保険外サービスを提供する場合の取扱い

### (1) 共通事項

- ① 通所介護と保険外サービスを明確に区分する方法
  - ・ 保険外サービスの事業の目的、運営方針、利用料等を、指定通所介護事業所の運営規程とは別に定めること
  - ・ 利用者に対して上記の概要その他の利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書をもって丁寧に説明を行い、保険外サービスの内容、提供時間、利用料等について、利用者の同意を得ること
  - ・ 契約の締結前後に、利用者の担当の介護支援専門員に対し、サービスの内容や提供時間等を報告すること。その際、当該介護支援専門員は、必要に応じて事業者から提供されたサービスの内容や提供時間等の保険外サービスに関する情報を居宅サービス計画（週間サービス計画表）に記載すること
  - ・ 通所介護の利用料とは別に費用請求すること。また、通所介護の事業の会計と保険外サービスの会計を区分すること
  - ・ 通所介護の提供時間の算定に当たっては、通所介護の提供時間には保険外サービスの提供時間を含めず、かつ、その前後に提供した通所介護の提供時間を合算し、1回の通所介護の提供として取り扱うこと
- ② 利用者保護の観点からの留意事項

- ・ 通所介護事業所の職員以外が保険外サービスを提供する場合には、利用者の安全を確保する観点から、当該提供主体との間で、事故発生時における対応方法を明確にすること
- ・ 提供した保険外サービスに関する利用者等からの苦情に対応するため、苦情を受け付ける窓口の設置等必要な措置を講じること。なお、指定通所介護事業者は、通所介護を提供する事業者の責務として、通所介護に係る苦情に対応するための措置を既に講じていることから、当該措置を保険外サービスに活用することが考えられる。
- ・ 通所介護事業者は、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、当該事業者から金品その他の財産上の収益を収受してはならないこと

(2) 事業所内において、巡回健診等の保険外サービスを行う場合

医療法（昭和 23 年法律第 205 号）等の関係法規を遵守すること。

なお、通所介護事業所内において巡回健診等を行う場合は「医療機関外の場所で行う健康診断の取扱いについて」（平成 27 年 3 月 31 日医政発 0331 第 11 号）を遵守すること。

また、鍼灸や柔道整復等の施術を行うことはできず、無資格者によるマッサージの提供は禁止されている。

(3) 利用者個人の希望により通所介護事業所から外出する際に、保険外サービスとして個別に同行支援を行う場合

通所介護事業所の職員が同行支援等の保険外サービスを提供する場合には、当該保険外サービスの提供に要した時間を当該職員が通所介護に従事する時間には含まないこととした上で、通所介護事業所の人員配置基準を満たすこと。

道路運送法（昭和 26 年法律第 183 号）や医療法等の関係法規を遵守すること。例えば、

- ・ 医療機関への受診同行については、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）及び保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号）の趣旨を踏まえると、あくまでも利用者個人の希望により、個別に行うものであり、利用者個人のニーズにかかわらず、複数の利用者を一律にまとめて同行支援をするようなサービスを提供することは、適当ではない。
- ・ 通所介護事業所の保有する車両を利用して行う送迎については、通所介護の一環として行う、機能訓練等として提供するサービスではなく、利用者個人の希望により有償で提供するサービスに付随して送迎を行う場合には、道路運送法に基づく許可・登録が必要である。

(4) 物販・移動販売やレンタルサービスを行う場合

利用者にとって不要なサービスが提供されることを防ぐ観点から、利用者の日常生活に必要な日用品や食料品・食材ではなく、例えば高額な商品を販売しようとする場合には、あらかじめその旨を利用者の家族や介護支援専門員に対して連絡すること。認知機能が低下している利用者に対しては、高額な商品等の販売は行わないこと。

また、食品衛生法（昭和 22 年法律第 233 号）等の関係法規を遵守すること。なお、2. 及び 3. (1) から (4) までの取扱いは（介護予防）通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護についても同様である。

## 第五 通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の方に対してサービスを提供する場合について

### 1. これまでの取扱い

指定居宅サービス等基準第95条第3項において、通所介護事業所の設備は、専ら当該指定通所介護の事業の用に供するものでなければならないが、利用者に対し支障がない場合は、この限りでないとしている。また、第三及び第四の場合と同様、通所介護と保険外サービスを明確に区分する必要がある。

## 2. 通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の双方に対してサービスを提供する場合の例

通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の双方に対してサービスを提供する場合として、例えば以下のようサービスを提供が可能である。

### ① 両サービスの利用者が混在する場合

通所介護事業所において、通所介護の利用者とそれ以外の地域住民が混在している状況下で、体操教室等を実施すること

### ② 通所介護と保険外サービスの利用者が混在せず、通所介護とは別の時間帯や、別の場所・人員により、保険外サービスを提供する場合

通所介護事業所において、通所介護とは別室で、通所介護に従事する職員とは別の人員が、地域住民向けのサービスを提供すること

## 3. 通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の双方に対してサービスを提供する場合の取扱い

### (1) 共通事項

通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の双方に対してサービスを提供する場合は、通所介護と保険外サービスを明確に区分するため、保険外サービスに関する情報（当該保険外サービスを提供する事業者名、サービス提供時間等）を記録すること。

### (2) 通所介護の利用者と保険外サービスの利用者に対して一体的にサービスを提供する場合

通所介護事業所において、通所介護の利用者と保険外サービスの利用者が混在する状態で通所介護と保険外サービスを提供することについては、通所介護の利用者に対し支障がない場合に可能であるところ、具体的には、通所介護事業所の人員・設備の基準を担保する観点から、

① 同時一体的に利用する通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の合計数に対し、通所介護事業所の人員基準を満たすように職員が配置されており、かつ、

② 通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の合計数が、通所介護事業所の利用定員を超えない

場合には、通所介護の利用者と保険外サービスの利用者が混在する状態で通所介護と保険外サービスと提供することが可能である。

なお、通所介護事業者は、地域住民が通所介護事業所において行われる行事に参加する等の場合、①及び②によらず、あくまでも通所介護の利用者数を基に、通所介護事業所の人員基準や定員を遵守すること。

### (3) 通所介護と保険外サービスの利用者が混在せず、通所介護とは別の時間帯や、別の場所・人員により、保険外サービスを提供する場合

通所介護事業所において通所介護と保険外サービスの利用者が混在せず、通所介護とは別の時間帯や、別の場所・人員により保険外サービスを提供することについては、基本的に通所介護の利用者に対し支障がないと考えられることから、(2) ①及び②に従う必要はない。

なお、(1) から (3) までの取扱いは（介護予防）通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護についても同様である。

## 第七 保険外サービスを提供する場合の個人情報の取扱いについて

保険外サービスの提供にあたり取得した個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）及び「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」（平成 29 年 4 月 14 日個情第 534 号・医政発 0414 第 6 号・薬生発 0414 第 1 号・老発 0414 第 1 号個人情報保護委員会事務局長、厚生労働省医政局長、医薬・生活衛生局長及び老健局長連名通知別紙。以下「ガイダンス」という。）を遵守すること。

なお、介護保険サービスの提供にあたり利用者から取得した個人情報を、保険外サービスの提供に利用するには、取得に際しあらかじめ、その利用目的を公表する等の措置を講ずる必要があることに留意されたい。

各地方運輸局自動車交通部長 殿  
沖縄総合事務局運輸部長

自動車局旅客課長

通所介護等に係る送迎に関する道路運送法上の取扱いについて

規制改革実施計画（平成29年6月9日閣議決定）において、介護保険サービスと保険外サービスの柔軟な組合せが適切に行われるようにするため、「通所介護における、介護保険サービスと保険外サービスの柔軟な組合せに係るルールの整備」等について、地方自治体や介護事業者にとって分かりやすくなるよう、厚生労働省において、一覧性や明確性を持たせた通知を発出し、周知を図ることとされており、また、国土交通省において、「事業所への送迎の前後又は送迎と一体的な保険外サービスの提供に係る関係法令の解釈の明確化」について検討し、結論を得るとされたところである。

このため、先般通知した「道路運送法の許可又は登録を要しない運送の態様について」（平成30年3月30日付け国自旅第338号）1.（4）【具体例②】について、以下のとおり取扱いを明確化するので、その旨了知するとともに、自治体及び通所介護事業所等からの相談等に対し適切に対応されたい。

なお、厚生労働省老健局より「介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱いについて」（平成30年9月28日付け、老推発0928第1号、老高発0928第1号、老振発0928第1号、老老発0928第1号）（別添）が発出されているので、併せて参照されたい。

記

1. 通所介護事業者等が、通所介護等の利用を目的とする送迎に併せて、利用者からの依頼に応じてスーパーや病院における支援（以下「買物等支援」という。）を保険外サービスとして行う場合は、以下①及び②に該当することにより、買物等支援の利用者負担に運送の対価が含まれないことが明らかである場合には、道路運送法の許可又は登録を要しない。
  - ①送迎の途中で、送迎の一環として、商店等へ立ち寄る場合であること（商店等へ立ち寄らない送迎の場合に通常選択されると考えられる一般的な経路を逸脱しない範囲で行われるもの）
  - ②以下のすべてに該当することにより、買物等支援が送迎とは独立したサービスであると認められる場合
    - ・買物等支援における利用者負担は、当該支援を利用する場合のみに発生すること
    - ・買物等支援を利用するか否かは、利用者が選択するものであること
    - ・買物等支援の利用者負担について、移動する距離や時間等で差を設けていないこと
2. 上記を踏まえ、事例ごとに整理すると、以下のとおりである。
  - （1）送迎の途中で買物等支援を行わない場合（以下「通常の送迎」という。）
    - ①介護報酬とは別に送迎の対価を得ている場合
      - ・送迎が独立した1つの事業とみなされ、許可又は登録が必要である。
    - ②介護報酬とは別に送迎の対価を得ていない場合（送迎の対価が介護報酬に包括されている場合）
      - ・送迎は自己の生業と密接不可分な輸送と解され、許可又は登録を要しない。
  - （2）送迎の途中で買物等支援を行う場合
    - ①通常の送迎の場合に通常選択されると考えられる一般的な経路を逸脱しない場合
      - ア 買物等支援を無償で行う（対価を得ていない）場合
        - ・送迎は自己の生業と密接不可分な輸送と解され、許可又は登録を要しない。

イ 買物等支援の対価を得ている場合

- a) 買物等支援が送迎とは独立しており、送迎の対価を得ていない場合（上記 1. ②に該当する場合）
  - ・送迎は自己の生業と密接不可分な輸送と解され、許可又は登録を要しない。
- b) 買物等支援が送迎とは独立しているとは言えない場合（上記 1. ②に該当しない場合）
  - ・介護報酬とは別に送迎の対価を得ているとみなされ、許可又は登録が必要である。

②通常の送迎の場合に通常選択されると考えられる一般的な経路を逸脱する場合

- ・送迎が独立した 1 つの事業とみなされ、許可又は登録が必要である。

(3) 通所介護等を提供中の利用者に対し、外出支援のサービスを提供する場合

①機能訓練の一環として通所介護計画に位置づけられた外出支援の場合

- ・自己の生業と密接不可分な輸送と解され、許可又は登録を要しない。

②利用者個人の希望により、保険外サービスとして、個別に通所介護事業所からの外出を支援する場合

ア 保険外サービスを無償で行う場合

- ・送迎は無償による運送と解され、許可又は登録を要しない。

イ 保険外サービスの対価を得ている場合

- ・送迎が独立した 1 つの事業とみなされ、許可又は登録が必要である。

各都道府県介護保険主管部（局）長宛

厚生労働省老健局老人保健課長

（公印省略）

科学的介護情報システム（LIFE）関連加算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

科学的介護情報システムに関連する各加算の算定については、「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 12 年 3 月 1 日老企第 36 号。以下「訪問通所サービス通知」という。）、「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 3 月 8 日老企第 40 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 18 年 3 月 17 日老計発第 0317001 号、老振発第 0317001 号、老老発第 0317001 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及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331005 号、老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 号）及び「特別診療費の算定に関する留意事項について」（平成 30 年 4 月 25 日老老発 0425 第 2 号）において示しているところであるが、今般、事務処理手順及び様式例を以下のとおりお示しする。

また、本課長通知の発出に伴い、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和 3 年 3 月 16 日老老発 0316 第 4 号）を廃するので、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。

記

第 1 科学的介護情報システム（LIFE）について

令和 3 年度より、介護施設・事業所が、介護サービス利用者の状態や行っているケアの計画・内容等を提出し、入力内容が集計され、当該施設等にフィードバックされる仕組みとして「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）」（以下「LIFE」という。）の運用を開始した。令和 6 年度改定においては、これまでの取組の中で指摘されてきた入力負担等の課題に対応し、さらに科学的介護の取組を推進する観点から入力項目の見直し等を行うこととした。

LIFE の利用申請手続等については、「令和 6 年度介護報酬改定を踏まえた科学的介護情報システム（LIFE）の対応について」（令和 6 年 3 月 15 日厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）を、データ提出に当たって、各項目の評価方法等については、「ケアの質の向上に向けた LIFE 利活用の手引き 令和 6 年度改定版（仮称）」（令和 6 年 3 月中に公開予定。）を参照されたい。

URL：[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094\\_00037.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html)

第 2 LIFE への情報提出頻度及び提出情報について

LIFE へ提出された情報については、利用者又は入所者（以下、「利用者等」という。）単位若しくは事業所・施設単位で分析され、フィードバックされる。そのため、LIFE へのデータ提出が要件となっている加算において提出する情報は、フィードバックに活用する観点から、様式の各項目うち、記入者名や自由記載の箇所等については提出を求めないこととした。また、生年月日等の原則更新がない利用者の基本情報についても利用者情報登録の内容からデータ連携される。その他、各加算において提出する情報については、以下を参照されたい。

また、令和6年度改定においては、入力負担軽減や利便性向上の観点から、LIFE システムを更改し、令和6年7月末頃に新システムを運用開始する予定である。令和6年度改定に対応した介護記録ソフトを導入するために時間を要する等の事情のある場合は、以下の規定にかかわらず、令和6年4月～8月サービス提供分の情報の提出については、令和6年10月10日までに提出することを可能とする。なお、やむを得ない事情がなく、提出すべき情報を令和6年10月10日までに提出していない場合、算定した当該加算については、遡り過誤請求を行うこと。

## 1 科学的介護推進体制加算

### (1) LIFE への情報提出頻度について

利用者等ごとに、アからエまでに定める月の翌月 10 日までに提出すること。なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出しなければならず、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者等全員について本加算を算定できないこと（例えば、4月の情報を5月10日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4月サービス提供分から算定ができないこととなる。）。

- ア 本加算の算定を開始しようとする月においてサービスを利用している利用者等（以下「既利用者等」という。）については、当該算定を開始しようとする月
- イ 本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降にサービスの利用を開始した利用者等（以下「新規利用者等」という。）については、当該サービスの利用を開始した日の属する月（以下、「利用開始月」という。）
- ウ ア又はイの月のほか、少なくとも3月ごと
- エ サービスの利用を終了する日の属する月

ただし、イの場合であって、月末よりサービスを利用開始した利用者等に係る情報を収集する時間が十分確保できない等のやむを得ない場合については、利用開始月の翌々月の10日までに提出することとしても差し支えない。その場合、当該利用者等に限り、利用開始月のサービス提供分は算定できない。

### (2) LIFE への提出情報について

通所サービス、居住サービス及び多機能サービスにおいて科学的介護推進体制加算を算定する場合又は施設サービスにおいて科学的介護推進体制加算（Ⅰ）を算定する場合は、事業所又は施設の全ての利用者等について、別紙様式1（科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス））又は別紙様式2（科学的介護推進に関する評価（施設サービス））にある「基本情報」、「総論」、「口腔・栄養」及び「認知症（別紙様式3も含む。）」の任意項目を除く情報を、やむを得ない場合を除き提出すること。

施設サービスにおいて科学的介護推進体制加算（Ⅱ）を算定する場合は、上記に加えて「総論」の診断名・服薬情報についても提出すること。上記以外の項目（「認知症」や「その他」の任意項目等）についても、必要に応じて提出することが望ましいこと。

また、提出情報は、利用者ごとに、以下の時点における情報とすること。

- ・（1）アに係る提出情報は、当該算定開始時における情報
- ・（1）イに係る提出情報は、当該サービスの利用開始時における情報
- ・（1）ウに係る提出情報は、前回提出時以降の評価時点の情報
- ・（1）エに係る提出情報は、当該サービスの利用終了時における情報

## 2 ADL 維持等加算

### (1) LIFE への情報提出頻度について

利用者等ごとに、評価対象利用開始月及び評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月の翌月 10 日までに提出すること。

なお、情報を提出すべき月においての情報の提出を行っていない事実が生じた場合は、直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出しなければならないこと。

### (2) LIFE への提出情報について

事業所又は施設における利用者等全員について、利用者等のADL値（厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）第16号の2イ（2）のADL値をいう。）、別紙様式1（科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス））にある「基本情報」、及び「初月対象又は6月対象への該当」を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

ただし、評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目にサービスの利用がない場合については、当該サービスの利用があった最終の月の情報を提出すること。

## 3 個別機能訓練加算（Ⅱ）・（Ⅲ）

### (1) LIFE への情報提出頻度について

利用者等ごとに、アからウまでに定める月の翌月 10 日までに提出すること。

ア 新規に個別機能訓練計画の作成を行った日の属する月

イ 個別機能訓練計画の変更を行った日の属する月

ウ ア又はイのほか、少なくとも3月に1回

### (2) LIFE への提出情報について

ア 個別機能訓練加算（Ⅱ）においては、「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」別紙様式3-2（生活機能チェックシート）にある「評価日」、「要介護度」、「障害高齢者の日常生活自立度」、「認知症高齢者の日常生活自立度」、「職種」、「ADL」、「IADL」及び「基本動作」、並びに別紙様式3-3（個別機能訓練計画書）にある「作成日」、「要介護度」、「障害高齢者の日常生活自立度」、「認知症高齢者の日常生活自立度」、「健康状態・経過（病名及び合併症に限る。）」、「個別機能訓練項目（プログラム内容、頻度及び時間に限る。）」の各項目に係る情報を提出すること。

イ 個別機能訓練加算（Ⅲ）については、栄養マネジメント強化加算及び口腔衛生管理加算（Ⅱ）を算定していることが要件であるため、上記アに加え、8（2）及び10（2）に示す情報を提出していること。

ウ 提出情報は、以下の時点における情報とすること。

- ・（1）ア及びイに係る提出情報は、当該情報の作成又は変更時における情報
- ・（1）ウに係る提出情報は、前回提出時以降の情報

## 4 リハビリテーションマネジメント加算（ロ）・（ハ）

### (1) LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（1）を参照されたい。

### (2) LIFE への提出情報について

- ア 通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションにおいてリハビリテーションマネジメント加算（ロ）を算定する場合については、「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」別紙様式2-2-1及び2-2-2（リハビリテーション計画書）にある「評価日」、「介護度」、「担当職種」、「健康状態、経過（原因疾病及び発症日・受傷日、合併症に限る。）」、「障害高齢者の日常生活自立度」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」、「心身機能・構造」、「活動（基本動作）」、「活動（ADL）」、「リハビリテーションの終了目安」、「活動（IADL）」、「社会参加の状況」、及び「要因分析を踏まえた具体的なサービス内容（解決すべき課題、期間（月）、具体的支援内容、頻度及び時間に限る。）」の各項目に係る情報を提出すること。
- イ また、上記に加えて、訪問リハビリテーションにおいては、診療未実施減算の算定の有無と、情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修の受講状況について情報を提出すること。
- ウ 通所リハビリテーションにおいてリハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定する場合は、口腔の健康状態の評価及び栄養アセスメントが必要になることから、上記アに加え、以下の情報を提出すること。また、当該加算の算定にかかるリハビリテーションのアセスメント、口腔の健康状態の評価及び栄養アセスメント情報の提出においては、当該加算を算定している旨の情報も併せて提出すること。
- a 口腔に関しては、「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」別紙様式6-4「口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）」の項目。
- b 栄養に関しては、9（2）アに示す項目。
- エ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（2）ウを参照されたい。

## 5 介護予防通所・訪問リハビリテーションの12月減算

### （1）LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（1）を参照されたい。

### （2）LIFE への提出情報について

リハビリテーションマネジメント加算（ロ）と同様であるため、4（2）アを参照されたい。ただし、介護予防訪問リハビリテーションにおいては、上記に加えて、診療未実施減算の算定の有無と、情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修の受講状況について情報を提出すること。

## 6 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）・（Ⅱ）、理学療法及び作業療法注6並びに言語聴覚療法注4に掲げる加算、理学療法及び作業療法注7並びに言語聴覚療法注5に掲げる加算

### （1）LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（1）を参照されたい。

### （2）LIFE への提出情報について

ア リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）（Ⅱ）、理学療法注6、作業療法注6及び言語聴覚療法注4においては、「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」別紙様式2-2-1及び2-2-2（リハビリテーション計画書）にある「評価日」、「介護度」、「担当職種」、「健康状態、経過（原因疾病及び発症日・受傷日、合併症に限る。）」、「日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」、「心身機能・構造」、「活動（基本動作）」、「活動（ADL）」、「リハビリテーションの終了目安」、「社会参加の状況」、及び「要因分析を踏まえた具体的なサービス内容（解決すべき課題、期間（月）、具体的支援内容、頻度及び時間に限る。）」の各項目に係る情報を提出すること。

イ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）、理学療法注7、作業療法注7及び言語聴覚療法注5においては、栄養マネジメント強化加算及び口腔衛生管理加算（Ⅱ）を算定していることが要件であるため、上記アに加え、8（2）及び10（2）に示す情報を提出していること。

ウ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（2）ウを参照されたい。

## 7 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）

### （1）LIFE への情報提出頻度について

入所者ごとに、ア及びイまでに定める月の翌月 10 日までに提出すること。

ア 施設に入所した日の属する月

イ アの月のほか、施設に入所した日の属する月から起算して3月目の月まで、少なくとも1月に1回

### （2）LIFE への提出情報について

リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ）と同様であるため、6（2）アを参照されたい。

## 8 栄養マネジメント強化加算

### （1）LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（1）を参照されたい。

なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第一の5の届出を提出しなければならず、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者全員について本加算を算定できないこと（例えば、4月の情報を5月10日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4月サービス提供分から算定ができないこととなる。）。

### （2）LIFE への提出情報について

ア 施設における入所者全員について、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」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））にある「要介護度」、「実施日」、「低栄養状態のリスクレベル」、「低栄養状態のリスク（状況）」、「食生活状況等」、「多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）」、「総合評価」及び「計画変更」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

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

ウ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（2）ウを参照されたい。

## 9 栄養アセスメント加算

### （1）LIFE への情報提出頻度について

利用者ごとに、ア及びイに定める月の翌月 10 日までに提出すること。

ア 栄養アセスメントを行った日の属する月

イ アの月のほか、少なくとも3月に1回

なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第一の5の届出を提出しなければならず、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者全員について本加算を算定できないこと（例えば、4月の情報を5月10日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4月サービス提供分から算定ができないこととなる。）。

### （2）LIFE への提出情報について

ア 利用者全員について、「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」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））にある

「要介護度」、「実施日」「低栄養状態のリスクレベル」「低栄養状態のリスク（状況）」「食生活状況等」「多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）」及び「総合評価」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。ただし、食事の提供を行っていない場合など、「食生活の状況等」及び「多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）」の各項目に係る情報のうち、事業所で把握できないものまで提出を求めるものではないこと。

イ 提出情報は、利用者ごとに、以下の時点における情報とすること。

- ・（１）アに係る提出情報は、当該アセスメントの実施時点における情報
- ・（１）イにおける提出情報は、前回提出時以降における情報

## 10 口腔衛生管理加算（Ⅱ）

（１）LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（１）を参照されたい。

（２）LIFE への提出情報について

ア 「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又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式1（口腔衛生管理加算 様式（実施計画））にある「要介護度」、「日常生活自立度」、「現在の歯科受診について」、「義歯の使用」、「栄養補給法」、「食事形態」、「誤嚥性肺炎の発症・既往」、「口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）」、「口腔衛生の管理内容（実施目標、実施内容及び実施頻度に限る。）」及び「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」の各項目に係る情報を提出すること。

イ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（２）ウを参照されたい。

## 11 口腔機能向上加算（Ⅱ）及び（Ⅱ）ロ

（１）LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（１）を参照されたい。

（２）LIFE への提出情報について

ア 「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」別紙様式6-4（口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例））にある「要介護度」、「日常生活自立度」、「現在の歯科受診について」、「義歯の使用」、「栄養補給法」、「食事形態」、「誤嚥性肺炎の発症・既往」、「口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）」、「口腔機能改善管理指導計画」及び「実施記録」の各項目に係る情報を提出すること。

イ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（２）ウを参照されたい。

## 12 口腔機能向上加算（Ⅱ）イ

（１）LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（１）を参照されたい。

（２）LIFE への提出情報について

ア 「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」別紙様式6-4（口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例））にある「要介護度・病名等」、「日常生活自立度」、「現在の歯科受診について」、「義歯の使用」、「栄養補給法」、「食事形態」、「誤嚥性肺炎の発症・既往」、「口腔機能改善管理指導計画」及び「実施記録」の各項目に係る情報を提出すること。

イ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（2）ウを参照されたい。

### 13 褥瘡マネジメント加算

#### （1）LIFE への情報提出頻度について

利用者等ごとに、アからウまでに定める月の翌月 10 日までに提出すること。なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第一の5の届出を提出しなければならないが、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者等全員について本加算を算定できないこと（例えば、4月の情報を5月 10 日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4月サービス提供分から算定ができないこととなる。）。

ア 既利用者等については、当該算定を開始しようとする月

イ 新規利用者等については、当該サービスの利用を開始した日の属する月

ウ 褥瘡の発生と関係のあるリスクに係る評価を行った日の属する月（評価は少なくとも3月に1回行うものとする）。

ただし、イの場合であって、月末よりサービスを利用開始した利用者等に係る情報を収集する時間が十分確保できない等のやむを得ない場合については、利用開始月の翌々月の 10 日までに提出することとしても差し支えない。その場合、当該利用者等に限り、利用開始月のサービス提供分は算定できない。

#### （2）LIFE への提出情報について

ア 事業所・施設における利用者等全員について、「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5又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式5（褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書）にある「基本情報」、「褥瘡の有無」及び「危険因子の評価」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

イ 褥瘡がある利用者等については、同様式にある「褥瘡の状態の評価」及び「褥瘡ケア計画」の自由記載を除く情報も提出すること。

ウ 提出情報は、利用者等ごとに、以下の時点における情報とすること。

- ・（1）アに係る提出情報は、介護記録等に基づき、既利用者等ごとの利用開始時又は施設入所時における評価の情報及び当該算定開始時における情報
- ・（1）イに係る提出情報は、当該サービスの利用開始時における情報
- ・（1）ウに係る提出情報は、当該評価時における情報

### 14 褥瘡対策指導管理（Ⅱ）

#### （1）LIFE への情報提出頻度について

褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（1）を参照されたい。

#### （2）LIFE への提出情報について

- ア 「特別診療費の算定に関する留意事項について」別添様式3（褥瘡対策に関する診療計画書）にある「基本情報」、「褥瘡の有無」及び「危険因子の評価」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。
- イ また、褥瘡がある入所者については、同様式にある「褥瘡の状態の評価」及び「看護計画」の自由記載を除く情報も提出すること。
- ウ 提出情報の時点は、褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（2）ウを参照されたい。

## 15 排せつ支援加算

### （1）LIFE への情報提出頻度について

褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（1）を参照されたい。

### （2）LIFE への提出情報について

- ア 事業所・施設における利用者等全員について、「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6又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式6（排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書）にある「基本情報」、「排せつの状態」、「排せつ支援に係る取組」、「排せつに関する支援の必要性」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。
- イ 提出情報の時点は、褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（2）ウを参照されたい。

## 16 自立支援促進加算

### （1）LIFE への情報提出頻度について

褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（1）を参照されたい。

### （2）LIFE への提出情報について

- ア 施設における入所者全員について、「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7又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式7（自立支援促進に関する評価・支援計画書）にある「基本情報」、「現状の評価」及び「支援実績」、「支援計画」の自由記載を除く各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。
- イ 提出情報の時点は、褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（2）ウを参照されたい。

## 17 かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）

### （1）LIFE への情報提出頻度について

入所者ごとに、アからエまでに定める月の翌月10日までに提出すること。

- ア 施設に入所した日の属する月
- イ 処方内容に変更が生じた日の属する月
- ウ ア又はイの月のほか、少なくとも3月に1回
- エ 施設を退所する日の属する月

### （2）LIFE への提出情報について

ア 入所期間が3月以上であると見込まれる入所者について、(1) ア、ウ及びエの月においては「診断名」及び「処方薬剤名（1日用量含む）」の情報をいずれも、(1) イの月においてはこれらの情報に加え、「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9（薬剤変更等に係る情報提供書）にある「変更・減薬・減量の別」及び「変更・減薬・減量理由」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

イ 提出情報は、以下の時点における情報とすること。

- ・(1) アに係る提出情報は、当該入所時における情報
- ・(1) イに係る提出情報は、当該変更時における情報
- ・(1) ウに係る提出情報は、前回提出時以降における情報
- ・(1) エに係る提出情報は、当該退所時における情報

## 18 薬剤管理指導の注2の加算

### (1) LIFE への情報提出頻度について

入所者ごとに、アからエまでに定める月の翌月10日までに提出すること。

ア 本加算の算定を開始しようとする月において施設に入所している入所者については、当該算定を開始しようとする月

イ 本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降に施設に入所した入所者については、当該施設に入所した日の属する月

ウ 処方内容に変更が生じた日の属する月

エ ア、イ又はウの月のほか、少なくとも3月に1回

### (2) LIFE への提出情報について

ア (1) ア、イ及びエの月においては「診断名」及び「処方薬剤名（1日用量含む）」の情報をいずれも、(1) ウの月においてはこれらの情報に加え、「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9（薬剤変更等に係る情報提供書）にある「変更・減薬・減量の別」及び「変更・減薬・減量理由」の各項目に係る情報を提出すること。

イ 提出情報は、以下の時点における情報とすること。

- ・(1) アに係る提出情報は、当該算定を開始しようとする月時点における情報及び当該者の施設入所時における情報
- ・(1) イに係る提出情報は、当該入所時における情報
- ・(1) ウに係る提出情報は、当該変更時における情報
- ・(1) エに係る提出情報は、前回提出時以降における情報

## 科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）

（※）：任意項目

## 【利用者情報】

氏名		
生年月日	年 月 日	保険者番号
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号

## 【基本情報】

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
評価日	年 月 日
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時

## 【総論】

診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）（※）	
1. 2. 3.	
緊急入院の状況 （※）	入院日： 年 月 日 受療時の主訴： <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他（ ） 入院日： 年 月 日 受療時の主訴： <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他（ ） 入院日： 年 月 日 受療時の主訴： <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他（ ）
服薬情報（※）	薬剤名（ ） 薬剤名（ ） 薬剤名（ ）
家族の状況 （※）	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居
ADL	自立 一部介助 全介助 ・食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・椅子とベッド間の移乗 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10←（監視下） （座れるが移れない）→ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・整容 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 ・トイレ動作 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 ・平地歩行 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10←（歩行器等） （車椅子操作が可能）→ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・階段昇降 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排便コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排尿コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
サービス利用終了理由（※サービス終了時）	サービス利用終了日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 介護医療院入所 <input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用しなくなった <input type="checkbox"/> その他

## 【口腔・栄養】

身長	cm	体重	kg
義歯の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	むせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ・出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

**【認知症】**

認知症の診断	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体病 <input type="checkbox"/> その他（ ）
--------	---

○生活・認知機能尺度【別紙様式3】を活用した評価を実施すること

## ○Vitality index

意思疎通	<input type="checkbox"/> 自分から挨拶する、話し掛ける <input type="checkbox"/> 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる <input type="checkbox"/> 反応がない
起床(※)	<input type="checkbox"/> いつも定時に起床している <input type="checkbox"/> 起こさないと起床しないことがある <input type="checkbox"/> 自分から起床することはない
食事(※)	<input type="checkbox"/> 自分から進んで食べようとする <input type="checkbox"/> 促されると食べようとする <input type="checkbox"/> 食事に関心がない、全く食べようとしない
排せつ(※)	<input type="checkbox"/> いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う <input type="checkbox"/> 時々、尿意便意を伝える <input type="checkbox"/> 排せつに全く関心がない
リハビリ・活動(※)	<input type="checkbox"/> 自らリハビリに向かう、活動を求める <input type="checkbox"/> 促されて向かう <input type="checkbox"/> 拒否、無関心

○DBD13(※)【別紙様式4】を活用すること

**【その他】**

○ICF ステージング(※)【別紙様式5】を活用すること

## 科学的介護推進に関する評価（施設サービス）

（※）：任意項目

## 【利用者情報】

氏名			
生年月日	年 月 日	保険者番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	

## 【基本情報】

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
評価日	年 月 日
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時

## 【総論】

診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）（※）	
1.	
2.	
3.	
緊急入院の状況 （※）	入院日： 年 月 日 受療時の主訴： <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他（ ） 入院日： 年 月 日 受療時の主訴： <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他（ ） 入院日： 年 月 日 受療時の主訴： <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他（ ）
服薬情報（※）	薬剤名（ ） 薬剤名（ ） 薬剤名（ ）
家族の状況 （※）	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居
ADL	自立 一部介助 全介助 ・食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・椅子とベッド間の移乗 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10←（監視下） （座れるが移れない）→ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・整容 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 ・トイレ動作 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 ・平地歩行 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10←（歩行器等） （車椅子操作が可能）→ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・階段昇降 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排便コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排尿コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
サービス利用終了理由（※サービス終了時）	サービス利用終了日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 介護医療院入所 <input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用しなくなった <input type="checkbox"/> その他

## 【口腔・栄養】

身長	cm	低栄養状態の リスクレベル	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
体重	kg		
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（コード <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j）		
とろみ	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い		
食事摂取量	全体（ ）% 主食（ ）% 副食（ ）%		
必要栄養量	エネルギー（ kcal） たんぱく質（ g）	提供栄養量	エネルギー（ kcal） たんぱく質（ g）
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
義歯の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		むせ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		歯肉の腫れ・出血 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり



## 生活・認知機能尺度

①-1	<b>身近なもの（たとえば、メガネや入れ歯、財布、上着、鍵など）を置いた場所を覚えていますか</b> ※介護者が一緒に探しているなど、一人で探す様子が分からない場合は、もし一人で探すとしたらどうかを想定して評価してください
□ 5	常に覚えている
□ 4	たまに（週 1 回程度）忘れることはあるが、考えることで思い出せる
□ 3	思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある（思い出せることと思い出せないことが同じくらいの頻度）
□ 2	きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない
□ 1	忘れたこと自体を認識していない
①-2	<b>身の回りに起こった日常的な出来事（たとえば、食事、入浴、リハビリテーションや外出など）をどのくらいの期間、覚えていますか</b> ※最近 1 週間の様子を評価してください
□ 5	1 週間前のことを覚えている
□ 4	1 週間前のことは覚えていないが、数日前のことは覚えている
□ 3	数日前のことは覚えていないが、昨日のことは覚えている
□ 2	昨日のことは覚えていないが、半日前のことは覚えている
□ 1	全く覚えていられない
②	<b>現在の日付や場所等についてどの程度認識できますか</b> ※上位レベルのものと下位レベルのことが両方でき、上位と下位の間項目ができない場合には、上位レベルのほうを選び回答してください 例：1 と 3 に該当し、2 に該当しない場合⇒ 1 を選択する
□ 5	年月日はわかる（± 1 日の誤差は許容する）
□ 4	年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる
□ 3	場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる（家族であるか、介護者であるか、看護師であるか等）
□ 2	その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる
□ 1	自分の名前がわからない

<b>③</b>	<b>誰かに何かを伝えたいと思っているとき、どれくらい会話でそれを伝えることができますか</b> ※「会話ができる」とは、2 者の意思が互いに疎通できている状態を指します
<input type="checkbox"/> 5	会話に支障がない（「〇〇だから、××である」といった 2 つ以上の情報がつながった話をするができる）
<input type="checkbox"/> 4	複雑な会話はできないが、普通に会話はできる（「〇〇だから、××である」といった 2 つ以上の情報がつながった話をするとはできない）
<input type="checkbox"/> 3	普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる（「痛い」「お腹が空いた」などの具体的な要求しか伝えられない）
<input type="checkbox"/> 2	会話が成り立たないが、発語はある（発語はあるが、簡単な質問に対して適切な回答ができなかったり、何を聞いても「うん」とだけ答える）
<input type="checkbox"/> 1	発語がなく、無言である

<b>④</b>	<b>一人で服薬ができますか</b> ※服薬していなかったり、介護者が先に準備しているなど、実際の服薬能力が分からない場合は、一人で服薬する場合を想定して評価してください
<input type="checkbox"/> 5	自分で正しく服薬できる
<input type="checkbox"/> 4	自分で用意して服薬できるが、たまに（週 1 回程度）服薬し忘れることがある
<input type="checkbox"/> 3	2 回に 1 回は服薬を忘れる
<input type="checkbox"/> 2	常に薬を手渡しすることが必要である
<input type="checkbox"/> 1	服薬し終わるまで介助・みまもりが必要である

<b>⑤</b>	<b>一人で着替えることができますか</b> ※まひ等により身体が不自由で介助が必要な場合は、障害がない場合での衣服の機能への理解度を想定して評価してください
<input type="checkbox"/> 5	季節や気温に応じた服装を選び、着脱衣ができる
<input type="checkbox"/> 4	季節や気温に応じた服装選びはできないが、着る順番や方法は理解し、自分で着脱衣ができる
<input type="checkbox"/> 3	促してもらえれば、自分で着脱衣ができる
<input type="checkbox"/> 2	着脱衣の一部を介護者が行う必要がある
<input type="checkbox"/> 1	着脱衣の全てを常に介護者が行う必要がある

<b>⑥</b>	<b>テレビやエアコンなどの電化製品を操作できますか</b> ※テレビが無い場合は、エアコンで評価してください いずれもない場合は、電子レンジ、ラジオなどの電化製品の操作で評価してください
<input type="checkbox"/> 5	自由に操作できる（「複雑な操作」も自分で考えて行うことができる）
<input type="checkbox"/> 4	チャンネルの順送りなど普段している操作はできる（「単純な操作」であれば自分で行うことができる）
<input type="checkbox"/> 3	操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える（「単純な操作」が分からないことがあるが、教えれば自分で操作することができる）
<input type="checkbox"/> 2	リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全く分からない（何をやる電化製品かは分かるが、操作を教えても自分で操作することはできない）
<input type="checkbox"/> 1	リモコンが何をやるものか分からない

合計

点

## DBD13

## 認知症の診断、または疑いのある場合に評価

1	忘れてしまうことが多いため、同じことを何度も聞いてしまう	<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> ときどきある
2	よく物をなくしたり、置場所を間違えたりする	<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> ときどきある
3	日常的な物事に関心を持ってない	<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> ときどきある
4	特別な理由がないのに夜中に起きて布団から出てしまう	<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> ときどきある
5	他人が納得できる根拠がない状態で、他人に文句を言うてしまう	<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> ときどきある
6	昼間、寝ていることが多い	<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> ときどきある
7	過度に歩き回ることが多い	<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> ときどきある
8	同じ動作を何回も繰り返してしまう	<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> ときどきある
9	荒い口調で相手を責めるような言葉を出してしまう	<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> ときどきある
10	服装が場違いな、あるいは季節に合わない場合がある	<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> ときどきある
11	世話をしてもらおうことを受け入れられない	<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> ときどきある
12	周囲にわかってもらえるような理由なしに物を貯め込んでしまう	<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> ときどきある
13	引き出しやたんすの物を取り出そうとして、中身を全部出してしまうことがある	<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> ときどきある

## I C F ステージング

2. 基本動作	<input type="checkbox"/> 5 両足での立位保持を行っている <input type="checkbox"/> 4 立位の保持は行っていないが、座位での乗り移りは行っている <input type="checkbox"/> 3 座位での乗り移りは行っていないが、座位（端座位）の保持は行っている <input type="checkbox"/> 2 座位（端座位）の保持は行っていないが、寝返りは行っている <input type="checkbox"/> 1 寝返りは行っていない
3a. 歩行・移動	<input type="checkbox"/> 5 公共交通機関等を利用した外出を行っている <input type="checkbox"/> 4 公共交通機関等を利用した外出は行っていないが、手すりに頼らないで安定した階段の昇り降りを行っている <input type="checkbox"/> 3 手すりに頼らない安定した階段の昇り降りを行っていないが、平らな場所での安定した歩行は行っている <input type="checkbox"/> 2 安定した歩行は行っていないが、施設内の移動は行っている <input type="checkbox"/> 1 施設内の移動を行っていない
4a. 認知機能 オリエンテーション (見当識)	<input type="checkbox"/> 5 年月日がわかる <input type="checkbox"/> 4 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 3 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/> 2 その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる <input type="checkbox"/> 1 自分の名前がわからない
4b. 認知機能 コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 5 複雑な人間関係を保っている <input type="checkbox"/> 4 複雑な人間関係は保っていないが、書き言葉は理解している <input type="checkbox"/> 3 書き言葉は理解していないが日常会話は行っている <input type="checkbox"/> 2 日常会話は行っていないが、話し言葉は理解している <input type="checkbox"/> 1 話し言葉の理解はできない
4c. 認知機能 精神活動	<input type="checkbox"/> 5 時間管理ができる <input type="checkbox"/> 4 時間管理はできないが、簡単な算術計算はできる <input type="checkbox"/> 3 簡単な算術計算はできないが、記憶の再生はできる <input type="checkbox"/> 2 記憶の再生はできないが、意識混濁はない <input type="checkbox"/> 1 意識の混濁があった
5a. 食事 嚥下機能	<input type="checkbox"/> 5 肉などを含む普通の食事を、噛んで食べることを行っている <input type="checkbox"/> 4 肉などを含む普通の食事を噛んで食べることは行っていないが、ストローなどでむせずに飲むことは行っている <input type="checkbox"/> 3 むせずに吸引することは行っていないが、固形物の嚥下は行っている <input type="checkbox"/> 2 固形物の嚥下は行っていないが、嚥下食の嚥下は行っている <input type="checkbox"/> 1 嚥下食の嚥下を行っていない（食べ物の嚥下を行っていない）
5b. 食事 食事動作および食事介助	<input type="checkbox"/> 5 箸やフォークを使って食べこぼしせず、上手に食べることを行っている <input type="checkbox"/> 4 箸やフォークを使って上手に食べることは行っていないが、食べこぼししながらも、何とか自分で食べることを行っている <input type="checkbox"/> 3 自分で食べることを行っていないが、食事の際に特別なセッティングをすれば自分で食べることを行っている <input type="checkbox"/> 2 食事の際に特別なセッティングをしても自分で食べることを行っていないが、直接的な介助があれば食べることを行っている <input type="checkbox"/> 1 直接的な介助をしても食べることを行っていない（食べることを行っていない）
6a. 排泄の動作	<input type="checkbox"/> 5 排泄の後始末を行っている <input type="checkbox"/> 4 排泄の後始末は行っていないが、ズボン・パンツの上げ下ろしは行っている <input type="checkbox"/> 3 ズボン・パンツの上げ下ろしは行っていないが、洋式便器への移乗は行っている <input type="checkbox"/> 2 洋式トイレの移乗が自分で行えないため、介助が必要、または普段から床上で排泄を行っている <input type="checkbox"/> 1 尿閉（膀胱瘻を含む）や医療的な身体管理のために膀胱等へのカテーテルなどを使用している

7a. 入浴動作	<input type="checkbox"/> 5 安定した浴槽の出入りと洗身を行っている <input type="checkbox"/> 4 安定した浴槽の出入りと洗身は行っていないが、第三者の援助なしで入浴を行っている <input type="checkbox"/> 3 第三者の援助なしで入浴することは行っていないが、一般浴室内での座位保持は行っている。 その他、入浴に必要なさまざまな介助がなされている <input type="checkbox"/> 2 浴室内での座位保持を行っておらず、一般浴での入浴を行っていないが、入浴（特浴など）は行っている <input type="checkbox"/> 1 入浴は行っていない
8a. 整容 口腔ケア	<input type="checkbox"/> 5 義歯の手入れなどの口腔ケアを自分でやっている <input type="checkbox"/> 4 義歯の手入れなどの口腔ケアは自分では行っていないが、歯みがきは自分でセッティングして行っている <input type="checkbox"/> 3 自分でセッティングして歯を磨くことは行っていないが、セッティングをすれば、自分で歯みがきを行っている <input type="checkbox"/> 2 歯みがきのセッティングをしても自分では歯みがきを行っていないが、「うがい」は自分でやっている <input type="checkbox"/> 1 「うがい」を自分で行っていない
8b. 整容 整容	<input type="checkbox"/> 5 爪を切ることを自分でやっている <input type="checkbox"/> 4 爪を切ることは自分で行っていないが、髭剃りやスキンケア、整髪は自分でやっている <input type="checkbox"/> 3 髭剃りやスキンケア、整髪は自分で行っていないが、洗顔は自分でやっている <input type="checkbox"/> 2 洗顔は自分で行っていないが、手洗いは自分でやっている <input type="checkbox"/> 1 手洗いを自分で行っていない
8c. 整容 衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 5 衣服を畳んだり整理することは自分でやっている <input type="checkbox"/> 4 衣服を畳んだり整理することは自分で行っていないが、ズボンやパンツの着脱は自分でやっている <input type="checkbox"/> 3 ズボンやパンツの着脱は自分で行っていないが、更衣の際のボタンのかけはずしは自分でやっている <input type="checkbox"/> 2 更衣の際のボタンのかけはずしは自分で行っていないが、上衣の片袖を通すことは自分でやっている <input type="checkbox"/> 1 上衣の片袖を通すことを自分で行っていない
9a. 社会参加 余暇	<input type="checkbox"/> 5 施設や家を1日以上離れる外出または旅行をしている <input type="checkbox"/> 4 旅行はしていないが、個人による趣味活動はしている <input type="checkbox"/> 3 屋外で行うような個人的趣味活動はしていないが、屋内でする程度のことはしている <input type="checkbox"/> 2 集団レクリエーションへは参加していないが、一人でテレビを楽しんでいる <input type="checkbox"/> 1 テレビを見たり、ラジオを聴いていない
9b. 社会参加 社会交流	<input type="checkbox"/> 5 情報伝達手段を用いて交流を行っている <input type="checkbox"/> 4 通信機器を用いて自ら連絡を取ることは行っていないが、援助があつての外出はしている <input type="checkbox"/> 3 外出はしていないが、親族・友人の訪問を受け会話している <input type="checkbox"/> 2 近所づきあいはしていないが、施設利用者や家族と会話はしている <input type="checkbox"/> 1 会話がな、していない、できない
合計点数	点

## 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（一部抜粋）

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

### 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 1-3 (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)

## 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（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。

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

### I 口腔機能向上サービスの実務等について

#### 1 通所サービス等における口腔機能向上サービスの提供体制

- (1) 口腔機能向上サービスの提供体制は、ケアマネジメントの一環として、個々人に最適な実地指導を行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。
- (2) 事業所は、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員（以下「サービス担当者」という。）と介護職員、生活相談員その他の職種の者等（以下「関連職種」という。）が共同した口腔機能向上サービスを行う体制を整備する。
- (3) 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービスに関する手順（口腔の健康状態の評価、口腔機能改善管理指導計画、サービス実施、口腔の健康状態の再評価等）をあらかじめ定める。
- (4) サービス担当者は、利用者に適切な実地指導を効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。
- (5) 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービス体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的なサービス提供内容の改善に努める。

#### 2 口腔機能向上サービスの実務

##### (1) 口腔の健康状態の評価の実施

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

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

##### (2) 口腔機能改善管理指導計画の作成

- ① サービス担当者は、口腔の健康状態の評価に対しサービス担当者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二百二十三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。

(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)

氏名:	殿	サービス開始日	年	月	日
		作成日 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変更	年	月	日
生年月日	年	月	日	性別	男・女
計画作成者	リハビリテーション( ) 栄養管理( ) 口腔管理( )				
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)				
日常生活自立度	障害高齢者: 認知症高齢者:				
本人の希望					
共通	<p>身長:( ) cm 体重:( ) kg BMI:( ) kg/m<sup>2</sup></p> <p>栄養補給法:<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養、食事の形態:( )</p> <p>とろみ:<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い</p> <p>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</p> <p>合併症:  <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> うつ血性心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症  <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 褥瘡  (※上記以外の)<input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患  <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他</p> <p>症状:<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり</p> <p>現在の歯科受診について: かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  直近1年間の歯科受診:<input type="checkbox"/> あり(最終受診年月: 年 月) <input type="checkbox"/> なし  義歯の使用:<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 部分・<input type="checkbox"/> 全部) <input type="checkbox"/> なし</p> <p>その他:</p>				
課題	<p>(共通)</p> <p>(リハビリテーション・栄養・口腔)</p> <p>(上記に加えた課題)</p> <input type="checkbox"/> 食事に安定した正しい姿勢が自分で取れない <input type="checkbox"/> 食事に集中することができない <input type="checkbox"/> 食事に傾眠や意識混濁がある <input type="checkbox"/> 歯(義歯)のない状態で食事をしている <input type="checkbox"/> 食べ物を口腔内にため込む <input type="checkbox"/> 固形の食べ物を咀嚼中にむせる <input type="checkbox"/> 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある <input type="checkbox"/> 水分でむせる <input type="checkbox"/> 食事中、食後に咳をすることがある <input type="checkbox"/> その他( )				
方針・目標	<p>(共通)</p> <p>(リハビリテーション・栄養・口腔)</p> <p>短期目標: 長期目標:</p> <p>(上記に加えた方針・目標)</p> <input type="checkbox"/> 歯科疾患( <input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 歯科受診) <input type="checkbox"/> 口腔衛生( <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善( )) <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能( <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善( )) <input type="checkbox"/> 食形態( <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善( )) <input type="checkbox"/> 栄養状態( <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善( )) <input type="checkbox"/> 音声・言語機能( <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善( )) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他( )				
実施上の注意事項					
生活指導					
見通し・継続理由					

	リハビリテーション 評価日： 年 月 日	栄養 評価日： 年 月 日	口腔 評価日： 年 月 日
評価時の状態	<p>【心身機能・構造】</p> <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 <input type="checkbox"/> 関節可動域制限 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症・構音障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> BPSD 歩行評価 <input type="checkbox"/> 6分間歩行 <input type="checkbox"/> TUG test ( ) 認知機能評価 <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R ( )	<p>低栄養リスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高            嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  <input type="checkbox"/> 生活機能低下            3%以上の体重減少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/月)</p> <p>【食生活状況】</p> 食事摂取量 (全体) % 食事摂取量 (主食) % 食事摂取量 (主菜/副菜) % / % 補助食品など： 食事の留意事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 薬の影響による食欲不振 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 本人の意欲 ( ) 食欲・食事の満足感 ( ) 食事に対する意識 ( ) <p>【栄養量 (エネルギー/たんぱく質)】</p> 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 <p>【GLIM 基準による評価※】</p> <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養 ( <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度) <small>※医療機関から情報提供があった場合に記入する。</small>	<p>【誤嚥性肺炎の発症・既往】</p> <input type="checkbox"/> あり (直近の発症年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし <p>【口腔衛生状態の問題】</p> <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔 <p>【口腔機能の状態の問題】</p> <input type="checkbox"/> 奥歯のかみ合わせがない <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> ぶくぶくうがいが困難※1 <p>※1 現在、歯磨き後のうがいをしている方に限り確認する。</p> <p>【歯科受診の必要性】</p> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <p>【特記事項】</p> <input type="checkbox"/> 歯 (う蝕、修復物脱離等)、義歯 (義歯不適合等)、歯周病、口腔粘膜 (潰瘍等) の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <p>記入者：<input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員  <input type="checkbox"/> 言語聴覚士</p>
具体的支援内容	<p>①課題： 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回</p> <p>②課題： 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回</p> <p>③課題 介入方法 ・ ・ ・ 期間： (月) 頻度：週 回、時間： 分/回</p>	<p><input type="checkbox"/> 栄養食事相談  <input type="checkbox"/> 食事提供量の増減 ( <input type="checkbox"/> 増量 <input type="checkbox"/> 減量)  <input type="checkbox"/> 食事形態の変更            ( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食)  <input type="checkbox"/> 栄養補助食品の追加・変更  <input type="checkbox"/> その他：</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>総合評価：  <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持  <input type="checkbox"/> 改善が認められない            計画変更：  <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>	<p>サービス提供者：  <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士</p> <p>実施記録①：記入日 ( 年 月 日)  <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導  <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導  <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導  <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導  <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>実施記録②：記入日 ( 年 月 日)  <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導  <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導  <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導  <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導  <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>実施記録③：記入日 ( 年 月 日)  <input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導  <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導  <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導  <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導  <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>
特記事項			

(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)

氏名：	殿	サービス開始日	年	月	日
		作成日 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変更	年	月	日
生年月日	年	月	日	性別	男・女
計画作成者	リハビリテーション ( ) 栄養管理 ( ) 口腔管理 ( )				
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)				
日常生活自立度	障害高齢者： 認知症高齢者：				
本人の希望					
共通	<p>身長：( ) cm 体重：( ) kg BMI：( ) kg/m<sup>2</sup></p> <p>栄養補給法：<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養、食事の形態：( )</p> <p>とろみ：<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い</p> <p>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</p> <p>合併症：</p> <p><input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> うつ血性心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症</p> <p><input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 褥瘡</p> <p>(※上記以外の) <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他</p> <p>症状：<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり</p> <p>現在の歯科受診について：かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p>直近1年間の歯科受診：<input type="checkbox"/> あり (最終受診年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし</p> <p>義歯の使用：<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分・<input type="checkbox"/> 全部) <input type="checkbox"/> なし</p> <p>その他：</p>				
課題	<p>(共通)</p> <p>(個別機能訓練・栄養・口腔)</p> <p>(上記に加えた課題)</p> <p><input type="checkbox"/> 食事中に安定した正しい姿勢が自分で取れない <input type="checkbox"/> 食事に集中することができない <input type="checkbox"/> 食事中に傾眠や意識混濁がある</p> <p><input type="checkbox"/> 歯(義歯)のない状態で食事をしている <input type="checkbox"/> 食べ物を口腔内にため込む <input type="checkbox"/> 固形の食べ物を咀嚼中にむせる</p> <p><input type="checkbox"/> 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある <input type="checkbox"/> 水分でむせる <input type="checkbox"/> 食事中、食後に咳をすることがある</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>				
方針・目標	<p>(共通)</p> <p>(個別機能訓練・栄養・口腔)</p> <p>短期目標： 長期目標：</p> <p>(上記に加えた方針・目標)</p> <p><input type="checkbox"/> 歯科疾患 (<input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 歯科受診) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 ( ))</p> <p><input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 ( )) <input type="checkbox"/> 食形態 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 ( ))</p> <p><input type="checkbox"/> 栄養状態 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 ( )) <input type="checkbox"/> 音声・言語機能 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 ( ))</p> <p><input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>				
実施上の注意事項					
生活指導					
見通し・継続理由					

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

フリガナ		性別	□男 □女	生年月日	年 月 日 生まれ	年齢	歳
氏名		要介護度		病名・特記事項等		記入者名	
						作成年月日	年 月 日
利用者 家族の意向				食事の準備状況 (買い物 食事の支度 地域特性等)		家族構成と キーパーソン (支援者)	本人-

(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 <sup>1</sup>	★ブルダウン <sup>1</sup>	★ブルダウン <sup>1</sup>	★ブルダウン <sup>1</sup>	
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 <sup>2</sup>				
	3%以上の体重減少率 kg/1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)				
	3%以上の体重減少率 kg/6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 □経腸栄養法 □静脈栄養法	□経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法	□経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法	□経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法	
	その他					
	食生活 状況等	栄養補給の状態				
		食事摂取量(割合)	%	%	%	%
主食の摂取量(割合)		主食 %	主食 %	主食 %	主食 %	
主菜、副菜の摂取量(割合)		主菜 % 副菜 %				
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)				
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)				
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)				
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 <sup>2</sup> )	(コード:★ブルダウン <sup>2</sup> )	(コード:★ブルダウン <sup>2</sup> )	(コード:★ブルダウン <sup>2</sup> )	
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	( )	( )	( )	( )		
食欲・食事の満足感	★ブルダウン <sup>3</sup>	★ブルダウン <sup>3</sup>	★ブルダウン <sup>3</sup>	★ブルダウン <sup>3</sup>		
食事に対する意識	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>		
多職種による 栄養ケアの課題 (低栄養関連問題)	口腔関係	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	
	安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□	
	食事に集中することができない	□	□	□	□	
	食事中に傾眠や意識混濁がある	□	□	□	□	
	歯(義歯)のない状態で食事をしている	□	□	□	□	
	食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□	
	固形の食べ物を咀嚼やく中にむせる	□	□	□	□	
	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	□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 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない		
サービス継続の必要性 注) 栄養改善加算算定の場合	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有		

GLIM 基準による評価	□低栄養非該当	□低栄養非該当	□低栄養非該当	□低栄養非該当
※医療機関から情報提供があった場合に記入する。	□低栄養(□中等度□重度)	□低栄養(□中等度□重度)	□低栄養(□中等度□重度)	□低栄養(□中等度□重度)

★ブルダウン<sup>1</sup> スクリーニング/アセスメント/モニタリング★ブルダウン<sup>2</sup> 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、0t、0j)★ブルダウン<sup>3</sup> 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<sup>4</sup> 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：	殿	初回作成日：	年	月	日
		作成(変更)日：	年	月	日
		作成者：			
医師の指示		□なし □あり (要点 ) 指示日 ( / )			
利用者及び家族の意向					説明日 年 月 日
解決すべき課題 (ニーズ)		低栄養状態のリスク □低 □中 □高			
長期目標と期間					

分類	短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容(頻度、期間)	担当者
★ ブル 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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
							事業所内の管理栄養士・栄養士 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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) ※ <sup>1</sup>	(cm)	(cm)
	体重 (kg)	(kg)	(kg)
	BMI (kg/ m <sup>2</sup> ) ※ <sup>1</sup> 18.5未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ m <sup>2</sup> )
	直近1～6か月間における 3%以上の体重減少※ <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ か 月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ か 月)
	直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少※ <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 6か 月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 6か 月)
	血清アルブミン値 (g/dl) ※ <sup>3</sup> 3.5 g/dl 未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( (g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( (g/dl))
	食事摂取量 75%以下※ <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( %)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( %)
特記事項（医師、管理栄養士等への 連携の必要性等）			

※<sup>1</sup> 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

※<sup>2</sup> 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）

※<sup>3</sup> 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

**(参考) 口腔スクリーニング項目について**

**「硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる」**

歯を失うと肉や野菜等の摂取割合が減り、柔らかい麺類やパン等の摂取割合が増えることが指摘されています。

**「入れ歯を使っている」**

入れ歯があわないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでてきます。

また、歯が少ないけれども入れ歯を使っていない場合には、口腔の問題だけでなく認知症や転倒のリスクが高まります。

**「むせやすい」**

飲み込む力が弱まると飲食の際にむせたり、飲み込みづらくなって、食事が大変になります。誤嚥性肺炎のリスクも高まることから口腔を清潔に保つことが重要です。

**(参考) 低栄養状態のリスク分類について**

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

身長 147cm、体重 38kg の利用者の場合、

$$38 \text{ (kg)} \div 1.47 \text{ (m)} \div 1.47 \text{ (m)} = 17.6$$

## 口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

評価日： 年 月 日

氏名（ふりがな）			
生年月日・性別	年 月 日	生まれ	□ 男 □ 女
要介護度・病名等			
日常生活自立度	障害高齢者：	認知症高齢者：	
現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医	□ あり □ なし	
	直近1年間の歯科受診	□ あり（最終受診年月： 年 月）	□ なし
義歯の使用	□ あり（□ 部分・□ 全部） □ なし		
栄養補給法	□ 経口のみ □ 一部経口 □ 経腸栄養 □ 静脈栄養		
食事形態	□ 常食 □ 嚥下調整食（コード□ 4、 □ 3、 □ 2-2、 □ 2-1、 □ 1j、 □ 0t、 □ 0j）		
誤嚥性肺炎の発症・既往	□ あり（直近の発症年月： 年 月） □ なし		

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

## 1 口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）

年 月 日	記入者：	□ 歯科衛生士 □ 看護職員 □ 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭	□ あり □ なし □ 分からない
	歯の汚れ	□ あり □ なし □ 分からない
	義歯の汚れ	□ あり □ なし □ 分からない
	舌苔	□ あり □ なし □ 分からない
口腔機能の状態	奥歯のかみ合わせ	□ あり □ なし □ 分からない
	食べこぼし	□ あり □ なし □ 分からない
	むせ	□ あり □ なし □ 分からない
	口腔乾燥	□ あり □ なし □ 分からない
	舌の動きが悪い	□ あり □ なし □ 分からない
	ぶくぶくうがい※ ※現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認	□ あり □ なし □ 分からない
歯科受診の必要性		□ あり □ なし □ 分からない
特記事項	<input type="checkbox"/> 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 歯科疾患（ <input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 歯科受診） <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 栄養状態（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 音声・言語機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

## 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

--

各都道府県・各市区町村  
介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局高齢者支援課長  
（公印省略）

生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに  
事務処理手順及び様式例等の提示について

生産性向上推進体制加算の取得については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成十二年厚生省告示第十九号）、「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準」（平成十二年厚生省告示第二十一号）、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成十八年厚生労働省告示第百二十六号）、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成十八年厚生労働省告示第百二十七号）、「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成十八年厚生労働省告示第百二十八号）及び「厚生労働大臣が定める基準」（平成二十七年厚生労働省告示第九十五号）において示しているところであるが、今般、基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等を下記のとおりお示しするので、ご了知の上、貴管内の関係団体及び関係機関にその周知をお願いしたい。

記

1 基本的な考え方

生産年齢人口が減少していく一方、介護需要が増大していく中において、介護人材の確保が喫緊の課題となっている。介護職員の処遇改善を進めることに加え、介護ロボットや ICT 等のテクノロジーの導入等により、介護サービスの質を確保するとともに、職員の負担軽減に資する生産性向上の取組（介護現場では業務改善と同義と捉えて差し支えない。）を推進することが重要である。

テクノロジーの導入に関しては、平成 27 年度から地域医療介護総合確保基金を活用した導入支援等を実施しているところであるが、導入件数は増加傾向にある一方、令和 4 年度に実施した介護現場でのテクノロジー活用に関する調査研究によると、介護業界全体でみると、テクノロジーの導入が幅広く進んでいるとはいえない状況である。また、テクノロジーの導入を行う場合には、介護現場の課題に合わせたテクノロジーの導入に加え、利用者の状況やテクノロジーの機能に応じた適切な業務手順の変更及び当該変更された手順に基づく継続的な業務改善の取組が必要となるところ、現場の声として、継続的な取組の実施が難しいといった課題もある。

現在の介護現場の状況及び将来の社会情勢の変化を踏まえると、介護業界全体で生産性向上の取組を図る必要があることから、今般、令和 6 年度の介護報酬改定において、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会（以下「委員会」という。）の設置を義務付ける（3年間の経過措置を設定）とともに、テクノロジーの導入による効果の定着に向けて（※）継続的な活用を支援するため生産性向上推進体制加算（（Ⅰ）・（Ⅱ）（見守り機器等のテクノロジー等を導入し、「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」（以下「生産性向上ガイドライン」という。）に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うこと等を評価する加算）を新設したところである。

なお、厚生労働省においては、下記 6 による実績報告をもとに、本加算を算定する介護サービス事業所における生産性向上の取組の進展状況を定期的に把握・分析することとしており、当該分析結果等を踏まえ、加算の見直しを含む必要な対策を検討することとしている。

(※) これまでに国が実施した実証事業等に参加をした介護サービス事業所等においては、生産性向上の取組による効果の定着に複数年の期間を要するといった状況もある。

## 2 生産性向上推進体制加算（(Ⅰ)・(Ⅱ)）の仕組み等

生産性向上推進体制加算（以下「加算」という。）は、テクノロジーの導入後の継続的な活用を支援するため、委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、事業年度毎に1回、生産性向上の取組に関する実績データを厚生労働省に報告する場合に、一月当たり10単位を算定（加算（Ⅱ））することとした。

また、上記の加算（Ⅱ）の要件を満たし、当該要件に基づき提出した実績データにより生産性向上の取組による成果が確認された場合であって、見守り機器等のテクノロジーを複数導入し、かつ、職員間の適切な役割分担（特定の介護職員が利用者の介助に集中して従事することのできる時間帯を設けることやいわゆる介護助手の活用等。以下同じ。）の取組を行っている場合に、一月当たり100単位を算定（加算（Ⅰ））することとした。

加算（Ⅰ）及び加算（Ⅱ）の関係については、加算（Ⅰ）が上位区分となるものである。両加算の違いとして、加算（Ⅱ）においては、生産性向上の取組の成果の確認は要件としていないところであるが、加算（Ⅰ）の算定に当たっては、加算（Ⅱ）で求める取組の成果の確認が要件となる。また、加算（Ⅰ）では加算（Ⅱ）の要件に加え、テクノロジーを複数導入するなどの違いがある。

加算（Ⅰ）及び加算（Ⅱ）により、生産性向上の取組を段階的に支援していくこととしており、原則として、加算（Ⅱ）を算定し、一定の期間、加算（Ⅱ）の要件に基づいた取組を進め、加算（Ⅰ）に移行することを想定しているものであるが、生産性向上の取組を本加算の新設以前より進めている介護サービス事業所においては、最初から加算（Ⅰ）を算定することも可能である。詳細については下記7を参照すること。

また、加算（Ⅰ）及び加算（Ⅱ）を同時に算定することはできないものである。

なお、加算（Ⅰ）の算定を開始するに当たっては、加算（Ⅱ）で求める取組の成果の確認が要件となることから、本加算の要件に基づき生産性向上の取組を開始するに当たっては、後述する6（1）から6（3）の項目に関するテクノロジー導入前の状況を調査する必要があることに留意すること。

## 3 介護機器について

加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）を算定するに当たっては、以下の介護機器を使用する必要があること。なお、介護機器の選定に当たっては、事業所の現状の把握及び業務面において抱えている課題の洗い出しを行い、業務内容を整理し、職員それぞれの担うべき業務内容及び介護機器の活用方法を明確化した上で、洗い出した課題の解決のために必要な種類の介護機器を選定すること。

### (1) 加算（Ⅰ）

加算（Ⅰ）を算定するに当たっては、以下の①から③の介護機器を全て使用することとし、また、①の機器は全ての居室に設置し（全ての利用者を個別に見守ることが可能な状態をいう。）、②の機器は同一の時間帯に勤務する全ての介護職員が使用すること。

#### ① 見守り機器

利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを感知できるセンサーであり、当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる利用者の見守りに資する機器をいう。なお、見守り機器を居室に設置する際には、利用者のプライバシーに配慮する観点から、利用者又は家族等に必要な説明を行い、同意を得ることとし、機器の運用については、当該利用者又は家族等の意向に応じ、機器の使用を停止するなどの運用は認められる。

#### ② インカム（マイクロホンが取り付けられたイヤホンをいう。）等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器（ビジネス用のチャットツールの活用による職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器も含む。）

③ 介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICT機器（複数の機器の連携も含め、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る。）

(2) 加算（Ⅱ）

加算（Ⅱ）を算定するにあたっては、(1) ①から③に掲げる介護機器のうち、1つ以上を使用すること。なお、(1) ②の機器は同一の時間帯に勤務する全ての介護職員が使用すること。

4 職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減について

加算（Ⅰ）を算定するにあたっては、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

介護機器の使用法の講習やヒヤリ・ハット事例等の周知、その事例を通じた再発防止策の実習等を含む職員研修を定期的に行うこと。

また、加算（Ⅰ）を算定するに当たっては、上記に加え、職員間の適切な役割分担による業務の効率化等を図るために必要な職員研修等を定期的実施すること。

## 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。

### （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を比較することが考えられる。しかしながら、加算(Ⅱ)の要件となる介護機器の導入前の6(1)の項目に関する調査のデータがない場合等については、当該介護機器の導入前から介護サービスを利用する利用者へのヒアリング調査等を行い、その結果に基づき、委員会において当該介護機器の導入による利用者の満足度等への影響がないことを確認することで足りるものとする。

(3) (1)及び(2)に該当しない介護サービス事業所が最初から加算

(Ⅰ)を算定しようとする場合

(1)及び(2)に該当しない介護サービス事業所が最初から加算(Ⅰ)を算定しようとする場合、加算(Ⅱ)の要件となる介護機器の導入後、生産性向上の取組を3月以上継続した上で、当該介護機器の導入前後における6(1)から6(3)の項目について、(1)①から③に該当することを示すデータの提出が必要である。

## 8 厚生労働省等への報告等について

6の厚生労働省への報告については、別紙1により報告をすること。また、加算(Ⅰ)の算定を開始する場合、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について」(令和6年3月15日老発0315第1号)の別紙28「生産性向上推進体制加算に係る届出書」を届け出る際に、当該届出書の備考1に規定する各種指標に関する調査結果のデータとして別紙2を添付すること。

あわせて、別紙1については「電子申請・届出システム」を活用したオンラインによる提出を予定しているが、システム改修に一定の期間を要するため、当面の間は別の方法による提出とする予定である。詳細については、別途通知する。

報告にあたり、指定権者が委員会における検討状況を確認できるよう、当該委員会の議事概要を提出すること。また、介護サービス事業所のテクノロジー活用に関して、厚生労働省が行うケアの質や職員の負担への影響に関する調査・検証等への協力に努めること。

## 9 その他

介護保険法の改正により、令和6年4月から介護サービス事業所の生産性向上の取組が促進されるよう都道府県に対する努力義務が創設されることも踏まえ、都道府県主導のもと、生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的・横断的に一括して取り扱い、適切な支援につなぐワンストップ窓口の設置等を進めているところである。本加算の算定に際し、生産性向上の取組を進めるに当たっては、当該窓口の活用も有効である。

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

点数区分	7点～14点	15点～21点	22点～28点	29点～35点
人数				

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 SRS-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			
職場の活気			

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。

## 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 <input type="checkbox"/>				
② - 1 生活・認知機能尺度（事前調査） 調査対象人数 人				
点数区分	7点～14点	15点～21点	22点～28点	29点～35点
人数				
② - 2 生活・認知機能尺度（事後調査） 調査対象人数 人				
点数区分	7点～14点	15点～21点	22点～28点	29点～35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 <input type="checkbox"/>				
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） <input type="checkbox"/>				
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 <input type="checkbox"/>				
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～ 日		
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 <input type="checkbox"/>				

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。

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

1-①	身近なもの（たとえば、メガネや入れ歯、財布、上着、鍵など）を置いた場所を覚えていますか ※介護者が一緒に探しているなど、一人で探す様子が分からない場合は、もし一人で探すとしたらどうかを想定して評価してください
5	常に覚えている
4	たまに（週1回程度）忘れることはあるが、考えることで思い出せる
3	思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある（思い出せることと思い出せないことが同じくらいの頻度）
2	きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない
1	忘れたこと自体を認識していない

1-②	身の回りに起こった日常的な出来事（たとえば、食事、入浴、リハビリテーションや外出など）をどのくらいの期間、覚えていますか ※最近1週間の様子を評価してください
5	1週間前のことを覚えている
4	1週間前のことは覚えていないが、数日前のことは覚えている
3	数日前のことは覚えていないが、昨日のことは覚えている
2	昨日のことは覚えていないが、半日前のことは覚えている
1	全く覚えていられない

②	現在の日付や場所等についてどの程度認識できますか ※上位レベルのものと下位レベルのものが両方でき、上位と下位の間の項目ができない場合には、上位レベルのほうを選び回答してください 例：1と3に該当し、2に該当しない場合⇒1を選択する
5	年月日はわかる（±1日の誤差は許容する）
4	年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる
3	場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる（家族であるか、介護者であるか、看護師であるか等）
2	その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる
1	自分の名前がわからない

③	誰かに何かを伝えたいと思っているとき、どれくらい会話でそれを伝えることができますか ※「会話ができる」とは、2者の意思が互いに疎通できている状態を指します
5	会話に支障がない（「〇〇だから、××である」といった2つ以上の情報がつながった話をするができる）
4	複雑な会話はできないが、普通に会話はできる（「〇〇だから、××である」といった2つ以上の情報がつながった話をするにはできない）
3	普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる（「痛い」「お腹が空いた」などの具体的な要求しか伝えられない）
2	会話が成り立たないが、発語はある（発語はあるが、簡単な質問に対して適切な回答ができなかったり、何を聞いても「うん」とだけ答える）
1	発語がなく、無言である

④	一人で服薬ができますか ※服薬していなかったり、介護者が先に準備しているなど、実際の服薬能力が分からない場合は、一人で服薬する場合を想定して評価してください
5	自分で正しく服薬できる
4	自分で用意して服薬できるが、たまに（週1回程度）服薬し忘れることがある
3	2回に1回は服薬を忘れる
2	常に薬を手渡しすることが必要である
1	服薬し終わるまで介助・みまもりが必要である

⑤	一人で着替えることができますか ※まひ等により身体が不自由で介助が必要な場合は、障害がない場合での衣服の機能への理解度を想定して評価してください
5	季節や気温に応じた服装を選び、着脱衣ができる
4	季節や気温に応じた服装選びはできないが、着る順番や方法は理解し、自分で着脱衣ができる
3	促してもらえれば、自分で着脱衣ができる
2	着脱衣の一部を介護者が行う必要がある
1	着脱衣の全てを常に介護者が行う必要がある

⑥	テレビやエアコンなどの電化製品を操作できますか ※テレビが無い場合は、エアコンで評価してください いずれもない場合は、電子レンジ、ラジオなどの電化製品の操作で評価してください
5	自由に操作できる（「複雑な操作」も自分で考えて行うことができる）
4	チャンネルの順送りなど普段している操作はできる（「単純な操作」であれば自分で行うことができる）
3	操作間違いが多いが、操作方法を教えられるば使える（「単純な操作」が分からないことがあるが、教えれば自分で操作することができる）
2	リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全く分からない（何をやる電化製品かは分かるが、操作を教えても自分で操作することはできない）
1	リモコンが何をやるものか分からない

### 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。

## 生活・認知機能尺度

①-1	<p><b>身近なもの（たとえば、メガネや入れ歯、財布、上着、鍵など）を置いた場所を覚えていますか</b>          ※介護者が一緒に探しているなど、一人で探す様子が分からない場合は、もし一人で探すとしたらどうかを想定して評価してください</p>
<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<p>常に覚えている          たまに（週1回程度）忘れることはあるが、考えることで思い出せる          思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある（思い出せることと思い出せないことが同じくらいの頻度）          きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない          忘れたこと自体を認識していない</p>
①-2	<p><b>身の回りに起こった日常的な出来事（たとえば、食事、入浴、リハビリテーションや外出など）をどのくらいの期間、覚えていますか</b>          ※最近1週間の様子を評価してください</p>
<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<p>1週間前のことを覚えている          1週間前のことは覚えていないが、数日前のことは覚えている          数日前のことは覚えていないが、昨日のことは覚えている          昨日のことは覚えていないが、半日前のことは覚えている          全く覚えていられない</p>
②	<p><b>現在の日付や場所等についてどの程度認識できますか</b>          ※上位レベルのものと下位レベルのものが両方でき、上位と下位の間項目ができない場合には、上位レベルのほうを選び回答してください 例：1と3に該当し、2に該当しない場合⇒1を選択する</p>
<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<p>年月日はわかる（±1日の誤差は許容する）          年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる          場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる（家族であるか、介護者であるか、看護師であるか等）          その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる          自分の名前がわからない</p>

<b>③</b>	<b>誰かに何かを伝えたいと思っているとき、どれくらい会話でそれを伝えることができますか</b> ※「会話ができる」とは、2 者の意思が互いに疎通できている状態を指します
<input type="checkbox"/> 5	会話に支障がない（「〇〇だから、××である」といった 2 つ以上の情報がつながった話をするができる）
<input type="checkbox"/> 4	複雑な会話はできないが、普通に会話はできる（「〇〇だから、××である」といった 2 つ以上の情報がつながった話をするとはできない）
<input type="checkbox"/> 3	普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる（「痛い」「お腹が空いた」などの具体的な要求しか伝えられない）
<input type="checkbox"/> 2	会話が成り立たないが、発語はある（発語はあるが、簡単な質問に対して適切な回答ができなかったり、何を聞いても「うん」とだけ答える）
<input type="checkbox"/> 1	発語がなく、無言である

<b>④</b>	<b>一人で服薬ができますか</b> ※服薬していなかったり、介護者が先に準備しているなど、実際の服薬能力が分からない場合は、一人で服薬する場合を想定して評価してください
<input type="checkbox"/> 5	自分で正しく服薬できる
<input type="checkbox"/> 4	自分で用意して服薬できるが、たまに（週 1 回程度）服薬し忘れることがある
<input type="checkbox"/> 3	2 回に 1 回は服薬を忘れる
<input type="checkbox"/> 2	常に薬を手渡しすることが必要である
<input type="checkbox"/> 1	服薬し終わるまで介助・みまもりが必要である

<b>⑤</b>	<b>一人で着替えることができますか</b> ※まひ等により身体が不自由で介助が必要な場合は、障害がない場合での衣服の機能への理解度を想定して評価してください
<input type="checkbox"/> 5	季節や気温に応じた服装を選び、着脱衣ができる
<input type="checkbox"/> 4	季節や気温に応じた服装選びはできないが、着る順番や方法は理解し、自分で着脱衣ができる
<input type="checkbox"/> 3	促してもらえれば、自分で着脱衣ができる
<input type="checkbox"/> 2	着脱衣の一部を介護者が行う必要がある
<input type="checkbox"/> 1	着脱衣の全てを常に介護者が行う必要がある

<b>⑥</b>	<b>テレビやエアコンなどの電化製品を操作できますか</b> ※テレビが無い場合は、エアコンで評価してください いずれもない場合は、電子レンジ、ラジオなどの電化製品の操作で評価してください
<input type="checkbox"/> 5	自由に操作できる（「複雑な操作」も自分で考えて行うことができる）
<input type="checkbox"/> 4	チャンネルの順送りなど普段している操作はできる（「単純な操作」であれば自分で行うことができる）
<input type="checkbox"/> 3	操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える（「単純な操作」が分からないことがあるが、教えれば自分で操作することができる）
<input type="checkbox"/> 2	リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全く分からない（何をやる電化製品かは分かるが、操作を教えても自分で操作することはできない）
<input type="checkbox"/> 1	リモコンが何をやるものか分からない

合計
点

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														年間の有給休暇 の取得日数	
	●月		●月		●月		●月		●月		●月		●月			
	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																

職員 番号	例：令和6年														年間の有給休暇 の取得日数	
	●月		●月		●月		●月		●月		●月		●月			
	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																

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( )		
現在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。

↓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。

別添4

職員向けタイムスタディ調査票

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)	: ~ :

調査票(表面)

※10分間のうち、実施した業務について、そのなるよう記入して下さい。記載例を参考ください。

時間数(整数)について、縦列の合計が10分と

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。

NO	分類	Sub-NO	項目	記載例	時台																								
					00分	10分	20分	30分	40分	00分	10分	20分	30分	40分	00分	10分	20分	30分	40分	00分	10分	20分	30分	40分	00分	10分	20分	30分	40分
				—	00分	10分	20分	30分	40分	00分	10分	20分	30分	40分	00分	10分	20分	30分	40分	00分	10分	20分	30分	40分	00分	10分	20分	30分	40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																										
	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																										
B		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。

※3 徘徊、不潔行為、昼夜逆転等に対する対応等

※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

※7 レクリエーションの準備等

※2 入眠起床支援、訴えの把握、日常生活の支援

※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

※6 ケアの内容や方法に関する指導、OJT等



# 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

(※) : 任意項目

記入者名 \_\_\_\_\_

## 【利用者情報】

氏名			
生年月日	年 月 日	保険者番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	

## 【基本情報】

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
評価日	年 月 日
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時

## 【褥瘡の有無】

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 褥瘡発生日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 坐骨部 <input type="checkbox"/> 尾骨部 <input type="checkbox"/> 腸骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> 踵部 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-----------------------------	--

## 【危険因子の評価】

ADL	自立 一部介助 全介助 食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	基本動作	寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 座位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	低栄養状態のリスクレベル (※)	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
排せつの状況	おむつ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

上記の評価の結果、褥瘡ありの場合又は褥瘡発生のリスクが高い場合には褥瘡ケア計画を立案し実施する。

## 【褥瘡の状態の評価 (褥瘡がある場合のみ評価)】

※褥瘡の状態の評価については「DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価用」(一般社団法人 日本褥瘡学会)を参照

深さ	<input type="checkbox"/> d 0 : 皮膚損傷・発赤なし <input type="checkbox"/> d 1 : 持続する発赤 <input type="checkbox"/> d 2 : 真皮までの損傷	<input type="checkbox"/> D 3 : 皮下組織までの損傷 <input type="checkbox"/> D 4 : 皮下組織を越える損傷 <input type="checkbox"/> D 5 : 関節腔、体腔に至る損傷 <input type="checkbox"/> DDTI : 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い <input type="checkbox"/> D U : 壊死組織で覆われ深さの判定が不能
滲出液	<input type="checkbox"/> e 0 : なし <input type="checkbox"/> e 1 : 少量: 毎日のドレッシング交換を要しない <input type="checkbox"/> e 3 : 中等量: 1日1回のドレッシング交換を要する	<input type="checkbox"/> E 6 : 多量: 1日2回以上のドレッシング交換を要する
大きさ	<input type="checkbox"/> s 0 : 皮膚損傷なし <input type="checkbox"/> s 3 : 4未満 <input type="checkbox"/> s 6 : 4以上 16未満 <input type="checkbox"/> s 8 : 16以上 36未満 <input type="checkbox"/> s 9 : 36以上 64未満 <input type="checkbox"/> s 12 : 64以上 100未満	<input type="checkbox"/> S 15 : 100以上
炎症/感染	<input type="checkbox"/> i 0 : 局所の炎症徴候なし <input type="checkbox"/> i 1 : 局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	<input type="checkbox"/> I 3c : 臨界的定着疑い(創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) <input type="checkbox"/> I 3 : 局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など) <input type="checkbox"/> I 9 : 全身的影響あり(発熱など)
肉芽組織	<input type="checkbox"/> g 0 : 創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合 <input type="checkbox"/> g 1 : 良性肉芽が創面の90%以上を占める <input type="checkbox"/> g 3 : 良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	<input type="checkbox"/> G 4 : 良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める <input type="checkbox"/> G 5 : 良性肉芽が、創面の10%未満を占める <input type="checkbox"/> G 6 : 良性肉芽が全く形成されていない
壊死組織	<input type="checkbox"/> n 0 : 壊死組織なし	<input type="checkbox"/> N 3 : 柔らかい壊死組織あり <input type="checkbox"/> N 6 : 硬く厚い密着した壊死組織あり
ポケット	<input type="checkbox"/> p 0 : ポケットなし	<input type="checkbox"/> P 6 : 4未満 <input type="checkbox"/> P 9 : 4以上16未満 <input type="checkbox"/> P 12 : 16以上36未満 <input type="checkbox"/> P 24 : 36以上

**【褥瘡ケア計画】**

計画作成日 年 月 日

留意する項目	計画の内容	
体位変換の頻度	( ) 時間ごと	
関連職種が共同して取り組むべき事項 (※)		
評価を行う間隔 (※)		
圧迫、ズレカの排除 (※) (体位変換、体圧分散寝具、 頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上	
	イス上	
スキンケア (※)		
栄養状態改善 (※)		
リハビリテーション (※)		
その他 (※)		

上記の内容及びケア計画について説明を受け、理解した上で、ケア計画の実施を希望します。

年 月 日

氏名

## 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

(※)：任意項目

記入者名：

医師名：

看護師名：

## 【利用者情報】

氏名			
生年月日	年 月 日	保険者番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	

## 【基本情報】

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
評価日	年 月 日
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時

## 【排せつの状態】

	自立	一部介助	全介助
ADL			
・トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排便コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
(上記のいずれかで一部介助の場合) 見守りや声かけ等のみで「排便・排尿」が可能			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

## 【排せつ支援に係る取組】

おむつ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり
ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり
尿道カテーテル	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
人工肛門	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
トイレへの誘導・促し	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

## 【排せつに関する支援の必要性】

排せつの状態に関する支援の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
------------------	---

支援の必要性をありとした場合、以下を記載。

排せつに介護を要する要因 (※)
------------------

計画作成日 年 月 日

支援計画 (※)
----------

上記の内容、及び支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断又は中止できることについて説明を受け、理解した上で、支援計画にある支援の実施を希望します。

年 月 日

氏名

## 3-1. 緊急やむを得ない場合の三つの要件

身体拘束は、本人の行動を、本人以外の者が制限することであり、当然してはならないことです。運営基準上、「当該入所者(利用者)又は他の入所者(利用者)等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」の適正な手続きを経た身体的拘束等は認められています。この適正な手続きは、あくまでも「本人の尊厳を守るため」に行うものです。適正な手続きとは、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たすかどうかを組織等で話し合い、かつ、それらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うことです。

- ✓ 「緊急やむを得ない場合」の対応とは、これまでににおいて述べたケアの工夫のみでは十分に対処できないような、「一時的に発生する緊急事態」のみに限定される。
- ✓ 当然のことながら、安易に「緊急やむを得ない」ものとして身体拘束を行うことのないよう、次の要件・手続きに沿って慎重な判断を行うことが求められる。

### 三つの要件をすべて満たすことが必要

本人の尊厳を守るために、切迫性、非代替性、一時性をすべて満たす状態であることを、本人・家族、本人にかかわっている関係者・関係機関全員で検討、確認し、記録しておくことが求められる。



### 三つの要件の確認は、本人の尊厳を守るためのプロセスである！

「緊急やむを得ない場合」の三つの要件を検討するにあたり、まずは本人の尊厳を守ることを第一に考える必要があります。三つの要件の確認等の手続きは、本人の尊厳を守るためのプロセスであり、身体拘束廃止・防止を目的に行うものです。

介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き  
(令和6年3月 令和5年度老人保健健康増進等事業  
介護施設・事業所等における身体拘束廃止・防止の取組推進に向けた調査研究事業)

## 3-1. 緊急やむを得ない場合の三つの要件

### 緊急やむを得ない場合の三つの要件とは

#### 切迫性

#### 本人または他の入所者（利用者）等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

- 「切迫性」の判断を行う場合には、身体拘束を行うことにより本人の日常生活等に与える悪影響を勘案し、それでもなお身体拘束を行うことが必要となる程度まで本人等の生命または身体が危険にさらされる可能性が高いことを、確認する必要がある。

#### 👉 この判断を行う前に特に確認すべきポイント

- ✓ 身体拘束をしない場合、本人等の生命または身体がどのような危険にさらされるのか
- ✓ それはどのような情報から確認できるのか
- ✓ 他の関係機関や医療職はどのような見解を持っているのか

#### 非代替性

#### 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がないこと

- 「非代替性」の判断を行う場合には、いかなるときでも、まずは身体拘束を行わずに介護するすべての方法の可能性を検討し、本人等の生命または身体を保護するという観点から、他に代替手法が存在しないことを、組織で確認する必要がある。
  - 例えば、点滴を自分で抜いてしまう方に対して、点滴が視界に入らないように位置を工夫する、かゆみを減らすためにガーゼの種類を工夫する、といった方法が考えられる。
  - 認知症の行動・心理症状がある場合も、そこには何らかの原因があるため、身体拘束を行わずに介護するすべての方法の可能性を検討することが重要である。
- また、拘束の方法自体も、本人の状態像等に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならない。
- 身体拘束を行わない方法について事前に研修等で検討したり、外部の有識者等からの助言を得たりすることも有用である。代替方法を考えるスキルを事業所全体で高めあうことが重要となる。
- 介護に関する専門的知識を有していないことが多い家族が介護を担うことが多い在宅においては、専門職であれば可能な代替方法であっても家族には実施できない場合があることに留意したうえで、家族でも可能な代替方法について提案または助言することが重要となる。また、家族による介護の限界にも留意し、状況に応じて、介護サービスの追加または変更について提案または助言することも必要である。

#### 👉 この判断を行う前に特に確認すべきポイント

- ✓ 身体拘束を行わずに介護するすべての方法の可能性を洗い出すことができているか
- ✓ 代替方法の洗い出しにあたり、複数の職員や多職種での検討を行ったか
- ✓ 代替方法を実際行ってみた結果について十分に検討できているか
- ✓ 代替方法の洗い出しにあたり相談できる外部有識者・外部機関はないか

#### 一時性

#### 身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

- 「一時性」の判断を行う場合には、本人の状態像等に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定する必要がある。
  - 例えば、本人自身あるいは他者に危害が及ぶような場合、緊急やむを得ない場合に該当する可能性はあるが、環境が整った時間帯においては該当しない可能性がある。

#### 👉 この判断を行う前に特に確認すべきポイント

- ✓ 本人の状態像等に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定したか。それは何月何日の何時から何月何日の何時までなのか。また、1日のうちの何時から何時までなのか。
- ✓ その判断にあたり、本人・家族・本人にかかわっている関係者・関係機関で検討したか

## 3-2. 緊急やむを得ない場合に求められる手続き

### 手続きの面でも慎重な取り扱いが求められる

仮に三つの要件を満たす場合にも、以下の4点に留意することが重要である。

#### 1 本人・家族、本人にかかわる関係者・関係機関全員での検討

- 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断は、担当の職員個人(または数名)では行わず、事業所全体としての判断が行われるように、あらかじめルールや手続きを定めておく。
- 「緊急やむを得ない場合」の要件に該当しなくなった場合の解除についても組織として取り決めをしておくことが重要である。
- 特に、事業所内の「身体的拘束等適正化検討委員会」といった組織において事前に手続き等を定め、具体的な事例についても関係者が幅広く参加したカンファレンスで判断する体制を整える。

##### 施設および在宅において特に確認すべきポイント

- ✓ 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断を本人・家族・本人にかかわっている関係者・関係機関が幅広く参加した会議体にて行っているか
- ✓ 「緊急やむを得ない場合」の要件に該当しなくなった場合の解除についても、本人・家族・本人にかかわっている関係者・関係機関が幅広く参加した会議体にて取り決めがなされているか

#### 2 緊急やむを得ない場合の三つの要件と照らし合わせた慎重な検討

- 介護現場において、「切迫性」「非代替性」「一時性」を満たすケースは極めて少ない。
- 身体拘束が例外的に許容されるのは、「緊急やむを得ない場合」に該当する客観的な状況が存在する場合であって、本人の意思によるものではない。
- それぞれの要件について、本人・家族、本人に関わっている関係者・関係機関全員において、慎重に検討を行うことが求められる。
- 検討にあたっては、職員や家族等、本人に関わる関係者の気持ちや安全面にも配慮することも重要である。

##### 施設において特に確認すべきポイント

- ✓ 「切迫性」「非代替性」「一時性」を満たすケースは極めて少ないことを組織全体で認識共有できているか
- ✓ 検討にあたっては、職員の気持ちや安全面にも配慮しているか
- ✓ 代替方法をいくつか試し、その結果を十分に検討した記録があるか

##### 在宅において特に確認すべきポイント

- ✓ 「切迫性」「非代替性」「一時性」を満たすケースは極めて少ないことを本人・家族・本人にかかわっている関係者・関係機関で認識共有できているか
- ✓ 検討にあたっては、家族の気持ちや安全面にも配慮しているか
- ✓ 介護に関する専門的知識を家族が必ずしも有していないことに配慮して、非代替性の検討がなされているか



## 本人や家族に対する詳細な説明

- 本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努める。
- その際には、施設長や医師、その他現場の責任者から説明を行う等、説明手続きや説明者について事前に明文化しておく。
- 仮に、事前に身体拘束について施設としての考え方を本人や家族に説明し、理解を得ている場合であっても、実際に身体拘束を行う時点で、必ず個別に説明を行う。

### 施設および在宅において特に確認すべきポイント

- ✓ 本人には意思があり、意思決定能力を有するということを理解したうえで、本人に対してできる限り詳細に説明を行っているか
- ✓ 認知症等の人の身振り手振り、表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限に行っているか
- ✓ 実際に身体拘束を行う時点で、個別に説明を行っているか
- ✓ 説明にあたり、本人を支援している家族の気持ちにも配慮しているか
- ✓ これらのポイントについて、マニュアルや研修等を通して事業所全体に浸透しているか

## 三つの要件の再検討および該当しなくなった場合の解除

- 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合について、「緊急やむを得ない場合」の三つの要件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することが重要である。
- 身体拘束を実施している時間帯において、本人の様子を定期的・継続的に観察する。
- 実際に身体拘束を一時的に解除して、本人の状態を観察し、身体拘束の継続が本当に必要なのか、慎重に検討する。
- 一時的に身体拘束を解除して要件に該当しなくなった場合の解除の要件について、事前に本人・家族、本人にかかわっている関係者・関係機関全員で、事前に話し合っておくことが有用となる。

### 施設において特に確認すべきポイント

- ✓ 要件に該当しなくなった場合、直ちに身体拘束を解除する必要があることを組織全体で認識共有しているか
- ✓ 身体拘束を一時的に解除して状態を観察するといった工夫を行っているか
- ✓ その結果を、本人・家族、本人にかかわっている関係者・関係機関全員で共有し再検討しているか

### 在宅において特に確認すべきポイント

- ✓ 要件に該当しなくなった場合、直ちに身体拘束を解除する必要があることを事前に複数事業所で認識共有しているか
- ✓ 身体拘束を一時的に解除して状態を観察するといった工夫を行っているか
- ✓ 本人の状況をリアルタイムに把握することが難しい場合においても「緊急やむを得ない場合」に該当するか、頻回に観察しているか
- ✓ その結果を、本人・家族、本人にかかわっている関係者・関係機関全員で共有し再検討しているか



### その身体拘束の実施理由、組織で十分にアセスメントや協議を行っていますか？

身体を拘束する理由として、夜勤帯の「人手不足」を挙げている事案が見受けられますが、その理由が本当に十分なアセスメントと協議にもとづいた理由なのかを改めて振り返ってみましょう。同じ職員数であっても、身体拘束を行っていない施設と、行ってしまっている施設があります。人手不足だけでなく身体的拘束等を必要とする理由について、管理者等のリーダーシップのもと俯瞰的視点で見直し、組織全体で身体拘束廃止・防止に向けて取り組むことが必要です。

## 3-3. 緊急やむを得ない場合に記録すべき内容

### 身体拘束に関する記録が義務づけられている

緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様および時間、その際の本人の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しなければならない。

### 記録の作成

記録はアセスメントからはじまる。まずはアセスメントを行った内容を記録したうえで、日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法にかかわる再検討を行うごとに逐次その記録を加えるとともに、それについて情報を開示し、職員間、施設全体、家族等関係者の間で直近の情報を共有する。

身体拘束に関する説明書・経過観察記録は、施設・事業所において保存する。記録は、行政担当部局の運営指導や監査が行われる際に提示できるようにしておく必要がある。また、身体的拘束等の適正化のための指針を整備することが求められているサービス種別においては、指針も記録の一つである。

また、家族への説明の確認は、同意ではないことに留意する。家族の同意は、身体拘束を認める根拠にはならない。

#### 施設および在宅におけるポイント

- ✓ 「切迫性」「非代替性」「一時性」それぞれについて、なぜその要件を満たしていると判断したのか、具体的に記録しているか
- ✓ 再検討を行うごとに逐次その記録を加えているか
- ✓ 今後どのようなケアをすることによって改善するか、丁寧に記入しているか
- ✓ 本人の状態や、家族の意見についても記録しているか
- ✓ 本人の意思については、身体を拘束することに対して理解が得られたような言葉が聞かれたとしても、認知症等の状態から、本当に理解してその言葉を発しているとは限らないため、慎重な判断を組織で行ったか

#### 身体的拘束等適正化検討委員会の議事録

身体的拘束等適正化検討委員会の議事録についても作成・保存する必要がある。議事録には、主に下記の内容を記載する。

- ・ 開催日時、参加者、議題、議事概要等
- ・ (身体拘束を行っている入居者がいる場合) その人数や三つの要件の確認とその判断理由、解除の是非等
- ・ (身体拘束を開始する検討が必要な入居者がいる場合) 切迫性の確認とその判断理由、非代替性の確認とその判断理由(代替案の列挙)、一時性の確認とその判断理由等
- ・ (緊急やむを得ず身体拘束が必要であるという判断をした場合) 本人、家族、関係者、関係機関との意見調整の進め方、身体拘束開始日・解除予定日等



## コラム：緊急やむを得ない場合の三つの要件を検討する法的な意味

### 緊急やむを得ない場合の三つの要件を検討する法的な意味

人は誰でも個人として尊重され、生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とされます（憲法13条）。個人の尊厳は人が社会の中で生きていくうえで、他者との関係でも尊重されなければなりません。生命、身体、自由などの権利が守られることは、その人にとって侵しがたい重要な利益です。法律によって保護される利益を「法益（保護法益）」と言います。生命、身体、自由などの個人の法益を侵害した場合、その行為は、高齢者の尊厳を損なうとともに、違法なものとして、民事上の責任や刑事上の処罰の対象になる場合もあります。

もっともこれら個人的法益についても、自己または第三者の権利や利益（生命、身体、自由、または財産など）を侵害する結果を生じるような危険な状態が客観的に存在し、その危険が直接切迫していることを避けるためには他の手段が無いという緊急やむを得ない場合には、個人の法益を侵害することが違法にならない場合があります。この場合でも、守ろうとした法益と侵害された法益が等しいか、守ろうとした法益が侵害された法益より重大である必要があります。

身体を拘束することは、本来高齢者の身体的自由や移動の自由、意思の自由など的高齢者の権利を侵害するもので、その侵害よりも、その高齢者本人の生命や身体の安全の確保といった法益が上回る場合に例外的に許容されるものであり、その高齢者の生命・身体を保護すべき必要性について、危険が切迫しているか、他に取らざる手段がないか、手段として相当なものであるかといった点から検討することになります。

「身体拘束のゼロへの手引き」において示した「緊急やむを得ない場合」に該当する切迫性、非代替性、一時性の三つの要件は、このような侵害される法益と手段との関係性を考慮しています。

日本弁護士連合会高齢者・障害者権利支援センター 委員 滝沢 香



(身体拘束に関する説明書・経過観察記録 (参考例))

(『身体拘束ゼロへの手引き』厚生労働省、2001年)

【記録1】

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書

〇〇〇〇様

- 1 あなたの状態が下記のABCをすべて満たしているため、緊急やむを得ず、下記の方法と時間等において最小限度の拘束を行います。
- 2 ただし、解除することを目標に鋭意検討を行うことを約束いたします。

記

- A 入所者(利用者)本人又は他の入所者(利用者)等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
- B 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない
- C 身体拘束その他の行動制限が一時的である

個別の状況による 拘束の必要な理由	
身体拘束の方法 (場所、行為(部位・内容))	
拘束の時間帯及び時間	
特記すべき心身の状況	
拘束開始及び解除の 予定	月 日 時から 月 日 時まで

上記のとおり実施いたします。

令和 年 月 日

施設名 代表者 印  
記録者 印

(利用者・家族の記入欄)

上記の件について説明を受け、確認いたしました。

令和 年 月 日

氏名 印  
(本人との続柄 )

【記録2】

緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録

〇〇〇〇様

月日時	日々の心身の状態等の観察・再検討結果	カンファレンス参加者名	記録者 サイン