	氏名	3	要介護度		病名• 特記事項等			記入者名	-	
利用	D :14		食事の準備状況.						年 月 日 疾機成と 本人 -	
		_			養事の準備状況 (買い物、食事の支 复、地域特性等)	ē		キーノ	情成と ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	
_	の意	引 (人利用者個々の状態に応じて作成。)			a. ASAMMITTO			(支	暖者)	
_		(記入者名)	年 月	- () 年	月日()	年 月 日()	年 月	B()
_	J セ 2		年 月 日() ★ブルダウン ¹		/ ±ブルダ¹					
-		、 状態のリスクレベル	★フルタワフ			リウ 口高	★プルダウン ¹ □低 □ 中 □ 高		★プルダウン ¹ □低 □ 中 □ 高	
-	身長	(1880) 9 × 9 0 - 170			em Lines Li	cm cm		cm	06 07 06	om cm
低栄	オス体重	/ BMI	l.	us / kg.		ks / ks/m²	ks /	ks/mi	kg /	
養状		以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有(ks/ 7月)		有(kg/ ヶ月)	□無 □有(kg/	ヶ月)	□無 □有(kg/ 7月)
態		以上の体重減少率 kg/3ヶ月	口無 口有(ks/ 7月)		有(kg/ ヶ月)		ヶ月)	口無 口有(kg/ 7月)
のリ		以上の体重減少率 kg/6ヶ月	口無 口有(kg/ 7/3)		有(kg/ ヶ月)		ヶ月)	口無 口有(kg/ 5/3/
Ź	褥癒		口無 口有	NS) 970)	-/10 -	有	□無 □有	2797	口無 口有	NS) 970)
クヘ	I/U AGS	'			□経□の		□経□のみ □一部経□			-部経口
状況	栄養	補給法	□経腸栄養法			養法 口静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養		□経腸栄養法 □計	
<i>o</i> c	その	他	山地域水成石	L HT IN K DQ ZZ	□ (E1907K	DEFENDADA	口紅胸水及石 口脏机水及	.//	CHEMINES CH	FUILVE DE ZA
\vdash	栄 ,	食事摂取量(割合)	%			%	%		%	
	強	主食の摂取量(割合)	主食 %		主食	%	主食 %		主食 %	
	給	主菜、副菜の摂取量(割合)	×	副菜 %	主菜	% 副菜 %	主菜 % 副菜	%	主菜 % 副	菜 %
	48	その他(補助食品など)		must 70	1.4	.v mio>r. 70	上小 /0 WJ木	70		
	iez.	栄養量:エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	kcal (koal/kg) g (g/k	e) ko	cal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g	(g/kg)	koal (koal	kg) g (g/kg)
		栄養量:エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)		kcal/kg) g (g/k	_	cal (kcal/kg) g (g/kg)		(g/kg)	kcal (kcal	
食牛		栄養量:エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)		koal/kg) g (g/k	_	cal (koal/kg) g (g/kg)		(g/kg)	koal (koal	
活出		調整食の必要性	□無□有			有	□無□有		□無□有	
状況	食事	の形態(コード)	(コード:★プルダウン ²)		()-	-ド:★プルダウン ²)	(コード:★プルダウン ²)		(コード:★プルダウン ²)	
等	とろ		口薄い 口中		□薄い	□中間 □濃い	□薄い □中間 □温		□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	□無□有		□無□	有	□無□有		□無□有	
	嗜好	、薬剤影響食品、アレルギーなど)	()	()	()	()
	本人	の意欲	★プルダウン ³		★プルダ	ウン ³	★プルダウン ³		★プルダウン ³	
	食欲	食事の満足感	★プルダウン ⁴		★プルダ	ウン ⁴	★プルダウン ⁴		★プルダウン ⁴	
	食事	に対する意識	★プルダウン ⁴		★プルダ	ウン ⁴	★プルダウン ⁴		★プルダウン ⁴	
	Œ	□腔関係	□□腔衛生 □]摂食・嚥下	□□腔衛	生 口摂食・嚥下	□□腔衛生 □摂食・嚥下	ς	□□腔衛生 □摂	食・嚥下
多	3	安定した正しい姿勢が自分で取れない)
職種	1	食事に集中することができない)
(-	1	食事中に傾眠や意識混濁がある]
よる栄		歯(義歯)のない状態で食事をしている								
栄養ケ	風上	食べ物を口腔内に溜め込む								
ア	I ⊢	固形の食べ物を咀しゃく中にむせる								
の課	1	食後、頬の内側や口腔内に残渣がある								
題	I ⊢	水分でむせる								
低栄	I ⊢	食事中、食後に咳をすることがある							Е]
光数関	ЦĖ	その他・気が付いた点								
連	1	唇瘡・生活機能関係 ※ない 5 章間の	口褥瘡(再掲)	口生活機能低下	□褥瘡(再掲)口生活機能低下	□褥瘡(再掲)□生活機能	低下	口褥瘡(再掲)口当	E活機能低下
問題	~ 7	消化器官関係 水分関係	□浮腫 □脱水	□下痢 □便秘 (□浮腫	嘔吐 □下痢 □便秘 □脱水	□浮腫 □脱水	便秘	□嘔気・嘔吐 □T □浮腫 □脱水	、刺 口使秘
		代謝関係 心理・精神・認知症関係	□感染 □発熱 □閉じこもり □	!]うつ 口認知症	□感染 □閉じこ:	□発熱 もり □うつ □認知症	□感染 □発熱□閉じこもり □うつ □認知	知症	□感染 □発熱 □閉じこもり □う・	つ 口認知症
		医薬品	□薬の影響		□薬の影		□薬の影響		□薬の影響	
	4	特記事項								
-			口改善 口改善権	酒向 口維持	□改善「	□改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持		口改善 口改善傾向	□維持
	á	総合評価	口改善が認めら			「認められない	口改善が認められない		口改善が認められ	
H	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 □		□無□有		□無 □有	
F	(GLIM基準による評価	□低栄養非該当		□低栄養		□低栄養非該当		□低栄養非該当	
1	*	(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 口重度)	□低栄養	(口中等度 口重度)	□低栄養(□中等度 □重	1度)	□低栄養(□中等)	变 □重度)

 -ニング・アセスメント・モニタリング (通所・居宅)

 性別 ロ男 ロ女 生年月日 年 月

(様式例)

記入者名

揻

年 月 日生まれ 年齢

★プルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング

★プルダウン 2 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類(4 、3、2-2、2-1、1j、Ot、Oj)

★ブルダウン³ 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない ★ブルダウン⁴ 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない ★ブルダウン 3

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>

くじ木食いたのリスクの刊動え 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	
ВМІ	18.5~29.9	18.5 未満	-	
	変化なし	1 か月に3~5%未満	1 か月に 5%以上	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	3 か月に3~7.5%未満	3 か月に 7.5%以上	
	(減少3%未満)	6 か月に3~10%未満	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		
		経腸栄養法	ĺ	
栄養補給法		静脈栄養法		
褥瘡			褥瘡	

栄養ケア計画書 (通所・居宅) (様式例)

						初回作成日:		F 月	日
L.	名:				殿	作成(変更)日:		F 月 F 月	日
	ъ•					作成者:		гл	Ц
	 医師の指示	□なし	□あり (要点)	歩 ニロ	(/)
	で 明 い 田 小	ロなし	口めり (安川))
利用	者及び家族の意向							说明日 月 日	3
鱼		低栄	養状態のリスク	□低	□中 □	高			
,,	(ニーズ)								
£	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	容(頻度、	期間)		担当	者
*									
★ プ ル									
ダ ウ									
シ ※									
	特記事項								
	NUTA								
※①栄	!養補給・食事、②栄	養食事相	目談、③多職種に	よる課題の解決など					
栄養ケ	ァア提供経過記録 								
月	日			サービス提供項目					
				,					

別紙様式5-1

通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス(介護予防も含む)

口腔・栄養スクリーニング様式

ふりがな	□男 □女	年	月	日生まれ		歳
				記入者名 :		
				作成年月日: 年	月日	
氏名	要介護度・病名・			事業所内の歯科衛	生士	
八石	特記事項等			□無	□有	
				事業所内の管理栄	養士・栄養士	Ŀ
				□無	□有	

			<u> </u>	コ4+田				4+ FF	
	スクリーニング項目		前回結果				今回		
			(月日)				(月日)		
	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる		はい	- 6161	え	はい・いいえ			
	入れ歯を使っている		はい	- ()()	え	はい・いいえ			
腔	むせやすい		はい	- しいしい	え	はい・いいえ			
	特記事項(歯科医師等への連携の必要性)								
	身長(cm) ^{※1}				(cm)			I	(cm)
	体重(kg)				(kg)			-	(kg)
	BMI (kg/ m²) * 1 18.5未満	□無Ⅰ	 □有(kg/ m ²)	口無	□有(kg/	/ m ²)
栄	直近1~6か月間における 3%以上の体重減少※2	□無Ⅰ	 □有(kg	(/ か月)	口無	口有(kg/	<u></u> か月)
養	直近6か月間における 2~3kg以上の体重減少※2	□無Ⅰ	 □有(kg	(/6か月)	口無	□有(kg/6;	か月)
	血清アルブミン値(g/dl) ^{※3} 3.5g/dl未満	□無Ⅰ	口有((g/dl))	口無	□有((g,	/d I))
	食事摂取量 75%以下*3	□無Ⅰ	口有	(%)	口無	口有	(%)
	特記事項(医師、管理栄養士等への 連携の必要性等)								

- ※1 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。
- ※2 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない。(初回は評価不要)
- ※3 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

(参考) 口腔スクリーニング項目について

「硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる」

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

「入れ歯を使っている」

入れ歯があわないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでてきます。

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

「むせやすい」

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

(参考)低栄養状態のリスク分類について

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

BMI = 体重(kg)÷ 身長(m) ÷ 身長(m) 身長147cm、体重38kgの利用者の場合、 38(kg) ÷ 1.47(m) ÷ 1.47(m) = 17.6

別紙様式5-2

特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護(介護予防も含む)

口腔・栄養スクリーニング様式

ふりがな	□男 □女	年	月	日生まれ		歳
				記入者名 :		
				作成年月日: 年	月 日	
氏名	要介護度・病名・			事業所内の歯科衛	生士	
人 人	特記事項等			□無 Ⅰ	□有	
				事業所内の管理栄	養士•栄養士	Ŧ
				□無 □	□有	

	スクリーニング項目	前回結果 (月 日)	今回結果 (月 日)	
	開口	できる・できない	できる・できない	
	歯の汚れ	なし・あり	なし・あり	
	舌の汚れ	なし・あり	なし・あり	
	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	できる・できない	できる・できない	
口腔	歯肉の腫れ、出血	なし・あり	なし・あり	
	むせ	なし・あり	なし・あり	
	ぶくぶくうがい ^{※1}	できる・できない	できる・できない	
	食物のため込み、残留*2	なし・あり	なし・あり	
	特記事項(歯科医師等への連携の必要性等)			
栄	身長(cm) ^{※3}	(cm)	(cm)	
養	体重(kg)	(kg)	(kg)	

BMI (kg/ m²) ^{※3} 18.5未満	□無 □有(kg/ m²)	□無 □有(kg/ m ²)
直近1~6か月間における 3%以上の体重減少 ^{※4}	□無 □有(kg/ か月)	□無 □有(kg/ か月)
直近6か月間における 2~3kg以上の体重減少 ^{※4}	□無□有(kg/6か月)	□無 □有(kg/6か月)
血清アルブミン値(g/dl) ^{※5} 3.5g/dl未満	□無 □有((g/d l))	□無 □有((g/d l))
食事摂取量	□無 □有	(%)	□無 □有	(%)
7 5 %以下**5				
特記事項(医師、管理栄養士等への 連携の必要性等)				

- ※1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。誤嚥のリスクも鑑みて改めて実施する 必要はなく、確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。
- ※2 食事の観察が困難な場合は、空欄でも差し支えない
- ※3 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。
- ※4 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない。(初回は評価不要)
- ※5 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

(参考) 口腔スクリーニング項目について

項目	評価基準
開口	・上下の前歯の間に指2本分(縦)入る程度まで口があかない場合(開口量3cm以下)に
	は「できない」とする。
歯の汚れ	・歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「あり」とする。
舌の汚れ	・舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「あり」とする。
左右両方の奥歯でしっ	・本人にしっかりかみしめられないとの認識がある場合または
かりかみしめられる	義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「できない」とする。
歯肉の腫れ、出血	・歯肉が腫れている場合(反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較)や
	歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「あり」とする。
むせ	・平時や食事時にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、
	食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」とする。
ぶくぶくうがい	・歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頬を膨らませない場合や
	膨らました頬を左右に動かせない場合は「できない」とする。
食物のため込み、残留	・食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や
	飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「あり」とする。
特記事項	・歯や粘膜に痛みがある、口の中の乾燥、口臭、義歯の汚れ、義歯がすぐに外れる、
(歯科医師等への連携	口の中に薬が残っている等の気になる点があれば記載する。
の必要性等)	・項目1-8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による口
	腔内等の確認の必要性は高い。

・その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性を含めた、歯科 医師等連携への必要性を検討する。

(参考)低栄養状態のリスク分類について

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

BMI = 体重(kg)÷ 身長(m) ÷ 身長(m) 身長147cm、体重38kgの利用者の場合、 38(kg) ÷ 1.47(m) ÷ 1.47(m) = 17.6

口腔衛生の管理体制についての計画

策定日	年 月 日	
作成者		
	歯科医療機関	
助言を行った歯科医師等	歯科医師名	
	連絡先	
	□ 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施	Ĺ
	ロ 口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要	性
助言の要点	□ 食事状態、食形態等の確認	
	□ その他()
	□ 現在の取組の継続	
	□ 施設職員に対する研修会の開催	
	□□□腔清掃の用具の整備	
	□ 口腔清掃の方法・内容等の見直し	
実施目標	□ 歯科専門職による入所者の口腔衛生管理等	•
	□ 歯科専門職による食事環境、食形態等の確	認
	□ その他()
	□ 現在の取組の継続	
施設職員等による入所者	各入所者の入所時及び(週・月)に1	口
の口腔の健康状態の評価	※週・月のいずれかにC)をつける。
具体的方策		
(実施時期、実施場所、		
主担当者など)		
留意事項、特記事項等		

口腔衛生の管理体制についての計画

策定日	年 月 日
作成者	
	歯科医療機関
助言を行った歯科医師等	歯科医師名
	連絡先
	□ 入居者のリスクに応じた口腔清掃等の実施
	口 口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性
助言の要点	□ 食事状態、食形態等の確認
	□ その他 ()
	□ 現在の取組の継続
	□ 施設職員によるスクリーニング
	□ 施設職員に対する研修会の開催
	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
	□ 口腔清掃の方法・内容等の見直し
実施目標	□ 歯科専門職による入居者の口腔衛生管理等
	□ 歯科専門職による食事環境、食形態等の確認
	□ その他 ()
	□ 現在の取組の継続
具体的方策 (実施時期、実施場所、 主担当者など)	
留意事項、特記事項等	

口腔の健康状態の評価及び情報共有書

年	月	H

	【 (ふりがな)	男	1							
利用者氏名										
13/13/12/11	年 月	日生 女	※基本情報は、入所時評価以外は変更が無ければ記載の省略可							
	要介護度	□ 要支援(□ 1 □ 2)								
	2771222	□ 脳血管疾患 □ 骨折	□ 誤嚥性肺炎 □ うっ血性心不全 □ 尿路感染症 □ 糖尿病							
			う症 □ 関節リウマチ □ がん □ うつ病 □ 認知症 □ 褥瘡							
	基礎疾患		思 □ 運動器疾患 □ 呼吸器疾患 □ 循環器疾患 □ 消化器疾患 □ 腎疾患							
	3回禁止中小の交点 四分									
基本情報	誤嚥性肺炎の発症・既往	□ あり(直近の発症日:[西	-							
坐作用权	麻痺	□ あり(部位:□手 □顔								
	摂食方法	□ 経口のみ □ 一部経口								
	現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医 □ あり								
		直近1年間の歯科受診 □								
	義歯の使用	□ あり(□ 部分・□ 全部)								
	口腔清掃	□ 自立 □ 部分介助(介助								
	現在の処方	□ あり(薬剤名:) □なし							
	かの(独席山能の部/四)	- 1 = ret								
[口朋	空の健康状態の評価】	□ 入所時 □ 2回目								
			記入者氏名: (職種:)							
項目番号	項目	評価	評価基準							
1	開口	□できる □できない	・上下の前歯の間に指2本分(縦)入る程度まで口があかない場合(開口量3cm以下)には「できない」とする。							
2	歯の汚れ	□ なし □ あり	・歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「あり」とする。							
3	舌の汚れ	□ なし □ あり	・舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「あり」とする。							
4	歯肉の腫れ、出血	□ なし □ あり ・歯肉が腫れている場合(反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較)や 歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「あり」とする。								
5	左右両方の奥歯でしっかり かみしめられる	□できる □できない	・本人にしっかりかみしめられないとの認識がある場合または 義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「できない」とする。							
			・平時や食事時にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、							
6	むせ	□ なし □ あり	食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」とする。							
7	→ · - · · · · · · · · · · · · · · · · ·	□できる □できない	・歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頬を膨らませない場合や							
/	ブクブクうがい ^{※1}		膨らました頬を左右に動かせない場合は「できない」とする。							
8	食物のため込み、残留**2	□ なし □ あり	・食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や							
			飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「あり」とする。							
その他	自由記載:		・歯や粘膜に痛みがある、口の中の乾燥、口臭、義歯の汚れ、義歯がすぐに外れる、 口の中に薬が残っている等の気になる点があれば記載する。							
 ※1 現在、歯磨:	■ き後のうがいをしている場合に限り	確認する。(誤嚥のリスクも鑑み	Ⅰ ・て、改めて実施頂く事項ではないため空欄可)							
	が可能な場合は確認する。(改めて									
…こ ステックを分式	20 - 21,0-0-20 □ (0×9ED0) 2 - Q 0 (0X02 C)	スルロストナストのかりにの工作	,,							
			TEGS OF SURFIELD STATE OF THE SURFIELD STATE							
			・項目1-8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による							
歯科医師等*に	よる口腔内等の確認の必要性	□ 低い □ 高い	□腔内等の確認の必要性「高い」とする。 							
			・その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高いと考えられる場合 は、「高い」とする。							
W. IF WEST	HANGER AND A TOTAL CONTROL		10/ 1 10 10 10 10 10 10 10							
※ 圏科医師又は	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士									
- 7	その他の特記事項									

口腔機能向上サービスに関する計画書(様式例)

T						評価日:	年	月 日
	」(ふりがな)							
生	年月日・性別	年 月 [日生まれ	٠	□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	:		
担たへ		かかりつけ歯科医	□ あり	□ なし				
児(土(ノ)	型です又砂に ノいし	直近1年間の歯科受診	□あり(最終受調	診年月: 年	月) □	なし	
	義歯の使用	□ あり (□ 部分・□ 3	全部) 🗆 🗆 🗆	なし				
:	栄養補給法	□経口のみ □一部経口	コ □経腸第	戻 □ 養	静脈栄養			
	食事形態	□常食 □嚥下調整食	(コードロム	1、□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	の状況について話	己載するこん	<u>۔</u>			
		* (-88 → 2 8885 E25)						
1 凵腔の健康	状態の評価・再評価(口腔 年 月 日	記入者: 記入者:			衛生士 □ 看護	中日 口 三部	5時学士	
			1					
						□分からな		
口腔衛生状態	歯の	= : :				□分からな		
	義歯 <i>0</i> . 		1			□ 分からな		
	西 		1		あり □ なし あり □ なし	□ 分からな		
	奥圏のか 食べご		1					
	ない。		+		あり □なし	□ 分からな		
口腔		_	1			□ 分からな		
機能の状態	口腔					□分からな		
	舌の動き				」あり □ なし	□ 分からな	<i>د</i> ١	
	> でくぶく			□で	きる 🗆 できな	い □分から	らない	
	※現在、歯磨き後のうがい 歯科受診の必要性		1.					
			<u> </u>			□分からな		
特記	□ 歯(う蝕、修復物脱離		守ノ、 圏向:	/内、 山胜	並怕朕(俱煬寺)	の疾思の可能	±ï±	
事項	□ 音声・言語機能に関す	る疾患の可能性						
尹炽	□ その他()	
2 口腔機能改						作成日:	年	
	計画立案者	氏名:				護職員 🗌 🗈		
サ	ービス提供者	氏名:			科衛生士 □ 看	護職員 🗌 🛚	言語聴覚:	±
		□ 歯科疾患(□ 重症化		善善				
		□ □腔衛生(□ 維持	□ 改善())			
		□ 摂食嚥下等の口腔機	能(□ 維持	□改	善())		
	口柵	□ 食形態(□ 維持 □	〕善())			
	目標	□ 栄養状態(□ 維持	□ 改善())			
		□ 音声・言語機能(□	維持 口ご	女善 (, .))		
		□ 誤嚥性肺炎の予防	, _ 0.			, ,		
					1			
		□ その他(・胆士フザバギ		
	-151-	□□腔清掃			□□腔清掃に			
	実施内容	□ 摂食嚥下等の口腔機		指導	□ 音声・言語	機能に関する	指導	
		□ 誤嚥性肺炎の予防に	関する指導		□ その他()	
3 実施記録	中华在日日	T						
	実施年月日				月 日	=#### == == ==	====+ ***	1
'	ービス提供者 	氏名:	1 -		科衛生士 □看	護職員 🗌 🖹	語聴覚	
押金はてなる	口腔清掃	□実施			間に関する指導 脚能に関する指導	<u> </u>		
)口腔機能に関する指導 (のる際に関する指導	□実施			機能に関する指導	₹		
缺点性肿炎	6の予防に関する指導	□ 実施	その他	(J	□実	7世
4 その他特記	事項							
	- ^							

(参考)

口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書

	科医療機関・居宅介護支援事	未//1 /_	A =++++ 111 ==
<u>i称</u>			介護事業所の名称
当			所在地
			電話番号
			FAX番号
			<u>管理者氏名</u>
			記入者氏名
	(ふりがな)		; -
利用者氏名			
	年 月		
	要介護度	□ 要支援(□ 1 □ 2)□ 脳血管疾患 □ 骨折	□ 要介護(□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5)□ 誤嚥性肺炎 □ ラっ血性心不全 □ 尿路感染症 □ 糖尿病
			こ 試験に呼吸 □ フラ血性心が主 □ 水血液素症 □ 福水州 □ おった □ 関節リウマチ □ がん □ うつ病 □ 認知症 □ 褥瘡
	基礎疾患	(※上記以外の) □ 神経病	
			※疾患 □ 皮膚疾患 □ 精神疾患 □ その他
	誤嚥性肺炎の発症・既往	□ あり(直近の発症年月:	年 月) □なし
基本情報	麻痺	□ あり(部位:□ 手 □ 匝	頁 □その他) □ なし
	摂食方法	□ 経口のみ □ 一部経口	□ 経管栄養 □ 静脈栄養
	現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医 🗆 あり	
	* t. a (t.m.		□ あり(最終受診年月: 年 月) □ なし
	義歯の使用	□ あり(□ 部分・□ 全部□ 自立 □ 部分介助(介)	
	口腔清掃の自立度 現在の処方	□ あり(薬剤名:	別万法.) □ 至川切) □ なし
項目番号	項目		の健康状態の評価】 評価基準
1	開口	□できる □できない	・上下の前歯の間に指2本分(縦)入る程度まで口があかない場合(開口量3 c m以下)には
2	歯の汚れ	□ なし □ あり	「できない」とする。 ・歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「あり」とする。
3	舌の汚れ	□ なし □ あり	・舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「あり」とする。
4	歯肉の腫れ、出血	□ なし □ あり	・歯肉が腫れている場合(反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較)や 歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「あり」とする。
5	左右両方の奥歯で しっかりかみしめられる	□できる □できない	・本人にしっかりかみしめられないとの認識がある場合または 義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「できない」とする。
6	むせ	□ なし □ あり	・平時や食事時にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、 食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」とする。
7	ぶくぶくうがい ^{※1}	□できる □できない	・歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頻を膨らませない場合や 膨らました頬を左右に動かせない場合は「できない」とする。
8		□ なし □ あり	・食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や
			飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「あり」とする。
その他	(自由記載)		・歯や粘膜に痛みがある、口の中の乾燥、口臭、義歯の汚れ、義歯がすぐに外れる、 口の中に薬が残っている等の気になる点があれば記載する。
1 現在、歯磨さ	 き後のうがいをしている場合に限り確	認する。(誤嚥のリスクも鑑み	- ▼ マて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可)
	き後のうがいをしている場合に限り確 が可能な場合は確認する。 (改めて実		
2 食事の観察が			J) ・項目1-8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による 口腔内等の確認の必要性「高い」とする。
2 食事の観察が 対医師等 [※] に	が可能な場合は確認する。(改めて実	施頂く事項ではないため空欄で	・項目1-8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による 口腔内等の確認の必要性「高い」とする。 ・その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高いと考えられる場合
2 食事の観察が 対科医師等 [*] に 歯科医師又は	が可能な場合は確認する。(改めて実 が可能な場合は確認する。(改めて実 よる口腔内等の確認の必要性	施頂く事項ではないため空欄で	・項目1-8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による 口腔内等の確認の必要性「高い」とする。 ・その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高いと考えられる場合
2 食事の観察が 対科医師等 [*] に 歯科医師又は	が可能な場合は確認する。(改めて実 よる口腔内等の確認の必要性 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士	施頂く事項ではないため空欄で 低い 高い 高い	・項目1-8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による 口腔内等の確認の必要性「高い」とする。 ・その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高いと考えられる場合
2 食事の観察が 前科医師等 [※] に 歯科医師又は 歯科	が可能な場合は確認する。(改めて実 よる口腔内等の確認の必要性 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士	施頂く事項ではないため空欄で	・項目1-8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による 口腔内等の確認の必要性「高い」とする。 ・その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高いと考えられる場合

リハビリテーション計画書

																						計	一画実	施日		2	年	月	目
利力	用者氏	名						男・女		年	月		日歳	生	介護	度:	担	.当医:	PT:	01	?:	ST	`:	SW	' :	看	護師:		
健周	東状態	(原	(因兆		発症	 臣日等	等)	<u> </u>		合併	疾患			<u>) _</u>				用症を 軽度 因:	」 □中等	度	□重	認	E常 以知症	J1 J であ	[2 A] る老	1 A2 人の	生活自 B1 B 日常生 Ⅲa Ⅱ	32 C1 E活自立	立度
本	人の希	望													家	族の	希望	!				<u> </u>							〓
					目標	[到道	幸時其	朔]			評価項目・内容 家庭内役割:																		
参加	家庭内	习役等	割:									家庭内役割:																	
_	外出(目的]• 步	頁度等	等):							外出:																	
		自立・ 自宅での実行状況(目標):「する"活 介護								5 "活!	動"」	日常	生活	での	実行:	犬況:	٦٦	している	'活動'	,]	評価	j • 訓	練時	の能	力:	「で	きる"	活動"	J
		況	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず		備	考	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず		備考		独 立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	俳	青 考	
	屋外歩 (含:家か の出入り)	36																											
	階段昇	.降																											
活	トイレ の移																												
	食	事																											
動																													
	整	衣																											
	(含:靴・の着版	()																											_
	家。																												
	コミュケーシン					<u> </u>												<u> </u>					<u> </u>						
リィ	ハビリ	テー	・ショ	ョン	・プロ	ュグラ	ラム、	家族	美へ の)指導	、リフ	くク管	理、	終了	の目	安・	時期	等											司
自记	己実施	プロ	グラ	ラム																									
前	可計画	書作	成制	寺カング	うのは	女善	・変化	匕、フ	プロク	ブラム	変更内	內容	等																
本ノ	(・家族	矢へ(—— 明				年			月		日	本人					_ 	え 族						説明	者		司

〈註〉:・健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活機能分類)による・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

リハビリテーション計画書

																				=	画実	施日			年	月 目
利力	月者日	5名		厚	生花	艺子		労分	T10	年 月	15 81		生	介護	度: <i>l</i>		.当医: P	T :	0T:		?:	SW	' :		護師:	
馬		施	(右:	強い	発症 、 <i>2</i>					合併疾患	_8/	/ATX	<i>7</i> 1			厉	用症候郡]軽度 ■ [因:	■中等度		認	E常 以知症	J1 J	[2 (A. る老) A2 人の	日常生	立度 22 C1 C2 15 E活自立度 11 IV M
本	(のネ	6望												家	族の	•		- 1112	<i>31117</i> 11							
1	人で	:: <i>\$</i> }}	出し.	たい	(特	に近	所、	買り	1物~	\)		これ以上悪くなって欲しくない(平日は家事をして欲しい)								.61)						
			ala I		目標	[到〕	幸時其	期]					-l- I					評価項	目・卢	容						
参加	家庭											内役														
主		日の									特	になり	L (2	2ヶ月	前まり	で平月	の家事実	施。現在	嫁が行っ	ってレ	るが、	嫁に	ナノパー	1 / C 8	ち行って	<i>こいる。)</i>
				頻度 ⁹ 2 <i>回)</i>		(宅 (.	週3厘	1) ,	老人会	⇔ (週1回)	外出: 家族の介助時のみ (3ヶ月前から介助必要)															
	自立・自宅での実行状況(目標):「する"活動										日常	生活	での	実行		Г	ている	"活動"	」	田・訓	∥練時	の能	力:	「で	きる"	活動"」
	項 \	介護状況	自立	見守り	口頭指	部介	全介助	行わず		備考	自立	見守り	口頭指	一部介	全介助	行わず		考	独立	見守り	口頭指	部介	全介助	行わず	俳	着 考
	目 屋外: (含:家 の出入	から	<i>√</i>		示	助	19)	9	カー	物:シルバー 以外:四脚杖		9	示	助 🗸	190	9	腕を組み	ł.	37.	√	示	助	190	9	シルバ	バーカー
	階段		✓						手す							✓				1						
	トイ の移	レヘ動	✓							の配置換え い歩きも	1								✓							
\r	食	事	✓								✓								~							
活	排	泄	✓								✓								✓							
動	整	容	✓								✓								✓							
	更 (含:靴 の着	衣 · 装具 脱)	✓								✓								✓							
	入	浴		/										✓						✓						き指導 子使用
	家	事	✓						平日 掃除	の昼・夕食						✓					✓					負担の少 法の指導
	7 7 7 7	. –																	_							
	ケーミン										問題	なし							問題	なし						
<i>貼そ</i> 夕も 自て	リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等 膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、廃用症候群が進行している状態。 そのため個別リハとして、活動能力を向上させて生活を活発化させ、廃用症候群を改善していく。具体的には、 1) 膝に負担の少ない自宅生活での諸活動のやり方をPT・OTが指導し、自宅で行ってもらう。(特に家事は細かく指導していく。) (随時家族にも、自立までの介助方法を指導していく。) 2) 外出自立のために、適切な歩行補助具(買い物時はシルバーカー、それ以外は四脚杖)を使用した屋外移動、買い物等の活動能力向上訓練を行う。また家からの出入りや、靴の着脱能力向上をはかる。 外出が自立し、平日の家事が自立したら個別訓練は終了。その後は日常生活の中での活動性向上を指導していくことで、廃用症候群を改善させていく。 自己実施プログラム 下肢の運動(過用に注意)																									
本	、・家	族へ	の説	明	令科	TO C	00	年	C) 月	0	日	本	<u></u>		厚労	花子	家加		厚	労炎	郎		説明	者	00

- 〈註〉:・健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活機能分類)による・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

口腔衛生管理加算 様式 (実施計画)

	評価日: 年 月 日
氏名(ふりがな)	
生年月日・性別	年 月 日生まれ ・ □男 □女
要介護度・病名等	
日常生活自立度	障害高齢者: 認知症高齢者:
TO the ALL COURT - A COURT	かかりつけ歯科医 □ あり □ なし
現在の歯科受診について	直近1年間の歯科受診 🗆 あり(最終受診年月: 年 月) 🗆 なし
義歯の使用	□ あり (□ 部分・□ 全部) □ なし
栄養補給法	□経口のみ □一部経口 □経腸栄養 □静脈栄養
食事形態	□常食 □嚥下調整食 (コード□4、□3、□2-2、□2-1、□1j、□0t、□0j)
誤嚥性肺炎の発症・既往	□ あり(直近の発症年月: 年 月) □ なし
同一月内の訪問歯科衛生指導	
(医療保険) の実施の有無※2	□ あり()回 □ なし
※1 嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等	について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。
	科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導)を同一月内に3回以上(緩和ケアを実施するものの場合は7回以上) 算
定された場合には、同一月内においては、介護	保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。
1 口腔の健康状態の評価・再評価((口腔に関する問題点等)
	記入日: 年 月 日
	□□□・□□□□・□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
	□ 舌の動きが悪い □ ぶくぶくうがいが困難*) ※現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認
口腔に関する問題点等	□歯数()歯
(該当する項目をチェック)	□ 歯の問題(□ う蝕 □ 歯の破折 □ 修復物脱離 □ 残根歯 □ その他())
	□ 義歯の問題(□ 不適合 □ 破損 □ 必要だが使用してない □ その他())
	□ 歯周病
	□□腔粘膜疾患(潰瘍等)
2 口腔衛生の管理内容	
	記入日: 年 月 日
記入者	氏名: (指示を行った歯科医師名:)
	□ 歯科疾患(□ 重症化防止 □改善)
	□ 歯科疾患(□ 重症化防止 □改善) □ 口腔衛生(□ 自立 □ 介護者の口腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な口腔清掃等)
72. 12.	
実施目標	□ 口腔衛生(□ 自立 □ 介護者の口腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な口腔清掃等)
実施目標	□ 口腔衛生(□ 自立 □ 介護者の口腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な口腔清掃等) □ 摂食嚥下等の口腔機能(□ 維持 □ 改善) □ 食形態(□ 維持 □ 改善)
実施目標	□ 口腔衛生(□ 自立 □ 介護者の口腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な口腔清掃等) □ 摂食嚥下等の口腔機能(□ 維持 □ 改善) □ 食形態(□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態(□ 維持 □ 改善)
実施目標	 □ 口腔衛生(□ 自立 □ 介護者の口腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な口腔清掃等) □ 摂食嚥下等の口腔機能(□ 維持 □ 改善) □ 食形態(□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態(□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防
実施目標	□ 口腔衛生 (□ 自立 □ 介護者の口腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な口腔清掃等) □ 損食嚥下等の口腔機能 (□ 維持 □ 改善) □ 食形態 (□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態 (□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他 ()
実施目標	□ 口腔衛生 (□ 自立 □ 介護者の口腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な口腔清掃等) □ 摂食嚥下等の口腔機能 (□ 維持 □ 改善) □ 食形態 (□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態 (□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他 () □ 口腔の清掃 □ 口腔の清掃に関する指導
実施目標	□ 口腔衛生(□ 自立 □ 介護者の口腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な口腔清掃等) □ 摂食嚥下等の口腔機能(□ 維持 □ 改善) □ 食形態(□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態(□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他() □ 口腔の清掃 □ 口腔の清掃に関する指導 □ 義歯の清掃 □ 義歯の清掃に関する指導
実施目標	□ 口腔衛生 (□ 自立 □ 介護者の口腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な口腔清掃等) □ 摂食嚥下等の口腔機能 (□ 維持 □ 改善) □ 食形態 (□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態 (□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他 () □ 口腔の清掃 □ 口腔の清掃に関する指導
	□ 口腔衛生(□ 自立 □ 介護者の口腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な口腔清掃等) □ 摂食嚥下等の口腔機能(□ 維持 □ 改善) □ 食形態(□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態(□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他() □ 口腔の清掃 □ 口腔の清掃に関する指導 □ 義歯の清掃 □ 義歯の清掃に関する指導
	□ 口腔衛生(□ 自立 □ 介護者の口腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な口腔清掃等) □ 摂食嚥下等の口腔機能(□ 維持 □ 改善) □ 食形態(□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態(□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他() □ 口腔の清掃 □ 口腔の清掃に関する指導 □ 義歯の清掃 □ 義歯の清掃に関する指導 □ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導
	□ 口腔衛生(□ 自立 □ 介護者の口腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な口腔清掃等) □ 摂食嚥下等の口腔機能(□ 維持 □ 改善) □ 食形態(□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態(□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防 ¬ その他() □ 口腔の清掃 □ 口腔の清掃に関する指導 □ 裁歯の清掃 □ 気歯の清掃に関する指導 □ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導
実施内容	□ 口腔衛生(□ 自立 □ 介護者の口腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な口腔清掃等) □ 摂食嚥下等の口腔機能(□ 維持 □ 改善) □ 炭形態(□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態(□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他(□) □ 口腔の清掃(□ 口腔の清掃に関する指導 □ 義歯の清掃に関する指導 □ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ その他(□) □ 子の他(□) □ 月4回程度 □ 月2回程度 □ 月1回程度 □ その他(□)
実施内容	□ □腔衛生(□ 自立 □ 介護者の□腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な□腔清掃等) □ 損食嚥下等の□腔機能(□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態(□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態(□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他(□) □ □ 門の清掃 □ □ 門の清掃に関する指導 □ 義歯の清掃 □ 義歯の清掃に関する指導 □ 損食嚥下等の□腔機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ に関する指導
実施内容	□ 口腔衛生(□ 自立 □ 介護者の口腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な口腔清掃等) □ 摂食嚥下等の口腔機能(□ 維持 □ 改善) □ 炭形態(□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態(□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他(□) □ 口腔の清掃(□ 口腔の清掃に関する指導 □ 義歯の清掃に関する指導 □ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ その他(□) □ 子の他(□) □ 月4回程度 □ 月2回程度 □ 月1回程度 □ その他(□)
実施内容	□ □腔衛生(□ 自立 □ 介護者の□腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な□腔清掃等) □ 損食嚥下等の□腔機能(□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態(□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態(□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他(□) □ □ 門の清掃 □ □ 門の清掃に関する指導 □ 義歯の清掃 □ 義歯の清掃に関する指導 □ 損食嚥下等の□腔機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ に関する指導
実施内容	□ □腔衛生(□ 自立 □ 介護者の□腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な□腔清掃等) □ 損食嚥下等の□腔機能(□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態(□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態(□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他(□) □ □腔の清掃 □ □腔の清掃に関する指導 □ 義歯の清掃 □ 義歯の清掃に関する指導 □ 損食嚥下等の□腔機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ その他(□) □ 月4回程度 □ 月2回程度 □ 月1回程度 □ その他(□) の管理及び介護職員への技術的助言等の内容 実施日: 年 月 日 (記入者: □)
実施内容 実施頻度 3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等	□ □腔衛生(□ 自立 □ 介護者の□腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な□腔清掃等) □ 摂食嚥下等の□腔機能(□ 維持 □ 改善) □ 改善(□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態(□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他(□) □ □腔の清掃 □ □腔の清掃に関する指導 □ 類食嚥下等の□腔機能に関する指導 □ 摂食嚥下等の□腔機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ さの他(□) □ □ 月4回程度 □ 月2回程度 □ 月1回程度 □ その他(□) ② 管理及び介護職員への技術的助言等の内容
実施内容 実施頻度 3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等	□ □腔衛生(□ 自立 □ 介護者の口腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な口腔清掃等) □ 損食嚥下等の口腔機能(□ 維持 □ 改善) □ 食形態(□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態(□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他(□) □ □ 門の清掃 □ □ □ 回腔の清掃に関する指導 □ 損食嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ その他(□) □ □ 月4回程度 □ 月2回程度 □ 月1回程度 □ その他(□) □ ○ 管理及び介護職員への技術的助言等の内容 実施日: 年 月 日 (記入者: □) □ □ 腔清掃 □ □ 腔清掃に関する指導 □ 義歯の清掃 □ 義歯の清掃に関する指導 □ 損食嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ 損食嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導
実施内容 実施頻度 3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等	□ □腔衛生 (□ 自立 □ 介護者の□腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な□腔清掃等) □ 損食嚥下等の□腔機能 (□ 維持 □ 改善) □ 改善) □ 栄養状態 (□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他 (
実施内容 実施頻度 3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
実施内容 実施頻度 3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等	□ □ □ □ □ □ □ ↑ 讀者の□腔清掃の技術向上 □ 専門職の定期的な□腔清掃等) □ 摂食嚥下等の□腔機能(□ 維持 □ 改善) □ 決養状態(□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他(
実施内容 実施頻度 3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等 口腔衛生等の管理	□ □ □ □ □ □ □ ↑ 前著 ② □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
実施内容 実施頻度 3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等 口腔衛生等の管理	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
実施内容 実施頻度 3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等 口腔衛生等の管理	□ □ □ □ □ □ □ ↑ 前著 ② □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
実施内容 実施頻度 3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等 口腔衛生等の管理	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
実施内容 実施頻度 3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等 口腔衛生等の管理 介護職員への技術的助言等の内容	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

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】	

 生年月日
 年
 月
 日
 保険者番号

 性別
 □男
 □女
 被保険者番号

【基本情報】

要介護度	□要支援 1 □要支援 2 □要介護 1 □要介護 2 □要介護 3 □要介護 4 □要介護 5
障害高齢者の日常生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2
認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □ I □ II a □ II b □ III a □ III b □ IV □ M
評価日	年 月 日
評価時点	□サービス利用開始時 □サービス利用中 □サービス利用終了時

【褥瘡の有無】

□なし	□あり											
	褥瘡発生日:	年	月	日	□仙骨部	□坐骨部	□尾骨部	□腸骨部	□大転子部	□踵部	□その他()

【危険因子の評価】

ADL	自立 一部介助	全介助	基本動作	寝返り □自立	□見守り □一部介助 □全介助
	食事 □10 □5	□ 0		座位の保持 口自立	立 □見守り □一部介助 □全介助
	入浴 □ 5 □ 0	□ 0		立ち上がり 口自ュ	立 □見守り □一部介助 □全介助
	更衣 □10 □5	□ 0		立位の保持 口自立	□見守り □一部介助 □全介助
浮腫	□なし □あり		低栄養状態のリ	スクレベル(※)	□低 □中 □高
排せつの状況	おむつ	□なし □夜間のみあ	らり □日中のみ	√あり □終日あり	
	ポータブルトイレ	□なし □夜間のみあ	5り □日中のみ	√あり □終日あり	
	尿道カテーテル	□なし □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-R2020 褥瘡経過評価用」(一般社団法人 日本褥瘡学会)を参照

	□d 0: 皮膚損傷・発赤なし	□D3: 皮下組織までの損傷
	□d 1: 持続する発赤	□D4: 皮下組織を越える損傷
深さ	□d 2: 真皮までの損傷	□D5: 関節腔、体腔に至る損傷
		□DDTI:深部損傷褥瘡(DTI)疑い
		□DU: 壊死組織で覆われ深さの判定が不能
	□e0: なし	□E 6: 多量:1 日 2 回以上のドレッシング交換を要する
滲出液	□e 1: 少量:毎日のドレッシング交換を要しない	
	□e 3: 中等量:1 日 1 回のドレッシング交換を要する	

	□s 0: 皮膚損傷なし	□S 15: 100以上
	□s 3: 4 未満	
	□s 6: 4 以上 16 未満	
大きさ	□s 8: 16 以上 36 未満	
	□s 9: 36 以上 64 未満	
	□s 12: 64以上 100 未満	
	□i 0: 局所の炎症徴候なし	□I3c:臨界的定着疑い(創面にぬめりがあり、浸出液が多い。
火亡/成法	□i 1: 局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼	肉芽があれば、浮腫性で脆弱など)
炎症/感染	痛)	□ 3: 局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など)
		□ 9: 全身的影響あり(発熱など)
	□g 0: 創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡	□G 4: 良性肉芽が、創面の 10%以上 50%未満を占める
	(DTI)	□G 5: 良性肉芽が、創面の 10%未満を占める
肉芽組織	疑いの場合	□G 6: 良性肉芽が全く形成されていない
	□g 1: 良性肉芽が創面の 90%以上を占める	
	□g 3: 良性肉芽が創面の 50%以上 90%未満を占める	
本 五纪勋	□n 0: 壊死組織なし	□N 3: 柔らかい壊死組織あり
壊死組織		□N 6: 硬く厚い密着した壊死組織あり
	□p 0: ポケットなし	□P6:4未満
10 /		□P9:4以上16未満
ポケット		□P 12: 16 以上 36 未満
		□P 24: 36 以上

【褥瘡ケア計画】

計画作成日 年 月 日

				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、ズレ力の排除(※)	ベッド上						
(体位変換、体圧分散寝具、							
頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	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

【利用者情報】

F名

排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

記入者名:

医師名:

(※):任意項目

看護師名:

生年月日		年	月 日	保険者番	号			
性別	□男	□女		被保険者	番号			
				•				
【基本情報】								
要介護度	□要支	[援1 □要支持	爰2 □要介證	1 □要:	介護2 □要介	*護3 □要介護4 □要介護5		
障害高齢者の日常生活自身	立度 □自立	□J1 □J2	□A1 □A2	□B1 □	B2 □C1 □]C2		
認知症高齢者の日常生活	自立度 □自立	□自立 □ I □ II a □ II b □ III a □ III b □ IV □ M						
評価日		年 月	日					
評価時点	ロサー	・ビス利用開始	侍 □サービス	利用中 [コサービス利用	終了時		
【排せつの状態】								
				自立	一部介助	全介助		
ADL		・トイレ動	力作	□10	□ 5	□ 0		
ADL		・排便コン	ノトロール	□10	□ 5	□ 0		
		・排尿コン	ノトロール	□10	□ 5	□ 0		
(上記のいずれかで一部:	介助の場合)見る	アりや声かけ等	のみで「排便	・排尿」が	可能	□はい □いいえ		
【排せつ支援に係る取組	1]							
おむつ	□なし □夜	間のみあり []日中のみあり	□終日ま	5り			
ポータブルトイレ	□なし □夜	間のみあり []日中のみあり	□終日a	うり			
尿道カテーテル	□なし□あ	Ŋ						
人工肛門	□なし□あ	Ŋ						
トイレへの誘導・促し	□なし□あ	Ŋ						
【排せつに関する支援の)必要性】							
排せつの状態に関する支持	爰の必要性	□なし□あ	Ŋ					
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

老高発 0315 第 4 号 令和 6 年 3 月 15 日

各都道府県·各市区町村 介護保険主管部(局)長 殿

厚生労働省老健局高齢者支援課長 (公印省略)

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

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

記

1 基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

また、上記の加算(Ⅱ)の要件を満たし、当該要件に基づき提出した実績データにより生産性向上の取組による成果が確認された場合であって、見守り

機器等のテクノロジーを複数導入し、かつ、職員間の適切な役割分担(特定の介護職員が利用者の介助に集中して従事することのできる時間帯を設けることやいわゆる介護助手の活用等。以下同じ。)の取組を行っている場合に、一月当たり100単位を算定(加算(I))することとした。

加算(I)及び加算(II)の関係については、加算(I)が上位区分となるものである。両加算の違いとして、加算(II)においては、生産性向上の取組の成果の確認は要件としていないところであるが、加算(I)の算定に当たっては、加算(II)で求める取組の成果の確認が要件となる。また、加算(I)では加算(II)の要件に加え、テクノロジーを複数導入するなどの違いがある。加算(I)及び加算(II)により、生産性向上の取組を段階的に支援していくこととしており、原則として、加算(II)を算定し、一定の期間、加算(II)の要件に基づいた取組を進め、加算(I)に移行することを想定しているものであるが、生産性向上の取組を本加算の新設以前より進めている介護サービス事業所においては、最初から加算(I)を算定することも可能である。詳細については下記 7 を参照すること。

また、加算(I)及び加算(Ⅱ)を同時に算定することはできないものである。

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

3 介護機器について

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

(1) 加算(I)

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

① 見守り機器

利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを感知できるセンサーであり、当該センサーから得られた情報を外部通信機

能により職員に通報できる利用者の見守りに資する機器をいう。なお、 見守り機器を居室に設置する際には、利用者のプライバシーに配慮す る観点から、利用者又は家族等に必要な説明を行い、同意を得ることと し、機器の運用については、当該利用者又は家族等の意向に応じ、機器 の使用を停止するなどの運用は認められる。

- ② インカム(マイクロホンが取り付けられたイヤホンをいう。)等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器(ビジネス用のチャットツールの活用による職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器も含む。)
- ③ 介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率 化に資するICT機器(複数の機器の連携も含め、データの入力から 記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る。)
- (2) 加算(Ⅱ)

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

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

加算(I)を算定するに当たっては、業務内容の明確化や見直しを行い、職員間の適切な役割分担を実施すること。

例えば、以下のことが対応として想定されるものであるが、委員会において、現場の状況に応じた必要な対応を検討すること。

- ・ 負荷が集中する時間帯の業務を細分化し個人に集中することがないよう 平準化すること
- ・ 特定の介護職員が利用者の介助に集中して従事することのできる時間帯 を設けること
- ・ いわゆる介護助手の活用(食事等の準備や片付け、清掃、ベッドメイク、 ごみ捨て等、利用者の介助を伴わない業務を集中的に実施する者を設ける などの取組)を行うこと
- 利用者の介助を伴わない業務の一部を外注すること
- 5 委員会における安全対策の検討及び取組状況の定期的な確認について 委員会は、現場職員の意見が適切に反映されるよう、管理者だけでなく、 ケアを行う職員を含む幅広い職種やユニットリーダー等が参画するものとす

る。

委員会では、次の(1)から(4)までの事項について必要な検討を行い、また、委員会は三月に一回以上開催し、当該事項の実施状況を確認し、ケアを行う職員等の意見を尊重しつつ、必要に応じて利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減を図る取組の改善を図ること。

また、委員会における検討に基づき実施された取組により業務効率化が図られた場合、その効率化された時間は、介護サービスの質の確保及び職員の負担の軽減に資する取組に優先して充てること。

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

- (1)「利用者の安全及びケアの質の確保」について
 - ① 見守り機器等から得られる離床の状況、睡眠状態やバイタルサイン等の情報を基に、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種が連携して、見守り機器等の導入後の利用者等の状態が維持されているか確認すること。
 - ② 利用者の状態の変化等を踏まえた介護機器の活用方法の変更の必要性の有無等を確認し、必要な対応を検討すること。
 - ③ 見守り機器を活用する場合、安全面から特に留意すべき利用者については、定時巡回の実施についても検討すること。
 - ④ 介護機器の使用に起因する施設内で発生した介護事故又はヒヤリ・ハット事例(介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうになった事例をいう。)(以下「ヒヤリ・ハット事例等」という。)の状況を把握し、その原因を分析して再発の防止策を検討すること。
- (2) 「職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮」について 実際に勤務する職員に対して、アンケート調査やヒアリング等を行い、 介護機器等の導入後における次の①から③までの内容をデータ等で確認 し、適切な人員配置や処遇の改善の検討等が行われていること。
 - ① ストレスや体調不安等、職員の心身の負担の増加の有無
 - ② 職員の負担が過度に増えている時間帯の有無
 - ③ 休憩時間及び時間外勤務等の状況
- (3)「介護機器の定期的な点検」について 次の①及び②の事項を行うこと。
 - ① 日々の業務の中で、あらかじめ時間を定めて介護機器の不具合がないことを確認するなどの不具合のチェックを行う仕組みを設けること。
 - ② 使用する介護機器の開発メーカー等と連携し、定期的に点検を行うこと。
- (4) 職員に対する研修について

介護機器の使用方法の講習やヒヤリ・ハット事例等の周知、その事例を 通じた再発防止策の実習等を含む職員研修を定期的に行うこと。 また、加算(I)を算定するに当たっては、上記に加え、職員間の適切な役割分担による業務の効率化等を図るために必要な職員研修等を定期的に実施すること。

- 6 生産性向上の取組に関する実績データの厚生労働省への報告について 事業年度毎に1回、生産性向上の取組に関する実績として、加算(I)を 算定する場合には、次の(1)から(5)の事項について、加算(Ⅱ)を算 定する場合には、次の(1)から(3)の事項について、原則としてオンラ インにより厚生労働省(提出されたデータについては、厚生労働省のほか指 定権者においても確認ができるものとする)に当該事項の結果を提出するこ と。
 - (1) については、調査実施に係る現場の負担も考慮し、5名程度の利用者を調査の対象とすること。なお、5名程度の対象者の選定に当たっては、利用者及び介護職員の負担が軽減されるよう、利用者自身で調査に回答を行うことが可能な利用者を優先的に対象とすることも差し支えない。また、加算(II) を算定する場合で、介護機器の導入を行ったフロアや居室の利用者の数が5名に満たない場合は、当該利用者全員を調査対象とすること。
 - (2) から(4) については、全ての介護職員(加算(II) を算定する場合の(2) 及び(3) については、介護機器の導入を行ったフロア等に勤務する介護職員)を調査の対象とする。
 - (5) については、調査実施に係る現場の負担も考慮し、日中の時間帯、 夜間の時間帯それぞれについて、複数人の介護職員を調査の対象とすることで足りるものとする。
 - なお、(1)の調査の実施及び実績の厚生労働省への報告については、利用者又は家族等に必要な説明を行い、同意を得ることとし、当該利用者又は家族等の意向に応じ、調査の対象としないこととするなどの運用は認められるものであること。また、(4)の調査の実施及び実績の厚生労働省への報告については、介護職員に必要な説明を行い、同意を得ることとし、当該介護職員の意向に応じ、調査の対象としないこととするなどの運用は認められるものであること。
 - (1) 利用者の満足度等の評価 別添1の利用者向け調査票により、WHO-5調査(利用者におけ る満足度の変化)の実施及び生活・認知機能尺度の確認を行うこと。 なお、生活・認知機能尺度に関する調査票については別途通知す る。
 - (2) 総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の調査 別添2の施設向け調査票により、対象事業年度の10月(※1)にお ける介護職員の1月当たりの総業務時間及び超過勤務時間を調査(※ 2)すること。

また、労働時間の把握については、原則として、タイムカード、パーソナルコンピュータ等の電子計算機の使用時間(ログインからログアウトまでの時間)の記録等の客観的な記録(賃金台帳に記入した労

働時間数も含む)により把握する必要があること。

- (※1) 本加算を算定した初年度においては、算定を開始した月と すること。
- (※2) 総業務時間及び超過勤務時間は調査対象者全体の平均値 (少数点第1位まで)を報告すること。
- (3) 年次有給休暇の取得状況の調査

別添2の施設向け調査票により、対象事業年度の10月を起点として 直近1年間の年次有給休暇の取得日数を調査(※)すること。

- (※) 年次有給休暇の取得日数は調査対象者全体の平均値(少数点第 1位まで)を報告すること。
- (4) 介護職員の心理的負担等の評価

別添3の介護職員向け調査票により、SRS-18調査(介護職員の 心理的負担の変化)及び職員のモチベーションの変化に係る調査を実 施すること。

(5) 機器の導入等による業務時間(直接介護、間接業務、休憩等)の調 査

別添4の介護職員向け調査票により、5日間の自記式又は他記式によるタイムスタディ調査を実施すること。

- 7 生産性向上の取組による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する成果があることの確認について
- (1) 加算(Ⅱ)を算定する介護サービス事業所が加算の区分を変更し加算(Ⅰ)の算定を開始しようとする場合

加算(I)の算定開始に当たっては、生産性向上の取組の成果として、 業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減が行われているこ との確認が必要である。

具体的には、加算(Ⅱ)の要件となる介護機器の導入後、生産性向上の取組を三月以上継続した上で、6(1)から6(3)の項目について、当該介護機器の導入前後の状況を比較することにより、①から③のとおり成果が確認される必要がある。

この場合、比較する対象者は、原則として6(1)から6(3)の項目の調査を当該介護機器の導入前後ともに受けている同一の利用者及び介護職員とすること。なお、介護職員が育児・介護休業法等による育児・介護等の短時間勤務制度を利用する場合や「治療と仕事の両立ガイドライン」に沿って事業者が設ける短時間勤務制度等を利用する場合等、比較対象の期間中に勤務形態に変更が生じる場合についても、比較の対象から除くこと。

また、本加算の新設以前から生産性向上の取組に着手しており、加算 (II) の要件となる介護機器の導入前の6 (1) の項目に関する調査のデータがない場合等については、当該介護機器の導入前から介護サービスを利用する利用者へのヒアリング調査等を行い、その結果に基づき、委員会において当該介護機器の導入による利用者の満足度等への影響がないこと

を確認することで足りるものとする。

- ① 6 (1) の項目について、本取組による悪化がみられないこと。
 - (※) 「悪化がみられないこと」とは、比較により数値が下がっていないことをいうものであるが、数値の低下の要因が生産性向上の取組に伴うものではない事象によるものであることが明らかな場合については当該事象の発生した利用者について、調査の集計対象から除くことは差し支えない。
- ② 6 (2)の項目について、介護職員の総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間が短縮していること。本項目の調査対象期間は、6 (2)に規定する調査対象期間(※)に関わらず、加算(II)の要件となる介護機器の導入後、生産性向上の取組を三月以上継続した以降の月における介護職員の1月当たりの総業務時間及び超過勤務時間を調査することとしても差し支えない。なお、当該介護機器導入前の直近の同月又は当該介護機器を導入した月の前月の勤務状況と比較すること。
 - (※) 10月における介護職員の1月当たりの総業務時間及び超過勤務時間
- ③ 6 (3)の項目について、維持又は増加していること。本項目の調査対象期間は、6 (3)に規定する調査対象期間(※1)に関わらず、加算(Ⅱ)の要件となる介護機器を導入した月又は加算(Ⅱ)の算定を開始した月から②の調査対象月までの期間を調査対象期間としても差し支えない。なお、当該介護機器導入前の直近の同期間又は当該介護機器を導入した月の前月を起点とする直近の調査対象期間の月数(※2)における取得日数と比較すること。
 - (※1) 10月を起点として直近1年間の年次有給休暇の取得日数
 - (※2) 例えば、加算(II) の要件となる介護機器を令和6年4月に導導入し、②の調査対象期間を同年4月から同年7月の4か月間とした場合は、「直近の同期間」は令和5年4月から同年7月の4か月間であり、「当該介護機器を導入した月の前月を起点とする直近の調査対象期間の月数」は令和5年12月から令和6年3月の4か月間となる。
- (2) 本加算の新設以前から加算(I)の要件を満たすような生産性向上の 取組を進めている介護サービス事業所が最初から加算(I)を算定しよ うとする場合

生産性向上の取組を従来から進めている介護サービス事業所が最初から加算(I)を算定する場合、加算(I)の算定開始に当たっては、当該事業所における生産性向上の取組による成果として(1)①から③に該当することを示すデータの提出が必要である。この場合において、データとは、当該事業所において生産性向上の取組を開始した際のデータを有している場合については、当該データと現在の状況を比較することが考えられる。しかしながら、加算(II)の要件となる介護機器の導入前の6(1)の項目に関する調査のデータがない場合等については、当該介護機器の導

入前から介護サービスを利用する利用者へのヒアリング調査等を行い、その結果に基づき、委員会において当該介護機器の導入による利用者の満足度等への影響がないことを確認することで足りるものとする。

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

8 厚生労働省等への報告等について

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

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

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

9 その他

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

生	産性向上推進体制力	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						
	1 短期入所生活介	·護	2 短期入原	听療養介護	3	特定施設入居者生活。
	4 小規模多機能型原	居宅介護	5 認知症対	応型共同生活介護	6 ±	也域密着型特定施設入居者生活
施設種別	7 地域密着型介護老人	、福祉施設	8 看護小規模	莫多機能型居宅介護	9	介護老人福祉施設
게만 라오 기포 기기	10 介護老人保健旅	設	11 介護医療	療院	12	介護予防短期入所生活が
	13 介護予防短期入所	療養介護	14 介護予防特別	定施設入居者生活介護	15	介護予防小規模多機能型居宅
	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	進体制力	n算(I)	2 生産性向上	推進	售体制加算(Ⅱ)
人員配置状況	(常勤換算方式)	利用	省 (人)	:介護職員		(人)
1 利用者の滞	 見度の変化					
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		i~13点	14点~19点		20点~25点
人数						
② 仕注,>>>如は	· 幾能尺度(調査)	国本計	会 1 米h 1	•		
之 土/日 成以和1.	及比八及(明旦)	则且 /)	多八致 八			
詳細については	は、後日通知で示す	0				
O 4/V-7/4 24 LT BE	3 7 7 N =+ n+ 18 1- A	+ 40 7 +	7) P #1 76 P+ BE		. A. I	*** I
<u>2 総業務時間</u> 対象期間	<u> 及び当該時間に含</u> 令和 年 月		<u>望迴勤務時间</u> 対象期間	の変化 調査対 左表と同じ	豕ノ	、数 人
総業務時間	13/14 1 73	L .	過勤務時間	ZECINO.		
	┃ こたりの時間数(調			 よ笠1仏まで記	1 ##: \	(吐甲)
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,						
(水乙) 刈豕期间	は10月としているが、	本加昇の:	昇疋彻平及によ	いくは昇足を用炉	した	∃を対象期间 ⊂ 9 る。
3 年次有給休	、暇の取得状況 調	査対象ノ	人数 人			
対象期間	令和 年11月~令	和 年1	0月			
年次有給休暇	取得日数					
(※) 対象期間にお	i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	数点算	第1位まで記載)(日)
4 介護職員 <i>の</i>	の心理的負担等の変	<i>(</i> -				
調査時期	令和 年 月					
	(調査) 調査対象 -					
点数区分	0点~7点	8点	i~19点	20点~31点		32点~54点
人数						
② モチベーショ	ョンの変化(調査)	調査	対象人数	(
点数区分	-3点 ~ -1点		0点	1点 ~ 3点		
仕事のやりがい	人		人			
職場の活気	人		人		人	
5 タイムスタ	· パディ調査 (※)		り卸本			•
	1	り口回の 	グ 詞 宜			
調査時期	令和 年 月					
① 日中 調査対	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	美務時間の総和			時間(少数点第	51位	立まで記載)
② 夜間 調査対	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	*			時間(少数点第	1 / -	(まで記載)
利多名の表	ミケカド寸 [日] Vノ 不心 个日			时間 (ア数温床	ן ו ק <u>ו</u>	ムみ て記載/