

令和5年度 集団指導講習会資料

地域密着型通所介護

令和5年度
足柄上地区居宅介護支援事業所及び
地域密着型通所介護事業所に対する集団指導講習会



南足柄市
高齢介護課



中井町
健康課

大井町
福祉課



松田町
福祉課



山北町
保険健康課



開成町
福祉介護課

目 次

1	地域密着型通所介護 基本報酬	1
2	人員基準について	3
3	設備基準について	7
4	地域密着型通所介護計画について	8
5	プログラム（地域密着型通所介護で認められる範囲）について	11
6	所要時間・サービス提供時間・記録等について	14
7	利用料金等について	16
8	運営推進会議について	18
9	地域密着型通所介護の加算について	20
10	地域密着型通所介護等の減算について	48
11	通所介護事業所等における宿泊サービスについて	52

（参考資料）

（別紙様式 1-2）リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、 口腔管理に係る実施計画書（通所系）	54
（別紙様式 1-4）個別機能訓練アセスメントシート	56
（別紙様式 1-6）口腔機能向上加算の実施記録	57
（別紙様式 3-1）興味・関心チェックシート	58
（別紙様式 3-2）生活機能チェックシート	59
（別紙様式 3-3）個別機能訓練計画書	60
（別紙様式 3-4）（地域密着型）通所介護計画書	62
（別紙様式 5-1）栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング	64
（別紙様式 5-2）栄養ケア計画書	65
（別紙様式 6）口腔・栄養スクリーニング様式	66
（別紙様式 8）口腔機能向上サービスに関する計画	68

介護保険最新情報 Vol.936「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」から抜粋

この資料は、足柄上地区 1 市 5 町共通で作成したものです。

内容についての確認等は、事業所の所在する市町の介護保険担当課に
お問い合わせください。

1

地域密着型通所介護 基本報酬

1 基本報酬

<地域密着型通所介護費>

(単位/日)

所要時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上4時間未満	415	476	538	598	661
4時間以上5時間未満	435	499	564	627	693
5時間以上6時間未満	655	773	893	1,010	1,130
6時間以上7時間未満	676	798	922	1,045	1,168
7時間以上8時間未満	750	887	1,028	1,168	1,308
8時間以上9時間未満	780	922	1,068	1,216	1,360

2 感染症や災害の影響により利用延人員数が減少した場合の基本報酬への3%加算

(令和5年度の取扱い)

<算定要件等>

新型コロナウイルス感染症の影響による令和4年度中の利用延人員数の減少に基づき3%加算を算定した事業所にあつては、令和5年度に令和4年度の1月当たりの平均利用延人員数から5%以上利用延人員数が減少した月があつた場合、再度3%加算の算定が可能です。

新型コロナウイルス感染症の影響による令和5年度中の利用延人員数の減少に基づき一度3%加算を算定した事業所にあつては、同一事由による令和5年度の利用延人員数の減少に基づいて、再度3%加算を算定することはできません。

・令和4年度の利用延人員数の減少に基づき、令和4年度内に3%加算を算定していた事業所の場合
 ・令和5年度中の利用延人員数の減少に基づき、新たに3%加算を算定する事業所の場合

➡ 算定可能となるのは、最速令和5年6月サービス提供分らとなる。

R5年度	(R5.3)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	(R6.4)
加算算定		利用延人員数減	算定届提出	算定開始	➡	算定終了								
延長		令和4年度の1月当たりの平均利用延人員数と比較			なお利用延人員数が減少している場合	延長届提出	延長開始	➡	延長終了					○ 令和5年度中の利用延人員数の減少に基づき算定していることから、令和5年度中に同一事由により再度算定することはできない。 ○ 加算算定の届出、加算算定後の各月の利用延人員数の確認、加算算定の延長の届出の方法等は、従前のとおり。

・令和4年度中の利用延人員数の減少に基づき、令和5年度にまたがって3%加算を算定していた事業所の場合

R5年度	(R5.3)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	(R6.4)
加算算定		利用延人員数減	算定届提出	算定開始	➡	算定終了								
延長		令和3年度の1月当たりの平均利用延人員数と比較			なお利用延人員数が減少している場合	延長届提出	延長開始	➡	延長終了					○ 令和5年度中の利用延人員数の減少に基づき再算定した場合は、令和5年度中に同一事由により再度算定することはできない。 ○ 加算算定の届出、加算算定後の各月の利用延人員数の確認、加算算定の延長の届出の方法等は、従前のとおり。
再算定							利用延人員数減	算定届提出	算定開始	➡	算定終了			
再延長							令和4年度の1月当たりの平均利用延人員数と比較				なお利用延人員数が減少している場合	延長届提出	延長開始	➡

厚生労働省Q&A【R5.2.15「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A vol.13」】

【通所介護、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】

○ 3%加算・規模区分の特例（3%加算・規模区分の特例の令和5年度の取扱い）

（問1） 新型コロナウイルス感染症は、3%加算や規模区分の特例の対象となる感染症とされている（※）が、令和5年度も引き続き同加算や特例の対象となる感染症と考えてよいか。

（※）「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発 0316 第4号・老老発 0316 第3号）別紙I

（答）

- ・ 新型コロナウイルス感染症は、令和5年度も引き続き同加算や特例の対象となる感染症である。なお、同年度中に同加算や特例の対象外とすることとする場合は、事務連絡によりお示しする。

○ 3%加算（3%加算を令和4年度に算定した事業所の取扱い）

（問2） 令和4年度中の利用延人員数の減少に基づき3%加算を算定した事業所が、令和5年度に再び同加算を算定することはできるか。

（答）

- ・ 令和5年度においても算定可能である。この場合、令和5年度の同加算の算定に当たっては、減少月の利用延人員数が、令和4年度の1月当たりの平均利用延人員数から100分の5以上減少していることが必要である。算定方法の具体例は別添を参照されたい。

2

人員基準について

1 管理者

(1) 配置要件

管理者は常勤で、原則として専ら当該地域密着型通所介護事業に従事する者でなければなりません。ただし、次の場合で管理業務に支障がないと認められるときには、他の職務を兼ねることができます。

- ① 当該指定地域密着型通所介護事業所の他の職務に従事する場合
- ② 当該地域密着型通所介護事業所と同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事する場合

ポイント

- 他の場所にある事業所や施設の業務に従事することはできません。
- 同一敷地内等であっても、別の法人が行う業務に従事すると常勤要件を欠くことになり不適切です。

※「管理者の交代」、「管理者の氏名変更」、「管理者の住所変更」があった場合には、変更届の提出が必要です。

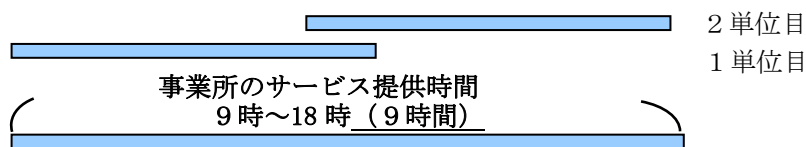
2 生活相談員

(1) 配置要件

指定地域密着型通所介護の単位数にかかわらず、地域密着型通所介護の提供を行う時間数（提供時間数）に応じて、専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる生活相談員が1以上確保されるために必要と認められる数の配置が必要です。

《配置時間の考え方（計算方法の例：2単位の事業所）》

- サービス提供時間は、
1 単位目：9時～14時 5時間
2 単位目：13時～18時 5時間



- 配置基準を「満たす場合」と「満たさない場合」は、次のとおりです。

ア 配置基準を満たす場合

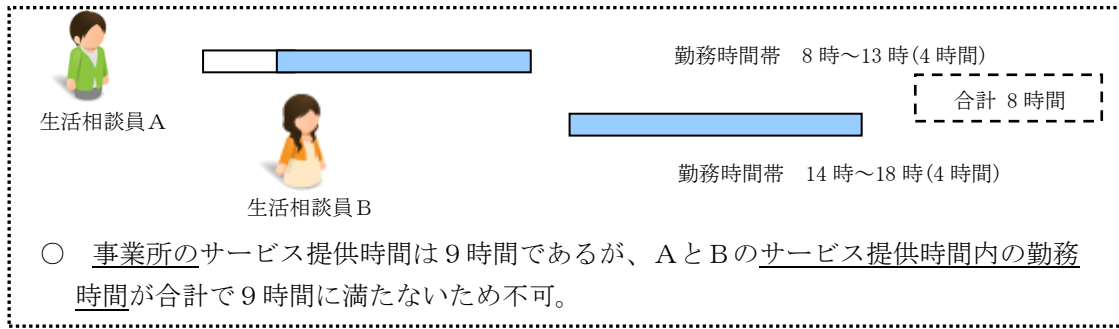
生活相談員A 勤務時間帯 9時～14時（5時間）

生活相談員B 勤務時間帯 10時～14時15分（4時間15分）

合計 9時間15分

- 事業所のサービス提供時間は9時～18時の9時間であるため、AとBのサービス提供時間内の勤務時間が合計で9時間以上となっているため可。

イ 配置基準を満たさない場合



《生活相談員の勤務時間には、利用者との相談業務だけでなく、次の業務も含めます。》

- ① サービス担当者会議や地域ケア会議に出席するための時間
- ② 利用者宅を訪問し、在宅生活の状況を確認した上で、利用者の家族を含めた相談・援助のための時間
- ③ 地域の町内会、自治会、ボランティア団体等と連携し、利用者に必要な生活支援を担ってもらうなどの社会資源の発掘・活用のための時間 など
- ④ その他利用者の地域生活を支える取組のために必要な時間

(2) 資格要件

生活相談員は、次の①～④のいずれかの要件に該当する必要があります。

- ① 社会福祉主事任用資格（社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者）
- ② 介護福祉士
- ③ 介護支援専門員
- ④ 介護保険施設又は通所系サービス事業所において、常勤で2年以上（勤務日数360日以上）介護等の業務に従事した者（直接処遇職員に限る。）

※ 資格要件を満たさない従業者は、生活相談員として従事できません。資格要件を満たさない従業者を配置している場合は、人員基準違反として指導対象になります。

ポイント

- 生活相談員の人数にかかわらず、サービス提供時間以上の勤務延時間の配置が必要となります。
- 生活相談員は、サービス提供時間数以上の勤務延時間の配置があれば、単位ごとの配置まで求められるものではありません。
- 生活相談員として配置された者は、介護職員ではないので、介護職員としての人数からは除外されます。

3 看護職員・介護職員

【利用定員が10人以下の場合】

(1) 看護職員又は介護職員

単位ごとに、サービス提供時間帯を通じて、専らサービス提供に当たる看護職員又は介護職員を常に1以上配置すること

【利用定員が 11 人以上の場合】

(1) 看護職員

単位ごとに、サービス提供日ごとに、専らサービス提供に当たる看護職員を 1 以上配置すること

※ 「看護職員」とは、看護師または准看護師の免許を有する者です。

注意

○看護師の配置基準：事業所の定員数で判断します。
複数単位で実施している場合で、1 単位当たりの定員が 10 人以下であっても、事業所の定員が、11 人以上の場合は全ての単位において、看護師の配置が必要ですのでご注意ください。

(例 1) 「1 単位目：月～金 15 人 2 単位目：土曜日のみ 10 人」の場合、2 単位目の定員は 10 名ですが、事業所の定員は、15 名となるため、土曜日を含むすべての単位で看護師の配置が必要です。

ポイント

- 提供時間帯を通じて専従する必要はありませんが、提供時間帯を通じて指定地域密着型通所介護事業所と密接かつ適切な連携を図る必要があります。
- 病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携で、看護職員が事業所の営業日ごとに利用者の健康状態を確認し、病院等と提供時間帯を通じて密接かつ適切な連携を図っている場合は、看護職員が確保されていることとなります。
※「密接かつ適切な連携」：指定地域密着型通所介護事業所に駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制などを確保することをいいます。
- サービス提供日に看護職員を配置していない若しくは連携していない場合は、人員基準違反です。必要に応じ看護職員の人員欠如減算の届出をしてください。
- 看護職員が地域密着型通所介護と他事業所・施設を兼務する際には、兼務辞令を交付する等、通所介護の看護職員としても勤務していることが確認できるようにしてください。

【27.4.1 事務連絡 介護保険最新情報 vol. 454】

(問 50) 病院、診療所又は訪問看護ステーションとの契約で確保した看護職員は、営業日ごとに事業所内で利用者の健康状態の確認を行う必要があるが、その場合どの程度の従事時間が必要か。

また、事業所に駆けつけることができる体制とは、距離的にどの程度離れた範囲までを想定しているのか。

(答) 健康状態の確認を行うために要する時間は、事業所の規模に応じて異なるため、一概に示すことはできないが、利用者全員に対して適切に健康状態の確認を行えるように病院、診療所又は訪問看護ステーションと契約を結ぶ必要がある。

また、事業所に駆けつけることができる体制に係る距離的概念については、地域の実情に応じて対応するため、一概に示すことはできないが、利用者の容態急変に対応できるよう契約先の病院、診療所又は訪問看護ステーションから適切に指示を受けることができる連絡体制を確保することでも密接かつ適切な連携を図っていることになる。

(2) 介護職員

ア 指定地域密着型通所介護の単位ごとに、平均提供時間数(※)に応じて、以下のとおり専ら当該地域密着型指定通所介護の提供にあたる介護職員が必要です。

- ① 利用者の数が15人までの場合：1以上
- ② 15人を超える場合：15人を超える部分の利用者数を5で除して得た数に1を加えた数以上

(※平均提供時間数：利用者ごとの提供時間数の合計÷利用者数)

イ 指定地域密着型通所介護の単位ごとに常時1名以上の従事が必要です。

注意

○ 生活相談員又は介護職員のうち1人以上は、常勤でなければなりません。

4 機能訓練指導員

(1) 配置要件

1以上の有資格者の配置が必要です。

機能訓練指導員はサービス提供日ごとに配置する必要はありませんが、地域密着型通所介護事業所においては、加算算定の有無に関わらず、利用者個々の身体状況等を踏まえた機能訓練を実施していくことが必要です。

(2) 資格要件

機能訓練指導員は、次の①～⑥のいずれかの要件に該当する必要があります。

- ① 理学療法士 ② 作業療法士 ③ 言語聴覚士 ④ 看護職員
- ⑤ 柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師
- ⑥ 一定の経験を有するはり、きゅう師（①～⑤の資格を有する機能訓練指導員を配置する事業所で、6月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者

指導事例

- ① 所定の資格要件を満たす生活相談員が配置されていなかった。
- ② 生活相談員が営業のために外出し、サービス提供時間中に不在となったため、基準上確保すべき勤務延時間数の配置ができていなかった。
- ③ 個別機能訓練加算を算定しない事業所であったことを理由に、機能訓練指導員を配置していなかった。

3

設備基準について

食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定地域密着型通所介護の提供に必要なその他の設備及び備品等を備えなければなりません。

1 食堂及び機能訓練室

食堂及び機能訓練室は「利用定員×3㎡以上」を確保する必要があります。なお、食事の提供の際に提供に支障がない広さを確保でき、かつ、機能訓練を行う際に、その実施に支障がない広さを確保できる場合にあっては、同一の場所とすることができるとされています。

ポイント

《食堂、機能訓練室の有効面積算出に係る留意事項》

- 食堂、機能訓練室の有効面積の算出の際は、内法（うちのり）で計測してください。
※ 建築図面等では、壁芯（壁の中央から中央）による計測が一般的で、内法（壁の内側から内側）で計測すると、壁芯より短くなるので注意が必要です。
- 機能訓練等のサービス提供に直接必要のない備品（書棚、食器棚、冷蔵庫等）、居住スペースとしての使用が想定されないスペース（押し入れ、床の間、廊下、柱等）は、食堂及び機能訓練室の有効面積から除外します。

注意

- 1人3㎡が確保されていないことが判明した場合、実際の有効面積に応じた利用定員を超える利用者分は定員超過となり、運営基準違反です。
- 1月の平均で定員超過となる場合は、定員超過による減算が適用されます。

2 相談室

相談室は、個室、若しくはパーテーション等の遮蔽物の設置等により、相談内容が漏洩しないように配慮してください。

注意

- 事業所のレイアウトを変更する場合は、事前に届け出る必要があります。
レイアウトを変更したにもかかわらず、変更届の提出を怠っていたことが後で判明した場合は、指導対象になります。

3 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備

消防法の規定（老人デイサービス事業を行う施設）で、次の設備を設置してください。

- ①消火器（調理等を行う場合必置、その他150㎡以上）、②スプリンクラー設備（6,000㎡以上等）、③自動火災報知設備（宿泊等ある場合必置、その他300㎡以上）、④火災通報装置（500㎡以上）

指導事例

- ① レイアウトの変更をしているが、変更届を提出していなかった。
- ② 食堂及び機能訓練室に、静養室とは別にベッドを設置し、静養スペースとしていたため、実際に利用できる有効面積が減少していた。
- ③ 非常災害に際し必要な設備（消火器等）が、設置されていなかった。
- ④ 相談室を他の用途の部屋に変えたため、相談室がなくなっていた。

4

地域密着型通所介護計画について

指定地域密着型通所介護事業所の管理者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、機能訓練等の目標、当該目標達成のための具体的なサービスの内容等を記載した地域密着型通所介護計画を作成しなければなりません。

1 利用者情報の把握（アセスメント）

利用者の心身の状況・日常生活全般状況の把握（アセスメント）を行います。

ポイント

- ① 通所サービスに対する利用者の心身の状況、希望の把握（利用者本人は何をした
いのか、してもらいたいのか、通所サービスに対する不安、抵抗感等）
- ② 全体の状況から利用者の隠された可能性の発見
- ③ 隠れたニーズの把握
- ④ 通所時の状況（活動プログラムへの参加状況、利用者との交流、集団への適応、
休憩等）

2 地域密着型通所介護計画の作成等

(1) 居宅サービス計画に基づく作成

地域密着型通所介護計画は、居宅サービス計画の内容に沿って作成する必要があるため、必ず介護支援専門員から居宅サービス計画を受領してください。

暫定居宅サービス計画に基づいて作成した地域密着型通所介護計画は、その後受領した居宅サービス計画の内容に沿っているか確認し、必要に応じ修正する必要があります。

(2) 利用者等への説明と同意・交付

地域密着型通所介護計画は、利用者の心身状況、希望や置かれている環境等を踏まえて作成するものであるため、作成した際は、利用者又はその家族に説明し、文書により同意を得た上で交付しなければなりません。

また、同意文書には、計画説明日と、交付日がわかる記録が必要です。

【作成例】 私は上記の計画について説明を受け、同意し、交付を受けました。
令和〇年〇月〇日 足柄 花子 続柄 本人

【盛り込むべき項目】

- ① 計画作成者・作成日
- ② 利用者名・性別・生年月日・要介護度・障害老人の日常生活自立度・
認知症老人の日常生活自立度
- ③ 本人の希望・家族の希望・健康状態（病名、合併症（心疾患、吸器疾患等）、服
薬状況等）・ケアの上での医学的リスク（血圧、転倒、嚥下障害等）及び留意事項・
自宅での活動及び参加の状況（役割など）
- ④ 解決すべき課題
- ⑤ 援助目標（長期目標と短期目標、それぞれの目標達成期間）

- | |
|---|
| ⑥ 提供するサービス内容（目的とケアの提供方針・内容）
⑦ 上記に係る留意事項
⑧ 利用者・家族への説明者名、説明・同意・交付日、同意者名、同意に関する署名欄 |
|---|

3 地域密着型通所介護計画の目標設定と質の評価

(1) 地域密着型通所介護計画の目標

課題・援助目標は居宅サービス計画を参考にしつつ、地域密着型通所介護事業所としての目標を設定します。(居宅サービス計画の目標をそのまま転記するものではありません。)

常に利用者の心身の状況（健康状態、ケアの上での医学的リスク・留意事項、自宅での活動・参加の状況等）等を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に沿って適切に提供する。特に、認知症である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整えなければなりません。

利用者やその家族にもわかりやすく、計画期間で実現可能と思われる具体的内容を設定するよう努めます。

地域密着型通所介護計画については、介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある者や、介護の提供について豊富な知識及び経験を有する者にそのとりまとめを行わせるものとし、当該事業所に介護支援専門員の資格を有する者がいる場合は、その者に当該計画のとりまとめを行わせることが推奨されています。

(2) サービスの質の評価と目標達成状況の記録及び記録の提供

それぞれの利用者について、自ら提供するサービスの質の評価を行い、常に改善を行うとともに、サービスの実施状況や目標の達成状況を記録する必要があります。

サービスを提供した際には、提供日及び内容、保険給付の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画の書面又はサービス利用票等への記載が必要です。

また、提供日、提供した具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況その他必要な事項を記録するとともに、サービス事業者間の密接な連携等を図るため、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その状況を利用者に対して提供しなければなりません。

サービスの提供内容や当日の職員配置を記録してください。

ア 提供日ごと、単位ごとにどの職種にどの職員が勤務したのかがわかるようにしてください。（看護職員、介護職員、機能訓練指導員、生活相談員、その他加算の算定基準に配置が定められた職員等）

イ サービス提供開始時刻、終了時刻（利用者ごとにサービスを提供した時間がわかるように記録をしてください。）

ウ 送迎（片道か往復か）の有無、入浴の有無、利用者の心身の状況等に関する記録

エ 送迎の記録（利用者名、送迎車、運転者名等事業所に到着した時間及び事業所を出発した時間を記録してください。）

ポイント

- 計画期間が終了し、機械的に同じ目標を次の期間に位置づける事例がありますが、何度も同じ場合は、目標が不適切であることが考えられます。

4 居宅介護支援事業所との連携

居宅サービス計画に基づいて地域密着型通所介護計画を作成し、サービスを提供している事業者は、当該指定居宅介護支援事業者から地域密着型通所介護計画の提供の求めがあった際には、地域密着型通所介護計画を提供することに協力するよう努めてください。

指導事例

- ① 利用者又はその家族の同意を得ずにサービス提供を開始していた。
- ② 介護支援専門員のアセスメントを受領しており、事業所でアセスメントを実施していなかった。
- ③ 機能訓練等の目標が、居宅サービス計画の目標をそのまま転記していた。
- ④ 全ての利用者の地域密着型通所介護計画の内容が全く同じであった。
- ⑤ 利用者が事業所を利用する曜日や具体的なサービス内容が記載されていなかった。

1 屋外でのサービス提供

(1) 機能訓練等を目的とした屋外でのサービス提供

地域密着型通所介護は、事業所内でのサービス提供を基本としますが、次の要件を満たす場合には屋外でのサービス提供も可能です。

- ① あらかじめ地域密着型通所介護計画に位置付けられていること
- ② 効果的な機能訓練等のサービスが提供できること

従って、機能訓練が目的ではなく、単に気分転換を目的としたものや娯楽を目的としたもの※は、通所サービスの対象とならず、報酬算定ができません。

(※例示：近隣の公園等への散歩、遠方への外出や長期間の外出等)

(2) 地域活動への参加を目的とした屋外でのサービス提供

次の要件を満たす場合には、介護サービス事業所が、利用者の自立支援や生活の質の向上等を目的としたサービスの一環として、事業所の外において、社会参加活動等に取り組むことができます。

- ① 居宅サービス計画に社会参加活動等を位置付け、当該計画に沿って利用者ごとの個別サービス計画が作成されており、個別サービス計画に、あらかじめ社会参加活動等が位置付けられていること
- ② 社会参加活動等の内容が、利用者ごとの個別サービス計画に沿ったものであること
- ③ 利用者が社会参加活動等を行うに当たり、事業所の職員による見守り、介助等の支援が行われていること
- ④ 利用者が地域活動への参加により、利用者が日常生活を送る上で自らの役割を持ち、達成感や満足感を得られ、自信を回復するなどの効果が期待されるとともに、利用者にとって自らの日常生活の場であると実感できるよう支援すること

(3) 屋外サービス提供の際の職員配置

事業所内に残るグループと外出するグループ毎に、職員を配置します。

- ①事業所内：事業所に残る利用者の数に応じた基準上必要な職員を配置
- ②外出：外出利用者の人数を勘案し、安全面に配慮した適当数の職員を配置

2 理美容サービス（保険外サービス）

(1) 理美容サービスの位置づけ

理美容サービスは通所サービスに含まれませんが、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提供することは可能です。

(2) 実施の要件

理美容サービスは、計画されている通所サービスのプログラムの時間とは別に行う等の配慮が必要ですが、区分が明確であれば、地域密着型通所介護サービスの開始前や終了後だけでなく、時間中の提供も可能です。ただし、次の対応が必要となります。

- ① 通所サービスと、それ以外のサービスの区分が明確になされた地域密着型通所介護計画を、利用者本人（又はその家族）に対して説明し同意を得ていること。
- ② 通所サービスの時間から理美容サービスの時間を除外して報酬請求し、また、本人等にサービス利用料とは別に、理美容に係る費用請求を行うこと。

注意

- 地域密着型通所介護サービスの提供時間中に、理美容サービスを提供した場合は、理美容に要した時間をサービス提供記録に記載してください。
- また、サービス提供時間に掛かる場合は、理美容サービスの時間を除いた区分で報酬請求をしなければなりません。

3 マッサージ

(1) マッサージの位置づけ

機能訓練の一環として効果が見込まれるマッサージの提供は可能ですが、単なる慰安や治療を目的としたマッサージを地域密着型通所介護の内容とすることは適当ではありません。

(2) 適切でないマッサージ

美顔マッサージ、ネイルアート(利用者自身が行う場合を除く)、アロママッサージは、地域密着型通所介護サービスの内容とすることは通常想定されません。

4 サービス提供時間中の医行為

(1) 医行為の位置づけ

利用者及びその家族の同意を得た上で、看護師等の資格を持つ職員が医師の指示の下に行う医薬品の使用の介助については、通所サービスを提供する上で、必然的に生じる範囲において可能です。(例：入浴後の褥瘡のガーゼ交換、経管栄養による食事、インスリン注射、点眼薬の点眼など)

(2) 適切でない医行為等

- ① 通所サービスを提供する上で必然的に生じる範囲を超えた医療的処置等を行うことはできません。
- ② 地域密着型通所介護事業所の介護職員は、医行為を行うことはできません。

注意

- 看護師の資格を有する者であっても、医師の指示なく医療行為を行うことはできませんので、必ず指示を受け、指示内容を確認してください。

5 体験利用

(1) 体験利用の位置づけ

「体験利用」として、サービス提供時間を通じて、地域密着型通所介護サービス利用者と同様のサービスを提供する場合は、利用者からその費用の10割の支払いを受ける必要があります。無料とすることは、利用者間の公平等の観点から適正とはいえません。

(2) サービスの一部分の体験利用等

サービスの一部分のみを体験してもらう場合には、介護保険外(自費)サービスとして提供し、適切な利用料金を徴収することも可能です。

単なる見学は、無料で行っても差し支えありません。

注意

- サービス提供日に体験利用者を受け入れる際は、要介護者等の利用者へのサービス提供に支障がないことが前提です。
- 利用者と体験利用者の合計人数及び提供時間数に対する人員配置、設備基準を満たすとともに、当該体験利用者を含めて利用定員内とする必要があります。

指導事例

- ① 桜が満開だったので気分転換に花見に出かけ、地域密着型通所介護サービスとして報酬算定していた。
- ② 地域密着型通所介護のサービス提供として、機能訓練目的ではない、ショッピングセンターでの買い物やレストランで外食をしていた。
- ③ 慰安のためのマッサージを提供し、地域密着型通所介護サービスとして報酬算定していた。
- ④ 介護保険の利用者と保険外の利用者の合計が、運営規程に定める利用定員を超えていた。

【14.5.14 事務連絡 介護保険最新情報 vol.127】

(問) デイサービスセンター等の通所サービスの提供場所において、通所サービスに付随して理美容サービスを提供することはできるか。

(答) 理美容サービスは、介護保険による通所サービスには含まれないが、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問題ない。その際、利用者に必要なものとして当初から予定されている通所サービスの提供プログラム等に影響しないよう配慮が必要である。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は含まれない。

【14.5.14 事務連絡 介護保険最新情報 vol.127】

(問) デイサービスセンター等において理美容サービスを受ける時間帯は、通所サービス開始前又は終了後に限られるか。

(答) 通所サービスについては、利用者ごとの通所介護計画等に基づき、利用者のニーズに応じた適正なサービス提供がなされることが必要であり、通所サービスとの区分が明確であれば、必ずしも開始前又は終了後に限る必要はない。この場合、通所サービスとそれ以外のサービスの区分が明確になされた通所サービス計画について、本人に対する説明と了解を得ていること、通所サービスの利用料とは別に費用請求が行われていることが必要である。

※保険外サービスとの併用については【介護保険最新情報 vol.678】参照

6

所要時間・サービス提供時間・記録等について

1 所要時間による区分

所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、地域密着型通所介護計画に位置づけられた内容の地域密着型通所介護を行うための標準的な時間によります。

2 2時間以上3時間未満の算定

(1) サービス対象者等

- ① 心身の状況から、長時間のサービス利用が困難である者
- ② 病後等で短時間の利用から始めて長時間利用に結び付けていく必要がある者 等

(2) 報酬単価

所要時間2時間以上3時間未満のサービスを行う場合は、4時間以上5時間未満の単位数の100分の70に相当する単位数を算定します。

注意

- 長時間サービスを希望しない者や入浴サービスのみの利用者に、所要時間2時間以上3時間未満のサービスを行っても報酬算定対象となりません。

3 提供時間数等の異なる利用者の対応

(1) 開始時刻・終了時刻が前後した場合

送迎等の関係から、利用者のサービス提供開始終了時刻が前後することがありますが、地域密着型通所介護計画に位置づけられた内容のサービスを行えば、介護報酬の対象となります。

また、送迎の関係で先に到着した利用者には、サービス提供ができる人員が配置されているのであれば、そこからサービス提供の開始とすることが可能です。

(2) サービス提供時間が混在する利用者の受入

「5時間以上6時間未満」と「8時間以上9時間未満」の利用者が混在している場合でも、同時一体的サービス提供が可能な場合は、1単位としてサービス提供が可能です。なお、次の場合は、別単位の扱いになります。

- ① 一定の距離を置いた2つの場所で同時に行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているとはいえない場合
- ② 午前と午後とで、別の利用者に対してサービスを提供する場合

注意

- 事業所のサービス提供時間が「7時間以上8時間未満」の場合は、「5時間以上6時間未満」の利用者を受け入れることは可能ですが、事業所のサービス提供時間よりも、長い所要時間「8時間以上9時間未満」の利用者の受入れはできません。

4 送迎に要する時間

サービス提供時間として送迎に要する時間は含みませんが、送迎時に居宅内介助等（電気の消灯・点灯、窓の施錠、着替え、ベッドへの移乗等）を実施し、次の要件をすべて満たす場合には、1日30分以内を限度として、時間に含めることができます。

ア 居宅サービス計画及び地域密着型通所介護計画に位置付けた上で実施する場合

イ 送迎時に居宅内の介助等を行う者が、次のうちどちらかの場合

- ① 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、一級課程修了者、介護職員初任者研修修了者（二級課程修了者を含む）
- ② 当該事業所や同一法人の他の介護サービス事業所、医療機関、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員としての勤続年数が3年以上の介護職員

5 サービス提供時間の短縮

(1) 体調不良等で短縮した場合

地域密着型通所介護計画のサービス提供時間の際、利用者が体調を崩したため、途中でサービス提供を中止した場合は、計画通りのサービス時間で報酬算定することができます。

なお、利用者負担軽減の観点から、短縮した時間で算定することも可能です。

(2) あらかじめ決められた通院等により短縮した場合

- ① 当初から通院等で時間短縮が決まっている場合は、地域密着型通所介護計画を変更し、短縮後の時間で報酬算定してください。
- ② 風水害等でサービス提供を中止した場合は、実際にサービス提供をした時間で報酬算定してください。

注意

○ 本人都合でサービス提供時間が短縮した場合で、サービス時間が3時間未満の場合には、報酬算定はできずキャンセル扱いとなります。

6 サービス開始時間・終了時間等の記録

(1) サービス提供記録について

地域密着型通所介護の報酬算定をする上で、サービス提供開始時間と終了時間の記録は重要です。記録については、必ず、実際にサービス提供を開始した時刻と終了した時刻を記載してください。

報酬算定上の「所要時間」とは、地域密着型通所介護計画に位置づけたサービス提供の標準的時間です。原則として、送迎時間は含みません。（「送迎時の居宅内介助等」を除く。）

(2) 送迎記録について

送迎記録には、送迎車両ごとに、利用者・運転者・介助者・送迎日・送迎時間（事業所出発時間・到着時間）・送迎場所等を記録してください。

※送迎は同一事業所の職員が行う必要があります。

指導事例

- ① サービス提供記録には、サービス開始時間と終了時間が予め印字されており、実際のサービス提供時間が不明であった。
- ② 利用者の通院を理由に3時間未満のサービス提供を行ったにもかかわらず、当初の地域密着型通所介護計画に位置づけられたサービス提供時間数で報酬算定していた。
- ③ 事業所到着直後に、体調不良で帰宅した利用者に対しては、2時間以上3時間未満の報酬算定をしていた。

7

利用料金等について

1 利用料金等

(1) 利用料の自己負担分の徴収

利用者の自己負担分を徴収しなかったり、割引くことは不適切です。徴収しないことは、直ちに指定取消等を検討すべき重大な基準違反となるため、注意してください。

(2) 利用料以外の費用徴収

ア 利用料の自己負担分以外に徴収できる費用としては、次のものが考えられます。ただし、徴収する費用は運営規程に明記しておかなければなりません。

- ①利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用
- ②通常要する時間を超える場合の利用料
- ③食事の提供に要する費用
- ④おむつ代
- ⑤理美容代
- ⑥その他の日常生活費

《その他の日常生活費の範囲》

- 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
- 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

《その他の日常生活費の留意点》

- ・ 利用者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します。
- ・ 事業者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」とは区別します。
- ・ 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しなければなりません。
- ・ 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）については、その他の日常生活費として徴収することは認められません。

※お世話料、管理協力費、共益費、施設利用保証金といったあいまいな名目の費用の徴収は認められず、費用の内訳を明らかにする必要があります。

イ 利用料以外の費用については、あらかじめ利用者や家族に対して、文書を交付した上でその額や内容を説明し、文書同意を得なければなりません。

注意

- 利用料の受領と同様に、あらかじめ利用者・家族等に説明を行い、同意を得てください。

ウ 次に掲げる費用の支払いを受けてはなりません。

- ① 介護上必要な消耗品等にかかる費用（排泄介助に使用のお尻拭き、介護用手袋、トロミ剤等）
- ② 衛生管理上必要な消耗品等にかかる費用（ペーパータオル、ハンドソープ、シャンプー、バスタオル等）
- ③ 利用者に一律で提供している日用品等にかかる費用
- ④ 徴収にふさわしくない費用（共用のテレビやカラオケ設備の使用料等）
- ⑤ 水分補給として必要な水やお茶等の費用

(3) 領収書の発行

利用者に交付する領収書は、介護保険サービスと介護保険外サービスの内訳が分かるように記載してください。

ポイント

- 利用者から徴収する費用の基本的な積算の考え方は、「実費相当額」です。実費金額より多く徴収することは認められません。
- 日用品等を一律提供せず、利用の希望により提供するものは、徴収可能です。

指導事例

- ・利用者から徴収する費用と負担割合を運営規程に定めていなかった。
- ・介護上又は衛生管理上必要な消耗品に係る費用、全ての利用者に提供しているものに係る費用を利用者から徴収していた。

8 運営推進会議について

1 「運営推進会議」とは

運営推進会議とは、地域密着型サービス事業者が自ら設置するもので、利用者の家族や地域住民の代表者等に対し、提供しているサービス内容を明らかにすることでサービスの質を確保し、地域との連携を図ることを目的としています。

2 設置から開催・報告までの流れ

- (1) 会議設置・構成員の選定決定
- (2) 運営推進会議の実施
- (3) 運営推進会議報告書の作成・提出
- (4) 会議記録の保存・公表

項目	概要
構成員	<ul style="list-style-type: none">・利用者又は利用者の家族・地域住民の代表者・当該サービスに知見を有する者・市町村の職員又は当該事業所を管轄する地域包括支援センター職員
会議の主な目的	・事業所が提供しているサービスの内容を会議で明らかにすることにより、利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることでサービスの質の確保を図る。
会議の主な内容	・活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、必要な要望・助言等を聴く。
記録の作成	・活動状況、評価、要望、助言等の記録を作成するとともに、当該記録を公表しなければならない。

3 開催回数

運営推進会議には、サービスごとに開催回数の基準が設けられています。地域密着型通所介護はおおむね6か月に1回（年に2回以上）です。

この回数を実施しない場合は、指導の対象（指定基準違反）になりますのでご注意ください。

ポイント

- ◎ 運営推進会議は地域に開かれた事業所、地域の介護拠点であるために事業所が設置する重要な会議です。積極的に取り組むことが重要です。
- ◎ 運営推進会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。ただし、利用者等が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければなりません。
- ◎ 運営推進会議の記録等は、事業所内の見やすい場所に掲示をしたり、事業所（又は法人）のホームページ上に掲載するなどして、広く開示しましょう。

4 会議の合同開催について

運営推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、次に掲げる条件を満たす場合は、複数の事業所の運営推進会議を合同で開催することが可能です。

- (1) 利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。
- (2) 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。ただし、事業所間のネットワーク形成の促進が図られる範囲で、地域の実情に合わせて、市町村区域の単位等内に所在する事業所であっても差し支えないこと。

指導事例

- ・ 運営推進会議を1年度に1回行っているだけであった。
- ・ 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等の記録を公表していなかった。

9

地域密着型通所介護の加算について

【重要】加算の算定要件が確認できる記録は必ず残しておいてください。
加算の算定要件を確認できない場合は介護報酬の返還となることもありますので
ご注意ください。

1 時間延長サービス加算（届出：必要）

日常生活上の世話をを行った後に引き続きサービス提供を行った場合に算定します。

【算定要件】

日常生活上の世話をを行った後に引き続き所要時間8時間以上9時間未満のサービス提供を行った場合、又は所要時間8時間以上9時間未満のサービス提供を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合であって、当該サービスの所要時間と当該サービス提供の前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が9時間以上となった場合は、次に掲げる区分に応じ、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

イ	9時間以上10時間未満＝	50単位／回
ロ	10時間以上11時間未満＝	100単位／回
ハ	11時間以上12時間未満＝	150単位／回
ニ	12時間以上13時間未満＝	200単位／回
ホ	13時間以上14時間未満＝	250単位／回

<留意点>

延長加算は、所要時間8時間以上9時間未満の地域密着型通所介護の前後に連続して日常生活上の世話をを行う場合について、5時間を限度として算定されるものであり、
例えば、

- ① 9時間の地域密着型通所介護の後に連続して5時間の延長サービスを行った場合
- ② 9時間の地域密着型通所介護の前に連続して2時間、後に連続して3時間、合計5時間の延長サービスを行った場合には、5時間分の延長サービスとして250単位が算定される。

また、当該加算は地域密着型通所介護と延長サービスを通算した時間が9時間以上の部分について算定されるものであるため、

例えば、

- ③ 8時間の地域密着型通所介護の後に連続して5時間の延長サービスを行った場合には、地域密着型通所介護と延長サービスの通算時間は13時間であり、4時間分（＝13時間－9時間）の延長サービスとして200単位が算定される。

なお、延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な体制にあり、かつ、実際に延長サービスを行った場合に算定されるものであるが、当該事業所を利用した後に、引き続き当該事業所の設備を利用して宿泊する場合や、宿泊した翌日において当該事業所の地域密着型通所介護の提供を受ける場合には算定することはできない。

【注意】所要時間8時間以上9時間未満の地域密着型通所介護の前後に連続して日常生活上の世話をを行う場合について、5時間を限度として算定されるものです。8時間以上9時間未満の事業所のみ算定が可能です。

重要

※利用者が事業所を利用した後に引き続き事業所の設備を利用して宿泊する場合や宿泊した翌日において事業所の地域密着型通所介護等の提供を受ける場合には算定することはできません。

2 入浴介助加算（届出：必要）

入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有し、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合について算定します。

入浴介助加算（Ⅰ）40単位／日

＜要件等＞

- ① 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有していること。
- ② 入浴介助加算は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合についても算定される。

入浴介助加算（Ⅱ）55単位／日

＜要件等＞

- ① 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有していること。
- ② 入浴介助加算は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合についても算定される。
- ③ 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等（以下この号において、「医師等」という。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。この際、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。
- ④ 当該指定通所介護事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等との連携の下で、当該利用者の状況や訪問により把握した当該居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。
- ⑤ ④の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこと。

＜留意点＞

○ 利用者に一律にバスタオル、フェイスタオル及び洗体タオルの持参は求めてはならない。

ア 入浴介助加算（Ⅰ）について

- ① 入浴介助加算（Ⅰ）は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合について算定

されるものである（大臣基準告示第14号の3）が、この場合の「観察」とは、自立生活支援のための見守りの援助のことであり、利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、極力利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として、身体に直接接触する介助を行わなかった場合についても、加算の対象となるものであること。なお、この場合の入浴には、利用者の自立生活を支援する上で最適と考えられる入浴手法が、部分浴（シャワー浴含む）等である場合は、これを含むものとする。

② 地域密着型通所介護計画上、入浴の提供が位置付けられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合については、加算を算定できない。

イ 入浴介助加算（Ⅱ）について

① ア①及び②を準用する。この場合において、ア①の「入浴介助加算（Ⅰ）」は、「入浴介助加算（Ⅱ）」に読み替えるものとする。

② 入浴介助加算（Ⅱ）は、利用者が居宅において、自身で又は家族若しくは居宅で入浴介助を行うことが想定される訪問介護員等（以下において「家族・訪問介護員等」という。）の介助によって入浴ができるようになることを目的とし、以下a～cを実施することを評価するものである。なお、入浴介助加算（Ⅱ）の算定に係る者は、利用者の状態に応じ、自身で又は家族・訪問介護員等の介助により尊厳を保持しつつ入浴ができるようになるためには、どのような介護技術を用いて行うことが適切であるかを念頭に置いた上で、a～cを実施する。

a 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等（利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員を含む。）が利用者の居宅を訪問（個別機能訓練加算を取得するにあたっての訪問等を含む。）し、利用者の状態をふまえ、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価する。その際、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定通所介護事業所に対しその旨情報共有する。また、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、指定通所介護事業所の従業者以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行うよう留意すること。

（※） 当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが難しいと判断した場合は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、利用者及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に対し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行う。

b 指定通所介護事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問し評価した者との連携の下で、当該利用者の身体の状況や訪問により把握した利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成する。なお、個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別の入浴計画の作成に代えることができるものとする。

c bの入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行う。なお、この場合の「個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境」とは、手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し利用者の居宅の浴室の環境を個別に模したものとして差し支えない。また、入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態をふまえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努め、これを用いて行われるものであること。なお、必要な介護技術の習得にあたっては、既存の研修等を参考にすること。

【令和3年度介護報酬改定に関するQ&AVol. 8】

(問2) 入浴介助加算(Ⅱ)について、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員等(利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員を含む。)が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価することとなっているが、この他に評価を行うことができる者としてどのような者が想定されるか。

(答) 地域包括支援センターの担当職員、福祉・住環境コーディネーター2級以上の者等が想定される。

(問3) 入浴介助加算(Ⅱ)については、算定にあたって利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価することとなっているが、この評価は算定開始後も定期的に行う必要があるのか。

(答) 当該利用者の身体状況や居宅の浴室の環境に変化が認められた場合に再評価や個別の入浴計画の見直しを行うこととする。

(問5) 入浴介助加算(Ⅱ)については、個浴その他利用者の居宅の状況に近い環境(手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し利用者の居宅の浴室の環境を個別に模したもの)にて、入浴介助を行うこととなっているが、例えばいわゆる大浴槽に福祉用具等を設置すること等により利用者の居宅の浴室の状況に近い環境を再現することとしても差し支えないのか。

(答) 例えば、利用者の居宅の浴室の手すりの位置や浴槽の深さ・高さ等にあわせて、可動式手すり、浴槽内台、すのこ等を設置することにより、利用者の居宅の浴室の状況に近い環境が再現されていれば、差し支えない。

令和3年度老人保健健康増進等事業「通所系サービスにおける入浴介助のあり方に関する調査研究事業(実施主体:みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社)」において、個々の利用者の心身の状況や居宅の浴室の環境を踏まえた入浴介助の方法をまとめた映像資料(「尊厳の保持・自立支援に資する入浴介助を行うために～通所系サービス事業所が取り組むべきこと～」)等が作成されました。

【映像資料掲載先】

厚生労働省ホームページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/other/index.html

【解説書・報告書掲載先】

実施主体（みずほりサーチ&テクノロジーズ株式会社）ホームページ

https://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/r03mhlw_kaigo2021.html

3 中重度者ケア体制加算 45単位/日（届出：必要）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た事業所が中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、サービス提供を行った場合に算定します。

<要件等>

- ① 指定基準に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保していること。
- ② 事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4及び要介護5である者の占める割合が100分の30以上確保していること。
- ③ サービス提供を行う時間帯を通じて、専らサービス提供に当たる看護職員を1名以上配置していること。（他の職務との兼務は認められない。）
- ④ 中重度の要介護者であっても社会性の維持を図り、在宅生活の継続に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成していること。

<留意点>

- ① 歴月ごとに、指定基準に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保する必要がある。このため、常勤換算方法による職員数の算定方法は、歴月ごとの看護職員又は介護職員の勤務延時間数を、当該事業所において常勤の職員が勤務すべき時間数で除することによって算定し、歴月において常勤換算方法で2以上確保していれば加算の算定要件を満たすこととなる。なお、常勤換算方法を計算する際の勤務延時間数については、サービス提供時間前後の延長加算算定する際に配置する看護職員又は介護職員の勤務時間数は含めないこととし、常勤換算方法による員数については、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。
- ② 要介護3、要介護4又は要介護5である者の割合については、前年度（4月～2月）又は届出日の属する月の前3月の1月当たりの実績の平均について、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定するものとし、要支援者に関しては人員数には含まない。
- ③ 利用実人員数又は利用延人員数の割合の計算方法は、次の取扱いによるものとする。
イ 前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、前年度の実績による加算の届出はできないものとする。
ロ 前3月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近の割合については、毎月ごとに記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに加算の取り下げの届出を行わなければならない。
- ④ 看護職員は、サービス提供を行う時間帯を通じて1名以上配置する必要がある、他の職務との兼務は認められない。
- ⑤ 事業所を利用する利用者全員に算定することができる。また、認知症加算の算定要件も満たす場合は、併せて算定できる。
- ⑥ 中重度の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するケアを計

画的に実施するプログラムを作成することとする。

【27.4.1 事務連絡 介護保険最新情報 vol. 454】

(問 26) 指定通所介護の中重度者ケア体制加算と認知症加算を併算定する場合、認知症介護に係る研修を修了している看護職員1人を、指定通所介護を行う時間帯を通じて配置すれば、認知症介護に係る研修を修了している看護職員1人の配置でそれぞれの加算を算定できるのか。

(答) 中重度者ケア体制加算の算定対象となる看護職員は他の職務と兼務することはできない。このため、認知症加算を併算定する場合は、認知症介護に係る研修を修了している者を別に配置する必要がある

4 生活機能向上連携加算（届出：必要）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た事業所が外部との連携により、利用者の身体の状態等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合には、当該基準に掲げる区分に従い、(Ⅰ)については、利用者の急性憎悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き3月に1回を限度として、1月につき、(Ⅱ)については1月につき算定します。

生活機能向上連携加算 (Ⅰ) 100単位/月 (3月に1回を限度)

生活機能向上連携加算 (Ⅱ) 200単位/月

<生活機能向上連携加算 (Ⅰ) 要件等>

- ① 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあつては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。以下同じ。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下「理学療法士等」）の助言に基づき、当該指定地域密着型通所介護事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「機能訓練指導員等」という。）が共同してアセスメント、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。その際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。
この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院であること。
- ② 個別機能訓練計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等は、当該利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する状況について、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の場合において把握し、又は、指定地域密着型通所介護事業所の機能訓練指導員等と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該指定地域密着型通所介護事業所の機能訓練指導員等に助言を行うこと。なお、ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる

場合においては、理学療法士等がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等と機能訓練指導員等で事前に方法等を調整するものとする。

- ③ 個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載しなければならない。目標については、利用者又はその家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。なお、個別機能訓練計画に相当する内容を地域密着型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができるものとする。
- ④ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供していること。
- ⑤ 機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて当該利用者又はその家族（以下この⑤において「利用者等」という。）の意向を確認の上、当該利用者のADLやIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。
理学療法士等は、機能訓練指導員等と共同で、3月ごとに1回以上、個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明していること。
また、利用者等に対する説明は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならないこと。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
- ⑥ 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにすること。
- ⑦ 生活機能向上連携加算(I)は個別機能訓練計画に基づき個別機能訓練を提供した初回の月に限り、算定されるものである。なお、①の助言に基づき個別機能訓練計画を見直した場合には、本加算を再度算定することは可能であるが、利用者の急性増悪等により個別機能訓練計画を見直した場合を除き、個別機能訓練計画に基づき個別機能訓練を提供した初回の月の翌月及び翌々月は本加算を算定しない。

<生活機能向上連携加算（Ⅱ）要件等>

- ① 生活機能向上連携加算(Ⅱ)は、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、当該指定地域密着型通所介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。その際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、

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

- ② 機能訓練指導員等は、各月における評価内容や目標の達成度合いについて、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、理学療法士等から必要な助言を得た上で、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、当該利用者のADLやIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。
- ③ 理学療法士等は、3月ごとに1回以上指定地域密着型通所介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で個別機能訓練の進捗状況等について評価した上で、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行うこと。
- ④ (I) ③、④及び⑥によること。なお、個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はないこと。

5 個別機能訓練加算（届出：必要）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型通所介護の利用者に対して、機能訓練を行っている場合には、当該基準に掲げる区分に従い、(1)及び(2)については、1日につき次に掲げる単位数を、(3)については1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算します。ただし、個別機能訓練加算(I)イを算定している場合には、個別機能訓練加算(I)ロは算定できません。個別機能訓練加算は人員配置だけでなく、計画の策定や評価など、そのプロセスも評価されています。プロセスも加算の重要な算定要件です。加算を算定する事業所にあっては、そのプロセスも含めて加算要件を全て満たしているか改めて確認してください。

- (1) 個別機能訓練加算 (I) イ 56 単位/日
- (2) 個別機能訓練加算 (I) ロ 85 単位/日
- (3) 個別機能訓練加算 (II) 20 単位/月

個別機能訓練加算 (I) イを算定する際の人員配置

<要件等>

専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置すること。この場合において、例えば1週間のうち特定の曜日だけ理学療法士等を配置している場合は、その曜日において理学療法士等から直接機能訓練の提供を受けた利用者のみが当該加算の算定対象となる。

ただし、この場合、当該加算を算定できる人員体制を確保している曜日があらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知されている必要がある。

なお、指定地域密着型通所介護事業所の看護職員が当該加算に係る理学療法士等の職務に従事する場合には、当該職務の時間は、指定地域密着型通所介護事業所における看護職員としての人員基準の算定に含めない。

個別機能訓練加算（I）イ

<要件等>

以下のいずれにも該当すること

- ① 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）（以下「理学療法士等」）を1名以上配置していること。
- ② 機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、理学療法士等が計画的に機能訓練を行っていること。
- ③ 個別機能訓練計画の作成及び実施においては、利用者の身体機能及び生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練の項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の選択に基づき、心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていること。
- ④ 機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、個別機能訓練計画を作成すること。また、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、当該利用者の居宅での生活状況をその都度確認するとともに、当該利用者又はその家族に対して、個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行っていること。
- ⑤ 定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと。

個別機能訓練加算（I）ロを算定する際の人員配置

<要件等>

専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置することに加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置すること。この場合において、例えば1週間のうち特定の曜日だけ、専ら機能訓練を実施する理学療法士等を1名以上及び専ら機能訓練を実施する理学療法士等を指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置している場合は、その曜日において理学療法士等から直接訓練の提供を受けた利用者のみが当該加算の算定対象となる。

ただし、この場合、当該加算を算定できる人員体制を確保している曜日はあらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知されている必要がある。

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

個別機能訓練加算（I）ロ

<要件等>

以下のいずれにも該当すること

- ① イ①で配置された理学療法士等に加えて専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて1人以上配置していること。

② イ②から⑤までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

個別機能訓練加算（Ⅱ）

<要件等>

以下のいずれにも該当すること

- ① イ①から⑤まで又はロ①及び②に掲げる基準に適合すること。
- ② 利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

個別機能訓練加算（Ⅰ）イ（Ⅰ）ロ：共通部分

<留意点>

- 機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとにその目標、目標を踏まえた訓練項目、訓練実施時間、訓練実施回数等を内容とする個別機能訓練計画を作成すること。
※長期目標・短期目標のように段階的な目標とするなど可能な限り具体的かつわかりやすい目標とすること。
※個別機能訓練計画に相当する内容を地域密着型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができる。
- 個別機能訓練は、類似の目標を持ち、同様の訓練項目を選択した5人程度以下の小集団（個別対応含む）に対して機能訓練指導員が直接行うこととし、必要に応じて事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練とすること。
訓練時間については個別機能訓練計画に定めた訓練項目の実施に必要な1回あたりの訓練時間を考慮し適切に設定すること。
- 機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL、IADL等の状況）を確認し、多職種共同で個別機能訓練計画を作成した上で実施することとし、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに訓練内容の見直し等を行う。
- 利用者等に対する説明は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならないこと。なお、テレビ電話装置等の活用にあたっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
- 評価内容や目標の達成度合いについて、当該利用者を担当する介護支援専門員等に適宜報告・相談し、必要に応じて利用者又は家族の意向を確認の上、当該利用者のADL及びIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。
- 個別機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管し、常に個別機能訓練の従事者が閲覧可能な状態にすること。

注意

○ 個別機能訓練加算（Ⅰ）イと（Ⅰ）ロの主な違い

個別機能訓練加算（Ⅰ）イと（Ⅰ）ロでは、機能訓練指導員の配置と配置時間が異なります。算定に当たっては、その違いに留意する必要があります。

個別機能訓練加算（Ⅱ）

【算定要件】

次のいずれにも該当すること

- ① 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ①から⑤まで又は個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ①及び②に掲げる基準に適合すること。
- ② 利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

<留意点>

厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）」（以下「L I F E」という。）を用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）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）を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた個別機能訓練計画の作成（Plan）、当該計画に基づく個別機能訓練の実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（P D C Aサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

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

【令和3年度介護報酬改定に関するQ&AVol. 3】

（問48）個別機能訓練加算（Ⅰ）イにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置することとなっているが、具体的な配置時間の定めはあるのか。

（答）個別機能訓練加算（Ⅰ）イに係る機能訓練指導員については、具体的な配置時間の定めはないが、当該機能訓練指導員は個別機能訓練計画の策定に主体的に関与するとともに、利用者に対し個別機能訓練を直接実施したり、実施後の効果等を評価したりする必要があることから、計画策定に要する時間、訓練時間、効果进行评估する時間等を踏まえて配置すること。なお、当該機能訓練指導員は専従で配置することが必要であるが、常勤・非常勤の別は問わない。

（問49）個別機能訓練加算（Ⅰ）ロにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置することに加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等をサービス提供時間帯を通じて1名以上配置することとなっているため、合計で2名以上の理学療法士等を配置する必要があるということか。

（答）貴見のとおり。

(問 50) 個別機能訓練加算 (I) ロにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 名以上配置することに加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等をサービス提供時間帯を通じて 1 名以上配置することとなっているが、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 名しか確保できない日がある場合、当該日は個別機能訓練加算 (I) ロに代えて個別機能訓練加算 (I) イを算定してもよいか。

(答) 差し支えない。ただし、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 名以上配置しているのみの場合、これに加えて専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等をサービス提供時間帯を通じて 1 名以上配置している場合では、個別機能訓練の実施体制に差が生じるものであることから、営業日ごとの理学療法士等の配置体制について、利用者にあらかじめ説明しておく必要がある。

(問 52) 個別機能訓練加算 (I) イにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 名以上配置することとなっている。また個別機能訓練加算 (I) ロにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 名以上配置することに加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を サービス提供時間帯を通じて 1 名以上配置することとなっているが、これらの理学療法士等は病院、診療所、訪問看護ステーション等との連携により確保することとしてもよいか。

(答) 個別機能訓練加算 (I) イ及びロについては、いずれの場合も、当該加算を算定する事業所に理学療法士等を配置する必要があることから、事業所以外の機関との連携により確保することは認められない。

(問 53) 個別機能訓練加算 (I) ロにおいては、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 名以上配置することに加えて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等をサービス提供時間帯を通じて 1 名以上配置することとなっているが、個別機能訓練加算 (I) ロは、この要件に基づき、合計で 2 名以上の理学療法士等を配置している時間帯において個別機能訓練を実施した利用者に対してのみ算定することができるのか。

(答) 貴見のとおり。例えばサービス提供時間が 9 時から 17 時である通所介護等事業所において、

- － 9 時から 12 時：専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 名配置
 - － 9 時から 17 時：専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 名配置
- した場合、9 時から 12 時までで当該理学療法士等から個別機能訓練を受けた利用者に対してのみ、個別機能訓練加算 (I) ロを算定することができる。(12 時以降 17 時までで当該理学療法士等から個別機能訓練を受けた利用者については、個別機能訓練加算 (I) イを算定することができる。

指導事例

- ① 個別機能訓練計画が多職種共同で作成されたことが確認できなかった。
- ② 開始時及びその後 3 月ごとに 1 回以上利用者の居宅を訪問して、計画の内容 (評価を含む) を説明していなかった。
- ③ 玄関のみの訪問や家族からの聞き取りのみで個別機能訓練計画を作成しており、居宅の状況を確認していなかった。
- ④ 個別機能訓練計画の作成にあたり、全ての利用者が同一の記載となっており、利用者ごとの目標、実施時間、実施方法等を定めていなかった。

6 ADL維持等加算（Ⅰ）30単位／月・（Ⅱ）60単位／月（届出：必要）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型通所介護事業所において、利用者に対して指定地域密着型通所介護を行った場合は、評価対象期間（加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間）の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算します。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しません。（厚労告126別表2の2注14）

【算定要件（Ⅰ）】

次のいずれにも適合すること。

- ① 評価対象者（当該事業所又は当該施設の利用期間(②において「評価対象利用期間」という。)が6月を超える者をいう。)の総数が10人以上であること。
- ② 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月（以下「評価対象利用開始月」という。）と、当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合については、当該サービスの利用があった最終の月）においてADLを評価し、その評価に基づく値(以下「ADL値」という。)を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していること。
- ③ 評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値（以下「ADL利得」という。）の平均値が1以上であること。

【算定要件（Ⅱ）】

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 算定要件（Ⅰ）①及び②の基準に適合するものであること。
- ② 評価対象者のADL利得の平均値が2以上であること。

<留意点>

- ① ADLの評価は、一定の研修を受けた者により、Barthel Index を用いて行うものとする。
- ② 大臣基準告示第16号の2イ(4)におけるADL値の提出は、LIFEを用いて行うこととする。
- ③ 大臣基準告示第16号の2イ(3)及びロ(2)におけるADL利得は、評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から、評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、次の表の左欄に掲げる者に係る同表の中欄の評価対象利用開始月に測定したADL値に応じてそれぞれ同表の右欄に掲げる値を加えた値を平均して得た値とする。

1 2以外の者	ADL値が0以上25以下	1
	ADL値が30以上50以下	1
	ADL値が55以上75以下	2
	ADL値が80以上100以下	3
2 評価対象利用開始月において、初回の要	ADL値が0以上25以下	0

介護認定（法第 27 条第 1 項に規定する要介護認定をいう。）があった月から起算して 12 月以内である者	ADL 値が 30 以上 50 以下	0
	ADL 値が 55 以上 75 以下	1
	ADL 値が 80 以上 100 以下	2

④ ③においてADL利得の平均を計算するに当たって対象とする者は、ADL利得の多い順に、上位 100 分の 10 に相当する利用者（その数に 1 未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。）及び下位 100 分の 10 に相当する利用者（その数に 1 未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。）を除く利用者（以下において「評価対象利用者」という。）とする。

⑤ 他の施設や事業所が提供するリハビリテーションを併用している利用者については、リハビリテーションを提供している当該他の施設や事業所と連携してサービスを実施している場合に限り、ADL利得の評価対象利用者に含めるものとする。

⑥ 令和 4 年度以降に加算を算定する場合であって、加算を取得する月の前年の同月に、基準に適合しているものとして市町村長に届け出ている場合には、届出の日から 12 月後までの期間を評価対象期間とする。

【令和 3 年度介護報酬改定に関する Q & A Vol. 5】

（問 5）ADL の評価は、一定の研修を受けた者により、Barthel Index（以下「BI」という。）を用いて行うとあるが、「一定の研修」とはなにか。

（答）一定の研修とは、様々な主体によって実施される BI の測定方法に係る研修を受講することや、厚生労働省において作成予定の BI に関するマニュアル及び BI の測定についての動画等を用いて、BI の測定方法を学習することなどが考えられる。また、事業所は、BI による評価を行う職員を外部・内部の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士から指導を受ける研修に定期的に参加させ、その参加履歴を管理することなどにより BI の測定について、適切な質の管理を図る必要がある。加えて、これまで BI による評価を実施したことがない職員が、はじめて評価を行う場合には、理学療法士等の同席の下で実施する等の対応を行わねばならない。

7 認知症加算 60 単位／日（届出：必要）

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型通所介護事業所において、厚生労働大臣が定める利用者に対してサービス提供を行った場合に算定します。

【算定要件】

- ① 指定基準に規定する介護職員又は看護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で 2 以上確保していること。
- ② 前年度又は算定日が属する月の前 3 月間の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が 100 分の 20 以上であること。
- ③ 指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修、認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者を 1 以上確保していること。

- ④ 認知症の症状の進行の緩和に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成すること。

<留意点>

- ① 常勤換算方法による職員数の算定方法は、中重度者ケア体制加算の留意点①を参照。
- ② 「日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者を指すものとし、これらの者の割合については、前年度（4月～2月）又は届出日の属する月の前3月の1月当たりの実績の平均について、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定するものとし、要支援者に関しては人員数には含めない。
- ③ 利用実人員数又は利用延人員数の割合の計算方法は、中重度者ケア体制加算の留意点③を参照。
- ④ 「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知）及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」（平成18年3月31日老計発第0331007号厚生労働省計画課長通知）に規定する「認知症介護指導者養成研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。
- ⑤ 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護実践リーダー研修」を指すものとする。
- ⑥ 「認知症介護に係る実践的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護実践者研修」を指すものとする。
- ⑦ 認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修、認知症看護に係る適切な研修の修了者は、指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置する必要がある。
- ⑧ 認知症加算については、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者に対して算定することができる。また、中重度者ケア体制加算の算定要件も満たす場合は、認知症加算の算定とともに中重度者ケア体制加算も算定できる。

平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年4月1日）

（問33）認知症加算について、認知症介護実践者研修等の修了者の配置が求められているが、当該研修修了者は、介護職員以外の職種（管理者、生活相談員、看護職員等）でもよいのか。

（答）介護職員以外の職種の者でも認められるが、その場合、通所介護を行う時間帯を通じて指定通所介護事業所に従事している必要がある。なお、他の加算の要件の職員として配置する場合、兼務は認められない。

厚生労働省 Q & A

(問 1866) 「認知症高齢者の日常生活自立度」を基準とした加算について、医師が判定した場合、その情報は必ず文書で提供する必要があるのか。

(答) 医師が判定した場合の情報提供の方法については特に定めず、必ずしも診断書や文書による診療情報提供を義務づけるものではない。

介護報酬通知(平 18 老計 0331005 号・老振 0331005 号・老老 0331018 号)・第 2 の 1 (12)

(12) 「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について

- ① 加算の算定要件として「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成 5 年 10 月 26 日老健第 135 号厚生省老人保健福祉局長通知)に規定する「認知症高齢者の日常生活自立度」(以下「日常生活自立度」という。)を用いる場合の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書(以下この号において「判定結果」という。)を用いるものとする。
- ② ①の判定結果は、判定した医師名、判定日と共に、居宅サービス計画又は各サービスのサービス計画に記載するものとする。また、主治医意見書とは、「要介護認定等の実施について」(平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 第 5 号厚生労働省老健局長通知)に基づき、主治医が記載した同通知中「3 主治医の意見の聴取」に規定する「主治医意見書」中「3. 心身の状態に関する意見 (1) 日常生活の自立度等について・認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載をいうものとする。なお、複数の判定結果がある場合にあっては、最も新しい判定を用いるものとする。
- ③ 医師の判定がない場合(主治医意見書を用いることについて同意が得られていない場合を含む。)にあっては、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2 (4) 認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票(基本調査)」7 の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとする。

8 若年性認知症利用者受入加算 60 単位/日 (届出: 必要)

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型通所介護事業所において、若年性認知症利用者に対してサービス提供を行った場合に算定します。

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型通所介護事業所が、若年性認知症利用者(介護保険法施行令(平成 10 年政令第 412 号)第 2 条第 6 号に規定する初老期における認知症によって法第 7 条第 3 項に規定する要介護者となった者又は同条第 4 項に規定する要支援者となった者をいう。以下同じ)に対してサービス提供を行った場合には、若年性認知症利用者受入加算として、1 日につき 60 単位(ただし、認知症加算を算定している場合は算定しない。)を所定単位数に加算する。

<留意点>

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

- 認知症加算を算定している場合は、算定しない。
- 65歳の誕生日の前々日までが対象。

9 栄養アセスメント加算 50単位/月（届出：必要）

基準に適合しているものとして市町村長に届け出て、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。以下において同じ。）を行った場合は、栄養アセスメント加算として、1月につき50単位を所定単位数を算定します。ただし、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しません。

【算定要件】

次に掲げるいずれの基準にも適合していること。

- ① 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- ② 利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。
- ③ 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- ④ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

<留意点>

- ① 栄養アセスメント加算の算定に係る栄養アセスメントは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所（栄養アセスメント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1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」）との連携により、管理栄養士を1名以上配置して行うものであること。
- ③ 栄養アセスメントについては、3月に1回以上、イからニまでに掲げる手順により行うこと。あわせて、利用者の体重については、1月毎に測定すること。
 - イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。
 - ロ 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題の把握を行うこと。
 - ハ イ及びロの結果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。
 - ニ 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る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。

④ 原則として、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しないが、栄養アセスメント加算に基づく栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。

⑤ 厚生労働省への情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養管理の内容の決定（Plan）、当該決定に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた栄養管理の内容の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（P D C Aサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

10 栄養改善加算 200単位／回（3月以内の期間に限り1月2回まで）

（届出：必要）

基準に適合しているものとして市町村長に届け出て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合に算定します。

【算定要件】

次に掲げるいずれの基準にも適合していること。

- ① 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- ② 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下、「管理栄養士等」という。）が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
- ③ 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
- ④ 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。
- ⑤ 運営規程に定められた利用定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置し、定員超過及び人員欠如による減算をしていないこと。

<留意点>

- ① 栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスの提供は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 当該事業所の職員として、又は外部（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1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」との連携により、管理栄養士を1名以上配置して行うものであること。

③ 栄養改善加算を算定できる利用者は、次のイからホのいずれかに該当する者であつて、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者とする。

イ BMIが18.5未満である者

ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知)に規定する基本チェックリストNo.(11)の項目が「1」に該当する者

ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者

ニ 食事摂取量が不良(75%以下)である者

ホ その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者

なお、次のような問題を有する者について、上記イ～ホのいずれかの項目に該当するか適宜確認されたい。

- ・ 口腔及び摂食・嚥下機能の問題(「基本チェックリスト」の口腔機能に関連する(13)(14)(15)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。)
- ・ 生活機能の低下の問題
- ・ 褥瘡に関する問題
- ・ 食欲の低下の問題
- ・ 閉じこもりの問題(「基本チェックリスト」の閉じこもりに関連する(16)(17)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。)
- ・ 認知症の問題(「基本チェックリスト」の認知症に関連する(18)(19)(20)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。)
- ・ うつの問題(「基本チェックリスト」のうつに関連する(21)から(25)の項目において2項目以上「1」に該当する者などを含む。)

④ 栄養改善サービスの提供は以下のイからホまでに掲げる手順を経てなされる。

イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。

ロ 利用開始時に、管理栄養士が中心となって、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養状態に関する解決すべき課題の把握(以下「栄養アセスメント」)を行い、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、栄養食事相談に関する事項(食事に関する内容の説明等)、解決すべき栄養管理上の課題等に対し取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。作成した栄養ケア計画については、栄養改善サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、地域密着型通所介護においては、栄養ケア計画に相当する内容を地域密着型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

ハ 栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が利用者ごとに栄養改善サービスを提供すること。その際、栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。

ニ 栄養改善サービスの提供に当たり、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。

ホ 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師に対して情報提供すること。

ヘ 指定地域密着型サービス基準第37条において準用する第3条の18に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の栄養状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために利用者の栄養状態を定期的に記録する必要はないものとする。

⑤ おおむね3月ごとの評価の結果、③のイからホまでのいずれかに該当する者であつて、継続的に管理栄養士等がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められるものについては、継続的に栄養改善サービスを提供する。

11 口腔・栄養スクリーニング加算（6月に1回を限度）（届出：不要）

基準に適合する指定地域密着型通所介護事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として次に掲げる区分に応じ、1回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算します。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合は算定しません。

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 20単位

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 5単位

【口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）算定要件】

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

① 指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の地域密着型通所介護費のイを算定していること。

② 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあつては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

ロ 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあつては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

ハ 算定日が属する月が、次のいずれにも該当しないこと。

- ・ 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。

- ・ 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

③ 定員超過利用、人員基準欠如による減算に適合しないこと。

<留意点>

- ① 口腔・栄養スクリーニング加算の算定に係る口腔の健康状態のスクリーニング（以下「口腔スクリーニング」という。）及び栄養状態のスクリーニング（以下「栄養スクリーニング」という。）は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、利用者に対して、原則として一体的に実施すべきものであること。ただし、大臣基準第 51 号の 6 口に規定する場合にあっては、口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの一方のみを行い、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定することができる。
- ③ 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。
 - イ 口腔スクリーニング
 - a 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者
 - b 入れ歯を使っている者
 - c むせやすい者
 - ロ 栄養スクリーニング
 - a BMI が 18.5 未満である者
 - b 1～6 月間で 3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成 18 年 6 月 9 日老発第 0609001 号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストの No.11 の項目が「1」に該当する者
 - c 血清アルブミン値が 3.5 g/dl 以下である者
 - d 食事摂取量が不良（75%以下）である者
- ④ 口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- ⑤ 口腔・栄養スクリーニング加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービス又は口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供が必要だと判断された場合は、口腔・栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定できること。

12 口腔機能向上加算（3月以内の期間に限り1月2回まで）（届出：必要）

基準に適合しているものとして市町村長に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的实施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合に算定します。

口腔機能向上加算（Ⅰ） 150 単位

口腔機能向上加算（Ⅱ） 160 単位

【算定要件】

- ① 口腔機能向上加算（Ⅰ）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - イ 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を 1 名以上配置していること。
 - ロ 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善

- 管理指導計画を作成していること。
- ハ 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。
 - ニ 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。
 - ホ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
- ② 口腔機能向上加算（Ⅱ）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- イ ①イからホまでに掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - ロ 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

- <留意点>
- ① 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能控除サービスの提供には、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
 - ② 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置して行うものであること。
 - ③ 口腔機能向上加算を算定できる利用者は、次のイからハまでのいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者とする。
 - イ 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者
 - ロ 基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)(14)(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者
 - ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者
 - ④ 利用者の口腔の状態によっては、医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じることとする。なお、歯科医療を受診している場合であって、次のイ又はロのいずれかに該当する場合にあつては、加算は算定できない。
 - イ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合
 - ロ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であつて、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合
 - ⑤ 口腔機能向上サービスの提供は、以下のイからホまでに掲げる手順を経てなされる。
 - イ 利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握すること。
 - ロ 利用開始時に、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が中心となつて、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成すること。作成した口腔機能改善管理指導計画については、口腔機能向上サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、地域密着型通所介護においては、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を地域密着型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって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。

- ハ 口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供すること。その際、口腔機能改善管理指導計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。
- ニ 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供すること。
- ⑥ おおむね3月ごとの評価の結果、次のイ又はロのいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上又は維持の効果が期待できると認められるものについては、継続的に口腔機能向上サービスを提供する。
- イ 口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者
- ロ 当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が低下するおそれのある者
- ⑦ 厚生労働省への情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出 頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
- サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた口腔機能改善管理指導計画の作成（Plan）、当該計画に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（P D C A サイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。
- 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

ポイント

口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供には、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

13 科学的介護推進体制加算（届出：必要）

次に掲げる基準のいずれの基準にも適合しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型通所介護事業所が、利用者に対し指定地域密着型通所介護を行った場合は、科学的介護推進体制加算として、1月につき40単位を所定単位数に加算する。

- イ 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症（法第5条の2に規定する認知症をいう。）の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
- ロ 必要に応じて地域密着型通所介護計画を見直すなど、指定地域密着型通所介護の提供に当たって、イに規定する情報その他指定地域密着型通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

ポイント

- ① 科学的介護推進体制加算は、原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに上に掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できるものであること。
- ② 情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
- ③ 事業所は、利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（P D C Aサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。
 - イ 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成する（Plan）。
 - ロ サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（Do）。
 - ハ L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check）。
 - ニ 検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努める（Action）。
- ④ 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

【令和3年度介護報酬改定に関するQ&AVol. 3】

（問 17）L I F Eに提出する情報に、利用者の氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報が含まれるが、情報の提出に当たって、利用者の同意は必要か。

（答）L I F Eの利用者登録の際に、氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報を入力いただくが、L I F Eのシステムにはその一部を匿名化した情報が送られるため、個人情報を収集するものではない。そのため、加算の算定に係る同意は必要であるものの、情報の提供自体については、利用者の同意は必要ない。

（問 18）加算を算定しようと考えているが、例えば利用者のうち1人だけでも加算の算定に係る同意が取れない場合には算定できないのか。

（答）加算の算定に係る同意が得られない利用者がある場合であっても、当該者を含む原則全ての利用者に係る情報を提出すれば、加算の算定に係る同意が得られた利用者について算定が可能である

【令和3年度介護報酬改定に関するQ&AVol. 10】

（問 3）サービス利用中に利用者の死亡により、当該サービスの利用が終了した場合について、加算の要件である情報提出の取扱如何。

（答）当該利用者の死亡した月における情報を、サービス利用終了時の情報として提出する必要はあるが、死亡により、把握できない項目があった場合は、把握できた項目のみの提出でも差し支えない。

14 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）（届出：必要）

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型通所介護事業所が利用者に対し指定地域密着型通所介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い算定します。

サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 22 単位／回

【算定要件】次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

① 次のいずれかに適合すること

当該指定地域密着型通所介護事業所の

a 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 70 以上であること

b 介護職員の総数のうち、勤続年数 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 100 分の 25 以上であること。

② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 18 単位／回

【算定要件】次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

当該指定地域密着型通所介護事業所の

① 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 50 以上であること。

② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 6 単位／回

【算定要件】次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

① 次のいずれかに適合すること。

当該指定地域密着型通所介護事業所の

a 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 40 以上であること

b 利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 100 分の 30 以上であること。

② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

<留意点>

① 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（4月から2月）の平均を用いることとする。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月目以降届出が可能となるものであること。

なお、介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする

② ①のただし書の場合にあつては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに加算の取下げの届出を提出しなければならない。

- ③ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。具体的には、平成24年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成24年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。
- ④ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。
- ⑤ 指定地域密着型通所介護を利用者に直接提供する職員とは、生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員を指すものとする。
- ⑥ 産休や介護休業、育児休業期間中は雇用関係が継続していることから、勤続年数に含めることができる。

※ サービス提供体制強化加算は区分支給限度基準額の算定対象外

15 介護職員処遇改善加算（届出：必要）

介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設されたもので、基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市町村長に届け出た事業所が利用者にサービス提供を行った場合に基準に掲げる区分従い算定します。

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所は令和6年3月31日までの間、次に掲げる単位数を所定単位数に加算します。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しません。

当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）：介護報酬総単位数※の5.9%に相当する単位数

①～⑧に適合

介護職員処遇改善加算（Ⅱ）：介護報酬総単位数※の4.3%に相当する単位数

①～⑥+⑦A, B+⑨

介護職員処遇改善加算（Ⅲ）：介護報酬総単位数※の2.3%に相当する単位数

①～⑥+⑦A, or⑦B+⑨

※ 介護報酬総単位数…基本サービス費+各種加算減算

※※ 介護職員処遇改善加算は区分支給限度基準額の算定対象外

【算定要件】

- ① 退職手当を除く賃金改善費用見込額>加算算定見込額の計画策定と措置
- ② ①賃金改善計画・実施期間等記載の計画書作成、全介護職員に周知、届出
- ③ 算定額に相当する賃金改善の実施
- ④ 事業年度ごとの処遇改善実績を市町村長に報告
- ⑤ 提供月の前12月間労働関係法令に違反し罰金以上の刑になっていない
- ⑥ 労働保険料の納付が適正
- ⑦ A 職責、職務内容等の要件を書面で作成、全介護職員に周知
 B 資質向上支援計画策定、研修実施、研修機会確保、能力評価、資格取得のための支援について、全介護職員に周知
 C 経験若しくは資格等に応じて昇給、または一定の基準に基づき昇給する仕組みがあり、就業規則等の書面を整備し全介護職員に周知

- ⑧ 平成 27 年 4 月から届出日の属する月の前月までに実施した処遇改善の内容（賃金改善除く）、要した費用を全介護職員に周知
- ⑨ 平成 20 年 10 月から届出日の属する月の前月までに実施した処遇改善の内容（賃金改善除く）、要した費用を全介護職員に周知
- ※参考：⑦：キャリアパス要件、⑧⑨：職場環境等要件 という。

16 介護職員等特定処遇改善加算（届出：必要）

介護職員の確保・定着につなげていくため、現行加算に加え、特定加算を創設することし、経験・技能ある介護職員に重点化しつつ、職員の更なる処遇改善という趣旨を損なわない程度において、一定程度他の職種の処遇改善も行うことができる柔軟な運用を認めることとされたものです。

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）：介護報酬総単位数※の 1.2%に相当する単位数
 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）：介護報酬総単位数※の 1.0%に相当する単位数

【算定要件】

（Ⅰ）：介護福祉士の配置等要件（サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定していること）、現行加算要件、職場環境等要件、見える化要件を満たすこと。

（Ⅱ）：現行加算要件、職場環境等要件、見える化要件を満たすこと。

※ 介護報酬総単位数…基本サービス費+各種加算減算

※※ 介護職員等特定処遇改善加算は区分支給限度基準額の算定対象外

17 介護職員等ベースアップ等支援加算（介護予防）（届出：必要）

○ 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所は、介護報酬総単位数の 1.1%の単位数を加算します。

【厚生労働大臣が定める基準】

（1）次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 介護職員その他の職員の賃金改善について、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等ベースアップ等支援加算の算定見込額を上回り、かつ、介護職員及びその他の職員のそれぞれについて賃金改善に要する費用の見込額の 3分の2以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てる賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。
- ② 賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等ベースアップ等支援計画書を作成し、全ての職員に周知し、市長に届け出ていること。
- ③ 介護職員等ベースアップ支援加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ること。
- ④ 事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市長に報告すること。
- ⑤ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定していること。
- ⑥ ②の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善に要する費用の見込額を全て

の職員に周知していること。

※※ 算定要件等詳細は共通項目「17 介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算」を参照してください。

1 定員超過利用（届出：必要）

（1）定員超過利用による減算の適用

単位ごとに、月平均の利用者数が市町村長に提出した運営規程に定められている利用定員を超えた場合は、利用者全員について所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数で算定する。

- 減算適用時期：月平均で定員を超過した単位の発生した月の翌月から解消した月まで利用者全員分について所定単位数の70%に減算

1日でも定員を超過すれば人員基準違反です。「減算にならないければよい」といった考え方で事業を運営しないようにしてください。

重要

市町村長は、定員超過利用が行われている事業所に対しては、その解消を行うよう指導すること。当該指導に従わず、定員超過利用が2月以上継続する場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討することとなっています。

なお、定員超過利用・人員基準欠如による減算適用期間中は、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔・栄養スクリーニング加算、口腔機能向上加算、サービス提供体制強化加算も算定要件を満たさなくなり、算定できません。加算の取り下げが必要（口腔・栄養スクリーニング加算は届出不要）になりますので注意してください。

2 人員基準欠如（届出：必要）

単位ごとに、人員基準に定める員数の看護職員又は介護職員を置いていない状況で行われた場合は、利用者全員について所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数で算定します。

単位ごとに、1月当たりの職員の配置が次の計算式に当てはまる場合、減算となります。

（1）人員基準欠如を計算する際の数について

- 看護職員の数は、1月間の職員の数の平均を用いる。この場合、1月間の職員の平均は、当該月のサービス提供日に配置された延べ人数を当該月のサービス提供日数で除して得た数とする。
- 介護職員等の数は、利用者数及び提供時間数から算出する勤務延時間数を用いる。この場合、1月間の勤務延時間数は、配置された職員の1月の勤務延時間数を、当該月において本来確保すべき勤務延時間数で除して得た数とする。

（2）人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合

⇒ この場合、人員基準欠如があった翌月から、人員欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について、所定単位数の70%に減算されます。

【看護職員】

$$\frac{\text{サービス提供日に配置された看護職員の延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} < 0.9$$

【介護職員】

$$\frac{\text{当該月に配置された介護職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき介護職員の勤務延時間数}} < 0.9$$

(3) 人員基準上必要とされる員数から1割の範囲内で減少した場合 (届出：必要)

⇒人員基準欠如があった翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員において所定単位数の70%に減算されます。ただし、人員欠如があった翌月の末日において人員基準を満たしている場合は、減算する必要はありません。

【看護職員】

$$0.9 \leq \frac{\text{サービス提供日に配置された看護職員の延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} < 1.0$$

【介護職員】

$$0.9 \leq \frac{\text{当該月に配置された介護職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき介護職員の勤務延時間数}} < 1.0$$

※ 届出を行わず、人員基準欠如による減算のコードにて報酬請求を行った場合、システム上エラーが生じ、報酬が支払われなくなる可能性がありますので注意してください。

ポイント

市町村長は、著しい人員基準欠如が継続する場合には、職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導することとされ、当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討することとなっています。

なお、定員超過利用・人員基準欠如による減算適用期間中は、「栄養アセスメント加算」「栄養改善加算」「口腔・栄養スクリーニング加算」「口腔機能向上加算」「サービス提供体制強化加算」も算定要件を満たさなくなり、算定できません。加算の取り下げの届出(口腔・栄養スクリーニング加算は届出不要)が必要になりますので注意してください。

3 同一建物減算 (届出：不要)

地域密着型通所介護事業所と同一建物に居住する又は地域密着型通所介護事業所と同一建物から通う利用者については、傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要な場合を除き、所定の単位数(94単位/日)を減算します。

【算定要件】

- ・ 地域密着型通所介護事業所と同一建物(※1)に居住する者又は同一建物(※1)から当該事業所に通う者に対し、指定地域密着型通所介護を行っていること。
- ・ 傷病等により、一時的に送迎が必要な利用者、その他やむを得ず送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行う場合(※2)は、減算を行わないこと。

(※1)同一建物とは・・・

⇒ 地域密着型通所介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の一階部分に地域密着型通所介護事業所等がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当します。同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しません。

また、ここでいう同一建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該地域密着型通所介護事業所の事業者（開設法人）と異なる場合であっても該当します。

(※2)例外的に減算対象とならない場合

⇒ 傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合は、例外的に減算対象となりません。具体的には、傷病により一時的に歩行困難となった者又は歩行困難な要介護者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難である者に対し、2人以上の従業者が、当該利用者の居住する場所と当該指定通所介護事業所との往復の移動を介助した場合に限られます。ただし、この場合、2人以上の従業者による移動介助を必要とする理由や移動介助の方法及び期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で慎重に検討し、その内容及び結果について地域密着型通所介護計画に記載し、移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等について、記録しなければなりません。

4 送迎減算（届出：不要）

利用者に対して、事業者が居宅と指定地域密着型通所介護事業所との間の送迎を行わない場合（利用者が自ら通う場合、利用者の家族等が送迎を行う場合等）は、片道につき47単位の減算となります。

また、地域密着型通所介護事業所等の利用者が宿泊サービスを受ける場合についても、送迎減算を算定します。

（例）利用者が通所介護と連続して「2泊3日」で宿泊サービスの提供を受けた場合

- 1日目は「事業所から居宅への送りがない」ことから、片道47単位の減算が適用されません。
- 2日目は「事業所～居宅間で送迎どちらもない」ことから、往復94単位の減算が適用されます。
- 3日目は「事業所から居宅への迎えがない」ことから、片道47単位の減算が適用されません。

※「平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 2)」(平成 27 年 4 月 30 日)より

(問 5) 指定通所介護事業所等の設備を利用した夜間及び深夜の指定通所介護等以外のサービス(宿泊サービス)を連続して利用する場合に、初日と最終日を除き、行き帰りの送迎を実施しないことになるが、送迎減算(47 単位×2)と同一建物減算(94 単位)のどちらが適用されるのか。

(答) 同一建物減算(94 単位)については、事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通う者について適用するものであるため、当該事案は送迎減算(47 単位×2)が適用される。

なお、初日と最終日についても片道の送迎を実施していないことから、送迎減算(47 単位)が適用される。

ポイント

- 「同一建物に居住する者又は同一建物から指定通所介護事業所に通う者に係る減算」の対象となっている場合には、当該減算の対象とはなりません。
- 事業所の職員が徒歩で利用者の送迎を実施した場合には、車両による送迎ではないが、送迎を行わない場合の減算対象にはなりません。

指導事例

- ① 介護保険の利用者のほか自費の利用者も受け入れている事業所で、自費利用者も含めた利用者数の合計が利用定員を超過しており、定員超過による減算(過誤調整)となった。
- ② イベントの開催日に定員を超過していた。
- ③ 看護師の人員欠如減算が必要となる事業所で、減算の届出を行っていなかった。
- ④ 宿泊サービスを利用している利用者に、送迎減算をしていなかった。
- ⑤ 同一建物の定義を、有料老人ホーム等の施設で20名以上と認識していたため、事業所と同一建物の住居から通所する利用者を減算しなかった。

1 指針の遵守について

宿泊サービスの最低限の質を担保するという観点から、平成 27 年 4 月 30 日に厚生労働省から「指定通所介護事業所等の設備を利用し、夜間及び深夜に指定通所介護等以外のサービスを提供する場合の事業の人員、設備及び運営に関する指針」が示され、宿泊サービスを提供する場合の届出が必要とされていますのでご注意ください。

「指定通所介護事業所等の設備を利用し、夜間及び深夜に指定通所介護等以外のサービスを提供する場合の事業の人員、設備及び運営に関する指針」

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc1016&dataType=1&pageNo=1

2 宿泊サービスの定義

この指針において、「宿泊サービス」とは、指定地域密着型通所介護事業者が当該事業所の営業時間外に、その設備を利用し、当該事業者の利用者に対し、排せつ、食事等の必要な介護などの日常生活上の世話を夜間及び深夜に提供するサービスです。

この指針において、「利用者」とは、指定通所介護事業所等を利用している者であって、当該指定通所介護事業所等が提供する宿泊サービスを利用する者をいいます。

3 宿泊サービスの提供

(1) 宿泊サービス事業者は、利用者の心身の状況により、若しくは利用者の家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、又は利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減等を図るために、一時的に居宅において日常生活を営むのに支障がある者を対象に、宿泊サービスを提供するものです。

(2) 宿泊サービス事業者は、(1)の趣旨に鑑み、緊急時又は短期的な利用に限って、宿泊サービスを提供してください。

なお、利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等のやむを得ない事情により連続した利用が予定される場合においては、指定居宅介護支援事業者等と密接に連携を図った上で、他の介護保険サービス等への変更も含め、利用者の心身の状況や利用者の家族の事情等に応じたサービス提供を検討することが必要です。

4 宿泊サービス計画書の作成について

宿泊サービス事業者は、宿泊サービスを概ね4日以上連続して利用することが予定されている利用者については、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境等を踏まえて、利用者が利用する指定通所介護事業所等におけるサービスとの継続性に配慮して、当該利用者の指定居宅介護支援事業者等と連携を図った上、具体的なサービスの内容等を記載した宿泊サービス計画を作成することが必要です。

なお、4日未満の利用であっても反復的、継続的に利用することが予定されている利用者については、宿泊サービス計画を作成し宿泊サービスを提供します。

計画の作成に当たっては、居宅サービス計画等に沿って作成し、宿泊サービスの利用が長期間とならないよう、居宅介護支援事業者等と密接に連携を図るとともに、その内容について、利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、作成した計

画を利用者に交付することが必要です。

宿泊サービスの作成にあたっては、提供期間・達成目標・必要性等を明記し、適切に評価してください。

また、宿泊サービス事業者は、介護支援専門員と連携し、利用者の心身の状況等の把握に努め、利用者の尊厳の保持及び安全確保の徹底を図るとともに、利用者の心身の状況等に応じた適切なサービスが提供されるように必要な支援を行ってください。

注意

- 宿泊サービス事業所は利用者の居宅とみなすことはできないため、訪問看護や福祉用具貸与等の居宅サービスを利用することができません。
- 利用者が必要とするサービスの提供が困難であると判断した場合は、介護支援専門員と連携し、サービスの変更等の必要な措置を速やかに講じてください。

5 設備に関する指針

(1) 利用定員

宿泊サービス事業所の利用定員は、当該指定通所介護事業所等の運営規程に定める利用定員の2分の1以下かつ9人以下としてください。

(2) 宿泊室

ア 宿泊室の定員は、1室あたり1人とすること。ただし、利用者の希望等により処遇上必要と認められる場合は、2人とすることができます。

イ 宿泊室の床面積は、1室あたり7.43平方メートル以上です。

ウ ア及びイを満たす宿泊室(以下「個室」という。)以外の宿泊室を設ける場合、個室以外の宿泊室の定員は、1室あたり4人以下としてください。

エ 個室以外の宿泊室の面積を合計した面積は、7.43平方メートルに宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数を乗じて得た面積以上とするものとし、その構造は利用者のプライバシーが確保されたものでなければなりません。なお、プライバシーが確保されたものとは、例えば、パーテーションや家具などにより利用者同士の視線の遮断が確保されるものである必要がありますが、壁やふすまのような建具まで要するものではありません。ただし、カーテンはプライバシーが確保されたものとは考えにくいことから認められません。

また、利用者の希望等により処遇上必要と認められる場合を除き、男女が同室で宿泊することがないように配慮が必要です。

6 事故報告書の提出について

宿泊サービス事業者は、宿泊サービスの提供中に事故が発生した場合、速やかに事故報告書を市町村に提出する必要があります。

また、宿泊サービス提供中に火災等の重大事故が発生していることを踏まえ、利用者の安全確保の観点から、事故報告書提出とともに、再発防止の取り組みを実践してください。

利用者に対する宿泊サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行ってください。

7 事業開始にあたっての届出について

宿泊サービスの事業の開始にあたり、「指定通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する届出書」を提出する必要があります。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（通所系）

氏名： 殿				サービス開始日： 年 月 日
				初回作成日： 年 月 日
作成者：	リハ	栄養	口腔	作成（変更）日： 年 月 日
利用者及び家族の意向				説明日 年 月 日
				説明者

	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養	口腔
解決すべき課題 (ニーズ)		低栄養状態のリスク (□低 □中 □高)	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 (□口臭、□歯の汚れ、 □義歯の汚れ、□舌苔) <input type="checkbox"/> 口腔機能の状態 (□食べこぼし、□舌の動きが悪い、 □むせ、□痰がらみ、□口腔乾燥) <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 () 【記入者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
長期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)		<input type="checkbox"/> 口腔衛生 (□維持、□改善 ()) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 (□維持、□改善 ()) <input type="checkbox"/> 食形態 (□維持、□改善 ()) <input type="checkbox"/> 音声・言語機能 (□維持、□改善 ()) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他 () 【計画立案者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
短期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)		<input type="checkbox"/> その他 () 【計画立案者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
具体的なケア内容	担当職種： 、期間： 、 頻度：週 回、時間： 分/回	担当職種： 、期間： 、頻度：週 回	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 () 【サービス提供者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士

算定加算	<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ
	<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ
	<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (I) <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (II)
	<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算 <input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算 <input type="checkbox"/> 栄養改善加算
	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算 (I) <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算 (II)

別紙様式 1 - 4

【個別機能訓練アセスメントシート】

作成日：令和 年 月 日		前回作成日：令和 年 月 日		初回作成日：令和 年 月 日	
ふりがな 氏名	性別	大正 / 昭和		要介護度	計画作成者： 職種：
		年 月 日生（ 歳）			
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	

I 利用者の基本情報

利用者本人の社会参加の状況	利用者の居宅の環境（環境因子）
---------------	-----------------

健康状態・経過

病名	発症日・受傷日： 年 月 日	直近の入院日： 年 月 日	直近の退院日： 年 月 日
治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）			
合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等）			
機能訓練実施上の留意事項（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）			

利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること	特記事項
-----------------------------	------

III 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練の実施による変化	個別機能訓練実施における課題とその要因
----------------	---------------------

※個別機能訓練の実施結果等をふまえ、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更等を行った場合は、個別機能訓練計画書の再作成又は更新等を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に係る最新の情報が把握できるようにすること。初回作成時にはIIIについては記載不要である。

別紙様式 1 - 6

口腔機能向上加算の実施記録

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生まれ 歳
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取(<input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (<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))、 <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> 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 実施記録

実施年月日	令和 年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
その他（ ）	<input type="checkbox"/> 実施

2 その他特記事項

--

興味・関心チェックシート

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

生活機能チェックシート

利用者氏名		生年月日	年 月 日	男・女
評価日	令和 年 月 日 ()	:	～ :	要介護度
評価スタッフ		職種		

	項目	レベル	課題	環境 (実施場所・補助具等)	状況・生活課題
ADL	食事	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	椅子とベッド 間の移乗	・自立 (15) ・監視下 (10) ・座れるが移れない (5) ・全介助 (5)	有・無		
	整容	・自立 (5) ・一部介助 (0) ・全介助 (0)	有・無		
	トイレ動作	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	入浴	・自立 (5) ・一部介助 (0) ・全介助 (0)	有・無		
	平地歩行	・自立 (15) ・歩行器等 (10) ・車椅子操作が可能 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	階段昇降	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	更衣	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	排便 コントロール	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	排尿 コントロール	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
I ADL	調理	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	洗濯	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	掃除	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	項目	レベル	課題	状況・生活課題	
起居動作	寝返り	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	起き上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	座位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立ち上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		

【個別機能訓練計画書】

作成日：令和 年 月 日		前回作成日：令和 年 月 日		初回作成日：令和 年 月 日	
ふりがな 氏名	性別	大正 / 昭和 年 月 日生 (歳)		要介護度	計画作成者： 職種：
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		

I 利用者の基本情報 ※別紙様式 3 - 1・別紙様式 3 - 2 を別途活用すること。

利用者本人の希望	家族の希望
利用者本人の社会参加の状況	利用者の居宅の環境（環境因子）

健康状態・経過

病名	発症日・受傷日： 年 月 日	直近の入院日： 年 月 日	直近の退院日： 年 月 日
治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）			
合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等）			
機能訓練実施上の留意事項（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）			

※①～⑥に加えて、介護支援専門員から、居宅サービス計画上の利用者本人等の意向、総合的な支援方針等について確認すること。

II 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練の目標

機能訓練の短期目標（今後 3 ヶ月） （機能） （活動） （参加）	目標達成度（達成・一部・未達）	機能訓練の長期目標 （機能） （活動） （参加）	目標達成度（達成・一部・未達）
--	-----------------	---	-----------------

※目標設定方法の詳細や生活機能の構成要素の考え方は、通知本体を参照のこと。 ※目標達成の目安となる期間についてもあわせて記載すること。
※短期目標（長期目標を達成するために必要な行為）は、個別機能訓練計画書の訓練実施期間内に達成を目指す項目のみを記載することとして差し支えない。

個別機能訓練項目

プログラム内容(何を目的に(～のために)～する)		留意点	頻度	時間	主な実施者
①			週 回	分	
②			週 回	分	
③			週 回	分	
④			週 回	分	

※短期目標で設定した目標を達成するために必要な行為に対応するよう、訓練項目を具体的に設定すること。

プログラム立案者：

利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること	特記事項
-----------------------------	------

III 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練の実施による変化	個別機能訓練実施における課題とその要因
----------------	---------------------

※個別機能訓練の実施結果等をふまえ、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更等を行った場合は、個別機能訓練計画書の再作成又は更新を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に係る最新の情報が把握できるようにすること。初回作成時にはIIIについては記載不要である。

(地域密着型) 通所介護 ○○○ 事業所No. 000000000 住所○○○ 電話番号○○○	説明日： 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 説明者：
--	-----------------------------

【個別機能訓練計画書】（記載例）

作成日：令和〇年11月3日	前回作成日：令和〇年8月8日	初回作成日：令和〇年8月8日	
ふりがな 性別 氏名 個別 太郎	大正 / 昭和 △年4月2日生(82歳)	要介護度 要介護1	計画作成者：〇〇〇〇 職種：理学療法士（機能訓練指導員）
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2(A1)A2 B1 B2 C1 C2		認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I (IIa) IIb IIIa IIIb IV M	

I 利用者の基本情報 ※別紙様式3-1・別紙様式3-2を別途活用すること。

利用者本人の希望 近所（スーパーマーケット）に買い物に行きたい。	家族の希望 以前のように元気に過ごしてほしい。家事などがまたできるようになるとよい。
利用者本人の社会参加の状況 自宅で簡単な調理の手伝い。元々家事や買い物等を積極的におこなっていた。	利用者の居宅の環境（環境因子） 娘夫婦との3人暮らし。自宅内では伝い歩き。入浴は介助を要すが、トイレは自立。屋外歩行は見守りが必要。

健康状態・経過

病名 アルツハイマー型認知症 発症日・受傷日：〇年1月14日ごろ 直近の入院日：年月日 直近の退院日：年月日
治療経過（手術がある場合は手術日・術式等） 昨年末から物忘れの症状が出現し、〇年1月にアルツハイマー型認知症と診断された。現在、内服加療中。 最近、外に出る機会が乏しく、家に閉じこもりがちになってきている。
合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等） 高血圧症（内服加療中）
機能訓練実施上の留意事項（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等） 血圧上昇時には運動を控えること。

※①～⑥に加えて、介護支援専門員から、居宅サービス計画上の利用者本人等の意向、総合的な支援方針等について確認すること。

II 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練の目標

機能訓練の短期目標（今後3ヶ月） 目標達成度（達成〇部・未達） （機能） 下肢筋力・耐久性の向上 認知機能低下に対する対応（メモ等の代償的手段の活用など） （活動） 屋外歩行が見守りで20分程度実施できる （参加） 家族と家の周りの散歩を楽しめる。	機能訓練の長期目標 目標達成度（達成〇部・未達） （機能） 下肢筋力・耐久性の向上 認知機能低下に対する対応（メモ等の代償的手段の活用など） （活動） 屋外歩行を見守りで1時間程度実施できる （参加） スーパーで買い物ができる。自分で買った食材を使って料理ができる。
---	--

※目標設定方法の詳細や生活機能の構成要素の考え方は、通知本体を参照のこと。 ※目標達成の目安となる期間についてもあわせて記載すること。
※短期目標（長期目標を達成するために必要な行為）は、個別機能訓練計画書の訓練実施期間内に達成を目指す項目のみを記載することとして差し支えない。

個別機能訓練項目

プログラム内容(何を目的に(～のために)～する)		留意点	頻度	時間	主な実施者
①	下肢と体幹の筋力増強訓練 (歩行能力向上のため)	高血圧に留意	週2回	10分	理学療法士 (機能訓練指導員)
②	歩行訓練(屋内、屋外) (近所への買い物ができるようになるため) (歩行補助具もあわせて選定)	高血圧と転倒に留意	週2回	10分	理学療法士 (機能訓練指導員)
③	認知機能低下に対する対応訓練 (買い物や調理をメモを見ながら実施できるように) (買い物リストの作成も)	自尊心に配慮	週2回	10分	理学療法士 (機能訓練指導員)
④	買い物訓練 (模擬的にあるいは実際にスーパーなどへ買い物に行く)	高血圧と転倒に留意	週1回	20分	理学療法士 (機能訓練指導員)

※短期目標で設定した目標を達成するために必要な行為に対応するよう、訓練項目を具体的に設定すること。

プログラム立案者：〇〇

利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること ・ご家族に認知症の症状と対応方法を伝達するとともに共有（症状や対応方法について）	特記事項 ・ご本人はもともと活発的な方
---	------------------------

III 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練の実施による変化 前回（初回）計画作成時と比べ、屋外で10分程度見守りで歩行できるようになってきています。メモも少し活用可能。	個別機能訓練実施における課題とその要因 長時間の歩行はまだ難しいです。メモの活用も少しずつ着してきているが継続が必要。
--	--

※個別機能訓練の実施結果等をふまえ、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更等を行った場合は、個別機能訓練計画書の再作成又は更新等を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に係る最新の情報が把握できるようにすること。初回作成時にはIIIについては記載不要である。

（地域密着型）通所介護 〇〇〇 事業所No. 000000000 住所〇〇〇 電話番号〇〇〇	説明日： 令和〇年11月5日 説明者： 〇〇〇〇
---	-----------------------------

【(地域密着型) 通所介護計画書】

作成日： 年 月 日	前回作成日： 年 月 日	初回作成日： 年 月 日
ふりがな 氏名	性別	大正 / 昭和 年 月 日生 歳
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		要介護度
計画作成者：		職種：
認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		

I 利用者の基本情報

通所介護利用までの経緯(活動歴や病歴)	
利用者本人の希望	家族の希望
利用者本人の社会参加の状況	
利用者の居宅の環境 (利用者の居宅での生活状況をふまえ、特によく使用する場所・使用したいと考えている場所の環境を記入) ★	
健康状態(病名、合併症(心疾患、吸器疾患等)、服薬状況等)★	ケアの上での医学的リスク(血圧、転倒、嚥下障害等)・留意事項★

II サービス利用目標・サービス提供内容の設定

利用目標			
長期目標	設定日 年 月		目標達成度 達成・一部・未達
	達成予定日 年 月		
短期目標	設定日 年 月		目標達成度 達成・一部・未達
	達成予定日 年 月		

サービス提供内容 (※)						
	目的とケアの提供方針・内容	評価			迎え (有・無)	
		実施	達成	効果、満足度など	送り (有・無)	
①	月 日 ~ 月 日	実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			
②	月 日 ~ 月 日	実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			
③	月 日 ~ 月 日	実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			
④	月 日 ~ 月 日	実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			
⑤	月 日 ~ 月 日	実施	達成			送り (有・無)
		一部	一部			
		未実施	未実施			

特記事項	※サービス提供内容の設定にあたっては、長期目標・短期目標として設定した目標を達成するために必要なプログラムとなるよう、具体的に設定すること。 ※入浴介助加算(II)を算定する場合は、★が記載された欄等において必要な情報を記入すること。
実施後の変化(総括) 再評価日： 年 月 日	
利用者・家族に対する本計画の説明者及び同意日	
説明者	説明・同意日
	年 月 日

(地域密着型) 通所介護 ○○○ 事業所No. 000000000	〒000-0000 住所：○○県○○市○○ 00-00	管理者：
	Tel. 000-000-0000/Fax. 000-000-0000	

【(地域密着型) 通所介護計画書】 (記載例)

作成日： 令和〇年11月3日	前回作成日： 令和〇年10月3日	初回作成日： 令和〇年8月8日
ふりがな 氏名 こべつ たろう 個別 太郎	性別 大正 / (昭和) △年4月2日生 82歳	要介護度 要介護1
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 (A1) A2 B1 B2 C1 C2		認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I (IIa) IIb IIIa IIIb IV M
計画作成者：〇〇 〇〇		職種：理学療法士 (機能訓練指導員)

I 利用者の基本情報

通所介護利用までの経緯(活動歴や病歴)
 昨年末から物忘れの症状が出現し、〇年1月にアルツハイマー型認知症と診断された。最近、外に出る機会が乏しく、家に閉じこもりがちであり、家事を行う回数も少なくなっている。

利用者本人の希望
 自宅での生活を続けたい。自宅のお風呂に入れるようになりたい。デイサービスではお風呂に入る練習をしたり、他の利用者と話をしたい。買い物が好きなので、近所に買い物に行けるようになりたい。

家族の希望
 本人が希望する限りは、自宅と一緒に暮らし続けたい。以前のように元気で過ごしてほしい。ハリのある生活をするため、家事などがまたできるようになってほしい。

利用者本人の社会参加の状況
 自宅では簡単な調理の手伝いをしている。(元々家事や買い物等を積極的に行っていた。手先が器用で工作や習字、絵を描くことが得意。) 社交的な性格で、顔なじみの近所の人と話をすることを楽しみにしている。

利用者の居宅の環境 (利用者の居宅での生活状況をふまえ、特によく使用する場所・使用したいと考えている場所の環境を記入) ★
 ・居宅は2階建ての一軒家。利用者の居室や浴室は1階にあり、2階にあがることはほとんどない。玄関、廊下、居室内には手すりがある。
 ・浴室環境は利用者の心身の状況からみて使用上の問題はなし。
 (床は段差なし、滑り止め加工あり。浴槽の高さは50センチ。バスボードと入浴用椅子の配置あり。別添写真参照。)

健康状態(病名、合併症(心疾患、吸器疾患等)、服薬状況等)★
 ・アルツハイマー型認知症 (ドネペジル5mg/1X朝を内服中)
 ・高血圧症 (アムロジピン5mg/1X朝を内服中)

ケアの上での医学的リスク(血圧、転倒、嚥下障害等)・留意事項★
 ・血圧上昇時には運動を控えること。

II サービス利用目標・サービス提供内容の設定

利用目標			
長期目標	設定日 〇年 8月 達成予定日 △年 2月	・自宅での生活を継続する。 ・近所のスーパーで買い物ができるようになる。	目標達成度 達成・(一部)・未達
短期目標	設定日 〇年 11月 達成予定日 △年 2月	・他の利用者とのコミュニケーションを図る。 ・スーパーで買い物ができるようになるために心身機能を回復する。	目標達成度 達成・(一部)・未達

サービス提供内容 (※)

目的とケアの提供方針・内容	評価		迎え (有・無)
	実施	達成	
① 11月 4日 ~ 月 日 入浴 (自宅で入浴ができるよう、自宅の浴室環境をふまえ、福祉用具を選定し入浴動作を練習する)	(実施) 一部	達成 (一部)	プログラム (1日の流れ) (予定時間) (サービス内容)
	未実施	未実施	
	未実施	未実施	
② 11月 4日 ~ 月 日 昼食 (自身でメニューを選び、配膳・下膳を行う (食事介助なし))	(実施) 一部	達成 (一部)	10時00分 サービス開始 10時30分 入浴 12時00分 昼食
	未実施	未実施	
	未実施	未実施	
③ 11月 4日 ~ 月 日 個別機能訓練 (個別機能訓練計画書を参照)	実施 一部	達成 一部	13時30分 個別機能訓練 15時00分 レクリエーション
	未実施	未実施	
	未実施	未実施	
④ 11月 4日 ~ 月 日 レクリエーション (他の利用者との会話を楽しむ。習字や合唱のプログラムに参加する)	(実施) 一部	達成 (一部)	16時00分 サービス終了 送り (有・無)
	未実施	未実施	
	未実施	未実施	
⑤ 月 日 ~ 月 日	実施 一部	達成 一部	
	未実施	未実施	
	未実施	未実施	

特記事項
 利用者はもともと活発な方であり、機能訓練やレクリエーションに積極的に参加したいと考えている。

実施後の変化(総括) 再評価日： 令和〇年 11月 3日
 デイサービスに通い始めてから3か月が経過し、デイサービスの環境にも慣れてきている様子。機能訓練やレクリエーションにも積極的に参加しており、効果も現れてきている。自宅で生活し続けられるよう、心身の状態を確認し、事業所内ではできる限り自身の残存能力を活かして行動するよう促すとともに、自身の力での対応が難しい場合は介助を行っていく。

※サービス提供内容の設定にあたっては、長期目標・短期目標として設定した目標を達成するために必要なプログラムとなるよう、具体的に設定すること。
 ※入浴介助加算(II)を算定する場合は、★が記載された欄等において必要な情報を記入すること。

利用者・家族に対する本計画の説明者及び同意日	
説明者	説明・同意日
〇〇 〇〇	〇年 11月 5日

(地域密着型) 通所介護 〇〇〇 事業所No. 000000000	〒000-0000 住所：〇〇県〇〇市〇〇 00-00	管理者：
	Tel. 000-000-0000/Fax. 000-000-0000	

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (通所・居宅) (様式例)

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
氏名		要介護度		病名・特記事項等		記入者名	
利用者				食事の準備状況 (調理、食事の支度、地域特性等)		作成年月日	年 月 日
家族の意向						家族構成とキーパーソン (支援者)	本人

(以下は、入所 (入院) 者個々の状態に応じて作成。)

実施日 (記入者名)	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()
プロセス	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹
低栄養状態のリスクレベル	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
身長	cm	cm	cm	cm
体重 / BMI	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
血清アルブミン値	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口
その他				
栄養補給の状態				
食事摂取量 (割合)	%	%	%	%
主食の摂取量 (割合)	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
主菜、副菜の摂取量 (割合)	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %
その他 (補助食品など)				
摂取栄養量: エネルギー・たんぱく質 (現体重当たり)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
提供栄養量: エネルギー・たんぱく質 (現体重当たり)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
必要栄養量: エネルギー・たんぱく質 (現体重当たり)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
摂下調整食の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
食事の形態 (コード)	(コード: ★フルダウン ²)	(コード: ★フルダウン ²)	(コード: ★フルダウン ²)	(コード: ★フルダウン ²)
とろみ	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
本人の意欲	★フルダウン ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³
食欲・食事の満足感	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴
食事に対する意識	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴
口腔関係	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下
安定した正しい姿勢が自分で取れない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事に集中することができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事中に傾眠や意識混濁がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歯 (義歯) のない状態で食事をしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食べ物を口腔内に溜め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
舌形の食べ物を咥しゃく中にむせる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水分でむせる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事中、食後に咳をすることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他・気が付いた点				
褥瘡・生活機能関係	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (再掲) <input type="checkbox"/> 生活機能低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (再掲) <input type="checkbox"/> 生活機能低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (再掲) <input type="checkbox"/> 生活機能低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (再掲) <input type="checkbox"/> 生活機能低下
消化器関係	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘
水分関係	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水
代謝関係	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱
心理・精神・認知症関係	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症
医薬品	<input type="checkbox"/> 薬の影響	<input type="checkbox"/> 薬の影響	<input type="checkbox"/> 薬の影響	<input type="checkbox"/> 薬の影響
特記事項				
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	<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	<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	<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
サービス継続の必要性 (注) 栄養改善加算算定の場合	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

- ★フルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★フルダウン² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の摂下調整食コード分類 (4、3、2-2、2-1、1j、0t、0j)
- ★フルダウン³ 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
- ★フルダウン⁴ 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

注1) スクリーニングにおいては、把握可能な項目 (BMI、体重減少率、血清アルブミン値 (検査値がわかる場合に記入) 等) により、低栄養状態のリスクを把握する。
注2) 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

<低栄養状態のリスクの判断>

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。
BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

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

栄養ケア計画書 (通所・居宅) (様式例)

氏名： 殿	初回作成日： 年 月 日
	作成(変更)日： 年 月 日
	作成者：
医師の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要点) 指示日 (/)
利用者及び家族の意向	説明日 年 月 日
解決すべき課題 (ニーズ)	低栄養状態のリスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
長期目標と期間	

分類	短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容 (頻度、期間)	担当者
★ プル ダウン ※			
特記事項			

※①栄養補給・食事、②栄養食事相談、③多職種による課題の解決など

栄養ケア提供経過記録

月 日	サービス提供項目

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	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	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) ※ ¹	(cm)	(cm)
	体重 (kg)	(kg)	(kg)
	BMI (kg/ m ²) ※ ¹ 18.5未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ m ²)
	直近1～6か月間における 3%以上の体重減少※ ²	<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※ ²	<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) ※ ³ 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※ ³	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)
特記事項 (医師、管理栄養士等への 連携の必要性等)			

※1 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

※2 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない。(初回は評価不要)

※3 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

(参考) 口腔スクリーニング項目について

「硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる」

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

「入れ歯を使っている」

入れ歯があわないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでてきます。また、歯が少ないけれども入れ歯を使っていない場合には、口腔の問題だけでなく認知症や転倒のリスクが高まります。

「むせやすい」

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

(参考) 低栄養状態のリスク分類について

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

BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)
身長147cm、体重38kgの利用者の場合、
 $38(\text{kg}) \div 1.47(\text{m}) \div 1.47(\text{m}) = 17.6$

別紙様式 8

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生まれ 歳
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (<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)) <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> 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 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

		令和 年 月 日	
		記入者：	
		<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	
口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 口臭	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	<input type="checkbox"/> 歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	<input type="checkbox"/> 義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	<input type="checkbox"/> 舌苔	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
口腔機能の状態	<input type="checkbox"/> 食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	<input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	<input type="checkbox"/> むせ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	<input type="checkbox"/> 痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	<input type="checkbox"/> 口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 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 口腔機能改善管理計画

作成日：令和 年 月 日

計画立案者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
目標	<input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <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"/> 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"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）

3 実施記録

実施年月日	令和 年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
その他（ ）	<input type="checkbox"/> 実施

4 その他特記事項

--