

○ 加算の届出

問 249 加算等に係る届出については、毎月15日（今年3月は25日）までに行わなければ翌月から算定できないが、報酬改定の影響により届出が間に合わなかった場合の特例はないのか。

(答)

4月1日から加算等の対象となるサービス提供が適切になされているにもかかわらず、届出が間に合わないといった場合については、4月中に届出が受理された場合に限り、受理された時点で、ケアプランを見直し、見直し後のプランに対して、利用者の同意が得られれば、4月1日にさかのぼって、加算を算定できることとする取り扱いとなる。

なお、混乱を避けるため、その場合であっても、事業者は利用者に対し、ケアプランが事後的に変更され、加算がさかのぼって算定される可能性があることを、あらかじめ説明しておくことが望ましい。

問 250 介護給付費算定に係る体制状況一覧における介護職員処遇改善加算は、期日までに提出は必要か。また、必要な添付書類はなにか。

(答)

介護職員処遇改善加算については、平成24年当初の特例を設けており、介護職員処遇改善交付金を受けている事業所については、加算を算定する事業所とみなすため、介護給付費算定に係る体制状況一覧における介護職員処遇改善加算の部分については、記載を省略しても差し支えない。

また、介護給付費算定に係る体制状況一覧における介護職員処遇改善加算に関する添付書類については、介護職員処遇改善計画書等の届出を持って添付書類とすることとし、介護職員処遇改善計画書を複数事業所でまとめて作成している場合についても、それぞれの事業所ごとに資料を添付する必要はない。

問 251 地域区分については、該当する市町村に存在するすべての事業所について変更となりますが、届出は必要ありますか。

(答)

介護給付費算定に係る体制状況一覧については、その内容に変更がある場合は届出が必要になるが、地域区分については該当する地域に所在する事業所全てが変更になるもののため、指定権者において対応可能であれば届け出は必要ない。

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局老人保健課ほか

介護保険最新情報

今回の内容

平成24年度介護報酬改定に関する
Q&A（Vol.2）について

計23枚（本紙を除く）

Vol.273

平成24年3月30日

厚生労働省老健局老人保健課ほか

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（企画法令係・内線3949）
FAX：03-3595-4010 （振興課法令係・内線3937）

【通所系サービス関係共通事項】

○ サービスの提供時間

問 9 所要時間区分（5時間以上7時間未満、7時間以上9時間未満等）は、あらかじめ事業所が確定させておかなければならないのか。

(答)

各利用者の通所サービスの所要時間は、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成される通所サービス計画に位置づけられた内容によって個別に決まるものであり、各利用者の所要時間に応じた区分で請求することとなる。運営規程や重要事項説明書に定める事業所におけるサービス提供時間は、これらを踏まえて適正に設定する必要がある。

【通所介護・通所リハビリテーション共通事項】

○ 事業所規模区分

問 10 事業所規模による区分について、前年度の1月あたりの平均利用延人員数により算定すべき通所サービス費を区分しているが、具体的な計算方法如何。

(答)

以下の手順・方法に従って算出すること。

- ① 各月（暦月）ごとに利用延人員数を算出する。
- ② 毎日事業を実施した月においては、当該月の利用延人員数にのみ七分の六を乗じる（小数点第三位を四捨五入）。
- ③ ②で算出した各月（暦月）ごとの利用延人員数を合算する。
- ④ ③で合算した利用延人員数を、通所サービス費を算定している月数で割る。

※ ②を除き、計算の過程で発生した小数点の端数処理は行わないこと。

[具体例] 6月から10月まで毎日営業した事業所の利用延人員数の合計

| | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 計 |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 延べ人数 | 305.00 | 310.50 | 340.75 | 345.50 | 339.25 | 345.50 | 350.75 | 309.50 | 300.75 | 310.50 | 301.00 | - |
| ×6/7 | - | - | 292.07 | 296.14 | 290.79 | 296.14 | 300.64 | - | - | - | - | - |
| 最終人数 | 305.00 | 310.50 | 292.07 | 296.14 | 290.79 | 296.14 | 300.64 | 309.50 | 300.75 | 310.50 | 301.00 | 3313.03 |

→ 利用延べ人数（4月～2月）…3313.03人

平均利用延人員数 = 3313.03人 ÷ 11ヶ月 = 301.184…人

【通所介護・認知症対応型通所介護共通事項】

○ 人員配置

問 11 人員配置の計算の基となる「提供時間数」については、通所サービス計画上の所要時間に基づく配置となるのか、それとも実績に基づく配置となるのか。

(答)

通所サービス計画上の所要時間に基づき配置する。

問 12 通所介護事業所の生活相談員がサービス担当者会議に出席するための時間については確保すべき勤務延時間数に含めることができるか。

(答)

通所介護事業所の生活相談員がサービス担当者会議に出席するための時間については、確保すべき勤務延時間数に含めて差し支えない。

認知症対応型通所介護についても同様の取扱いとなる。

【通所介護】

○ 個別機能訓練

問 13 平成 24 年度介護報酬改定において新設された個別機能訓練加算Ⅱは例えばどのような場合に算定するのか。

(答)

新設された個別機能訓練加算Ⅱは、利用者の自立支援を促進するという観点から、利用者個別の心身の状況を重視した機能訓練（生活機能の向上を目的とした訓練）の実施を評価するものである。

例えば「1人で入浴する」という目標を設定する場合、利用者に対して適切なアセスメントを行いADL（IADL）の状況を把握の上、最終目標を立て、また、最終目標を達成するためのわかりやすい段階的な目標を設定することが望ましい（例：1月目は浴室への移動及び脱衣、2月目は温度調整及び浴室内への移動、3月目は洗身・洗髪）。訓練内容については、浴室への安全な移動、着脱衣、湯はり（温度調節）、浴槽への安全な移動、洗体・洗髪・すすぎ等が想定され、その方法としては利用者個々の状況に応じて事業所内の浴室設備を用いるなど実践的な訓練を反復的に行うこととなる。また、実践的な訓練と併せて、上記入浴動作を実施するために必要な訓練（柔軟体操、立位・座位訓練、歩行訓練等）を、5人程度の小集団で実施することは差し支えない。

○ 特別養護老人ホームへの転換（※今回の報酬改定以外）

問 40 療養病床を有する医療法人が、転換に際して新たに社会福祉法人を立ち上げて特別養護老人ホームに転換する場合、基準省令附則第 13 条に基づく転換に該当するか。

(答)

該当する。

【介護職員処遇改善加算】

問 41 加算算定時に 1 単位未満の端数が生じた場合、どのように取り扱うのか。また同様に、利用者負担の 1 円未満はどのように取り扱うのか。

(答)

通常の介護報酬における単位の計算と同等に、一単位未満の端数を四捨五入し、現行の他の加算と同様になる。また、利用者負担についても現行の他の加算と同様に、介護職員処遇改善加算額から保険請求額等を減じた額となる。

※ なお、保険請求額は、1 円未満の端数切り捨てにより算定する。

※ 平成 24 年 Q&A(vol.1)（平成 24 年 3 月 16 日）問 248 は削除する。

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局老人保健課ほか

介護保険最新情報

今回の内容

平成24年度介護報酬改定に関するQ&A（vol. 3）

（平成24年4月25日）について

計8枚（本紙を除く）

Vol.284

平成24年4月25日

厚生労働省老健局老人保健課ほか

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしくお願ひいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（企画法令係・内線3949）
FAX：03-3595-4010

【介護保険 3 施設共通】

○ 口腔機能維持管理加算

問 11 口腔機能維持管理加算は、歯科衛生士による口腔ケアが月 4 回以上実施されている場合に算定できるが、同一日の午前と午後それぞれ口腔ケアを行った場合は 2 回分の実施とするのか。

(答)

同一日の午前と午後それぞれ口腔ケアを行った場合は、1 回分の実施となる。

【介護職員処遇改善加算】

○ 区分支給限度基準額との関係

問 12 介護報酬総単位数が区分支給限度基準額を超えた場合、介護職員処遇改善加算はどのように算定するのか。

(答)

介護職員処遇改善加算は、サービス別の介護報酬総単位数にサービス別の加算率を乗じて算出する。

その上で、利用者負担を算出する際には、まず介護報酬総単位数が区分支給限度基準額を超えているか否かを確認した上で超えている場合には、超過分と当該超過分に係る加算は保険給付の対象外となる。

問 13 複数のサービスを利用し、区分支給限度基準額を超えた場合、どのサービスを区分支給限度基準額超過の取扱いとするのか。また、それは誰がどのように判断するのか。

(答)

これまでの取扱いと同様に、いずれのサービスを区分支給限度基準額超過の取扱いとしても構わない。また、ケアプラン作成時に、ケアマネジャーがどのサービスを区分支給限度基準額超過とするかについて判断する。

○ 賃金改善実施期間

問 14 賃金改善実施期間は、加算の算定月数より短くすることは可能か。

(答)

加算の算定月数と同じ月数とすること。

問 15 介護職員処遇改善交付金を受けておらず、平成 24 年 4 月から新規に介護職員処遇改善加算を算定する事業所について、国保連からの支払いは 6 月になるので、賃金改善実施期間を 6 月からとすることは可能か。

(答)

賃金改善実施期間は原則 4 月から翌年 3 月までの 1 年間とすることとしているが、6 月からの 1 年間として取扱うことも可能である。

○ その他

問 16 介護職員処遇改善実績報告書の「介護職員処遇改善加算総額」欄には保険請求分に係る加算総額を記載するのか。

(答)

保険請求分に係る加算額（利用者 1 割負担分を含む）と区分支給限度基準額を超えたサービスに係る加算額を合算した額を記載することとし、その内訳が分かるようにすること。

問 17 地域密着型サービスの市町村独自加算については、介護従事者処遇改善加算の算定における介護報酬総単位数に含めてよいか。

(答)

介護報酬総単位数に含める取扱いとなる。

○ 居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について（平成18年3月31日老老発第0331009号厚生労働省健康局老人保健課長通知）（抄）

（変更点は下線部）

| 改正前 | 改正後 |
|--|---|
| <p>1 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務等について</p> <p>(1) 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの提供体制</p> <p>ア 栄養ケア・マネジメントは、ヘルスケアサービスの一環として、個人々に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。</p> <p>イ 事業所は、<u>主治医、管理栄養士、歯科医師、看護師及び居宅介護支援専門員その他の職種が共同して</u>栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備すること。</p> <p>ウ 事業所における栄養ケア・マネジメントに関する手順（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等）をあらかじめ定める。</p> <p>エ 管理栄養士は、利用者に適切な栄養ケアを効率的に提供できるように<u>関連職種との連絡調整を行う。</u></p> <p>オ 事業所は、栄養ケア・マネジメント体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。</p> <p>(2) 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>ア 利用開始時における栄養スクリーニング</p> <p>管理栄養士は、利用者の利用開始時に、<u>関連職種と共同して</u>、<u>低栄養状態のリスクを把握する</u>（以下「<u>栄養スクリーニング</u>」と<u>いう。</u>）。なお、<u>栄養スクリーニングは、別紙1の様式例を参照の上、作成する。</u></p> <p>イ 栄養アセスメントの実施</p> <p>管理栄養士は、<u>栄養スクリーニングを踏まえ、利用者毎に解決すべき課題を把握する</u>（以下「<u>栄養アセスメント</u>」という）。<u>栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙2の様式例を参照の上、作成する。</u></p> <p>ウ 栄養ケア計画の作成</p> | <p>1 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務等について</p> <p>(1) 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの提供体制</p> <p>ア 栄養ケア・マネジメントは、ヘルスケアサービスの一環として、個人々に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。</p> <p>イ 事業所は、<u>管理栄養士と主治の医師、歯科医師、看護師及び居宅介護支援専門員その他の職種（以下「<u>関連職種</u>」という。）が共同して</u>栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備すること。</p> <p>ウ 事業所における栄養ケア・マネジメントに関する手順（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等）をあらかじめ定める。</p> <p>エ 管理栄養士は、利用者に適切な栄養ケアを効率的に提供できるように<u>関連職種との連絡調整を行う。</u></p> <p>オ 事業所は、栄養ケア・マネジメント体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。</p> <p>(2) 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>ア 利用開始時における栄養スクリーニング</p> <p>管理栄養士は、利用者の利用開始時に、<u>関連職種と共同して</u>、<u>低栄養状態のリスクを把握する</u>（以下「<u>栄養スクリーニング</u>」と<u>いう。</u>）。なお、<u>栄養スクリーニングは、別紙1の様式例を参照の上、作成する。</u></p> <p>イ 栄養アセスメントの実施</p> <p>管理栄養士は、<u>栄養スクリーニングを踏まえ、利用者毎に解決すべき課題を把握する</u>（以下「<u>栄養アセスメント</u>」という）。<u>栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙1の様式例を参照の上、作成する。</u></p> <p>ウ 栄養ケア計画の作成</p> |

① 管理栄養士は、上記の栄養アセスメントに基づいて、利用者の補給量、慢性的な疾患に対する対応、食事の形態等食事の提供に関する事項等)、ii) 栄養食事相談、iii) 課題解決のための関連職種の間等について、関連職種と共同して、別紙3の様式例を参照の上栄養ケア計画を作成する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成十一年厚生省令第三十七号)第九十九条若しくは第百十五号又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成十八年厚生労働省令第三十五号)第九十九条若しくは第百二十五条において作成することとされている各計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

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

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

エ 利用者及び家族への説明

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

オ 栄養ケアの実施

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

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

① 管理栄養士は、上記の栄養アセスメントに基づいて、利用者の補給量、慢性的な疾患に対する対応、食事の形態等食事の提供に関する事項等)、ii) 栄養食事相談、iii) 課題解決のための関連職種の間等について、関連職種と共同して、別紙2の様式例を参照の上栄養ケア計画を作成する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成十一年厚生省令第三十七号)第九十九条若しくは第百十五号又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成十八年厚生労働省令第三十五号)第九十九条若しくは第百二十五条において作成することとされている各計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

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

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

エ 利用者及び家族への説明

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

オ 栄養ケアの実施

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

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

- ③ 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて、栄養食事相談を実施する。
- ④ 管理栄養士は、関連職種に対して、栄養ケア計画に基づいて説明、指導及び助言を行う。
- ⑤ 管理栄養士は、関連職種と共同して食事摂取状況や食事に関するインシデント・アクシデントの事例等の把握を行う。
- ⑥ 管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録内容、栄養補給（食事等）の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第九十一条、第二百五条若しくは第九十九条において準用する第九十九条又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第七十七条若しくは第二百二十三条において管理栄養士が栄養ケア提供の経過を記録する場合にあつては、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために栄養ケア提供の経過を記録する必要があるものとする。
- カ 実施上の問題点の把握
- 関連職種は、栄養ケア計画の変更が必要となる状況を適宜把握する。栄養ケア計画の変更が必要になる状況が確認された場合には、管理栄養士は対応する関連の職種へ報告するとともに計画の変更を行う。
- キ モニタリングの実施
- ① モニタリングは、栄養ケア計画に基づいて、低栄養状態の低リスク者は三か月毎、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、二週間毎等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は一か月毎に測定する。
- ② 関連職種は、長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙2の様式を参照の上、作成する。
- ③ 低栄養状態のリスクの把握やモニタリング結果は、三か月毎

- ③ 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて、栄養食事相談を実施する。
- ④ 管理栄養士は、関連職種に対して、栄養ケア計画に基づいて説明、指導及び助言を行う。
- ⑤ 管理栄養士は、関連職種と共同して食事摂取状況や食事に関するインシデント・アクシデントの事例等の把握を行う。
- ⑥ 管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録内容、栄養補給（食事等）の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第九十一条、第二百五条若しくは第九十九条において準用する第九十九条又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第七十七条若しくは第二百二十三条において管理栄養士が栄養ケア提供の経過を記録する場合にあつては、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために栄養ケア提供の経過を記録する必要があるものとする。
- カ 実施上の問題点の把握
- 管理栄養士又は関連職種は、栄養ケア計画の変更が必要となる状況を適宜把握する。栄養ケア計画の変更が必要になる状況が確認された場合には、管理栄養士は対応する関連の職種へ報告するとともに計画の変更を行う。
- キ モニタリングの実施
- ① モニタリングは、栄養ケア計画に基づいて、低栄養状態の低リスク者は三か月毎、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、二週間毎等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は一か月毎に測定する。
- ② 管理栄養士又は関連職種は、長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙1の様式を参照の上、作成する。
- ③ 低栄養状態のリスクの把握やモニタリング結果は、三か月毎

| | |
|---|---|
| <p>に事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員等へ情報を提供する。</p> <p>ク 再栄養スクリーニングの実施 管理栄養士は関連職種と連携して、低栄養状態のおそれのある者の把握を三か月毎に実施する。</p> <p>ケ 栄養ケア計画の変更及び終了時の説明等 栄養ケア計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は、居宅介護支援専門員に、栄養ケア計画の変更を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更を行う。計画の変更については、利用者又は家族へ説明し同意を得る。</p> <p>また、利用者の終了時には、総合的な評価を行い、その結果を利用者又は家族に説明するとともに、必要に応じて居宅介護支援専門員や関係機関との連携を図る。</p> <p>2 管理栄養士の居宅療養管理指導の実務について 管理栄養士の居宅療養管理指導にかかる栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等については、別紙1～3の様式例を準用する。ただし、当該指導に必要とされる事項が記載できるものであれば、別の様式を利用して差し支えない。</p> | <p>に事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員等へ情報を提供する。</p> <p>ク 再栄養スクリーニングの実施 管理栄養士は関連職種と連携して、低栄養状態のおそれのある者の把握を三か月毎に実施する。</p> <p>ケ 栄養ケア計画の変更及び終了時の説明等 栄養ケア計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は、居宅介護支援専門員に、栄養ケア計画の変更を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更を行う。計画の変更については、利用者又は家族へ説明し同意を得る。</p> <p>また、利用者の終了時には、総合的な評価を行い、その結果を利用者又は家族に説明するとともに、必要に応じて居宅介護支援専門員や関係機関との連携を図る。</p> <p>2 管理栄養士の居宅療養管理指導の実務について 管理栄養士の居宅療養管理指導にかかる栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等については、別紙1、別紙2の様式例を準用する。ただし、当該指導に必要とされる事項が記載できるものであれば、別の様式を利用して差し支えない。</p> |
|---|---|

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)

| | | | | | | | | |
|------|------------------|-------|----------|---------|-------------------------|------------------|-----|----|
| ふりがな | | □男 □女 | □明 □口 □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 | | |
| | 身体状況、栄養・食事に関する意向 | | | 食事の準備状況 | 買い物： 食事の支度： 地域特性： | 家族構成とキーパーソン（支援者） | | 本人 |

(以下は、利用者個々の状態に応じて作成。)

| 実施日 | 年月日(記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾ | 年月日(記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾ | 年月日(記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾ | 年月日(記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾ | |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| 低栄養状態のリスクレベル | 低・中・高 | 低・中・高 | 低・中・高 | 低・中・高 | |
| 本人の意欲 ²⁾ (健康感、生活機能、身体機能など) | [] () | [] () | [] () | [] () | |
| 低栄養状態のリスク(状況) | 身長 (cm) | (cm) | (cm) | (cm) | |
| | 体重 (kg) | (kg) | (kg) | (kg) | |
| | BMI (kg/m ²) | (kg/m ²) | (kg/m ²) | (kg/m ²) | |
| | 3%以上の体重減少 | □無 □有 (kg/ ヶ月) | □無 □有 (kg/ ヶ月) | □無 □有 (kg/ ヶ月) | □無 □有 (kg/ ヶ月) |
| | 血清アルブミン値 (g/dl) | □無 □有 ((g/dl)) | □無 □有 ((g/dl)) | □無 □有 ((g/dl)) | □無 □有 ((g/dl)) |
| | 褥瘡 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 |
| | 栄養補給法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 |
| | その他 | | | | |
| 食生活状況等 | 栄養摂取量 ・主食の摂取量 ・主菜、副菜の摂取量 ・その他(補助食品など) | % 主食 % 主菜 % 副菜 % () | % 主食 % 主菜 % 副菜 % () | % 主食 % 主菜 % 副菜 % () | % 主食 % 主菜 % 副菜 % () |
| | 必要栄養量 (エネルギー・たんぱく質など) | kcal g | kcal g | kcal g | kcal g |
| | 食事の留意事項の有無 (療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど) | □無 □有 () | □無 □有 () | □無 □有 () | □無 □有 () |
| | 食事時の摂食・嚥下状況(姿勢、食べ方、むせ等) ³⁾ | [] | [] | [] | [] |
| | 食欲・食事の満足感 ⁴⁾ 食事に対する意識 ⁴⁾ | [] [] | [] [] | [] [] | [] [] |
| | 他のサービスの使用の有無 など(訪問介護、配食など) | □無 □有 () | □無 □有 () | □無 □有 () | □無 □有 () |
| | その他(食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など) | | | | |
| | 多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題) ⁵⁾ | | | | |
| | ①褥瘡 ②口腔及び摂食・嚥下 ③嘔気・嘔吐 ④下痢 ⑤便秘 ⑥浮腫 ⑦脱水 ⑧感染・発熱 ⑨経腸・静脈栄養 ⑩生活機能低下 ⑪閉じこもり ⑫うつ ⑬認知機能 ⑭医薬品 ⑮その他 | □無 □有 [] | □無 □有 [] | □無 □有 [] | □無 □有 [] |
| | 特記事項 | | | | |
| 評価・判定 | 問題点 ⁵⁾ ①食事摂取・栄養補給の状況 (補助食品、経腸・静脈栄養など) ②身体機能・臨床症状(体重、摂食・嚥下機能、検査データなど) ③習慣・周辺環境(食・生活習慣、意欲、購買など) ④その他 | □無 □有 [] | □無 □有 [] | □無 □有 [] | □無 □有 [] |
| | 総合評価 | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない |
| サービス継続の必要性 | □無(終了) | | □有(継続) | | |

- 1) 必要に応じて プロセス（スクリーニング、アセスメント、モニタリング）を記入する
 - 2) 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 から[]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。
 - 3) 1安定した正しい姿勢が自分でとれない 2食事に集中することができない 3食事中に傾眠や意識混濁がある 4歯（義歯）のない状態で食事をしている
5食べ物を口腔内に溜め込む 6固形の食べ物を咀嚼しにく中にくむせる 7食後、頬の内側や口腔内に残渣がある 8水分でむせる
9食事中、食後に咳をすることがある 10その他 から[]へ該当数字を記入し（あてはまるものすべて）、必要な事項があれば記載する。
 - 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 から[]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。
 - 5) 問題があれば、口有 にチェックし、[]へその番号を記入。必要な事項があれば記載する。
- ※ 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。
- ※ 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)

別紙2

| | | |
|-----------------|--|----------------------------------|
| 氏名 | 計画作成者: 所 属 名 : | 初回作成日 : 年 月 日 作成(変更)日 : 年 月 日 |
| 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 | 説明と同意日 年 月 日 | |
| 解決すべき課題 (ニーズ) | 低栄養状態のリスク (低 ・ 中 ・ 高) | サイン |
| 長期目標 (ゴール) と 期間 | 続柄 | |

| 短期目標と期間 | 栄養ケアの具体的内容 | 担当者 | 頻度 | 期間 |
|-----------------|------------|-----|----|----|
| 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 | | | | |
| 特記事項 | | | | |

栄養ケア提供経過記録

| 月 | 日 | サービス提供項目 |
|---|---|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

○ 口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について(平成18年3月31日老老発第0331008号厚生労働省老健局老人保健課長通知)(抄)

(傍線部分は改正部分)

| 改正前 | 改正後 |
|---|--|
| <p>1 口腔機能向上サービスの実務等について</p> <p>(1) 通所サービスにおける口腔機能向上サービスの提供体制</p> <p>ア 口腔機能向上サービスの提供体制は、ヘルスケアサービスの一環として、個人に最適な実地指導を行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。</p> <p>イ 事業所は、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員(以下「サービス担当者」という。)と介護職員、生活相談員その他の職種の人等(以下「関連職種」という。)が共同した口腔機能向上サービスを行う体制を整備する。</p> <p>ウ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービスに関する手順(利用開始時における把握(リスクの<u>確認</u>)、<u>解決すべき課題の把握</u>(アセスメント)、<u>口腔機能改善管理指導計画</u>、<u>モニタリング</u>、<u>評価</u>等)をあらかじめ定める。</p> <p>エ サービス担当者は、利用者に適切な実地指導を効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。</p> <p>オ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービス体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。</p> <p>(2) 口腔機能向上サービスの実務</p> <p>ア 利用開始時における把握(リスクの<u>確認</u>)の実施</p> <p>口腔機能向上サービスを行う通所サービスにおける関連職種は、サービス担当者と連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクを把握する。なお、サービス担当者は、関連職種に対し、<u>利用開始時における把握</u>について指導及び助言等を十分に行うこととし、この把握には、別紙1の様式例を参照の上、作成する。</p> | <p>1 口腔機能向上サービスの実務等について</p> <p>(1) 通所サービスにおける口腔機能向上サービスの提供体制</p> <p>ア 口腔機能向上サービスの提供体制は、ヘルスケアサービスの一環として、個人に最適な実地指導を行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。</p> <p>イ 事業所は、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員(以下「サービス担当者」という。)と介護職員、生活相談員その他の職種の人等(以下「関連職種」という。)が共同した口腔機能向上サービスを行う体制を整備する。</p> <p>ウ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービスに関する手順(利用開始時における課題の把握、<u>専門職種による解決すべき課題の確認</u>・<u>把握</u>(アセスメント)、<u>口腔機能改善管理指導計画</u>、<u>モニタリング</u>等)をあらかじめ定める。</p> <p>エ サービス担当者は、利用者に適切な実地指導を効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。</p> <p>オ 事業所は、サービス担当者と関連職種が共同して口腔機能向上サービス体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。</p> <p>(2) 口腔機能向上サービスの実務</p> <p>ア 利用開始時における課題の把握の実施</p> <p>口腔機能向上サービスを行う通所サービスにおける関連職種は、サービス担当者と連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクを把握する。なお、サービス担当者は、関連職種に対し、<u>利用開始時における把握</u>について指導及び助言等を十分に行うこととする。この課題の把握には、別紙1の様式例を参照の上、作成する。</p> |

イ 解決すべき課題の把握（アセスメント）の実施

サービス担当者は、利用開始時における口腔衛生等に関するリスクの把握を踏まえ（実施されていない場合は、サービス担当者が実施する。）、利用者毎に口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題を把握する。解決すべき課題の把握の実施にあたっては、別紙1の様式例を参照の上、作成する。

様式例におけるQOL、食事・衛生等、衛生、機能及びその他の項目については、事業所等の実状にあわせて項目を追加することについては差し支えない。ただし、項目の追加に当たっては、利用者等の過剰な負担とならぬよう十分配慮しなければならない。

ウ 口腔機能改善管理計画の作成

① サービス担当者は、関連職種が利用開始時に把握した口腔衛生等に関する内容を確認し、利用者のi) 口腔衛生に関して解決すべき課題（口腔内の清掃、有床義歯の清掃等）ii) 摂食・嚥下機能に関して解決すべき課題（摂食・嚥下機能の維持・向上に必要な実地指導、歯科保健のための食生活指導等）iii) 解決すべき課題に対して記載した口腔機能改善管理計画原案を作成する。なお、この作成には、別紙2の様式例を参照の上、作成する。ただし、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十七号）第九十九条若しくは第九十九条又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成十八年厚生労働省令第三十五号）第九十九条若しくは第二百五条において作成することとされている各計画の中に、口腔機能改善管理計画原案に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理計画原案の作成に代えることができることとする。

② サービス担当者は、作成した口腔機能改善管理計画原案については、関連職種と調整を図り、口腔機能改善管理指

イ 解決すべき課題の確認・把握（アセスメント）の実施

サービス担当者は、利用開始時においては、関連職種により把握された課題を踏まえ（実施されていない場合は、サービス担当者が実施する。）、利用者毎に口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題を確認・把握を行う。解決すべき課題の確認・把握の実施にあたっては、別紙1の様式例を参照の上、作成する。

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

ウ 口腔機能改善管理計画の作成

① サービス担当者は、関連職種が利用開始時に把握した課題の内容を確認し、i) 利用者の口腔衛生に関して解決すべき課題（口腔内の清掃、有床義歯の清掃等）、摂食・嚥下機能に関して解決すべき課題及びその他の課題等、ii) これらの課題に対しサービス担当者^と関連職種が共同して取り組むべき事項等について記載した口腔機能改善管理計画原案を作成する。なお、この作成には、別紙2の様式例を参照の上、作成する。ただし、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十七号）第九十九条若しくは第九十九条又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成十八年厚生労働省令第三十五号）第九十九条若しくは第二百五条において作成することとされている各計画の中に、口腔機能改善管理計画原案に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理計画原案の作成に代えることができることとする。

② サービス担当者は、作成した口腔機能改善管理計画原案については、関連職種と調整を図り、口腔機能改善管理指

導計画原案の内容を、事業所を通じて居宅サービス計画又は介護予防サービス計画にも適切に反映させる。

③ 介護予防通所介護又は通所介護において行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治医又は主治歯科医師の指示・指導が必要な場合、サービス担当者は、主治医又は主治の歯科医師の指示・指導を受けなければならない。

④ 介護予防通所リハビリテーション又は通所リハビリテーションにおいて行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、医師又は歯科医師の指示・指導が必要であり、利用者の主治医又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。

エ 利用者又はその家族への説明

サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に際して、口腔機能改善管理指導計画原案を利用者又はその家族に説明し、口腔機能向上サービスの提供に関する同意を得る。

医師又は歯科医師は、指示・指導が必要な場合、口腔機能改善管理指導計画の実施に当たり、その計画内容、利用者又はその家族の同意等を確認する。

オ 口腔機能向上サービスの実施

① サービス担当者¹と関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づいた口腔機能向上サービスの提供を行う。

② サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づいて、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導を実施する。

③ サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に当たっては、関連職種に対して、口腔機能改善管理指導計画に基づいて個別又は集団に対応した口腔機能向上サービスの提供ができるように指導及び助言等を行う。

導計画原案の内容を、事業所を通じて居宅サービス計画又は介護予防サービス計画にも適切に反映させる。

③ 介護予防通所介護又は通所介護において行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導が必要と判断される場合は、サービス担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導を受けなければならない。

④ 介護予防通所リハビリテーション又は通所リハビリテーションにおいて行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、医師又は歯科医師の指示・指導が必要であり、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。

エ 利用者又はその家族への説明

サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に際して、口腔機能改善管理指導計画原案を利用者又はその家族に説明し、口腔機能向上サービスの提供に関する同意を得る。

医師又は歯科医師は、サービス担当者への指示・指導が必要な場合、口腔機能改善管理指導計画の実施に当たり、その計画内容、利用者又はその家族の同意等を確認する。

オ 口腔機能向上サービスの実施

① サービス担当者¹と関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づいた口腔機能向上サービスの提供を行う。

② サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づいて、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導を実施する。

③ サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に当たっては、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に²応じ、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導が必要と³考えられる場合、サービス担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。また、関連職種に対して、口腔機能改善管理指導計画に基づいて個別又

は集団に対応した口腔機能向上サービスの提供ができるように指導及び助言等を行う。

④ サービス担当者は、関連職種と共同して口腔機能向上サービスに関するインシデント・アクシデント事例等の把握を行う。

⑤ サービス担当者は、口腔機能向上サービス提供の主な経過を記録する。記録の内容は、実施日、担当者名、指導又は訓練の要点、利用者の変化等（解決すべき課題の改善等）に関する要点等について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第九十一条、第五十九条若しくは第九十九条において準用する第十九条又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第七十七条若しくは第二百三十二条において準用する第十九条に規定するサービスの提供の記録においてサービス担当者が口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は、当該記録とは別に歯科衛生士等の居宅療養管理指導費又は口腔機能向上加算の算定のために口腔機能向上サービスの提供の経過を記録する必要があるものとする。

カ 実施上の問題点の把握

関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づき、サービス担当者の指導及び助言等に従い、利用者の目標の達成状況、口腔衛生、摂食・嚥下機能の改善状況等を適宜把握する。改善状況に係る記録は、別紙1の様式例を参照の上、作成する。口腔機能改善管理指導計画の変更が必要になる状況が疑われる場合には、サービス担当者へ報告し、サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画の変更を検討する。

キ モニタリングの実施

① 関連職種又はサービス担当者は、目標の達成状況、口腔衛生、摂食・嚥下機能の改善状況等を適宜モニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、口腔機能改善管理指導計画の変更の必要性を判断する。モニタ

④ サービス担当者は、関連職種と共同して口腔機能向上サービスに関するインシデント・アクシデント事例等の把握を行う。

⑤ サービス担当者は、口腔機能向上サービス提供の主な経過を記録する。記録の内容は、実施日、指導の要点、解決すべき課題の改善等に関する要点、口腔清掃方法の変更の必要性及び関連職種のケアの状況等について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第九十一条、第五十九条若しくは第九十九条において準用する第十九条又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第七十七条若しくは第二百三十二条において準用する第十九条に規定するサービスの提供の記録においてサービス担当者が口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は、当該記録とは別に歯科衛生士等の居宅療養管理指導費又は口腔機能向上加算の算定のために口腔機能向上サービスの提供の経過を記録する必要があるものとする。

カ 実施上の問題点の把握

関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づき、サービス担当者の指導及び助言等に従い、利用者の目標の達成度、口腔衛生、摂食・嚥下機能の改善状況等を適宜把握する。改善状況に係る記録は、別紙1の様式例を参照の上、作成する。口腔機能改善管理指導計画の変更が必要になる状況が疑われる場合には、サービス担当者へ報告し、サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画の変更を検討する。

キ モニタリングの実施

① サービス担当者は、目標の達成度、口腔衛生、摂食・嚥下機能の改善状況等を適宜モニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、口腔機能改善管理指導計画の変更の必要性を判断する。モニタ

グの記録は、別紙1の様式例を参照の上、作成する。

- ② モニタリングは、口腔機能改善管理指導計画に基づき、概ね一か月毎に適宜行う。

ク 再把握の実施

サービス担当者は、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクにかかると把握を三か月毎に実施し、事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等へ情報を提供する。なお、この把握には、別紙1、別紙2の様式例を参照の上、作成する。

介護支援専門員又は介護予防支援事業者等は、情報提供を受け、サービス担当者連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクにかかわらず、把握を三か月毎に実施する。

ケ 口腔機能向上サービスの継続及び終了時の説明等

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

総合的な評価の結果が改善等により終了する場合は、関連職種や居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所との連携を図り、総合的な評価の結果において医療が必要な場合は、必要に応じて主治医又は主治の歯科医師、介護支援専門員若しくは介護予防支援事業者並びに関係機関（その他の居宅サービス事業所等）との連携を図る。

2 歯科衛生士等の居宅療養管理指導の実務等について

居宅療養管理指導にかかる口腔機能スクリーニング、口腔機能アセスメント、管理指導計画、モニタリング、評価等については、原則として、別紙1及び別紙2の様式例を準用する。ただし、別紙1及び別紙2の様式例によらない場合であっても、個々の利用者の口腔機能に着目した居宅療養管理指導が適切に行われており、当該指導に必要とされる事項が記載されている場合には、別の様式例を利用して差し支えない。

リングの記録は、別紙1の様式例を参照の上、作成する。

- ② モニタリングは、口腔機能改善管理指導計画に基づき、概ね一か月毎に適宜行う。

ク 再把握の実施

サービス担当者は、口腔衛生、摂食・嚥下機能等に関する解決すべき課題の把握を三か月毎に実施し、事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員又は介護予防支援事業者等へ情報を提供する。なお、この把握には、別紙1、別紙2の様式例を参照の上、作成する。

介護支援専門員又は介護予防支援事業者等は、情報提供を受け、サービス担当者連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクにかかわらず、把握を三か月毎に実施する。

ケ 口腔機能向上サービスの継続及び終了時の説明等

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

総合的な評価の結果が改善等により終了する場合は、関連職種や居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所との連携を図り、総合的な評価の結果において医療が必要な場合は、必要に応じて主治の医師又は主治の歯科医師、介護支援専門員若しくは介護予防支援事業者並びに関係機関（その他の居宅サービス事業所等）との連携を図る。

2 歯科衛生士等の居宅療養管理指導の実務等について

居宅療養管理指導にかかる口腔機能スクリーニング、口腔機能アセスメント、管理指導計画、モニタリング、評価等については、原則として、別紙1及び別紙2の様式例を準用する。ただし、別紙1及び別紙2の様式例によらない場合であっても、個々の利用者の口腔機能に着目した居宅療養管理指導が適切に行われており、当該指導に必要とされる事項が記載されている場合には、別の様式例を利用して差し支えない。

**口腔機能向上サービスに関する
課題把握・アセスメント・モニタリング・評価票（様式例）**

別紙 1

| | | | | | | | |
|------|----------|---|--|---|---|-------|---|
| 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・病名等 | | | | | | |
| | 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 | | | |

1. 関連職種等により把握された課題等（該当する項目をチェック）

（記入日：平成 年 月 日、記入者： ）

| | | | | | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> かみにくさ | <input type="checkbox"/> むせ | <input type="checkbox"/> 口のかわき | <input type="checkbox"/> 口臭 | <input type="checkbox"/> 歯みがき | <input type="checkbox"/> 飲み込み | <input type="checkbox"/> 会話 | <input type="checkbox"/> 食べこぼし |
| <input type="checkbox"/> 義歯（痛み・動揺・清掃状態・管理状態） | | | | <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |

2. 事前・事後アセスメント・モニタリング

（アセスメント、モニタリングでそれぞれ記入）

| | | | | | |
|----------|---|------------------|---|----------|---|
| 事前 ※1 | 平成 年 月 日 | モニタ リング ※2 | 平成 年 月 日 | 事後 ※1 | 平成 年 月 日 |
| | 記入者 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 | | 記入者 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 関連職種 | | 記入者 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 |

| 観察・評価等 | 評価項目 | 事前 | モニタリング | 事後評価 |
|--------------------|-------------|---------------------|--------|------|
| ①課題の確認・把握 | 固いもののかみにくさ | 1 ない 2 ある | | |
| | お茶や汁物等によるむせ | 1 ない 2 ある | | |
| | 口のかわき | 1 ない 2 ある | | |
| ②咬筋の触診（咬合力） | | 1 強い 2 弱い 3 無し | | |
| ③歯や義歯のよごれ | | 1 ない 2 ある 3 多い | | |
| ④舌のよごれ | | 1 ない 2 ある 3 多い | | |
| ⑤ブクブクうがい（空ブクブクでも可） | | 1 できる 2 やや不十分 3 不十分 | | |

（以下の⑥と⑦の評価は専門職の判断により必要に応じて実施）

| | | | | | |
|-----------------------|---|----------|----------|----------|----------|
| ⑥RSST（※ 30秒間の眼頭挙上の回数） | （ ）回/30秒 | （ ）回/30秒 | （ ）回/30秒 | （ ）回/30秒 | （ ）回/30秒 |
| ⑦オーラルディアドコネシス | パ（ ）回/10秒 | パ（ ）回 | パ（ ）回 | パ（ ）回 | パ（ ）回 |
| | タ（ ）回/10秒 | タ（ ）回 | タ（ ）回 | タ（ ）回 | タ（ ）回 |
| | カ（ ）回/10秒 | カ（ ）回 | カ（ ）回 | カ（ ）回 | カ（ ）回 |
| ⑧特記事項等※3 | | | | | |
| ⑨問題点 | <input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 口のかわき <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 食べこぼし | | | | |
| | <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |

※1 事前・事後アセスメントについては、把握された課題やモニタリング結果を確認した上で行う。

※2 モニタリングについては、利用開始日の翌月の結果をモニタリングの欄に記載する。

※3 対象者・利用者の状況により観察・評価に係る項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

3. 総合評価※4

| | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| ①日常生活における口腔機能向上サービスの利用前後を比較した場合の特記すべき事項 | | | | |
| | | | | |
| ②サービスを継続しないことによる口腔機能の低下のおそれ | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |

【総合評価結果】

| | | | | | | | | | |
|-------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------|-----------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| ①サービス継続の必要性 | <input type="checkbox"/> | あり（継続） | <input type="checkbox"/> | なし（終了） | ②計画変更の必要性 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
|-------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------|-----------|--------------------------|----|--------------------------|----|

備考：

※4 総合評価については、関連職種は、サービス担当者と連携して行うこと。

口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録

別紙2

| | | | | | | | | | |
|------|--|----------------------------|----------------------------|---|---|---|-----|--|--|
| ふりがな | | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 明 | | | | | | |
| 氏名 | | <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 大 | 年 | 月 | 日 | 生まれ | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 昭 | | | | | | |

1. 口腔機能改善管理指導計画

※：内容を通所介護計画、通所リハ計画、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハ計画に記載する場合は不要

| | | | |
|--------------|-------|--------|----|
| 初回作成日 | 年 月 日 | 作成者氏名： | 職種 |
| 作成（変更）日 | 年 月 日 | 作成者氏名： | 職種 |
| ご本人またはご家族の希望 | | | |
| 解決すべき課題・目標 | | | |

【実施計画】（実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」に記入する。）

| | | | | | |
|-----------------|--------------|--|------------------------------------|---------------------------------|--|
| 関連職種又は専門職種の実施項目 | 指導等 | <input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供 | <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 | <input type="checkbox"/> 歯みがき支援 | <input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導 |
| | その他 | | | | |
| 専門職の実施項目 | 機能訓練 | <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 | <input type="checkbox"/> かむ | <input type="checkbox"/> 飲み込み | <input type="checkbox"/> 発音・発声 <input type="checkbox"/> 呼吸 |
| | その他 | | | | |
| 家庭での実施項目 | 本人 | <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 | <input type="checkbox"/> 歯みがきの実施 | <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 介護者 | <input type="checkbox"/> 歯みがき支援（確認・声かけ・介助） | <input type="checkbox"/> 口腔体操等支援 | <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| サービスの説明と同意 | 開始時：平成 年 月 日 | 同意者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | 担当者名： | |
| | 継続時：平成 年 月 日 | 同意者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | 担当者名： | |

2. 口腔機能向上サービスの実施記録（実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。）

| 実施年月日 | 年月日 | 年月日 | 年月日 | 年月日 | 年月日 | 年月日 |
|---|------|------|------|------|------|------|
| 担当者名： | 担当者名 | 担当者名 | 担当者名 | 担当者名 | 担当者名 | 担当者名 |
| <input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能に関する訓練(指導) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 口腔衛生に関する指導（歯・義歯・舌、支援・実施含む） | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 発音・発声・呼吸に関する訓練(指導) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境についての指導 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | |

特記事項（注意すべき点、利用者の変化等）

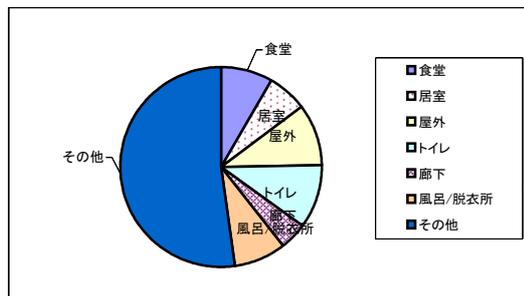
| |
|--|
| |
|--|

通所介護・介護予防通所介護事業所(認知症対応型通所介護含) 事故件数 109件

事故発生場所

| 発生場所 | 件数 | |
|--------|-----|------|
| 食堂 | 9 | 8% |
| 居室 | 7 | 6% |
| 屋外 | 11 | 10% |
| トイレ | 11 | 10% |
| 廊下 | 5 | 5% |
| 風呂/脱衣所 | 9 | 8% |
| その他 | 57 | 52% |
| 合計 | 109 | 100% |

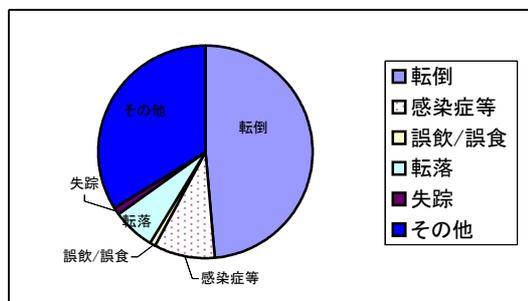
(その他: デイフロア・機能訓練室26件、感染症10件、デイ玄関4件、等)



事故種別

| 事故種別 | 件数 | |
|-------|-----|------|
| 転倒 | 53 | 49% |
| 感染症等 | 10 | 9% |
| 誤飲/誤食 | 1 | 1% |
| 転落 | 7 | 6% |
| 失踪 | 1 | 1% |
| その他 | 37 | 34% |
| 合計 | 109 | 100% |

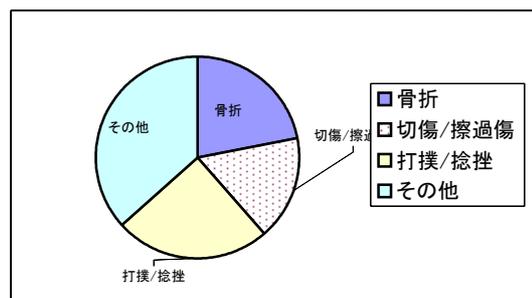
(その他: 意識消失13件、交通事故9件、外傷7件、介助中3件等)



症状

| 症状 | 件数 | |
|--------|-----|------|
| 骨折 | 24 | 22% |
| 切傷/擦過傷 | 18 | 17% |
| 打撲/捻挫 | 27 | 25% |
| その他 | 40 | 37% |
| 合計 | 109 | 100% |

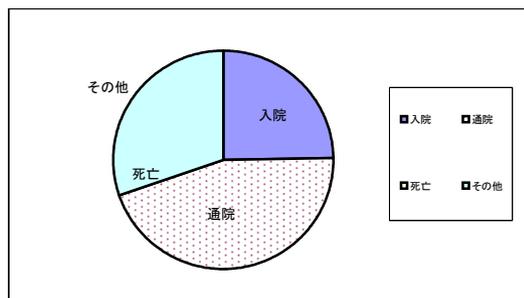
(その他: 様子観察19件、感染症10件、捻挫・打ち身等)



事故結果

| 事故結果 | 件数 | |
|------|-----|------|
| 入院 | 27 | 25% |
| 通院 | 49 | 45% |
| 死亡 | 0 | 0% |
| その他 | 33 | 30% |
| 合計 | 109 | 100% |

(その他: 1回受診、未受診等)



感染症の対応について

～ノロウイルス～

●感染予防(手洗い)

ノロウイルスによる感染症は、多くの場合、ウイルスに触れた人の手を介して感染が拡大します。利用者・職員ともに手洗いを習慣づけることが、感染予防の基本です。

用便後、排泄物の処理のあと、調理や食事の前には必ず手を洗いましょう。

●感染した時の症状

感染後、24～48時間で、下痢、吐気、嘔吐、腹痛、発熱などの症状が出ます。通常3日以内に回復しますが、ウイルスは感染してから10日間程度、長い場合は1ヶ月程度、ふん便中に排泄され続けます。

●消毒方法

- ① 他の微生物などと比べると熱に強く、85℃で1分以上の加熱が必要です。
- ② 逆性石けん、アルコールの消毒効果は十分ではありません。塩素系漂白剤の次亜塩素酸ナトリウムは効果があります。

●排泄物・嘔吐物の処理

ふん便や嘔吐物の処理は、処理をする人自身への感染と、施設内への感染拡大を防ぐため、適切な方法で、迅速、確実に行うことが必要です。

●嘔吐物等の処理時の換気

嘔吐物等の拭き取りと消毒を行う際には、乾燥した後にウイルスが室内に拡散し、感染が拡大するおそれがあります。そこで、嘔吐物等を適切に処理すること、室内の適正な換気を行うことが大切です。

- ① 嘔吐物等の処理時とその後は、大きく窓を開けるなどして室内に新鮮な空気を入れ換気を行いましょう(室内にウイルスを滞留させることのないようにしてください。)
- ② 換気設備(換気扇等)がある場合には運転しましょう。

●リネン類の消毒など

汚物がついたおむつやシーツ等のリネン類を取り扱うときは、取り扱った人の手にウイルスが付着し感染を拡大させてしまう可能性があり、二次感染を防ぐための適切な処理が必要です。

【入所者の衣類やリネン類に嘔吐物がかかっている場合】

原則、施設にて感染性胃腸炎による嘔吐物が付着した衣類やリネン類は、廃棄することが望ましいです。

●処理後

- ① 嘔吐物処理後は、2 回手洗いを行い、うがい、洗顔をしましょう。
※ ノロウイルスは、逆性石けん消毒用エタノールなどには抵抗力があるため、物理的に洗い流す事が重要です。
- ② 処理に使用した物品、エプロン等は大きな感染源となります。使用する物は使い捨ての物を用意することが望ましいです。

●入 浴

施設内で下痢や嘔吐をした利用者がある場合には、ノロウイルスを含めた感染性胃腸炎が疑われます。症状がある人は最後に浴槽に入るかシャワーのみにするようにしましょう。

●手を触れる場所や身のまわりの物の清潔・消毒

施設内で人が直接手を触れる場所は、ノロウイルスに汚染されている可能性があります。

(例) 手すり、ドアノブ、水道の蛇口、机、イス、引き出しの取っ手、車椅子の押し手、ベッド回りなど

【清潔の保持・消毒】

- ① 手を触れる場所や身のまわりの物はきれいな布で水拭きするなど、常に清潔を保つようにしましょう。
- ② 感染予防のため、多数の人が手を触れる場所や身のまわりの物は定期的に消毒してください(手すり, ドアノブ, 水道の蛇口などを, 0.02%次亜塩素酸ナトリウムに浸した布などで拭く等。)
- ③ 施設内で下痢や嘔吐をした利用者があり, ノロウイルスを含めた感染性胃腸炎が疑われる場合は, 特に汚染されやすいトイレやその周辺などを中心に消毒の頻度を増やす必要があります。

※ 次亜塩素酸ナトリウムは金属を腐食させるため, 金属部分に使用した場合は 10分程度たったら水拭きしましょう。また, 塩素ガスが発生することがあるので, 使用時は十分に換気しましょう。

●日ごろからの健康管理

ノロウイルスによる感染を予防するための具体的な方法を示しましたが, 感染や感染拡大を防ぐためには, まず早い段階でノロウイルスの感染が疑われる利用者・職員を把握すること, また施設外からノロウイルスを持ち込まないようにすることが重要です。

- ① 日ごろから利用者の健康観察を行ってください。
- ② 施設管理者は職員の健康診断の結果や健康状態の確認をしてください。
- ③ 面会者に対して手洗いの徹底や, 下痢・嘔吐などの症状がある場合には面会を控えてもらうことも必要です。

～インフルエンザ～

●感染予防

- ウイルスの体内侵入を防ぐため以下のことを心がけましょう。

外出先から帰宅時, 調理の前後, 食事前などこまめに手を洗いましょう。

ウイルスは石鹼に弱いので, 正しい方法で石けんを使いましょう。

※職員の手指を介した感染は, 感染経路として最も気を付けるべき点です。

手洗いは「1ケア1手洗い」, 「ケア後の手洗い」が基本です。

- 十分な睡眠とバランスのよい食事を心がけ, 免疫力を高めておきましょう。
- 予防接種を受けましょう。
- 適度な湿度(50%~60%)を保つことも効果的です。
- 人混みや繁華街への外出の際は, マスク等を着用しましょう。

●疑うべき症状と判断のポイント

- 急な発熱(38~40℃)と全身症状(頭痛, 腰痛, 筋肉痛, 全身倦怠感など)(ただし, 高齢者では発熱が顕著でない場合があるので注意が必要です。)
- これらの症状と同時に, あるいはやや遅れて, 咽頭痛, 鼻汁, 鼻閉, 咳, 痰などの気道炎症状
- 腹痛, 嘔吐, 下痢などの消化器症状を伴う場合もあります。

●感染を疑ったら～対応の方針

施設内の感染対策委員会において策定された, 行動計画(実際に発生した際の具体的な対策)に従って, 対応しましょう。

- タミフルなどの抗インフルエンザ薬は発症後48時間以内に治療を開始しないと無効なため, インフルエンザを疑う症状があった場合は, 早めに医療機関を受診しましょう。
- インフルエンザを疑う場合(及び診断された場合)には, 基本的には個室対応とします。
- 複数の入所者にインフルエンザの疑いがあり, 個室が足りない場合には, 同じ症状の人を同室とします。
- インフルエンザの疑いのある入所者(および診断された入所者)にケアや処置をする場合には, 職員はマスクを着用します。
- 罹患した入所者が部屋を出る場合には, マスクをします。
- 職員が感染した場合の休業期間を施設で決めておきます。通常, 発症後1週間, 解熱後3日などとしている施設が多いようです。
- 感染者と同室にいた入所者などインフルエンザウイルスに感染した可能性が高い人に対して, 抗インフルエンザ薬の予防内服が行われる場合があります。しかし感染後に重傷化しやすい方やアウトブレイクなどの特殊な場合を除くと, 実際に適応となる場合はまれであり, 医師と相談して慎重に判断する必要があります。

◆担当課への報告

岡山市事業者指導課へ報告

※ 利用者の感染が確認されたら報告が必要です。

報告様式は「介護保険事業者・事故報告書」

(複数人になった場合は保健所様式「感染症集団発生
動向調査票」でもよい。)

感染症発生

岡山市保健所 感染症対策係

※ 有症者が10名以上、または重篤な患者が1週間で2名
以上、管理者が必要と認めた場合に報告が必要です。

報告様式は「感染症集団発生動向調査票」

(その他の施設)

【嘔吐物の処理(対処)方法】

【服装】

・帽子

髪が嘔吐物に触れないように束ね、帽子などをかぶる。

・マスク

マスクを着用し、飛び散りや飛沫による感染を防ぐ。

・エプロン(ガウン)

ひざ下までのエプロン(ビニール等で水分の染み込まないもの)、ひざまずいて処理を行う際に衣類への付着や飛び散りを防ぐため。

・ゴム手袋

2重に手袋をして、手指の傷や2次感染を防ぐ。

・靴カバー(ビニール袋小と輪ゴムでも可)

床に付着した嘔吐物に直接、触れないようにする。

帽子

マスク

エプロン

手袋
(2重)

靴カバー

【吐物処理道具】

・次亜塩素酸ナトリウム

台所用塩素系漂白剤(5~6%の次亜塩素酸)の主成分。
塩素系漂白剤の使用上の注意をよく読む。

・ポリバケツ(20L程度)

・2Lペットボトル容器

・ビニール袋(大)/2枚

・ビニール袋(小)/1枚

・ペーパータオル または新聞紙

※使い捨てのものを用意し、使用后、処理できるもの

50mlに
マジックで
ラインを引
いておく

漂白剤 2L容器

ビニール袋 大×2
小×2
ペーパー
タオル

【次亜塩素酸ナトリウムの使用期限】

・希釈した次亜塩素酸ナトリウムの使用期限は、汚れ(嘔吐物などの有機物など)の混入が少なければ、高濃度液(0.1%など)では、14日間程度の使用が可能です。

・低濃度(0.01%など)では、有機物の混入による濃度低下が大きいので、24時間ごとに作り換えが必要です。

※目に見える有機物の混入があった場合は、ただちに作り換えます。

・必ず、フタの付いた容器に入れて暗所で保管します。

※直射日光などにより温度が上昇すると分解が促進され、濃度が低下してしまう場合があります。

・汚れの混入があった次亜塩素酸ナトリウムに対し、新しく希釈した次亜塩素酸ナトリウムを継ぎ足すといった行為は、基本的には行わないことが望ましいです。

* 以上のことから次亜塩素酸ナトリウム溶液は作り置きせずに、処理時にすばやく希釈して作成しましょう！

【希釈次亜塩素酸ナトリウムの作り方】

| | 原液濃度 | 希釈 | 方法 | 使用する場所 |
|-------------------------|------|------|---------------|--------------------------------|
| 0.1% 次亜塩素酸 ナトリウム | 1% | 10倍 | 原液10ml+水100ml | 嘔吐物や便が 直接ついた衣 類など |
| | 5% | 50倍 | 原液10ml+水500ml | |
| | 6% | 60倍 | 原液10ml+水600ml | |
| 0.02% 次亜塩素酸 ナトリウム | 1% | 50倍 | 原液10ml+水500ml | 調理器具, 床, トイレのドアノ ブ, 便座など |
| | 5% | 250倍 | 原液10ml+水2.5ℓ | |
| | 6% | 300倍 | 原液10ml+水3ℓ | |

(参考資料)

市販されている
次亜塩素酸ナトリウム製剤

| 濃度 | 商品名 |
|----|-----------------------|
| 1% | ミルトン など |
| 5% | ハイター, ブリー チ など |
| 6% | ピューラックス, アサヒラック など |

【嘔吐物の処理時に注意する事】

- ・ノロウイルスに感染している場合, その嘔吐物や下痢便には大量のノロウイルスが含まれてい
ます。わずかな量のウイルスが体内に入っただけで容易に感染しますので, 飛び散りや飛沫
(ひまつ)などからの感染を防ぐためにも, 処理を行う人以外は嘔吐物から離れて行う。
- ・次亜塩素酸ナトリウム溶液には洗浄効果はありませんので, 嘔吐物の処理ではなく, 廃棄処分
せずに, どうしても再度利用する物については, 十分に洗浄を行った後に消毒を行う。
- ・有害な塩素ガスが発生しますので, 酸と混ぜない。

【嘔吐物の処理手順】

1

- ・窓を開けて空気中に浮遊するウイルスと塩素の刺激臭を外に出す。
※嘔吐物の処理には, 高濃度 0.1%の次亜塩素酸ナトリウムを
使用しますので, 取扱いには十分注意をしてください。

2

- ・手袋やエプロン, マスク, 靴カバーなどを着用する。
- ・0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液を作る。
※2L のペットボトル容器に 50mL の次亜塩素酸ナトリウムを入れ,
水を半分入れる。
よく混ぜあわせて, 残りの水を加える。(一般的な台所用塩素系
漂白剤 5~6%次亜塩素酸ナトリウムを含んだ製品の例です。)
- ・バケツに 2 枚重ねのナイロン袋を入れる。

3

嘔吐物の処理。

- ・ペーパータオルまたは新聞紙で嘔吐物を広く覆い, その上に 0.1%次
亜塩素酸ナトリウム溶液を注ぐ。
※嘔吐物は, 平均的には半径 2m 程度ですが, 3~4m 程度飛び散
っている場合もあります。
※霧吹き等を使用した噴射では, 次亜塩素酸ナトリウムの濃度が均
一になりにくいいため使用しません。

4

嘔吐物の回収。

- ・嘔吐物をペーパータオルごと外側からかき集めように回収し、バケツに入れ、内側のビニール袋の口を縛る。
※かき集めやすいように型紙等を用意しておく便利です。

5

- ・ペーパータオルまたはまたは新聞紙で、再度床を広く覆い、その上に、0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液を注ぐ。
- ・10分以上放置

6

- ・別の場所でペーパータオルに 0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液を注ぎ、その上で足踏みする要領で靴の裏についた嘔吐物を取り除き、靴カバーを脱いでバケツへ。

7

- ・使用した 2Lのペットボトル容器をバケツへ。
- ・1枚目の手袋を裏返しなからはずし、バケツへ。
- ・帽子、エプロン、マスクをはずし、バケツへ。

8

- ・手袋をはずして、バケツに入れ汚れている面に触れないように、外側のビニール袋の口を縛る。
- ・バケツを持ち、外のごみステーションへ廃棄する。

9

- ・10分以上放置したペーパータオルまたは新聞紙等で、床全体を拭く。
- ・最後にぞうきんで水拭きをする。
- ・ペーパータオルとぞうきんはビニール袋(小)に入れて廃棄する。

【処理後の注意点】

- 嘔吐物処理後は、2 回手洗い(ノロウイルスは、逆性石けん消毒用エタノールなどには抵抗力があるため、物理的に洗い流す事が重要)を行い、うがい、洗顔をしましょう。
- 嘔吐物を処理した後 48 時間は感染の有無に注意してください。

【入所者の衣類やリネン類に嘔吐物がかかっている場合】

- ・原則、施設にて感染性胃腸炎による嘔吐物が付着した衣類やリネン類は、廃棄することが望ましい。

【どうしても廃棄できない場合の、汚物がついた衣類やリネン類の洗濯、消毒】

- ①汚物がついた衣類等を取り扱うときは、必ず、使い捨てのビニール手袋とマスク、エプロンを着用し、汚物が直接皮膚に触れたり、飛沫を吸い込んだりすることのないよう防護する。
- ②汚物がついた衣類等は専用のビニール袋等に入れ、周囲を汚染しないよう十分注意する。
- ③汚物を十分に落とした後、塩素系消毒液(0.1%次亜塩素酸ナトリウム)に10分間漬ける。
※汚物等の有機物はペーパータオルなどでふき取るか、流水で洗い流してから塩素系消毒液に漬ける。
※塩素系消毒液を用いた消毒は、色落ちしたり布が傷むことがあるので、注意する。
- ④施設で汚染用洗濯機を設置していない場合は、感染症が発生した期間は、感染症専用として洗濯機を分ける。
- ⑤洗濯機に衣類や衣類等を入れてふたをしたら、洗濯機の周囲を塩素系消毒液(0.02%次亜塩素酸ナトリウム)でふき取り消毒する。
※衣類等の運搬や保管に使用する容器等は洗浄及び消毒を行い、常に衛生的に管理する。

【共用スペースで嘔吐があった場合】

- ①服を脱がせ、ビニール袋やふたつきバケツ等に入れて汚物処理できる場所へ運ぶ。
(廃棄することが望ましい。)
- ②入所者が移動した通路を塩素系消毒液(0.02%次亜塩素酸ナトリウム)でふき取り、消毒する。
- ③車椅子等を洗浄、消毒する。
※嘔吐物等の有機物はペーパータオルなどでふき取るか、流水で洗い流す。
※塩素系消毒液(0.1%次亜塩素酸ナトリウム)を車椅子にかけ 10 分間放置する。
※流水で洗い流し、乾燥させる。
※車椅子等の洗浄、消毒を浴室等で行わないこと。

資料3 事業者指導課（在宅指導係）からのお知らせ

1. 各種書類等の提出期限

① 平成26年度介護職員処遇改善加算届出書

平成25年度に引き続き平成26年度も算定する場合は、平成26年2月28日までに、平成26年度介護職員処遇改善加算届出書等を提出することとされていますが、未提出の場合は、至急提出すること。

② 平成25年4月1日適用開始の体制届……………平成26年3月17日（月）

（事業者規模による区分及びサービス提供体制強化加算Ⅰ・加算Ⅱ）
体制の届出が必要な事項は、P65～P67を参照すること。

③ 平成25年度介護職員処遇改善加算実績報告書 ……平成26年7月31日（木）

2. 「変更届」、「体制届」、「居宅サービス事業者（短期入所・特定施設を除く）自己点検シート」に係る必要書類等について、ホームページに掲載しています。

・ 変更届

http://www.city.okayama.jp/hohuku/jigyousyasidou/jigyousyasidou_00033.html

・ 体制届け

http://www.city.okayama.jp/hohuku/jigyousyasidou/jigyousyasidou_00042.html

・ 自己点検シート

http://www.city.okayama.jp/hohuku/jigyousyasidou/jigyousyasidou_00100.html

3. 平成26年度報酬改定に伴い、重要事項説明書が変更となる場合について

(1) 平成26年度からの利用申込者に対しては、変更内容を反映させた重要事項説明書を作成の上、当該説明書を交付して説明を行い、利用申込者の同意を得ること。

(2) 既存の利用者に対しては、変更内容を反映した重要事項説明書（同意を得ている重要事項説明書の内容の一部の差し替えとして、変更部分のみでも可）を交付して説明を行うこと。

4. 平成26年3月31日に指定有効期間を満了する事業所の指定更新通知書について

平成26年3月31日において、多くの指定介護保険事業者が一斉に6年間の指定有効期間満了することに伴い、期限を前倒して提出いただいた指定更新について、『指定更新通知書』は、平成26年3月下旬に発送する予定です。

5. 事業者指導課の係名変更等について（予定）

(1) 平成26年4月1日から、事業者指導課の係名を変更します。なお、電話番号及びFAX番号（各係共通 086-221-3010）はそのままです。

| （現行） | （H26.4.1～） | （電話番号・変更なし） |
|---------|----------------|--------------|
| 地域密着指導係 | → 地域密着事業者係 | 086-212-1012 |
| 在宅指導係 | → 訪問通所事業者係 | 086-212-1013 |
| 施設指導係 | → 施設係 | 086-212-1014 |
| 障害事業者係 | → 障害事業者係（変更なし） | 086-212-1015 |

(2) 平成26年4月1日から、「(介護予防) 認知症対応型通所介護」事業の担当係が、地域密着指導係から「訪問通所事業者係」に変更されます。

6. 相談室（相談スペース）の共用について（案）

(1) 平成26年4月1日から、業務に支障がない場合に限り、相談室（相談スペース）について、他の事業と共用であっても差し支えないこととする予定です。

(2) 上記に伴い、既に届け出ている平面図が変更になる場合は、変更後10日以内に届け出てください

7. 疑義照会（質問）について

今回の集団指導に係る内容のものに限らず、疑義照会・質問等については、原則として「質問票」により、FAXにて送信してください。

8. 電話番号、FAX番号、メールアドレス変更の際の連絡について

事業所の電話番号、FAX番号、メールアドレスが変更になった場合は、別紙「電話・FAX番号・メールアドレス変更届」（様式P179）を利用する等して連絡をお願いします。

【質問票】

平成 年 月 日
岡山市事業者指導課在宅指導係あて
Fax:086(221)3010

| | | | |
|--------|--|-------|----|
| 事業所名 | | | |
| サービス種別 | | 事業所番号 | 33 |
| 所在地 | | | |
| Tel | | Fax | |
| 担当者名 | | 職名 | |
| 【質問】 | | | |
| | | | |
| 【回答】 | | | |
| | | | |

岡山市 保健福祉局 事業者指導課 宛
FAX番号 086-221-3010

電話・FAX番号・メールアドレス 変更届

下記のとおり電話・FAX番号・メールアドレスが変更になりましたので、
お知らせします。

記

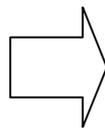
法人名 _____

事業所名 _____

介護保険事業所番号 _____

旧番号

| | |
|-------------|--|
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |
| メール アドレス | |



新番号

| | |
|-------------|--|
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |
| メール アドレス | |

平成 2 5 年度
(介護予防) 通所介護/療養通所介護集団指導資料