

令和4年度

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護
看護小規模多機能型居宅介護

集団指導資料
(別冊資料編)

岡山市保健福祉局高齢福祉部事業者指導課

令和4年度集団指導資料（別冊資料編）目次
（（介護予防）小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護）

| | | |
|---|---|----|
| 1 | 介護保険最新情報 Vol.938 「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例及び様式例の提示について」 | 1 |
| 2 | 介護保険最新情報 Vol.936 「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」 一部抜粋資料 | 21 |
| 3 | 褥瘡に関するスクリーニング・ケア計画書（別紙様式5）及び排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書（別紙様式6） | 32 |
| 4 | 各種情報提供について | |
| | ・住所地特例について | 34 |
| | ・高齢者介護施設における感染対策マニュアル改定版（2019年3月）について | 35 |
| 5 | 高齢者虐待防止学習テキスト（資料） | 47 |
| 6 | 身体的拘束の廃止に向けて | 68 |

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室） 御 中

← 厚生労働省老健局老人保健課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

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
事務処理手順例及び様式例の提示について
計 19 枚（本紙を除く）

Vol.938

令和 3 年 3 月 16 日

厚生労働省老健局老人保健課

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

連絡先 TEL : 03-5253-1111(内線 3948)
FAX : 03-3595-4010

老老発 0316 第 4 号
令和 3 年 3 月 16 日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局老人保健課長
（ 公 印 省 略 ）

科学的介護情報システム（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

科学的介護情報システムに関連する各加算の算定については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 1 日老企第 36 号。以下「訪問通所サービス通知」という。）、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 8 日老企第 40 号）、
「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 17 日老計発第 0317001 号、老振発第 0317001 号、老老発第 0317001 号）、
「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331005 号、老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 号）及び「特別診療費の算定に関する留意事項について」（平成 30 年 4 月 25 日老老発 0425 第 2 号）において示しているところであるが、今般、基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例を下記のとおりお示しするので、御了知の上、各都道府県におかれては、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その取扱いに当たっては遺漏なきよう期されたい。

記

第 1 基本的考え方

1

2

1 科学的介護情報システム（L I F E）について

厚生労働省では、平成 28 年度から通所・訪問リハビリテーションデータ収集システム（以下「V I S I T」という。）を運用し、リハビリテーションマネジメントで活用されるリハビリテーション計画書等の情報を収集するとともに、令和 2 年 5 月から高齢者の状態やケアの内容等データ収集システム（以下「C H A S E」という。）を運用し、利用者又は入所者（以下「利用者等」という。）の心身の状況や提供されるサービス等に関する情報を収集してきた。

令和 3 年 4 月 1 日より、V I S I T 及び C H A S E の一体的な運用を開始するとともに、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、名称を「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。）とすることとした。なお、L I F E の利用申請手続等については、「科学的介護情報システム（L I F E）」の活用等について（令和 3 年 2 月 19 日厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）を参照されたい。

U R L : https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html

2 L I F E を用いた P D C A サイクルの推進及びサービスの質の向上について

令和 3 年度介護報酬改定において、科学的に効果が裏付けられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供の推進を目的とし、L I F E を用いた P D C A サイクルの推進及びサービスの質の向上を図る取組を推進することとされた。

P D C A サイクルとは、利用者等の状態に応じたケア計画等の作成（Plan）、当該計画等に基づくサービスの提供（Do）、当該提供内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画等の見直し・改善（Action）の一連のサイクルのことであり、P D C A サイクルの構築を通じて、継続的にサービスの質の管理を行うことにより、サービスの質の向上につなげることを目指すものである。

P D C A サイクルに沿った取組を進める中で作成された、ケア計画等の情報を L I F E に提出することで、利用者等单位又は事業所・施設単位で解析された結果のフィードバックを受けることができる。このフィードバック情報を活用することで、利用者等の状態やケアの実績の変化等を踏まえたケア計画等の見直し・改善を行うことが可能となり、サービスの質の一層の向上につなげる事が可能となる。

以上の観点から、第 2 に規定する各加算については、L I F E への情報提

出及びフィードバック情報を活用したP D C Aサイクルの推進及びサービスの質の向上を求めていることとしている。

第2 L I F Eに関連する加算

1 科学的介護推進体制加算

(1) 通所サービス、居住サービス及び多機能サービスにおける科学的介護推進体制加算

ア L I F Eへの情報提出頻度について

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

(ア) 本加算の算定を開始しようとする月においてサービスを利用している利用者（以下「既利用者」という。）については、当該算定を開始しようとする月

(イ) 本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降にサービスの利用を開始した利用者（以下「新規利用者」という。）については、当該サービスの利用を開始した日の属する月

(ウ) (ア) 又は (イ) の月のほか、少なくとも6月ごと

(エ) サービスの利用を終了する日の属する月

イ L I F Eへの提出情報について

事業所の全ての利用者について、別紙様式 1（科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス））にある「評価日」、「前回評価日」、「障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度」、「総論（ADL及び在宅復帰の有無等に限る。）」、「口腔・栄養」及び「認知症（必須項目に限る。）」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。また、「総論（既往歴、服薬情報及び同居家族等に限る。）」及び「認知症（任意項目に限る。）」の各項目に係る情報についても、必要に応じて提出することが望ましいこと。なお、フィードバックについては必須情報以外も含め提出された情報に基づき実施されるものであること。

また、提出情報は、利用者ごとに、以下の時点における情報とするこ

と。

- ・ ア（ア）に係る提出情報は、当該算定開始時における情報
- ・ ア（イ）に係る提出情報は、当該サービスの利用開始時における情報
- ・ ア（ウ）に係る提出情報は、前回提出時以降の情報
- ・ ア（エ）に係る提出情報は、当該サービスの利用終了時における情報

(2) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び介護老人福祉施設における科学的介護推進体制加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）

ア LIFEへの情報提出頻度について

通所サービス、居住サービス及び多機能サービスにおける科学的介護推進体制加算と同様であるため、(1)アを参照されたい。

イ LIFEへの提出情報について

科学的介護推進体制加算（Ⅰ）については、施設における入所者全員について、別紙様式2（科学的介護推進に関する評価（施設サービス））にある「評価日」、「前回評価日」、「障害高齢者の日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度」、「総論（ADL及び在宅復帰の有無等に限る。）」、「口腔・栄養」及び「認知症（必須項目に限る。）」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。また、「総論（既往歴、服薬情報及び同居家族等に限る）」及び「認知症（任意項目に限る。）」に係る情報についても、必要に応じて提出することが望ましいこと。

科学的介護推進体制加算（Ⅱ）については、施設における入所者全員について、科学的介護推進体制加算（Ⅰ）で必須とされる情報に加え、「総論（既往歴及び同居家族等に限る。）」に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。また、「総論（服薬情報に限る。）」及び「認知症（任意項目に限る。）」に係る情報についても、必要に応じて提出することが望ましいこと。

なお、フィードバックについては必須情報以外も含め提出された情報に基づき実施されるものであること。

また、提出情報の時点は、通所サービス、居住サービス及び多機能サービスにおける科学的介護推進体制加算と同様であるため、(1)イ後段を参照されたい。

(3) 介護老人保健施設及び介護医療院における科学的介護推進体制加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）

ア LIFEへの情報提出頻度について

通所サービス、居住サービス及び多機能サービスにおける科学的介護推進体制加算と同様であるため、(1)アを参照されたい。

イ L I F E への提出情報について

科学的介護推進体制加算(Ⅰ)については、施設における入所者全員について、別紙様式2(科学的介護推進に関する評価(施設サービス))にある「評価日」、「前回評価日」、「障害高齢者の日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度」、「総論(ADL及び在宅復帰の有無等に限る。）」、「口腔・栄養」及び「認知症(必須項目に限る。）」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。また、「総論(既往歴、服薬情報及び同居家族等に限る。）」及び「認知症(任意項目に限る。）」に係る情報についても、必要に応じて提出することが望ましいこと。

科学的介護推進体制加算(Ⅱ)については、施設における入所者全員について、科学的介護推進体制加算(Ⅰ)で必須とされる情報に加え、「総論(既往歴、服薬情報及び同居家族等に限る。）」に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。また、「認知症(任意項目に限る。）」に係る情報についても、必要に応じて提出することが望ましいこと。

なお、提出情報の時点は、通所サービス、居住サービス及び多機能サービスにおける科学的介護推進体制加算と同様であるため、(1)イ後段を参照されたい。

(4) 猶予期間の設定について

令和3年度においては、L I F E に対応した介護記録システム等を導入するために時間を要する等の事情のある事業所・施設については、(1)ア、(2)ア及び(3)アの規定にかかわらず、一定の経過措置を設けることとする。具体的には、

- ・ 令和3年4月から同年9月末日までに本加算の算定を開始する場合は、算定を開始しようとする月の5月後の月

又は、

- ・ 令和3年10月から令和4年2月末日までの間に本加算の算定を開始する場合は、令和4年3月

の翌月10日までに提出することを可能とする猶予期間を設けることとし、当該猶予の適用を必要とする理由及び提出予定時期等を盛り込んだ計画を策定することで、猶予措置の適用を受け本加算の算定をできるものとする(本計画については、指定権者への届出までを求めるものではないが、求められた場合には速やかに提出すること)。なお、猶予期間終了後、情

報提出を行うに当たっては、(1)ア、(2)ア及び(3)アに規定する時点における情報の提出が必要であること。また、猶予期間の終了時期を待たず、可能な限り早期に(1)ア、(2)ア及び(3)アの規定に従い提出することが望ましいこと。

なお、提出すべき情報を猶予期間終了日までに提出していない場合は、算定した当該加算については、遡り過誤請求を行うこと。

2 個別機能訓練加算(Ⅱ)

(1) LIFEへの情報提出頻度について

利用者ごとに、アからウまでに定める月の翌月10日までに提出すること。

ア 新規に個別機能訓練計画の作成を行った日の属する月

イ 個別機能訓練計画の変更を行った日の属する月

ウ ア又はイのほか、少なくとも3月に1回

(2) LIFEへの提出情報について

ア 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老振発0316第3号、老老発0316第2号)別紙様式3-3(個別機能訓練計画書)にある「評価日」、「職種」、「ADL」、「IADL」及び「起居動作」並びに別紙様式3にある「作成日」、「前回作成日」、「初回作成日」、「障害高齢者の日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度」、「健康状態・経過(病名及び合併疾患・コントロール状態に限る。）」、「個別機能訓練の目標」及び「個別機能訓練項目(プログラム内容、留意点、頻度及び時間に限る。）」の各項目に係る情報をすべて提出すること。

イ 提出情報は、以下の時点における情報とすること。

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

3 ADL維持等加算

(1) LIFEへの情報提出頻度について

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

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

なければならないこと。

(2) L I F Eへの提出情報について

事業所・施設における利用者等全員について、利用者等のADL値（厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）第16号の2イ(2)のADL値をいう。）を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

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

4 リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ及び(B)ロ

(1) L I F Eへの情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、2(1)を参照されたい。

(2) L I F Eへの提出情報について

ア 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養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」別紙様式2-2-1及び2-2-2（リハビリテーション計画書）にある「計画作成日」、「担当職種」、「健康状態、経過（原因疾病及び合併疾患・コントロール状態に限る。）」、「日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」、「心身機能・構造」、「活動（基本動作、活動範囲など）」、「活動（ADL）」、「リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月）」、「リハビリテーションの長期目標」、「リハビリテーションの終了目安」、「社会参加の状況」、「活動（IADL）」及び「リハビリテーションサービス（目標、担当職種、具体的支援内容、頻度及び時間に限る。）」の各項目に係る情報をすべて提出すること。

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

5 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算並びに理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算

(1) L I F Eへの情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、2(1)を参照されたい。

(2) L I F Eへの提出情報について

ア 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養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」別紙様式2-2-1及び2-2-2（リハビリテーション計画書）にある「計画作成日」、「担当職種」、「健康状態、経過（原因疾病及び合

併疾患・コントロール状態に限る。）」、「日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」、「心身機能・構造」、「活動（基本動作、活動範囲など）」、「活動（ADL）」、「リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月）」、「リハビリテーションの長期目標」、「リハビリテーションの終了目安」、「社会参加の状況」、及び「リハビリテーションサービス（目標、担当職種、具体的支援内容、頻度及び時間に限る。）」の各項目に係る情報をすべて提出すること。

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

6 褥瘡マネジメント加算

(1) LIFEへの情報提出頻度について

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

ア 本加算の算定を開始しようとする月においてサービス利用している利用者等（以下「既利用者等」という。）については、当該算定を開始しようとする月

イ 本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降にサービスの利用を開始した利用者等（以下「新規利用者等」という。）については、当該サービスの利用を開始した日の属する月

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

(2) LIFEへの提出情報について

ア 事業所・施設における利用者等全員について、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式5又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式5（褥

瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書)にある「評価日」、「計画作成日」、「褥瘡の有無」及び「危険因子の評価」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。

イ 褥瘡がある利用者等については、同様式にある「褥瘡の状態の評価」に係る情報も提出すること。

ウ 提出情報は、利用者等ごとに、以下の時点における情報とすること。

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

(3) 猶予期間の設定について

令和3年度においては、L I F Eに対応した介護記録システム等を導入するために時間を要する等の事情のある事業所・施設については、(1)の規定にかかわらず、一定の経過措置期間を設けることとする。具体的には、令和4年4月10日までに提出することを可能とする猶予期間を設けることとし、当該猶予期間の適用を必要とする理由及び提出予定時期等を盛り込んだ計画を策定することで、猶予措置の適用を受け、本加算を算定できるものとする。なお、猶予期間終了後、情報提出を行うに当たっては、(1)に規定する時点における情報の提出が必要であること。また、猶予期間の終了時期を待たず、可能な限り早期に(1)の規定に従い提出することが望ましいこと。

なお、提出すべき情報を猶予期間終了日までに提出していない場合は、算定した当該加算については、遡り過誤請求を行うこと。

7 褥瘡対策指導管理(Ⅱ)

(1) L I F Eへの情報提出頻度について

褥瘡対策指導管理(Ⅰ)を算定する入所者ごとに、アからウまでに定める月の翌月10日までに提出すること。

ア 本加算の算定を開始しようとする月においてサービス利用している入所者(以下「既入所者」という。)については、当該算定を開始しようとする月

イ 本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降にサービスの利用を開始した入所者(以下「新規入所者」という。)については、当該サービスの利用を開始した日の属する月

ウ 褥瘡の発生と関係のあるリスクに係る評価を行った日の属する月

(評価は少なくとも3月に1回行うものとする。)

- (2) LIFEへの提出情報について
 - ア 「特別診療費の算定に関する留意事項について」別添様式3(褥瘡対策に関する診療計画書)にある「評価日」、「計画作成日」、「褥瘡の有無」及び「危険因子の評価」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。
 - イ また、褥瘡がある入所者については、同様式にある「褥瘡の状態の評価」に係る情報も提出すること。
 - ウ 提出情報の時点は、褥瘡マネジメント加算と同様であるので、6(2)ウを参照されたい。

8 排せつ支援加算

- (1) LIFEへの情報提出頻度について
褥瘡マネジメント加算と同様であるので、6(1)を参照されたい。
- (2) LIFEへの提出情報について
 - ア 事業所・施設における利用者等全員について、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式6又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式6(排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書)にある「評価日」、「計画作成日」、「排せつの状態及び今後の見込み」、「排せつの状態に関する支援の必要性」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。
 - イ 提出情報の時点は、褥瘡マネジメント加算と同様であるので、6(2)ウを参照されたい。
- (3) 令和3年度における取扱いは褥瘡マネジメント加算と同様であるので、6(3)を参照されたい。

9 自立支援促進加算

- (1) LIFEへの情報提出頻度について
褥瘡マネジメント加算と同様であるので、6(1)を参照されたい。
- (2) LIFEへの提出情報について
 - ア 施設における入所者全員について、「指定居宅サービスに要する費用

の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式7又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式7（自立支援促進に関する評価・支援計画書）にある「評価日」、「計画作成日」、「現状の評価と支援計画実施による改善の可能性」及び「支援実績」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。

イ 提出情報の時点は、褥瘡マネジメント加算と同様であるので、6(2)ウを参照されたい。

10 かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)

(1) LIFEへの情報提出頻度について

入所者ごとに、アからエまでに定める月の翌月10日までに提出すること。

ア 施設に入所した日の属する月

イ 処方内容に変更が生じた日の属する月

ウ ア又はイの月のほか、少なくとも3月に1回

エ 施設を退所する日の属する月

(2) LIFEへの提出情報について

入所期間が3月以上であると見込まれる入所者について、(1)ア、ウ及びエの月においては「傷病名」及び「処方薬剤名」の情報をいずれも、(1)イの月においてはこれらの情報に加え、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式9（薬剤変更等に係る情報提供書）にある「変更・減薬・減量の別」及び「変更・減薬・減量理由」の各項目に係る情報をすべて提出すること。

提出情報は、以下の時点における情報とすること。

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

(3) 令和3年3月31日以前に入所した者については、当該者に係る施設入所時の「傷病名」及び「処方薬剤名」の情報及び施設入所日以降令和3年

3月31日までの間に処方内容の変更があった場合は「傷病名」及び「処方薬剤名」並びに「変更・減薬・減量の別」及び「変更・減薬・減量理由」の情報を、令和3年5月10日までに提出すること。

11 薬剤管理指導の注2の加算

(1) LIFEへの情報提出頻度について

入所者ごとに、アからエまでに定める月の翌月10日までに提出すること。

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

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

ウ 処方内容に変更が生じた日の属する月

エ ア、イ又はウの月のほか、少なくとも3月に1回

(2) LIFEへの提出情報について

(1)ア、イ及びエの月においては「傷病名」及び「処方薬剤名」の情報をいずれも、(1)ウの月においてはこれらの情報に加え、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式9（薬剤変更等に係る情報提供書）にある「変更・減薬・減量の別」及び「変更・減薬・減量理由」の各項目に係る情報をすべて提出すること。

提出情報は、以下の時点における情報とすること。

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

12 栄養マネジメント強化加算

(1) LIFEへの情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、2(1)を参照されたい。なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出しなければならないが、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者全員について本加算を算定できないこと（例えば、

4月の情報を5月10日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4月サービス提供分から算定ができないこととなる。)

(2) LIFEへの提出情報について

ア 施設における入所者全員について、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養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」別紙様式4-1（栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例））にある「実施日」、「低栄養状態のリスクレベル」、「低栄養状態のリスク（状況）」、「食生活状況等」、「多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）」、「総合評価」及び「計画変更」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。

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

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

(3) 令和3年度における取扱いは褥瘡マネジメント加算と同様であるので、6(3)を参照されたい。

13 栄養アセスメント加算

(1) LIFEへの情報提出頻度について

入所者ごとに、ア及びイに定める月の翌月10日までに提出すること。

ア 栄養アセスメントを行った日の属する月

イ アの月のほか、少なくとも3月に1回

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

(2) LIFEへの提出情報について

利用者全員について、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養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」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（通所・居宅）（様式例））にある「実施日」「低栄養状

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

提出情報は、利用者ごとに、以下の時点における情報とすること。

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

14 口腔衛生管理加算(Ⅱ)

(1) L I F Eへの情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、2(1)を参照されたい。

(2) L I F Eへの提出情報について

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式3又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式1（口腔衛生管理加算 様式（実施計画））にある「要介護度・病名等」、「かかりつけ歯科医」、「入れ歯の使用」、「食形態」、「誤嚥性肺炎の発症・罹患」、「口腔に関する問題点（スクリーニング）」、「口腔衛生の管理内容（アセスメント）（実施目標、実施内容及び実施頻度に限る。）」及び「歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容」の各項目に係る情報をすべて提出すること。

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

15 口腔機能向上加算(Ⅱ)

(1) L I F Eへの情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、2(1)を参照されたい。

(2) L I F Eへの提出情報について

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に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」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））にある「か

かりつけ歯科医」、「入れ歯の使用」、「食形態等」、「誤嚥性肺炎の発症・罹患」、「スクリーニング、アセスメント、モニタリング」、「口腔機能改善管理計画」及び「実施記録」の各項目に係る情報をすべて提出すること。

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

科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）

評価日 令和 年 月 日
 前回評価日 令和 年 月 日
 記入者名

氏名

殿

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

| | | |
|------|--------|--|
| 基本情報 | 保険者番号 | 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 |
| | 被保険者番号 | |
| | 事業所番号 | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |

| | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| 総論 | 既往歴〔前回の評価時より変化のあった場合は記載〕〔任意項目〕 | | |
| | 服薬情報〔任意項目〕 | | |
| | 1. 薬剤名 () (/日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日) | | |
| | 2. 薬剤名 () (/日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日) | | |
| | ・ | | |
| 〔任意項目〕 | | | |
| 同居家族等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他) (複数選択可) | | | |
| 家族等が介護できる時間 <input type="checkbox"/> ほとんど終日 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 2～3時間程度 <input type="checkbox"/> 必要な時に手をかす程度 <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| ADL | | | |
| ・食事 | 自立 <input type="checkbox"/> 10 | 一部介助 <input type="checkbox"/> 5 | 全介助 <input type="checkbox"/> 0 |
| ・椅子とベッド間の移乗 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 10← (監視下) | |
| ・整容 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |
| ・トイレ動作 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |
| ・入浴 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |
| ・平地歩行 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 10← (歩行器等) | |
| ・階段昇降 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |
| ・更衣 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |
| ・排便コントロール | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |
| ・排尿コントロール | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 在宅復帰の有無等〔任意項目〕 | | | |
| <input type="checkbox"/> 入所/サービス継続中 | | | |
| <input type="checkbox"/> 中止 (中止日:) | | | |
| <input type="checkbox"/> 居室 (※) <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 介護医療院入所 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設入院 | | | |
| <input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 | | | |

※居室サービスを利用する場合 (介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック)

| | |
|---|---|
| 口腔・栄養 | 身長 (cm) 体重 (kg) 褥瘡の有無〔任意項目〕 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| | 口腔の健康状態 |
| | ・硬いものを避け柔らかいものばかり食べる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ・入れ歯を使っている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・むせやすい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 誤嚥性肺炎の発症・既往 (※) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (発症日: 年 月 日) (発症日: 年 月 日) | |

※初回の入力時には誤嚥性肺炎の既往、二回目以降の入力時は前回の評価後の誤嚥性肺炎の発症について記載

| | | | | | | |
|------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 認知症 | 認知症の診断 □なし □あり(診断日 年 月 日: □アルツハイマー病 □血管性認知症 □レビー小体病 □その他()) | | | | | |
| | DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載) | | | | | |
| | | まったくない | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある |
| | ・日常的な物事に関心を示さない | <input type="checkbox"/> |
| | ・特別な事情がないのに夜中起き出す | <input type="checkbox"/> |
| | ・特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける | <input type="checkbox"/> |
| | ・やたらに歩きまわる | <input type="checkbox"/> |
| | ・同じ動作をいつまでも繰り返す | <input type="checkbox"/> |
| | 〔以下、任意項目〕 | | | | | |
| | ・同じ事を何度も何度も聞く | <input type="checkbox"/> |
| ・よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ・昼間、寝てばかりいる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ・口汚くののしる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ・場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ・世話をされるのを拒否する | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ・物を貯め込む | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ・引き出しや箆笥の中身をみんな出してしまう | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Vitality Index | | | | | | |
| ・意思疎通 | □自分から挨拶する、話し掛ける □挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる □反応がない | | | | | |
| 〔以下、任意項目〕 | | | | | | |
| ・起床 | □いつも定時に起床している □起こさないと起床しないことがある □自分から起床することはない | | | | | |
| ・食事 | □自分から進んで食べようとする □促されると食べようとする □食事に興味がない、全く食べようとしない | | | | | |
| ・排せつ | □いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う □時々、尿意便意を伝える □排せつに全く興味がない | | | | | |
| ・リハビリ・活動 | □自らリハビリに向かう、活動を求める □促されて向かう □拒否、無関心 | | | | | |

(注) 任意項目との記載のない項目は必須項目とする

科学的介護推進に関する評価（施設サービス）

評価日 令和 年 月 日
 前回評価日 令和 年 月 日
 記入者名

氏名

殿

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

| | | |
|------|--------|--|
| 基本情報 | 保険者番号 | 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 |
| | 被保険者番号 | |
| | 事業所番号 | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |

| | | | |
|--|--|------------------------------------|---|
| 総論 | 既往歴〔前回の評価時より変化のあった場合は記載〕〔科学的介護推進体制加算（I）では任意項目〕 | | |
| | 服薬情報〔科学的介護推進体制加算（I）では任意項目〕 | | |
| | 1. 薬剤名（ ）（ /日） | （処方期間 年 月 日～ 年 月 日） | |
| | 2. 薬剤名（ ）（ /日） | （処方期間 年 月 日～ 年 月 日） | |
| | ・ | | |
| 〔科学的介護推進体制加算（I）では任意項目〕 | | | |
| 同居家族等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他）（複数選択可） | | | |
| 家族等が介護できる時間 <input type="checkbox"/> ほとんど終日 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 2～3時間程度 <input type="checkbox"/> 必要な時に手をかす程度 <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| ADL | 自立 | 一部介助 | 全介助 |
| ・食事 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |
| ・椅子とベッド間の移乗 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 10←（監視下） | |
| | （座れるが移れない）→ | | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 |
| ・整容 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |
| ・トイレ動作 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |
| ・入浴 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |
| ・平地歩行 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 10←（歩行器等） | |
| | （車椅子操作が可能）→ | | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 |
| ・階段昇降 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |
| ・更衣 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |
| ・排便コントロール | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |
| ・排尿コントロール | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 在宅復帰の有無等〔任意項目〕 | | | |
| <input type="checkbox"/> 入所/サービス継続中 | | | |
| <input type="checkbox"/> 中止（中止日： ） | | | |
| <input type="checkbox"/> 居宅（※） <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 介護医療院入所 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設入院 | | | |
| <input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 | | | |

※居宅サービスを利用する場合（介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック）

| | | | |
|--|---|---|---|
| 口腔・栄養 | 身長（ cm） | 体重（ kg） | 低栄養状態のリスクレベル <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 |
| | 栄養補給法 | | |
| | ・栄養補給法 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 | | |
| | ・経口摂取 <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 一部 | | |
| | ・嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| | ・食事形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（コード <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j） | | |
| | ・とろみ <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い | | |
| 食事摂取量 | 全体（ %） | 主食（ %） | 副食（ %） |
| 必要栄養量 | エネルギー（ kcal） | たんぱく質（ g） | 提供栄養量 エネルギー（ kcal）たんぱく質（ g） |
| 血清アルブミン値 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ g/dl） | 褥瘡の有無〔任意項目〕 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| 口腔の健康状態 | | | |
| ・歯・入れ歯が汚れている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| ・歯が少ないのに入れ歯を使っていない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| ・むせやすい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |
| 誤嚥性肺炎の発症・既往（※） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（発症日： 年 月 日）（発症日： 年 月 日） | | | |

※初回の入力時には誤嚥性肺炎の既往、二回目以降の入力時は前回の評価後の誤嚥性肺炎の発症について記載

| 認知症 | 認知症の診断 □なし □あり(診断日 年 月 日: □アルツハイマー病 □血管性認知症 □レビー小体病 □その他()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|--|--|--|--|--|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">まったくない</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">ほとんどない</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">ときどきある</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">よくある</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">常にある</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・日常的な物事に興味を示さない</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・特別な事情がないのに夜中起き出す</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・やたらに歩きまわる</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・同じ動作をいつまでも繰り返す</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">〔以下、任意項目〕</td> </tr> <tr> <td>・同じ事を何度も何度も聞く</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・昼間、寝てばかりいる</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・口汚くののしる</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・世話をされるのを拒否する</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・物を貯め込む</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・引き出しや箆笥の中身をみんな出してしまう</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | まったくない | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある | ・日常的な物事に興味を示さない | <input type="checkbox"/> | ・特別な事情がないのに夜中起き出す | <input type="checkbox"/> | ・特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける | <input type="checkbox"/> | ・やたらに歩きまわる | <input type="checkbox"/> | ・同じ動作をいつまでも繰り返す | <input type="checkbox"/> | 〔以下、任意項目〕 | | | | | | ・同じ事を何度も何度も聞く | <input type="checkbox"/> | ・よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする | <input type="checkbox"/> | ・昼間、寝てばかりいる | <input type="checkbox"/> | ・口汚くののしる | <input type="checkbox"/> | ・場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする | <input type="checkbox"/> | ・世話をされるのを拒否する | <input type="checkbox"/> | ・物を貯め込む | <input type="checkbox"/> | ・引き出しや箆笥の中身をみんな出してしまう | <input type="checkbox"/> |
| | | まったくない | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・日常的な物事に興味を示さない | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・特別な事情がないのに夜中起き出す | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・やたらに歩きまわる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・同じ動作をいつまでも繰り返す | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〔以下、任意項目〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・同じ事を何度も何度も聞く | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・昼間、寝てばかりいる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・口汚くののしる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・世話をされるのを拒否する | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・物を貯め込む | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・引き出しや箆笥の中身をみんな出してしまう | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vitality Index | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・意思疎通 □自分から挨拶する、話し掛ける □挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる □反応がない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〔以下、任意項目〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・起床 □いつも定時に起床している □起こさないと起床しないことがある □自分から起床することはない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・食事 □自分から進んで食べようとする □促されると食べようとする □食事に関心がない、全く食べようとしない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・排せつ □いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う □時々、尿意便意を伝える □排せつに全く関心がない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・リハビリ・活動 □自らリハビリに向かう、活動を求める □促されて向かう □拒否、無関心 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(注) 任意項目との記載のない項目は必須項目とする

第 5 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

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

(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

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

イ 事業所は、管理栄養士（他の介護事業所（栄養改善加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を 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」との連携を含む。以下この項において同じ。）と主治の医師、歯科医師、看護師及び居宅介護支援専門員その他の職種（以下「関連職種」という。）が行う体制を整備すること。

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。

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関連職種との連絡調整を行う。

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。

(2) 栄養ケア・マネジメントの実務

ア 利用開始時における栄養スクリーニング管理栄養士は、利用者の利用開始時に、関連職種と共同して、低栄養状態のリスクを把握する（以下「栄養スクリーニング」という。）。なお、栄養スクリーニングの結果は、別紙様式 5-1 の様式例を参照の上、記録する。

イ 栄養アセスメントの実施

管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、利用者毎に解決すべき課題を把握する（以下「栄養アセスメント」という。）。栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙様式 5-1 の様式例を参照の上、作成する。栄養アセスメント加算を算定する場合は、栄養アセスメントの結果（低栄養状態のリスク、解決すべき栄養管理上の課題の有無等）を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。利用者の解決すべき栄養管理上の課題を的確に把握し、適切な栄養改善サービスにつなげることを目的としているため、利用者全員に継続的に実施することが望ましい。利用者又はその家族への説明に当たっては、L I F E における利用者フィードバック票を活用すること。

ウ 栄養ケア計画の作成

① 管理栄養士は、前記の栄養アセスメントに基づいて、利用者の i) 栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、慢性的な疾患に対する対応、食事の形態等食事の提供に関する事項等）、ii) 栄養食事相談、iii) 課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、別紙様式 5-2 の様式例を参照の上栄養ケア計画を作成する。その際、必要に応じ、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士の助言を参考とすること。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）第 99 条若しくは第 115 条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第 27 条、第 52 条若しくは第 179 条、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 35 号）第 125 条又は指定地域密

着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 36 号）第 42 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、利用者の主治の医師の指示・指導が必要な場合には、利用者の主治の医師の指示・指導を受けなければならない。

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、主治の医師の指示・指導が必要な場合には、その指導等に基づき栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行う。
- ② 管理栄養士は、通所サービスでの食事の提供に当たっては、給食業務の実際の責任者としての役割を担う者（管理栄養士、栄養士、調理師等）に対して、栄養ケア計画に基づいて個別対応した食事の提供ができるように説明及び指導する。なお、給食業務を委託している場合においては、委託業者の管理栄養士等との連携を図る。
- ③ 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて、栄養食事相談を実施する。居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するため、利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供すること。
- ④ 管理栄養士は、関連職種に対して、栄養ケア計画に基づいて説明、指導及び助言を行う。
- ⑤ 管理栄養士は、関連職種と共同して食事摂取状況や食事に関するインシデント・アクシデントの事例等の把握を行う。
- ⑥ 管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録内容、栄養補給（食事等）の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。なお、指定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 105 条若しくは第 119 条において準用する第 19 条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第 37 条、第 61 条若しくは第 182 条において準用する第 3 条の 18、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第 123 条において準用する第 49 条の 13、若しくは第 237 条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第 21 条に規定するサービスの提供の記録において管理栄養士が栄養ケア提供の経過を記録する場合にあっては、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために栄養ケア提供の経過を記録する必要はないものとする。

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、2週間毎等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は1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、別紙様式5-1の様式例を参照の上、作成する。
- ③ 低栄養状態のリスクの把握やモニタリング結果は、3か月毎に事業所を通じて利用者を担当する介護支援専門員等へ情報を提供する。

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。

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。

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。

第6 口腔・栄養スクリーニング加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

1 口腔・栄養スクリーニングの基本的考え方

平成30年度介護報酬改定において、通所系サービスにおける栄養状態のスクリーニングを行う栄養スクリーニング加算が新設された。令和3年度介護報酬改定において、口腔の健康状態のスクリーニングを併せて実施する口腔・栄養スクリーニング加算として評価する見直しを行った。

口腔・栄養スクリーニングは、事業所において、口腔の健康状態及び栄養状態についての簡易な評価を継続的に実施することにより、利用者の状態に応じて必要な医療や口腔機能向上サービス、栄養改善サービス等の提供に繋げるとともに、当該事業所の従業者の口腔・栄養に関する意識の向上を図ることを目的とするものである。

例えば、噛む力が弱まると食事量が減ることで、必要なエネルギーやたんぱく質等の栄養素が不足し、低栄養のリスクが高まるなど、口腔の健康状態と栄養状態は密接に関わっていることから、口腔の健康状態のスクリーニングと栄養状態のスクリーニングは一体的に実施すべきものである。

2 口腔・栄養スクリーニングの実務等について

(1) 口腔・栄養スクリーニングの実施体制

ア 口腔・栄養スクリーニングは、ケアマネジメントの一環として、介護職員等が、利用者全員の口腔の健康状態及び栄養状態を継続的に把握することが望ましい。

イ 事業所における口腔・栄養スクリーニングに関する手順をあらかじめ定めること。また、効率的・効果的にスクリーニングを実施するため、口腔の健康状態のスクリーニングと栄養状態のスクリーニングは一体的に実施することが望ましい。

ウ 事業所は、口腔・栄養スクリーニングの実施体制を評価し、効率的・効果的に実施できるよう改善すべき課題を整理・分析し、継続的な見直しに努めること。

エ 利用者が複数の通所事業所等を利用している場合は、口腔・栄養スクリーニングを行う事業所を、利用者又は家族の希望も踏まえてサービス担当者会議等で検討した上で、介護支援専門員が決定することとし、原則として、当該事業所が継続的にスクリーニングを実施すること。

(2) 口腔・栄養スクリーニングの実務

① スクリーニングの実施

介護職員等は、利用者のサービス利用開始時又は事業所における口腔・栄養スクリーニング加算の算定開始時に、**別紙様式 6**を用いてスクリーニングを行うこと。

② スクリーニング結果の情報提供等

介護職員等は、各利用者のスクリーニング結果を、当該利用者を担当する介護支援専門員に**別紙様式 6**を参考に文書等で情報提供すること。

また、口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合又は低栄養状態の利用者については、かかりつけ医又はかかりつけ歯科医への受診状況を利用者又はその家族等に確認し、必要に応じて受診を促すとともに、当該利用者を担当する介護支援専門員に対して、口腔機能向上サービス又は栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。

③ 再スクリーニングの実施

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

第8 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

1 口腔機能向上サービスの実務等について

(1) 通所サービスにおける口腔機能向上サービスの提供体制

ア 口腔機能向上サービスの提供体制は、ケアマネジメントの一環として、個々人に最適な実地指導を行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。

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。

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（スクリーニング・アセスメント、口腔機能改善管理指導計画、サービス実施、モニタリング等）をあらかじめ定める。

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。

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、継続的なサービス提供内容の改善に努める。

(2) 口腔機能向上サービスの実務

ア スクリーニング・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、利用者毎に口腔衛生、摂食・嚥下機能等に関する解決すべき課題の確認・把握を行う。解決すべき課題の確認・把握の実施にあたっては、**別紙様式 8**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。

イ 口腔機能改善管理指導計画の作成

① サービス担当者は、スクリーニング・アセスメント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指導計画を作成する。なお、この作成には、**別紙様式 8**の様式例を参照の上、作成することとし、必要に応じて理学療法士、作業療法士、管理栄養士等の助言を参考にする。ただし、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第99条、第115条若しくは第184条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第27条、第40条の9、第52条、第77条、第98条、第119条若しくは第179条、指定介護予

防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第 125 条若しくは第 247 条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第 42 条、第 66 条若しくは第 87 条において作成することとされている各計画の中に、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることができるものとする。

- ② サービス担当者は、作成した口腔機能改善管理指導計画について、関連職種と調整を図り、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画にも適切に反映させる。
- ③ 介護予防通所介護又は通所介護において行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導が必要と判断される場合は、サービス担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師の指示・指導を受けること。
- ④ 介護予防通所リハビリテーション又は通所リハビリテーションにおいて行われる口腔機能向上サービスの場合、サービス担当者は、医師又は歯科医師の指示・指導が必要であり、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。

ウ 利用者又はその家族への説明

サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に際して、口腔機能改善管理指導計画を利用者又はその家族に説明し、口腔機能向上サービスの提供に関する同意を得る。医師又は歯科医師は、サービス担当者への指示・指導が必要な場合、口腔機能改善管理指導計画の実施に当たり、その計画内容、利用者又はその家族の同意等を確認する。

エ 口腔機能向上サービスの実施

- ① サービス担当者に関連職種は、口腔機能改善管理指導計画に基づいた口腔機能向上サービスの提供を行う。
- ② サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づいて、口腔衛生、摂食・嚥下機能等に関する実地指導を実施する。
- ③ サービス担当者は、口腔機能向上サービスの提供に当たっては、それぞれの職種が兼ね備えた専門知識、技術等を用いて実施する。しかし、利用者の心身の状況等に応じ、利用者の主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導が必要と考えられる場合、サービス担当者は、主治の医師又は主治の歯科医師等の指示・指導を受けなければならない。また、関連職種に対して、口腔機能改善管理指導計画に基づいて個別又は集団に対応した口腔機能向上サービスの提供ができるように指導及び助言等を行う。
- ④ サービス担当者は、関連職種と共同して口腔機能向上サービスに関するインシデント・アクシデント事例等の把握を行う。
- ⑤ サービス担当者は、口腔機能向上サービス提供の主な経過を記録する。記録の内容は、実施日、サービス提供者氏名及び職種、指導の内容（口腔清掃、口腔清掃に関する指導、摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導、音声・言語機能に関する指導）について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第 105 条若しくは第 119 条において準用する第 19 条若しくは第 181 条、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第 37 条、第 40 条の 16、第 61 条、第 88 条若しくは第 182 条において準用する第 3 条の 18、第 95 条若しくは第 116 条、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第 123 条において準用する第 49 条の 13 若しくは第 237 条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防

サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第 21 条、第 64 条において準用する第 21 条若しくは第 75 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はないものとする。

オ 実施上の問題点の把握

サービス担当者は、口腔機能改善管理指導計画に基づき、利用者の目標の達成状況、口腔衛生、口腔機能の改善状況等を適宜把握する。改善状況に係る記録は、**別紙様式 8**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、口腔機能改善管理指導計画の変更を検討する。

カ モニタリングの実施

① サービス担当者は、目標の達成状況、口腔衛生、摂食・嚥下機能等の改善状況等を宜モニタリングし、評価を行うとともに、サービスの見直し事項を含めた、口腔機能改善管理指導計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、**別紙様式 8**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 1 か月毎に適宜行う。

キ 再把握の実施

サービス担当者は、口腔衛生、摂食・嚥下機能等に関する解決すべき課題の把握を 3 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、**別紙様式 8**の様式例を参照の上、作成する。

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

ク 口腔機能向上サービスの継続及び終了時の説明等

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

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