

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

（老企第 40 号平成 12 年 3 月 8 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

別紙様式 3 口腔衛生管理に関する実施記録

別紙様式 4 褥瘡の発生と関連のあるリスク

別紙様式 5 褥瘡対策に関するケア計画書

別紙様式 6 排せつ支援計画書

新	旧																																									
<p>別紙様式3</p> <p style="text-align: center;">口腔衛生管理に関する実施記録</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width:15%;">ふりがな</td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:10%;"><input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</td> <td style="width:10%;"><input type="checkbox"/>明<input type="checkbox"/>大<input type="checkbox"/>昭</td> <td style="width:10%;">年</td> <td style="width:10%;">月</td> <td style="width:10%;">日</td> <td style="width:10%;">生まれ</td> <td style="width:10%;">歳</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td colspan="7">要介護度・病名等</td> </tr> <tr> <td>かかりつけ歯科医</td> <td><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td> <td>入れ歯の使用</td> <td><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td> <td>同一月内の訪問歯科衛生指導(医療保険)の実施の有無(注)</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>あり () 回 <input type="checkbox"/>なし</td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">注：医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に3回以上算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできません。</p> <p>1 口腔に関する問題点及び歯科医師からの指示内容の要点</p> <p style="text-align: right;">（記入日：平成 年 月 日、記入者： ）</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width:25%;">①口腔に関する問題点 (該当する項目をチェック)</td> <td> <input type="checkbox"/>歯みがき <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"/>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 () </td> </tr> <tr> <td>②歯科医師からの指示内容の要点</td> <td></td> </tr> </table> <p>2 歯科衛生士が実施した口腔ケアの内容及び介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容の要点</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;"></th> <th style="width:40%; text-align: center;">月 日 (記入者：)</th> <th style="width:40%; text-align: center;">月 日 (記入者：)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">口腔ケアの内容</td> <td> <input type="checkbox"/> 口の中の状態の説明 <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・指導 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 80%; margin: 5px auto;"></div> </td> <td> <input type="checkbox"/> 口の中の状態の説明 <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・指導 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 80%; margin: 5px auto;"></div> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容</td> <td> <input type="checkbox"/> 歯みがきの方法 <input type="checkbox"/> 義歯清掃の方法 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 80%; margin: 5px auto;"></div> </td> <td> <input type="checkbox"/> 歯みがきの方法 <input type="checkbox"/> 義歯清掃の方法 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 80%; margin: 5px auto;"></div> </td> </tr> </tbody> </table> <p>3 その他の事項</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>		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	同一月内の訪問歯科衛生指導(医療保険)の実施の有無(注)	<input type="checkbox"/> あり () 回 <input type="checkbox"/> なし				①口腔に関する問題点 (該当する項目をチェック)	<input type="checkbox"/> 歯みがき <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"/> 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歯科医師からの指示内容の要点			月 日 (記入者：)	月 日 (記入者：)	口腔ケアの内容	<input type="checkbox"/> 口の中の状態の説明 <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・指導 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 80%; margin: 5px auto;"></div>	<input type="checkbox"/> 口の中の状態の説明 <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・指導 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 80%; margin: 5px auto;"></div>	介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容	<input type="checkbox"/> 歯みがきの方法 <input type="checkbox"/> 義歯清掃の方法 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 80%; margin: 5px auto;"></div>	<input type="checkbox"/> 歯みがきの方法 <input type="checkbox"/> 義歯清掃の方法 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 80%; margin: 5px auto;"></div>	
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	同一月内の訪問歯科衛生指導(医療保険)の実施の有無(注)	<input type="checkbox"/> あり () 回 <input type="checkbox"/> なし																																					
①口腔に関する問題点 (該当する項目をチェック)	<input type="checkbox"/> 歯みがき <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"/> 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歯科医師からの指示内容の要点																																										
	月 日 (記入者：)	月 日 (記入者：)																																								
口腔ケアの内容	<input type="checkbox"/> 口の中の状態の説明 <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・指導 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 80%; margin: 5px auto;"></div>	<input type="checkbox"/> 口の中の状態の説明 <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・指導 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 80%; margin: 5px auto;"></div>																																								
介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容	<input type="checkbox"/> 歯みがきの方法 <input type="checkbox"/> 義歯清掃の方法 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 80%; margin: 5px auto;"></div>	<input type="checkbox"/> 歯みがきの方法 <input type="checkbox"/> 義歯清掃の方法 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 80%; margin: 5px auto;"></div>																																								

○ 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（抄）（老企第 40 号平成 12 年 3 月 8 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

別紙 2

傍線の部分は改正部分

新	旧
<u>別紙様式 4（別添参照）</u>	(新設)
<u>別紙様式 5（別添参照）</u>	(新設)
<u>別紙様式 6（別添参照）</u>	(新設)

褥瘡の発生と関連のあるリスク

①	ADL	入浴	自分でやっている	自分でやっていない	
②	の状況	食事摂取	自分でやっている	自分でやっていない	対象外(※1)
③		更衣	上衣	自分でやっている	自分でやっていない
④			下衣	自分でやっている	自分でやっていない
⑤		基本動作	寝返り	自分でやっている	自分でやっていない
⑥	座位の保持		自分でやっている	自分でやっていない	
⑦	座位での乗り移り		自分でやっている	自分でやっていない	
⑧	立位の保持		自分でやっている	自分でやっていない	
⑨	排泄の状況	尿失禁	なし	あり	対象外(※2)
⑩		便失禁	なし	あり	対象外(※3)
⑪		バルーンカテーテル等の使用	なし	あり	
⑫	過去3か月以内に褥瘡がありましたか		いいえ	はい	

※1：経管栄養・経静脈栄養等の場合

※2：バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合

※3：人工肛門等の場合

- ・①～⑧については「自分でやっていない」、⑨～⑪については「あり」、⑫については「はい」に当てはまる場合、「リスクがある」に該当するものとする。
- ・①～⑫の評価については、以下の通り行うものとする。

【基本的な考え方】

一定期間の状況（特段の記載がない限り、調査日より概ね過去1週間）について、「日常的に行っているか」に基づいて「自分でやっている・自分でやっていない」を判断してください。

自分でやっている：一部の行為・動作が不十分であっても、全ての行為・動作を自分でやっている場合

自分でやっていない：一部でも介助者の直接支援が必要な場合

①	A D L の 状 況	入浴	<ul style="list-style-type: none"> 「入浴」とは、浴槽やシャワー室への出入り、入浴行為（シャワーを浴びることを含みます）、洗身（胸部、腕、腹部、陰部、太腿、膝下等）、洗髪の一連の行為を言います。 一連の行為の中で見守りが必要な場合や、洗い残し等、洗浄が不十分であっても、全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」を選んでください。 一連の行為の中で一部でも介助者が洗う等の直接支援が必要な場合や、入浴を行っていない場合は「自分で行っていない」を選んでください。 	
②		食事摂取	<ul style="list-style-type: none"> 「食事摂取」とは、配膳後の食器から口に入れるまでの食物を摂取する一連の行為を言います。 一連の行為の中で食事のセッティング、食器の入れ替えや声かけ等が必要であっても、全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」を選んでください。 一連の行為の中で一部でも介助者が食べさせる等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。 経管栄養や経静脈栄養等で経口摂取をしていない場合は「対象外」を選んでください。 	
③		更衣	上衣	<ul style="list-style-type: none"> 「更衣（上衣）」とは、普段使用している上衣（普段着、下着）等を着脱する一連の行為を言います。衣服の準備や衣服をたたむこと、整理することは含みません。 一連の行為の中で見守りや声かけが必要な場合や、一部の行為が不十分であっても、全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」を選んでください。 一連の行為の中で一部でも介助者が服を持って構える等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。
④			下衣	<ul style="list-style-type: none"> 「更衣（下衣）」とは、普段使用している下衣（普段着、下着）等を着脱する一連の行為を言います。衣服の準備や衣服をたたむこと、整理することは含みません。 一連の行為の中で見守りや声かけが必要な場合や、一部の行為が不十分であっても、全ての行為を自分で行っている場合は「自分で行っている」を選んでください。 一連の行為の中で一部でも介助者が服を持って構える等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。
⑤	基本動作	寝返り	<ul style="list-style-type: none"> 「寝返り」とは、きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに身体の向きを変え、そのまま安定した状態になることを言います。 一連の動作の中で何かにつかまる、つかまらないにかかわらず、自分で寝返りを行っている場合は「自分で行っている」を選んでください。 認知症等の方で、声をかければゆっくりでも寝返りを自分でする場合等、声かけのみでできる場合は「自分で行っている」を選んでください。 一連の動作の中で一部でも介助者が支える等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。 	
⑥		座位の保持	<ul style="list-style-type: none"> 「座位の保持」とは、背もたれ、クッション等がなく、手すり等につかまらない状態でベッド等に一定の時間（10分間程度）安定して座っていることを言います。 介助者の支えや背もたれ、クッション等がなくても自分で座位が保持できる場合は「自分で行っている」を選んでください。 	

		<ul style="list-style-type: none"> ・ 介助者の支えが必要な場合や背もたれ、クッション等に寄り掛からなければ座位が保持できない場合は「自分で行っていない」を選んでください。 ・ 医学的理由（低血圧等）により座位の保持が認められていない場合は「自分で行っていない」を選んでください。
⑦	座位での乗り移り	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「座位での乗り移り」とは、車いす等からベッドへの移動等、ある面に座った状態から、同等あるいは異なる高さの他の面に移動することを言います。 ・ 一連の動作の中で介助者の支援がなくても自分で座位の乗り移りができる場合は「自分で行っている」を選んでください。 ・ 認知症等の方で、必要な動作の確認、指示、声がけのみでできる場合は「自分で行っている」を選んでください。 ・ 一連の動作の中で一部でも介助者が支える等の直接支援が必要な場合は「自分で行っていない」を選んでください。
⑧	立位の保持	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「立位の保持」とは、手すり等につかまらない状態で一定の時間（3分間程度）安定して立っていることを言います。 ・ 介助者の支えや手すり等がなくても自分で立位が保持できる場合は「自分で行っている」を選んでください。 ・ 介助者の支えが必要な場合や手すり等につかまらなければ立位が保持できない場合は「自分で行っていない」を選んでください。 ・ 円背等の方で、自分の両膝に手を置いている等、自分の体の一部を支えにしなければ立位が保持できない場合は「自分で行っていない」を選んでください。 ・ リハビリテーション等、特殊な状況で、見守り下でのみ立位の保持を行っている場合は「自分で行っていない」を選んでください。
⑨	排泄の状況	尿失禁 <ul style="list-style-type: none"> ・ 「尿失禁」とは、定時排泄誘導やおむつ外しのトレーニング、あるいは何らかの用具を使用している場合は、それらを使用した状態における失禁状況を言います。 ・ 一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況について、尿失禁があった場合は「あり」を選んでください。そうでなかった場合は「なし」を選んでください。 ・ バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合は「対象外」を選んでください。（自己導尿とは、尿道から膀胱内に細い管（カテーテル）を挿入し、尿を体外に排泄する方法です。）
⑩		便失禁 <ul style="list-style-type: none"> ・ 「便失禁」とは、定時排泄誘導やおむつ外しのトレーニング、あるいは何らかの用具を使用している場合は、それらを使用した状態における失禁状況を言います。 ・ 一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況について、便失禁があった場合は「あり」を選んでください。そうでなかった場合は「なし」を選んでください。 ・ 人工肛門等の場合は「対象外」を選んでください。
⑪		バルーンカテーテル等の使用 <ul style="list-style-type: none"> ・ バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合は「あり」を選んでください。そうでない場合は「なし」を選んでください。
⑫	過去3か月以内に褥瘡がありましたか	<ul style="list-style-type: none"> ・ 過去3か月以内にステージⅠ（通常骨突出部に限局された領域に消退しない発赤を伴う損傷のない皮膚）以上の褥瘡があった場合は「はい」を選んでください。そうでなかった場合は「いいえ」を選んでください。

		<ul style="list-style-type: none">・ 「褥瘡」は、医師・看護師によって診断・評価された褥瘡に限ります。医師・看護師の情報（記録、口頭）にもとづいて記載してください。
--	--	---

別紙様式 5

褥瘡対策に関するケア計画書

氏名 _____ 殿 男 女 入所日 _____ . _____ . _____ 初回作成日 _____ . _____ . _____ 作成（変更）日 _____ . _____ . _____
 明・大・昭・平 年 月 日生（ 歳） 記入担当者名 _____

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（ ））
 2. 過去 なし あり（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（ ）） 褥瘡発生日 _____ . _____ . _____

危険因子の評価	日常生活自立度		J (1, 2)	A(12)	B(12)	C(12)	対処
	ADLの状況	入浴			自分で行っている	自分で行っていない	
食事摂取			自分で行っている	自分で行っていない	対象外（※1）		
更衣		上衣		自分で行っている	自分で行っていない		
		下衣		自分で行っている	自分で行っていない		
基本動作	寝返り			自分で行っている	自分で行っていない		
	座位の保持			自分で行っている	自分で行っていない		
	座位での乗り移り			自分で行っている	自分で行っていない		
	立位の保持			自分で行っている	自分で行っていない		
排せつの状況	尿失禁			なし	あり	対象外（※2）	
	便失禁			なし	あり	対象外（※3）	
	バルーンカテーテルの使用			なし	あり		
過去3か月以内に褥瘡の既往があるか				いいえ	はい		

※1：経管栄養・経静脈栄養等の場合 ※2：バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合 ※3：人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価	深さ	(0) なし (1) 持続する発赤 (2) 真皮までの損傷 (3) 皮下組織までの損傷 (4) 皮下組織をこえる損傷 (5) 関節腔、体腔にいたる損傷または、深さ判定不能の場合
	滲出液	(0) なし (1) 少量：毎日の交換を要しない (2) 中等量：1日1回の交換 (3) 多量：1日2回以上の交換
	大きさ (cm ²) 長径×長径に直交する最大径	(0) 皮膚損傷なし (1) 4未満 (2) 4以上 36未満 (3) 16以上 36未満 (4) 36以上 64未満 (5) 64以上 100未満 (6) 100以上
	炎症・感染	(0) 局所の炎症徴候なし (1) 局所の炎症徴候あり (創周辺の発赤、腫瘍、熱感、疼痛) (2) 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭) (3) 全身的影響あり (発熱など)
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0) 創閉鎖又は創が浅い為 (1) 創面の90%以上を占める (2) 創面の50%以上90%未満を占める (3) 創面の10%以上50%未満を占める (4) 創面の10%未満を占める (5) 全く形成されていない
	壊死組織	(0) なし (1) 柔らかい壊死組織あり (2) 硬く厚い密着した壊死組織あり
	ポケット (cm ²) (ポケットの長径×長径に直交する最大径) - 潰瘍面積	(0) なし (1) 4未満 (2) 4以上16未満 (3) 16以上36未満 (4) 36以上

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

利用者及び家族の意向 _____ 説明と同意日 _____ . _____ . _____ 署名 _____ 続柄 _____

[記載上の注意]

- 1 日常生活自立度の判定に当たっては「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号）を参照のこと。

別紙様式6

排せつ支援計画書

計画作成日 年 月 日

氏名 殿 男 女
明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)

記入者名

医師名

看護師名

排せつの状態及び今後の見込み

	計画作成時点	6 か月後の見込み	
		支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

※排せつの状態の評価については「認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成 27 年 4 月改訂）」を参照。

排せつに介護を要する原因

支援計画

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

平成 年 月 日

氏名

※以下は加算の算定を終了した後に記載すること

加算終了時点の排せつに関する状態

排尿の状態	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助
排便の状態	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助

総括（実際に行った支援の内容、見込みとの差異があればその理由等を記載）

上記について説明を受け、理解しました。

平成 年 月 日

氏名