

口腔衛生の管理体制についての計画

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

口腔の健康状態の評価及び情報共有書

年 月 日

利用者氏名	(ふりがな) 年 月 日生	男・女	※基本情報は、入所時評価以外は変更が無ければ記載の省略可
基本情報	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 (□1 □2) <input type="checkbox"/> 要介護 (□1 □2 □3 □4 □5)	
	基礎疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (※上記以外の) <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他	
	誤嚥性肺炎の発症・既往	<input type="checkbox"/> あり (直近の発症日:[西暦] 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし	
	麻痺	<input type="checkbox"/> あり (部位: <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> なし	
	摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	
	現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診 <input type="checkbox"/> あり (最終受診日:[西暦] 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし	
	義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり (□部分・□全部) <input type="checkbox"/> なし	
	口腔清掃	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 (介助方法: ) <input type="checkbox"/> 全介助	
	現在の処方	<input type="checkbox"/> あり (薬剤名: ) <input type="checkbox"/> なし	

【口腔の健康状態の評価】  入所時  2回目以降 (前回: 年 月 日) 記入者氏名: (職種: )

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

※1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。(誤嚥のリスクも鑑みて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

※2 食事の観察が可能な場合は確認する。(改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

歯科医師等 <sup>※</sup> による口腔内等の確認の必要性	<input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い	・項目1-8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性「高い」とする。 ・その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高いと考えられる場合は、「高い」とする。
-----------------------------------	---	---

※ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

その他の特記事項	
----------	--

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

評価日： 年 月 日

氏名（ふりがな）	
生年月日・性別	年 月 日生まれ ・ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
要介護度・病名等	
日常生活自立度	障害高齢者： <input type="checkbox"/> 認知症高齢者： <input type="checkbox"/>
現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診 <input type="checkbox"/> あり（最終受診年月： 年 月） <input type="checkbox"/> なし
義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部） <input type="checkbox"/> なし
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
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）
誤嚥性肺炎の発症・既往	<input type="checkbox"/> あり（直近の発症年月： 年 月） <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）

年 月 日 記入者： <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	
口腔衛生状態	口臭 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の汚れ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌苔 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	奥歯のかみ合わせ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	食べこぼし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	ぶくぶくうがい※ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 分からない <small>※現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認</small>
歯科受診の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
特記事項	<input type="checkbox"/> 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他（ ）

2 口腔機能改善管理指導計画

作成日： 年 月 日

計画立案者	氏名： <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
サービス提供者	氏名： <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患（ <input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 歯科受診） <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 栄養状態（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 音声・言語機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）

3 実施記録

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

4 その他特記事項

--

(参考)

### 口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書

年 月 日

情報提供先（歯科医療機関・居宅介護支援事業所）

名称 \_\_\_\_\_  
担当 \_\_\_\_\_ 殿

介護事業所の名称 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
FAX番号 \_\_\_\_\_  
管理者氏名 \_\_\_\_\_  
記入者氏名 \_\_\_\_\_

利用者氏名	(ふりがな)	男 女	〒 _____ _____
	年 月 日生		連絡先 ( ) _____
基本情報	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 )	
	基礎疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (※上記以外の) <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他	
	誤嚥性肺炎の発症・既往	<input type="checkbox"/> あり (直近の発症年月: 年 月) <input type="checkbox"/> なし	
	麻痺	<input type="checkbox"/> あり (部位: <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> なし	
	摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	
	現在の歯科受診について	<input type="checkbox"/> かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 直近1年間の歯科受診 <input type="checkbox"/> あり (最終受診年月: 年 月) <input type="checkbox"/> なし	
	義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部 ) <input type="checkbox"/> なし	
	口腔清掃の自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 (介助方法: _____) <input type="checkbox"/> 全介助	
現在の処方	<input type="checkbox"/> あり (薬剤名: _____) <input type="checkbox"/> なし		

#### 【口腔の健康状態の評価】

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

※1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。(誤嚥のリスクも鑑みて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

※2 食事の観察が可能な場合は確認する。(改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

歯科医師等※による口腔内等の確認の必要性	<input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い	・項目1-8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性「高い」とする。 ・その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高いと考えられる場合は、「高い」とする。
----------------------	---	---

※ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

歯科医療機関への連絡事項	(自由記載)
介護支援専門員への連絡事項	(自由記載)



## リハビリテーション計画書

計画実施日 年 月 日

利用者氏名	男・女	年 月 日 ( 歳 )	要介護度：	担当医：	PT：	OT：	ST：	SW：	看護師：	
健康状態（原因疾患、発症日等）		合併疾患		廃用症候群： <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 原因：			障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症である老人の日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			

本人の希望	家族の希望
-------	-------

		目標 [到達時期]							評価項目・内容														
参加 主目標	項目	家庭内役割： 外出(目的・頻度等)：							家庭内役割： 外出：														
		自立・介護状況 自宅での実行状況（目標）：「する“活動”」							日常生活での実行状況：「している“活動”」							評価・訓練時の能力：「できる“活動”」							
		自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	独立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	
活動	屋外歩行 (含：家からの出入り)																						
	階段昇降																						
	トイレへの移動																						
	食事																						
	排泄																						
	整容																						
	更衣 (含：靴・装具の着脱)																						
	入浴																						
	家事																						
	コミュニケーション																						

リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等

自己実施プログラム

前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 等

本人・家族への説明	年 月 日	本人	家族	説明者
-----------	-------	----	----	-----

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

リハビリテーション計画書

計画実施日 年 月 日

利用者氏名 厚生花子 男・女 T10年 月 15 日生 ( 81 歳)	要介護度： 1	担当医： 〇〇	PT： 〇〇	OT： 〇〇	ST： 〇〇	SW： 〇〇	看護師： 〇〇
健康状態（原因疾患、発症日等） 膝関節症（右強い、20年前から） + 廃用症候群	合併疾患	廃用症候群： <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 原因： 膝痛のための活動性低下			障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 (A1) A2 B1 B2 C1 C2 認知症である老人の日常生活自立度 (正常) I IIa IIb IIIa IIIb IV M		

本人の希望 1人で外出したい（特に近所、買い物へ）	家族の希望 これ以上悪くなって欲しくない（平日は家事をして欲しい）
------------------------------	--------------------------------------

目標 [到達時期]	評価項目・内容
参加〔主目標〕 家庭内役割： 平日の主婦業 外出(目的・頻度等)： 買い物(週2回)、友人宅(週3回)、老人会(週1回)	家庭内役割： 特になし(2ヶ月前まで平日の家事実施。現在嫁が行っているが、嫁はパートにも行っている。) 外出： 家族の介助時のみ(3ヶ月前から介助必要)

項目 日	自立・介護状況 自宅での実行状況(目標)：「する“活動”」						日常生活での実行状況：「している“活動”」						評価・訓練時の能力：「できる“活動”」									
	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	独立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	
屋外歩行 (含：家からの出入り)	✓						買い物:シルバーカー それ以外:四脚杖				✓					✓						シルバーカー
階段昇降	✓						手すり					✓				✓						
トイレへの移動	✓						家具の配置換え つたい歩きも	✓								✓						
食事	✓							✓								✓						
排泄	✓							✓								✓						
整容	✓							✓								✓						
更衣 (含:靴・装具の着脱)	✓							✓								✓						
入浴		✓									✓					✓						伝い歩き指導 洗い椅子使用
家事	✓						平日の昼・夕食 掃除					✓				✓						膝への負担の少ない方法の指導
コミュニケーション							問題なし						問題なし									

リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等

膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、廃用症候群が進行している状態。そのため個別リハとして、活動能力を向上させて生活を活性化させ、廃用症候群を改善していく。具体的には、

- 1) 膝に負担の少ない自宅生活での諸活動のやり方をPT・OTが指導し、自宅で行ってもらおう。(特に家事は細かく指導していく。)(随時家族にも、自立までの介助方法を指導していく。)
- 2) 外出自立のために、適切な歩行補助具(買い物時はシルバーカー、それ以外は四脚杖)を使用した屋外移動、買い物等の活動能力向上訓練を行う。また家からの出入りや、靴の着脱能力向上をはかる。

外出が自立し、平日の家事が自立したら個別訓練は終了。その後は日常生活の中での活動性向上を指導していくことで、廃用症候群を改善させていく。

自己実施プログラム  
下肢の運動(過用に注意)

前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 等

本人・家族への説明	令和 〇〇年 〇月 〇日	本人	厚生花子	家族	厚生次郎	説明者	〇〇
-----------	--------------	----	------	----	------	-----	----

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

(参考)

### 口腔衛生管理加算 様式 (実施計画)

評価日： 年 月 日

氏名 (ふりがな)	
生年月日・性別	年 月 日生まれ ・ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
要介護度・病名等	
日常生活自立度	障害高齢者： 認知症高齢者：
現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診 <input type="checkbox"/> あり (最終受診年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし
義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部) <input type="checkbox"/> なし
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (コード□4、□3、□2-2、□2-1、□1j、□0t、□0j)
誤嚥性肺炎の発症・既往	<input type="checkbox"/> あり (直近の発症年月： 年 月) <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※2	<input type="checkbox"/> あり ( ) 回 <input type="checkbox"/> なし

※1 嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

※2 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 (緩和ケアを実施するもの場合は7回以上) 算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

#### 1 口腔の健康状態の評価・再評価 (口腔に関する問題点等)

記入日： 年 月 日

口腔に関する問題点等 (該当する項目をチェック)	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 ( <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔) <input type="checkbox"/> 口腔機能の状態 ( <input type="checkbox"/> 奥歯のかみ合わせがない <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> ぶくぶくうがい困難※) ※現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認
	<input type="checkbox"/> 歯数 ( ) 歯 <input type="checkbox"/> 歯の問題 ( <input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 歯の破折 <input type="checkbox"/> 修復物脱離 <input type="checkbox"/> 残根歯 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> 義歯の問題 ( <input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 必要だが使用していない <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患 (潰瘍等)

#### 2 口腔衛生の管理内容

記入日： 年 月 日

記入者	氏名： (指示を行った歯科医師名： )
実施目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患 ( <input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等) <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能 ( <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 食形態 ( <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 栄養状態 ( <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他 ( )
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )
実施頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他 ( )

#### 3 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

実施日： 年 月 日 (記入者： )

口腔衛生等の管理	<input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )
介護職員への技術的助言等の内容	<input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 <input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能の改善のための取組の実施 <input type="checkbox"/> 食事の状態の確認、食形態等の検討の必要性 <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続 <input type="checkbox"/> その他 ( )

#### 4 その他の事項

--

老高発 0318 第 1 号  
老認発 0318 第 1 号  
老老発 0318 第 1 号  
令和 6 年 3 月 18 日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局高齢者支援課長  
（ 公 印 省 略 ）  
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長  
（ 公 印 省 略 ）  
厚生労働省老健局老人保健課長  
（ 公 印 省 略 ）

認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について

「令和 6 年度介護報酬改定における改定事項について」（令和 6 年 1 月 22 日  
社会保障審議会介護給付費分科会）において、認知症の行動・心理症状（以下  
「BPSD」という。）の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応す  
るための平時からの取組を推進する観点から、「認知症チームケア推進加算」  
を創設することとしたところです。

指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生  
省告示第二十一号、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する  
基準（平成十八年厚生労働省告示第百二十六号）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（平成十八年厚生労働省告示第  
百二十八号）の一部改正並びに（留意事項通知の改正）に伴い、認知症チーム  
ケア推進加算における基本的な考え方や具体的な算定要件に対する考え方を下  
記のとおりお示しすることとしましたので、その内容について御了知いただ  
くとともに、管内市町村及び介護サービス事業所・施設等に対して御周知いた  
だきますよう、お願いいたします。

記

第 1 認知症チームケア推進加算に関する基本的な考え方

（1）認知症ケアについては、認知症である入所者または入居者（以下「入所

者等」という。)の尊厳を保持した適切な介護を提供することが、その目指すべき方向性である。入所者等に日頃から適切な介護が提供されることにより、BPSD の出現を予防し、出現時にも早期対応し重症化を防ぐことが可能となる。

- (2) 本加算は、上記の目指すべき方向性を実現するため、配置要件になっている者が中心となった複数人の介護職員等から構成するチーム（以下、「チーム」という）を組んだうえで、日頃から認知症の入所者等に対して適切な介護を提供し、それにより、BPSD の予防及び出現時の早期対応に資するチームケアを実施していることを評価するものである。
- (3) チームは、本加算の対象者である入所者等個人に対し計画的に BPSD の評価指標を用いて評価を実施し、その評価の結果に基づき、チームケアの計画を作成・実施すること。計画の作成にあたっては、評価の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者等の状態に応じて個別に作成することとし、画一的な計画とならないよう留意すること。また、ケアにおいて入所者等の尊厳が十分保持されるよう留意すること。
- (4) チームは、ケアの質の向上を図る観点から、チームケアを実施するにあたっては、対象者 1 人につき月 1 回以上の定期的なカンファレンスを開催し、BPSD を含めて個々の入所者等の状態を評価し、ケア計画策定、ケアの振り返り、状態の再評価、計画の見直し等を行うこと。なお、入所者等の状態の評価、ケア方針、実施したケアの振り返り等は別紙様式の「認知症チームケア推進加算・ワークシート」及び介護記録等に詳細に記録すること。その他、日々のケアの場面で心身の状態や環境等の変化が生じたとき等は、その都度カンファレンスを開催し、再評価、ケア方針の見直し等を行うこと。

## 第2 加算対象者

本加算の対象者である「周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する入所者等を指す。

## 第3 加算要件

### (1) 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)

認知症チームケア推進加算(Ⅰ)の要件にある「認知症の行動・心理症状の

予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者養成研修」を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修（認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSD の出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践することを目的とした研修をいう。以下同じ。）を修了した者を指す。

#### （２）認知症チームケア推進加算（Ⅱ）

認知症チームケア推進加算（Ⅱ）の要件にある「認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護実践リーダー研修」を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修を修了した者を指す。

#### 第４ その他

加算の対象となる入所者等の人数に応じ、一人の研修を修了した者が全てのチームに対応することが困難と考えられる場合は、複数の者が研修を修了することが望ましい。

以上

認知症チームケア推進加算 ワークシート					氏名							
年齢		歳	性別	男性	女性	開催日	年	月	日	検討メンバー	計	名

### 1 その人らしい暮らしの把握

No.	ニーズを表すような本人の声 (* チェックリストを用いたインタビュー)	本人のニーズが表れているような普段の言動や行動

### 2 BPSDと背景要因の分析

BPSDの背景要因として検討すべき項目に

健康状態・身体的ニーズ	その他の要因(活動・参加・個人要因など)
<input type="checkbox"/> 食事摂取量 <input type="checkbox"/> 水分摂取量 <input type="checkbox"/> 睡眠状態 <input type="checkbox"/> 排尿 <input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 皮膚の状態 <input type="checkbox"/> 運動・動作 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> その他の健康・身体要因 ( )	<input type="checkbox"/> 生きがい <input type="checkbox"/> 役割 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 好み <input type="checkbox"/> 外出 <input type="checkbox"/> 人間関係 <input type="checkbox"/> 経済的状況 <input type="checkbox"/> やる気・自信 <input type="checkbox"/> 宗教行事 <input type="checkbox"/> 生活歴・人生史 <input type="checkbox"/> その他の要因 ( )



### 3 その人らしい暮らしの実現プラン

週間後に目指す本人の姿(1と2から考える)	
↓	
具体的なケア計画(1つに絞る)	
↓	
ケア計画実施に関連して本人ができること	ケア計画実施に関連して本人ができないこと

BPSD25Q	初回評価	取組後評価
重症度合計点		

特記事項: 認知機能や生活状況、環境などに関する上記以外の情報など

認知症チームケア推進加算 ワークシート（記入例）					氏名							
年齢	80	歳	性別	男性	<input type="radio"/> 女性	開催日	年	月	日	検討メンバー	計	2名

### 1 その人らしい暮らしの把握

No.	ニーズを表すような本人の声 （＊チェックリストを用いたインタビュー）	本人のニーズが表れているような普段の言動や行動
5	こうちゃんです。すみません  <small>チェックリストのNo.を記入</small> <small>インタビューの結果から担当者が優先順位が高いと 思う声を記入</small>	よく、「こうちゃんは？」「なおちゃんは？」と尋ねられる  <small>*「こうちゃん」は息子、「なおちゃん」は、夫のこと(息子より)</small>

### 2 BPSDと背景要因の分析

BPSDの背景要因として検討すべき項目に

健康状態・身体的ニーズ	その他の要因(活動・参加・個人要因など)
<input type="checkbox"/> 食事摂取量 <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠状態 <small>夕方遅れている様子がある</small> <input type="checkbox"/> 排便 <small>具体的情報を記述してもよい</small> <input type="checkbox"/> 皮膚の状態 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> その他の健康・身体要因 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 生きがい <input type="checkbox"/> 趣味 <input checked="" type="checkbox"/> 外出 <input type="checkbox"/> 経済的状況 <input type="checkbox"/> 宗教行事 <input type="checkbox"/> その他の要因 ( )

薬剤情報	着目したBPSD (BPSD評価尺度)	環境								
<input type="checkbox"/> ドネペジル(アリセプト®) <input type="checkbox"/> ガランタミン(レミニール®) <input type="checkbox"/> リバステグミン(リバスタッチパッチ® /イクセロンパッチ®) <input type="checkbox"/> メマンチン(メマリー®) <input type="checkbox"/> 服薬状況の変化 <input type="checkbox"/> その他の薬剤要因(抗精神病薬等) ( )	<table border="1"> <tr> <th>症状</th> <th>具体的な言動や行動</th> </tr> <tr> <td>うろろする、不安そうに動き回る</td> <td>「こうちゃん」「なおちゃん、どこ？」と顔をしかめて、フロアを探して歩かれる</td> </tr> <tr> <td colspan="2">BPSDが出現しやすい場面 改めて考えると、午後が多い。おやつ以降から夕食までが多い</td> </tr> <tr> <td colspan="2">着目したBPSDの背景要因 周りの人の言うことが良く分からず、普段の生活で疎外感を感じている。加えて午後の疲労も加わり、夫や息子が気になり、探して歩き始めるのではないか。まずは、午後の疲労に焦点を当ててはどうか。</td> </tr> </table>	症状	具体的な言動や行動	うろろする、不安そうに動き回る	「こうちゃん」「なおちゃん、どこ？」と顔をしかめて、フロアを探して歩かれる	BPSDが出現しやすい場面 改めて考えると、午後が多い。おやつ以降から夕食までが多い		着目したBPSDの背景要因 周りの人の言うことが良く分からず、普段の生活で疎外感を感じている。加えて午後の疲労も加わり、夫や息子が気になり、探して歩き始めるのではないか。まずは、午後の疲労に焦点を当ててはどうか。		<input type="checkbox"/> 周囲の音・声 <input type="checkbox"/> 周囲のにおい <input type="checkbox"/> 気温・室温(暑い・寒い) <input type="checkbox"/> なじみの場所 <input checked="" type="checkbox"/> なじみの関係 <input checked="" type="checkbox"/> コミュニケーション <small>職員の話がよくなるから。</small> <input type="checkbox"/> その他の環境要因 ( )
症状	具体的な言動や行動									
うろろする、不安そうに動き回る	「こうちゃん」「なおちゃん、どこ？」と顔をしかめて、フロアを探して歩かれる									
BPSDが出現しやすい場面 改めて考えると、午後が多い。おやつ以降から夕食までが多い										
着目したBPSDの背景要因 周りの人の言うことが良く分からず、普段の生活で疎外感を感じている。加えて午後の疲労も加わり、夫や息子が気になり、探して歩き始めるのではないか。まずは、午後の疲労に焦点を当ててはどうか。										

### 3 その人らしい暮らしの実現プラン

<b>4</b> 週間後に目指す本人の姿 (1と2から考える) <small>次の評価時期を決めて記入</small>	夕方になっても疲労を感じず、落ち着いていられる
具体的なケア計画 (1つに絞る)	おやつ前の30分間程度、居室で横になり、休むように声をかける。
ケア計画実施に関して本人ができること	15時からおやつであることはわかる、時計を見て時間がわかる。
ケア計画実施に関して本人ができないこと	時計がいつもの場所(床頭台の上)にないと、時計が見つけられず、時間が分からなくなる時がある。

BPSD25Q	初回評価	取組後評価	BPSD25Qの重症度を評価し、0～125までの整数を入力
重症度合計点	25	15	

特記事項: 認知機能や生活状況、環境などに関する上記以外の情報など



老高発 0315 第 4 号  
令和 6 年 3 月 15 日

各都道府県・各市区町村  
介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局高齢者支援課長  
（ 公 印 省 略 ）

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

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

記

1 基本的な考え方

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

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

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

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

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

## 2 生産性向上推進体制加算（（Ⅰ）・（Ⅱ））の仕組み等

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

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

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

加算（Ⅰ）及び加算（Ⅱ）の関係については、加算（Ⅰ）が上位区分となるものである。両加算の違いとして、加算（Ⅱ）においては、生産性向上の取組の成果の確認は要件としていないところであるが、加算（Ⅰ）の算定に当たっては、加算（Ⅱ）で求める取組の成果の確認が要件となる。また、加算（Ⅰ）では加算（Ⅱ）の要件に加え、テクノロジーを複数導入するなどの違いがある。

加算（Ⅰ）及び加算（Ⅱ）により、生産性向上の取組を段階的に支援していくこととしており、原則として、加算（Ⅱ）を算定し、一定の期間、加算（Ⅱ）の要件に基づいた取組を進め、加算（Ⅰ）に移行することを想定しているものであるが、生産性向上の取組を本加算の新設以前より進めている介護サービス事業所においては、最初から加算（Ⅰ）を算定することも可能である。詳細については下記 7 を参照すること。

また、加算（Ⅰ）及び加算（Ⅱ）を同時に算定することはできないものである。

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

### 3 介護機器について

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

#### (1) 加算（Ⅰ）

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

##### ① 見守り機器

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

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

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

(2) 加算（Ⅱ）

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

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

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

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

- ・ 負荷が集中する時間帯の業務を細分化し個人に集中することがないよう平準化すること
- ・ 特定の介護職員が利用者の介助に集中して従事することのできる時間帯を設けること
- ・ いわゆる介護助手の活用（食事等の準備や片付け、清掃、ベッドメイク、ごみ捨て等、利用者の介助を伴わない業務を集中的に実施する者を設けるなどの取組）を行うこと
- ・ 利用者の介助を伴わない業務の一部を外注すること

5 委員会における安全対策の検討及び取組状況の定期的な確認について

委員会は、現場職員の意見が適切に反映されるよう、管理者だけでなく、ケアを行う職員を含む幅広い職種やユニットリーダー等が参画するものとす

る。

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

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

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

(1) 「利用者の安全及びケアの質の確保」について

- ① 見守り機器等から得られる離床の状況、睡眠状態やバイタルサイン等の情報を基に、介護職員、看護職員、介護支援専門員その他の職種が連携して、見守り機器等の導入後の利用者等の状態が維持されているか確認すること。
- ② 利用者の状態の変化等を踏まえた介護機器の活用方法の変更の必要性の有無等を確認し、必要な対応を検討すること。
- ③ 見守り機器を活用する場合、安全面から特に留意すべき利用者については、定時巡回の実施についても検討すること。
- ④ 介護機器の使用に起因する施設内で発生した介護事故又はヒヤリ・ハット事例（介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうな事例をいう。）（以下「ヒヤリ・ハット事例等」という。）の状況を把握し、その原因を分析して再発の防止策を検討すること。

(2) 「職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮」について

実際に勤務する職員に対して、アンケート調査やヒアリング等を行い、介護機器等の導入後における次の①から③までの内容をデータ等で確認し、適切な人員配置や処遇の改善の検討等が行われていること。

- ① ストレスや体調不安等、職員の心身の負担の増加の有無
- ② 職員の負担が過度に増えている時間帯の有無
- ③ 休憩時間及び時間外勤務等の状況

(3) 「介護機器の定期的な点検」について

次の①及び②の事項を行うこと。

- ① 日々の業務の中で、あらかじめ時間を定めて介護機器の不具合がないことを確認するなどの不具合のチェックを行う仕組みを設けること。
- ② 使用する介護機器の開発メーカー等と連携し、定期的に点検を行うこと。

(4) 職員に対する研修について

介護機器の使用方法の講習やヒヤリ・ハット事例等の周知、その事例を通じた再発防止策の実習等を含む職員研修を定期的に行うこと。

また、加算（Ⅰ）を算定するに当たっては、上記に加え、職員間の適切な役割分担による業務の効率化等を図るために必要な職員研修等を定期的  
に実施すること。

## 6 生産性向上の取組に関する実績データの厚生労働省への報告について

事業年度毎に1回、生産性向上の取組に関する実績として、加算（Ⅰ）を算定する場合には、次の（1）から（5）の事項について、加算（Ⅱ）を算定する場合には、次の（1）から（3）の事項について、原則としてオンラインにより厚生労働省（提出されたデータについては、厚生労働省のほか指定権者においても確認ができるものとする）に当該事項の結果を提出すること。

（1）については、調査実施に係る現場の負担も考慮し、5名程度の利用者を調査の対象とすること。なお、5名程度の対象者の選定に当たっては、利用者及び介護職員の負担が軽減されるよう、利用者自身で調査に回答を行うことが可能な利用者を優先的に対象とすることも差し支えない。また、加算（Ⅱ）を算定する場合で、介護機器の導入を行ったフロアや居室の利用者の数が5名に満たない場合は、当該利用者全員を調査対象とすること。

（2）から（4）については、全ての介護職員（加算（Ⅱ）を算定する場合の（2）及び（3）については、介護機器の導入を行ったフロア等に勤務する介護職員）を調査の対象とする。

（5）については、調査実施に係る現場の負担も考慮し、日中の時間帯、夜間の時間帯それぞれについて、複数人の介護職員を調査の対象とすることで足りるものとする。

なお、（1）の調査の実施及び実績の厚生労働省への報告については、利用者又は家族等に必要な説明を行い、同意を得ることとし、当該利用者又は家族等の意向に応じ、調査の対象としないこととするなどの運用は認められるものであること。また、（4）の調査の実施及び実績の厚生労働省への報告については、介護職員に必要な説明を行い、同意を得ることとし、当該介護職員の意向に応じ、調査の対象としないこととするなどの運用は認められるものであること。

### （1） 利用者の満足度等の評価

別添1の利用者向け調査票により、WHO-5調査（利用者における満足度の変化）の実施及び生活・認知機能尺度の確認を行うこと。

なお、生活・認知機能尺度に関する調査票については別途通知する。

### （2） 総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の調査

別添2の施設向け調査票により、対象事業年度の10月（※1）における介護職員の1月当たりの総業務時間及び超過勤務時間を調査（※2）すること。

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

働時間数も含む)により把握する必要があること。

(※1) 本加算を算定した初年度においては、算定を開始した月とすること。

(※2) 総業務時間及び超過勤務時間は調査対象者全体の平均値(少数点第1位まで)を報告すること。

(3) 年次有給休暇の取得状況の調査

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

(※) 年次有給休暇の取得日数は調査対象者全体の平均値(少数点第1位まで)を報告すること。

(4) 介護職員の心理的負担等の評価

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

(5) 機器の導入等による業務時間(直接介護、間接業務、休憩等)の調査

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

7 生産性向上の取組による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する成果があることの確認について

(1) 加算(Ⅱ)を算定する介護サービス事業所が加算の区分を変更し加算(Ⅰ)の算定を開始しようとする場合

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

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

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

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

を確認することで足りるものとする。

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

- (2) 本加算の新設以前から加算（Ⅰ）の要件を満たすような生産性向上の取組を進めている介護サービス事業所が最初から加算（Ⅰ）を算定しようとする場合

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



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

- (3) (1) 及び (2) に該当しない介護サービス事業所が最初から加算 (I) を算定しようとする場合

(1) 及び (2) に該当しない介護サービス事業所が最初から加算

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

## 8 厚生労働省等への報告等について

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

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

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

## 9 その他

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

生産性向上推進体制加算に関する取組の実績報告書（毎年度報告）

事業所番号			
事業所名			
施設種別	1 短期入所生活介護	2 短期入所療養介護	3 特定施設入居者生活介護
	4 小規模多機能型居宅介護	5 認知症対応型共同生活介護	6 地域密着型特定施設入居者生活介護
	7 地域密着型介護老人福祉施設	8 看護小規模多機能型居宅介護	9 介護老人福祉施設
	10 介護老人保健施設	11 介護医療院	12 介護予防短期入所生活介護
	13 介護予防短期入所療養介護	14 介護予防特定施設入居者生活介護	15 介護予防小規模多機能型居宅介護
	16 介護予防認知症対応型共同生活介護		
届出区分	1 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 2 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）		
人員配置状況	（常勤換算方式） 利用者 3（人）：介護職員 （人）		

1 利用者の満足度の変化

調査時期	令和 年 月
------	--------

① WHO-5（調査） 調査対象人数 人

点数区分	0点～6点	7点～13点	14点～19点	20点～25点
人数				

② 生活・認知機能尺度（調査） 調査対象人数 人

詳細については、後日通知で示す。

2 総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の変化 調査対象人数 人

対象期間	令和 年 月	対象期間	左表と同じ
総業務時間		超過勤務時間	

（※1）一月あたりの時間数（調査対象者平均、小数点第1位まで記載）（時間）  
（※2）対象期間は10月としているが、本加算の算定初年度においては算定を開始した月を対象期間とする。

3 年次有給休暇の取得状況 調査対象人数 人

対象期間	令和 年11月～令和 年10月
年次有給休暇取得日数	

（※）対象期間における調査対象者の取得した年次有給休暇の日数（調査対象者平均、小数点第1位まで記載）（日）

4 介護職員の心理的負担等の変化

調査時期	令和 年 月
------	--------

① SRS-18（調査） 調査対象人数 人

点数区分	0点～7点	8点～19点	20点～31点	32点～54点
人数				

② モチベーションの変化（調査） 調査対象人数 人

点数区分	-3点～-1点	0点	1点～3点
仕事のやりがい	人	人	人
職場の活気	人	人	人

5 タイムスタディ調査（※）5日間の調査

調査時期	令和 年 月
------	--------

① 日中 調査対象人数 人

類型	直接介護	間接業務	余裕時間	休憩・待機・その他
割合（%）				

（※）余裕時間とは、突発でのケアや対応ができる状態での業務時間  
調査対象者の業務時間の総和 [ ] 時間（少数点第1位まで記載）

② 夜間 調査対象人数 人

類型	直接介護	間接業務	余裕時間	休憩・待機・その他
割合（%）				

調査対象者の業務時間の総和 [ ] 時間（少数点第1位まで記載）

備考 加算（Ⅰ）は1～5を記入し、加算（Ⅱ）は1～3を記入すること。詳細については、別途通知（「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」）を参照すること。

## 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）の算定に関する取組の成果

事業所名				
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）の要件となる介護機器の導入時期				
導入時期	令和 年 月			
1 利用者の満足度等の変化				
事前調査時期	令和 年 月	事後調査時期	令和 年 月	
①－1 WHO－5（事前調査） 調査対象人数 人				
点数区分	0点～6点	7点～13点	14点～19点	20点～25点
人数				
①－2 WHO－5（事後調査） 調査対象人数 人				
点数区分	0点～6点	7点～13点	14点～19点	20点～25点
人数				
調査対象者に関して、数値が悪化していないことの確認 <input type="checkbox"/>				
②－1 生活・認知機能尺度（事前調査） 調査対象人数 人				
詳細については、後日通知で示す。				
②－2 生活・認知機能尺度（事後調査） 調査対象人数 人				
詳細については、後日通知で示す。				
調査対象者に関して、数値が悪化していないことの確認 <input type="checkbox"/>				
上記の調査データがなく、ヒアリング調査を実施した場合(備考参照) <input type="checkbox"/>				
2 総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の変化 調査対象人数 人				
対象期間	(事前)令和 年 月	(事後)令和 年 月		
総業務時間				
対象期間	(事前)上表と同じ	(事後)上表と同じ		
超過勤務時間				
(※) 一月あたりの時間数（調査対象者平均、小数点第1位まで記載）（時間）				
総業務時間及び超過勤務時間が短縮していることの確認 <input type="checkbox"/>				
3 年次有給休暇の取得状況 調査対象人数 人				
対象期間	(事前)令和 年 月～ 月	(事後)令和 年 月～ 月		
年次有給休暇取得日数				
(※) 対象期間における調査対象者の取得した年次有給休暇の日数（調査対象者平均、小数点第1位まで記載）（日）				
年次有給休暇の取得状況が維持又は増加していることの確認 <input type="checkbox"/>				

備考 詳細については、別途通知（「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」）を参照すること。また、成果の確認に当たっては加算（Ⅱ）の要件となる介護機器の導入後、3月以上取組の継続が必要であることに留意すること。

また、利用者の満足度等の変化に関する調査のデータがない場合であって、介護機器の導入前からサービスを利用する利用者へのヒアリング調査等を実施した場合は、当該調査結果及び委員会での当該結果を確認した議事概要を提出すること。

# 利用者向け調査票

別添1

施設名

利用者番号	記入日
	年 月 日

## 1. 対象利用者概要

性別	1: 男 2: 女	年齢	才	
要介護度	1: 要介護1    2: 要介護2    3: 要介護3    4: 要介護4    5: 要介護5 6: 自立・要支援    7: その他(要支援・区分申請中等)			

## 2. 対象利用者の生活・認知機能尺度

別途通知で示す予定

## 3. 対象利用者におけるQOLの変化

QOLの変化 ※出典:WHO-5 精神的健康状態表

最近2週間、利用者の状態に最も近いものに○をつけてください

	いつも	ほとんどいつも	半分以上の期間を	半分以下の期間を	ほんのたまに	まったくない
1 明るく、楽しい気分で過ごした	5	4	3	2	1	0
2 落ち着いた、リラックスした気分で過ごした	5	4	3	2	1	0
3 意欲的で、活動的に過ごした	5	4	3	2	1	0
4 ぐっすりと休め、気持ちよく目覚めた	5	4	3	2	1	0
5 日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった	5	4	3	2	1	0

以上です。ご回答ありがとうございました。

### 施設向け調査票（労働時間等調査票）

別添2

入職前など、1か月間のすべてで勤務がない場合は“—”と記載ください。

職員 番号	例：令和5年														年間の有給休暇 の取得日数
	●月		●月		●月		●月		●月		●月		●月		
	所定総 労働時間	総実労働 時間	所定総 労働時間	総実労働 時間	所定総 労働時間	総実労働 時間	所定総 労働時間	総実労働 時間	所定総 労働時間	総実労働 時間	所定総 労働時間	総実労働 時間	所定総 労働時間	総実労働 時間	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															

職員 番号	例：令和6年														年間の有給休暇 の取得日数
	●月		●月		●月		●月		●月		●月		●月		
	所定総 労働時間	総実労働 時間	所定総 労働時間	総実労働 時間	所定総 労働時間	総実労働 時間	所定総 労働時間	総実労働 時間	所定総 労働時間	総実労働 時間	所定総 労働時間	総実労働 時間	所定総 労働時間	総実労働 時間	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															

## 職員向け調査票

別添 3

施設名

職員番号	記入日
	年 月 日

### 1. 職員概要

性別	1:男 2:女	年齢階級	10歳代 ・ 20歳代 ・ 30歳代 ・ 40歳代 ・ 50歳代 ・ 60歳代 ・ 70歳代～
役職	1:経営層                      2:管理者・リーダー                      3:一般職                      4:その他(                      )		
現状の職種 での経験年数	年    ヶ月		

### 2. 心理的負担評価

※出典:心理的ストレス反応測定尺度(Stress Response Scale-18)

※ この設問では、普段の心理的な状態についてお伺いします。それぞれ、あてはまるもの1つに○をつけてください。

	全くちがう	いくらかそうだ	まあそうだ	その通りだ
1 怒りっぽくなる	0	1	2	3
2 悲しい気分だ	0	1	2	3
3 なんとなく心配だ	0	1	2	3
4 怒りを感じる	0	1	2	3
5 泣きたい気持ちだ	0	1	2	3
6 感情を抑えられない	0	1	2	3
7 くやしい思いがする	0	1	2	3
8 不愉快だ	0	1	2	3
9 気持ちが沈んでいる	0	1	2	3
10 いらいらする	0	1	2	3
11 いろいろなことに自信がない	0	1	2	3
12 何もかもいやだと思う	0	1	2	3
13 よくないことを考える	0	1	2	3
14 話や行動がまとまらない	0	1	2	3
15 なくさめて欲しい	0	1	2	3
16 根気がない	0	1	2	3
17 ひとりでいたい気分だ	0	1	2	3
18 何かに集中できない	0	1	2	3

### 3. テクノロジーの導入等によるモチベーションの変化

※ この設問では、テクノロジーの導入等の前後のモチベーションの変化についてお伺いします。

	←減少したと感じる					増加したと感じる→	
1 テクノロジー導入等による、仕事のやりがいの変化	-3	-2	-1	0	1	2	3
2 テクノロジー導入等による、職場の活気の変化	-3	-2	-1	0	1	2	3

職員向け調査票は以上です。

職員向けタイムスタディ調査票

別添4

調査票 (表面)

↓以下、所定勤務時間や実勤務時間に関する記載漏れが多くあります。忘れずに必ず記載をお願いします。

施設名	担当しているユニット・フロア名
職員ID	所定勤務時間
調査実施日	月 日 ( 曜日 )
	実施勤務時間 (残業時間含む)
	～
	～

※10分間のうち、実施した業務について、その時間数(整数)について、縦列の合計が10分となるよう記入して下さい。記載例を参考ください。  
 記載例:「1.移動・移乗・体位交換を6分間、7.食事支援を4分間」実施した場合  
 ※勤務時間に応じて、「時台」の枠に、数字を記入してください。記載例として、8時から勤務を始めた場合には、「8時台」「9時台」・・・と勤務終了まで記載ください。

NO	分類	Sub-NO	項目	時台			時台			時台			時台			時台									
				00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分				
A	直接介護 (※1)	1	移動・移乗・体位交換																						
			2 排泄介助・支援																						
			3 入浴・整容・更衣																						
			4 利用者とのコミュニケーション																						
B	間接業務	4	5 日常生活自立支援(※2)																						
			6 行動上の問題への対応(※3)																						
			7 食事支援																						
			8 機能訓練・リハビリテーション・医療的処置																						
			9 その他の直接介護																						
			10 巡回・移動																						
			11 記録・文書作成・連絡調整等(※4)																						
			12 利用者のアセスメント・情報収集・介護計画の作成・見直し																						
			13 見守り機器の使用・確認																						
C	休憩	24	介護ロボット・ICT機器の準備・調整・片付け (※5)																						
			15 他の職員に対する指導・教育(※6)																						
			16 食事・おやつ配膳・下膳等																						
			17 入浴業務の準備等																						
			18 リン交換・ヘッドメイク																						
			19 居室清掃・片付け																						
			20 消毒などの感染症対応																						
D	その他	22	その他の間接業務(※7)																						
			休憩・待機・仮眠																						
E	余裕時間	-	23 その他																						
			余裕時間 (交差でのケア対応ができた状態)																						
-	-	-	備考・補定等																						

※1 見守りによる介助を含む。  
 ※2 入眠起床支援、訴えの把握、日常生活の支援  
 ※3 徘徊、不潔行為、暴発状態等に対する対応等  
 ※4 記録の作成、勤務票等の作成、申し送り、職員間の連携調整、文書検索等  
 ※5 機器の充電、セロディング、設定の確認・見直し、片付け作業等  
 ※6 7-7の内容や方法に関する指導、OT等  
 ※7 6-7の内容や方法に関する指導、OT等





参考 タイムスタディ調査の実施方法  
以下を参考（事例として夜間帯の調査を例示）にご回答をお願いいたします。  
【タイムスタディ調査票の記入例と注意事項】

施設名	〇〇〇〇	担当しているコンピュータ名	〇〇〇〇
施設ID	3	職員ID	3
調査実施日	7月7日（金曜日）	所要勤務時間	20:30 ~ 7:30
		実勤務時間（残業時間含む）	20:30 ~ 9:00

※10分間のうち、実働した業務について、その時間数（整数）を記入して下さい。記入例を参考にしてください。  
記載例①：「6.巡回・移動」を4分間、1.移動・作業・体位交換を6分間「実施した業務」に記載例②：「11.仮眠」を10分間記入した場合

記入例

NO	分譲	Sub-NO	項目	21時台				22時台				23時台				24時台				1時台											
				001 0911	1001 1911	2001 2911	3001 4011	001 0911	1001 1911	2001 2911	3001 4011	001 0911	1001 1911	2001 2911	3001 4011	001 0911	1001 1911	2001 2911	3001 4011	001 0911	1001 1911	2001 2911	3001 4011	001 0911	1001 1911	2001 2911	3001 4011	001 0911	1001 1911	2001 2911	3001 4011
6		1	移動・作業・体位交換																												
A		2	巡回・移動																												
		3	日常生活自立支援（※1）																												
		4	行動上の課題への対応（※2）																												
		5	利用者とのコミュニケーション																												
		6	施設設備・リハビリテーション・医療的ケア																												
		7	その他の巡回・移動																												
		8	巡回・移動																												
		9	記録・文書作成・連絡調整等（※3）																												
		10	留守が離席の使用・確認																												
		11	食事・おやつ配膳・下膳等																												
		12	その他の巡回・移動																												
		13	休憩・待機																												
		14	仮眠																												
		15	その他																												
-		-	備考・補記等																												

※1 入職以来変更、新卒の研修・就業指導等  
※2 歩行、不歩行、居寝、起床等に対する対応等  
※3 利用者に関する記録等、作成、調整等の作成、申し送り、文書調整等

【注1】  
時間の区切りをまたいで複数の業務を行った場合、  
10分間のそれぞれ区切りの中で、行った複数の業務をそれぞれ何分間実施したかを記入してください。  
例えば…  
22:00～22:06の7分間を休憩・待機、  
22:07～22:16の10分間で巡回・移動、その後  
22:17～22:29で休憩・待機だった場合は  
注1の点線囲みのように記入してください。

【注2】  
ひとつの列（10分間の区切り）に記入する数値の合計が、必ず10になるよう注意してください。  
正確な効果の測定のためにも、未記入の時間帯や時間数の不足が無いよう、ご確認をお願いいたします。

【注3】  
すべての時間帯の、各列（10分間の区切り）には10以下の数値を必ず入力して下さい。

老高発 0329 第 1 号  
令和 6 年 3 月 29 日

各都道府県・各市区町村  
介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局高齢者支援課長  
（ 公 印 省 略 ）

「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」及び「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」等における生産性向上に先進的に取り組む特定施設等に係る人員配置基準の留意点について」の改正について

生産性向上推進体制加算の取得及び特定施設入居者生活介護等における人員配置基準の見直しについては、「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」（令和 6 年 3 月 15 日付け老高発 0315 第 4 号。以下「生産性向上推進体制加算通知」という。）及び「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」等における生産性向上に先進的に取り組む特定施設等に係る人員配置基準の留意点について」（令和 6 年 3 月 15 日付け老高発 0315 第 5 号。以下「特定施設等人員配置基準通知」という。）により示しているところである。

生産性向上推進体制加算通知及び特定施設等人員配置基準通知において、生活・認知機能尺度に関する調査票については別途通知するとしていたところであるが、今般、生活・認知機能尺度に関する調査票を別添のとおり示すこととし、あわせて生産性向上推進体制加算通知及び特定施設等人員配置基準通知を下記のとおり改正することとしたので、ご了知の上、貴管内の関係団体及び関係機関にその周知をお願いしたい。

#### 記

- 1 「生産性向上推進体制加算通知」を別紙 1 のとおり改正する。なお、改正後の「生産性向上推進体制加算通知」は別紙 2 のとおりである。
- 2 「特定施設等人員配置基準通知」を別紙 3 のとおり改正する。なお、改正後の「特定施設等人員配置基準通知」は別紙 4 のとおりである。

## 生活・認知機能尺度

①- 1	<b>身近なもの（たとえば、メガネや入れ歯、財布、上着、鍵など）を置いた場所を覚えていますか</b> ※介護者が一緒に探しているなど、一人で探す様子が分からない場合は、もし一人で探すとしたらどうかを想定して評価してください
<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	常に覚えている たまに（週1回程度）忘れることはあるが、考えることで思い出せる 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある（思い出せることと思い出せないことが同じくらいの頻度） きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない 忘れたこと自体を認識していない
①- 2	<b>身の回りに起こった日常的な出来事（たとえば、食事、入浴、リハビリテーションや外出など）をどのくらいの期間、覚えていますか</b> ※最近1週間の様子を評価してください
<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	1週間前のことを覚えている 1週間前のことは覚えていないが、数日前のことは覚えている 数日前のことは覚えていないが、昨日のことは覚えている 昨日のことは覚えていないが、半日前のことは覚えている 全く覚えていられない
②	<b>現在の日付や場所等についてどの程度認識できますか</b> ※上位レベルのことで下位レベルのことが両方でき、上位と下位の間の項目ができない場合には、上位レベルのほうを選び回答してください 例：1と3に該当し、2に該当しない場合⇒1を選択する
<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	年月日はわかる（±1日の誤差は許容する） 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる（家族であるか、介護者であるか、看護師であるか等） その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる 自分の名前がわからない

**③ 誰かに何かを伝えたいと思っているとき、どれくらい会話でそれを伝えることができますか**  
 ※「会話ができる」とは、2者の意思が互いに疎通できている状態を指します

5 会話が支障がない（「○○だから、××である」といった2つ以上の情報がつながった話をする  
 ことができる）

4 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる（「○○だから、××である」といった2つ以上の  
 情報がつながった話をするとはできない）

3 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる（「痛い」「お腹が空いた」などの具  
 体的な要求しか伝えられない）

2 会話が成り立たないが、発語はある（発語はあるが、簡単な質問に対して適切な回答ができなかつ  
 たり、何を聞いても「うん」とだけ答える）

1 発語がなく、無言である

**一人で服薬ができますか**

**④** ※服薬していなかったり、介護者が先に準備しているなど、実際の服薬能力が分からない場合は、一人で服薬する  
 場合を想定して評価してください

5 自分で正しく服薬できる

4 自分で用意して服薬できるが、たまに（週1回程度）服薬し忘れることがある

3 2回に1回は服薬を忘れる

2 常に薬を手渡しすることが必要である

1 服薬し終わるまで介助・みまもりが必要である

**一人で着替えることができますか**

**⑤** ※まひ等により身体が不自由で介助が必要な場合は、障害がない場合での衣服の機能への理解度を想定して評価し  
 てください

5 季節や気温に応じた服装を選び、着脱衣ができる

4 季節や気温に応じた服装選びはできないが、着る順番や方法は理解し、自分で着脱衣ができる

3 促してもらえれば、自分で着脱衣ができる

2 着脱衣の一部を介護者が行う必要がある

1 着脱衣の全てを常に介護者が行う必要がある

**テレビやエアコンなどの電化製品を操作できますか**

**⑥** ※テレビが無い場合は、エアコンで評価してください いずれもない場合は、電子レンジ、ラジオなどの電化製品  
 の操作で評価してください

5 自由に操作できる（「複雑な操作」も自分で考えて行うことができる）

4 チャンネルの順送りなど普段している操作はできる（「単純な操作」であれば自分で行うことができ  
 る）

3 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える（「単純な操作」が分からないことがある  
 が、教えれば自分で操作することができる）

2 リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全く分からない（何をやる電化製品かは分かるが、  
 操作を教えても自分で操作することはできない）

1 リモコンが何をやるものか分からない

合計

点

○ 「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」(令和6年3月15日付け老高発0315第4号) (抄)

新	旧
<p>記</p> <p>1～5 (略)</p> <p>6 (略)</p> <p>(1) 利用者の満足度等の評価 別添1の利用者向け調査票により、WHO-5調査(利用者における満足度の変化)の実施及び生活・認知機能尺度の確認を行うこと。</p> <p>(2)～(5) (略)</p> <p>7～9 (略)</p>	<p>記</p> <p>1～5 (略)</p> <p>6 (略)</p> <p>(1) 利用者の満足度等の評価 別添1の利用者向け調査票により、WHO-5調査(利用者における満足度の変化)の実施及び生活・認知機能尺度の確認を行うこと。 <u>なお、生活・認知機能尺度に関する調査票については別途通知する。</u></p> <p>(2)～(5) (略)</p> <p>7～9 (略)</p>

(別紙1) 生産性向上推進体制加算に関する取組の実績報告書 (毎年度報告)

新					旧				
② 生活・認知機能尺度 (調査) 調査対象人数 人									
点数区分	7点~14点	15点~21点	22点~28点	29点~35点					
人数									
詳細については、後日通知で示す。									

(別紙2) 生産性向上推進体制加算 (I) の算定に関する取組の成果

新					旧				
②-1 生活・認知機能尺度 (事前調査) 調査対象人数 人									
点数区分	7点~14点	15点~21点	22点~28点	29点~35点					
人数									
詳細については、後日通知で示す。									
②-2 生活・認知機能尺度 (事後調査) 調査対象人数 人									
点数区分	7点~14点	15点~21点	22点~28点	29点~35点					
人数									
詳細については、後日通知で示す。									





老高発 0315 第 4 号  
令和 6 年 3 月 15 日  
改正 老高発 0329 第 1 号  
令和 6 年 3 月 29 日

各都道府県・各市区町村  
介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局高齢者支援課長  
（ 公 印 省 略 ）

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

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

## 記

### 1 基本的な考え方

生産年齢人口が減少していく一方、介護需要が増大していく中において、介護人材の確保が喫緊の課題となっている。介護職員の処遇改善を進めることに加え、介護ロボットや ICT 等のテクノロジーの導入等により、介護サービ

スの質を確保するとともに、職員の負担軽減に資する生産性向上の取組（介護現場では業務改善と同義と捉えて差し支えない。）を推進することが重要である。

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

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

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

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

## 2 生産性向上推進体制加算（（Ⅰ）・（Ⅱ））の仕組み等

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

たり 10 単位を算定（加算（Ⅱ））することとした。

また、上記の加算（Ⅱ）の要件を満たし、当該要件に基づき提出した実績データにより生産性向上の取組による成果が確認された場合であって、見守り機器等のテクノロジーを複数導入し、かつ、職員間の適切な役割分担（特定の介護職員が利用者の介助に集中して従事することのできる時間帯を設けることやいわゆる介護助手の活用等。以下同じ。）の取組を行っている場合に、一月当たり 100 単位を算定（加算（Ⅰ））することとした。

加算（Ⅰ）及び加算（Ⅱ）の関係については、加算（Ⅰ）が上位区分となるものである。両加算の違いとして、加算（Ⅱ）においては、生産性向上の取組の成果の確認は要件としていないところであるが、加算（Ⅰ）の算定に当たっては、加算（Ⅱ）で求める取組の成果の確認が要件となる。また、加算（Ⅰ）では加算（Ⅱ）の要件に加え、テクノロジーを複数導入するなどの違いがある。

加算（Ⅰ）及び加算（Ⅱ）により、生産性向上の取組を段階的に支援していくこととしており、原則として、加算（Ⅱ）を算定し、一定の期間、加算（Ⅱ）の要件に基づいた取組を進め、加算（Ⅰ）に移行することを想定しているものであるが、生産性向上の取組を本加算の新設以前より進めている介護サービス事業所においては、最初から加算（Ⅰ）を算定することも可能である。詳細については下記 7 を参照すること。

また、加算（Ⅰ）及び加算（Ⅱ）を同時に算定することはできないものである。

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

### 3 介護機器について

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

#### (1) 加算（Ⅰ）

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

① 見守り機器

利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを感知できるセンサーであり、当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる利用者の見守りに資する機器をいう。なお、見守り機器を居室に設置する際には、利用者のプライバシーに配慮する観点から、利用者又は家族等に必要な説明を行い、同意を得ることとし、機器の運用については、当該利用者又は家族等の意向に応じ、機器の使用を停止するなどの運用は認められる。

② インカム（マイクロホンが取り付けられたイヤホンをいう。）等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器（ビジネス用のチャットツールの活用による職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器も含む。）

③ 介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICT機器（複数の機器の連携も含め、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る。）

(2) 加算（Ⅱ）

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

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

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

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

- ・ 負荷が集中する時間帯の業務を細分化し個人に集中することがないよう平準化すること
- ・ 特定の介護職員が利用者の介助に集中して従事することのできる時間帯を設けること
- ・ いわゆる介護助手の活用（食事等の準備や片付け、清掃、ベッドメイク、ごみ捨て等、利用者の介助を伴わない業務を集中的に実施する者を設けるなどの取組）を行うこと
- ・ 利用者の介助を伴わない業務の一部を外注すること