

特定事業所加算 2024

算定要件		加算 (Ⅰ) (519 単位)	加算 (Ⅱ) (421 単位)	加算 (Ⅲ) (323 単位)	加算 (A) (114 単位)
①	常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置していること。 ※利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある他の事業所の職務と兼務をしても差し支えない。	○ 2 名以上	○ 1 名以上	○ 1 名以上	○ 1 名以上
②	常勤かつ専従の介護支援専門員を配置していること。※利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある指定介護予防支援事業所の職務と兼務をしても差し支えない。	○ 3 名以上	○ 3 名以上	○ 2 名以上	○ 常勤 1 名 かつ常勤 換算 2 名 以上
③	利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達事項等を目的とした会議を定期的を開催すること	○	○	○	○
④	24 時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること	○	○	○	○ (連携でも可)
⑤	算定日が属する月の利用者総数のうち要介護 3～要介護 5 である者が 4 割以上であること	○	×	×	×
⑥	介護支援専門員に対し計画的に研修を実施していること	○	○	○	○ (連携でも可)
⑦	地域包括支援センターから支援から支援困難な事例を紹介された場合においても居宅介護支援を提供していること	○	○	○	○
⑧	家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること	○	○	○	○
⑨	特定事業所集中減算の適用を受けていないこと	○	○	○	○
⑩	介護支援専門員 1 人あたりの利用者の平均件数が 45 名未満（居宅介護支援費（Ⅱ）を算定している場合は 50 名未満）であること	○	○	○	○
⑪	介護支援専門員実務研修における科目等に協力または協力体制を確保していること	○	○	○	○ (連携でも可)
⑫	他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等実施していること	○	○	○	○ (連携でも可)
⑬	必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービス含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること	○	○	○	○

特定事業所医療介護連携加算 125 単位

算定要件	
①	前々年度の3月から前年度の2月迄の間、退院退所加算の算定における病院及び介護保険施設との連携の回数の合計が35回以上であること
②	<p>前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を15回以上算定していること</p> <p>※ 令和7年3月31日までの間は、5回以上算定していること</p> <p>※ 令和7年4月1日から令和8年3月31日までの間は、令和6年3月におけるターミナルケアマネジメント加算の算定回数に3を乗じた数に令和6年4月から令和7年2月までの間におけるターミナルケアマネジメント加算の算定回数を加えた数が15以上であること</p>
③	特定事業所加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）のいずれかを算定していること

加算について

初 回 加 算	新規として取り扱われる計画を作成した場合	300 単位
入院時情報連携加算（Ⅰ）	病院又は診療所への入院当日中に、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合	250 単位
入院時情報連携加算（Ⅱ）	病院又は診療所に入院してから3日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合	200 単位
イ）退院・退所加算（Ⅰ）イ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により一回受けていること	450 単位
ロ）退院・退所加算（Ⅰ）ロ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンスにより一回受けていること	600 単位
ハ）退院・退所加算（Ⅱ）イ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により二回受けていること	600 単位
ニ）退院・退所加算（Ⅱ）ロ	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を二回受けており、うち一回はカンファレンスによること	750 単位
ホ）退院・退所加算（Ⅲ）	病院又は診療所・介護保険施設等の職員から利用者に係る必要な情報提供を三回以上受けており、うち一回はカンファレンスによること	900 単位
通院時情報連携加算	利用者が医師または歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師または歯科医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師または歯科医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録した場合	50 単位
ターミナル ケアマネジメント加算	在宅で死亡した利用者に対して死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上居宅を訪問し心身状況を記録し、主治医及び居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者に提供した場合算定	400 単位
緊急時等 居宅カンファレンス加算	病院又は診療所の医師の求めにより当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合	200 単位

入院時情報提供書 <在宅版>

記入日： 年 月 日
入院日： 年 月 日
情報提供日： 年 月 日

医療機関名：
ご担当者名：



事業所名：
ケアマネジャー氏名：
TEL： FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、 年 月 日時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦	年	月	日生
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更（申請日 / ） <input type="checkbox"/> 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明		障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 身体・精神・知的 ）		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）					

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
主介護者氏名	(続柄 ・ オ) (同居・別居)	電話番号	
意思決定支援者（代諾者）	(続柄 ・ オ) (同居・別居)	電話番号	

3. 意思疎通について

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

4. 口腔・栄養について

摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分（とろみ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 薄い ・ <input type="checkbox"/> 中間 ・ <input type="checkbox"/> 濃い ）
食形態（主食）	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他（ ）	食形態（副食）	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他（ ）
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 部分 ・ <input type="checkbox"/> 総 ）	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
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
特記事項			

5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（職種： ）
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理（管理者： 管理方法： ）		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助（介助内容： ） <input type="checkbox"/> 全介助		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）

6. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関 1		かかりつけ医療機関 2	
医師名		医師名	
かかりつけ医療機関 3		かかりつけ歯科医療機関	
医師名		歯科医師名	
かかりつけ薬局		訪問看護ステーション	

7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない（ <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外 ）
---------	---

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照（書類名： ）
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（氏名： 続柄： ）（氏名： 続柄： ） <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他（ ）
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※	
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容

8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位・深度・大きさ等）			
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット		<input type="checkbox"/> クッション		<input type="checkbox"/> 体位変換（時間毎）	<input type="checkbox"/> その他（）			<input type="checkbox"/> なし
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動（屋外）	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動（屋内）	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート（フェイスシート） <input type="checkbox"/> その他（）								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （）								
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か <input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 常にみまもりが必要である								
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか <input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない								
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか <input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない								
	遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか <input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない <input type="checkbox"/> リモコンが何をするものかわからない								
過去半年間における入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり（頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上）（直近の入院理由：） 期間：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日）								

9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)～(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート（フェイスシート） <input type="checkbox"/> その他（） ペット飼育の有無： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 特記事項：
-----------------	---

10. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

住環境 ※可能ならば「写真」などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅） _____ 階建て、 居室 _____ 階、 エレベーター（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） 特記事項：
在宅生活に必要な要件	
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（）
退院後の支援者	<input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部） <input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部） <input type="checkbox"/> 支援は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名：） 続柄： 年齢：）
家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（）
特記事項	

11. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望（）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望（）

1. 基本情報

↓ 白色のセルは居宅介護支援事業所が記入ください。↓ オレンジ色のセルはサービス事業所が記入ください。

	居宅介護支援事業所	サービス事業所
フリガナ 利用者名		←利用者名を別途共有できる場合、利用者名は記入不要
事業所名		
記載者名		
記載者役職	介護支援専門員	
記載日		

2. ケアの実施状況・目標の達成状況（本項目はサービス事業所が記入ください）

ケアの実施状況（具体的内容、ケアプラン通りに実施されているか、サービスの内容が適切か等）			
目標1	目標の内容		
	目標達成状況と状況 （該当する項目に○の上、自由記述）	達成 一部達成 未達成	
	ケアの評価と根拠 （該当する項目に○の上、自由記述）	継続 見直し 中止	
目標2	目標の内容		
	目標達成状況と状況 （該当する項目に○の上、自由記述）	達成 一部達成 未達成	
	ケアの評価と根拠 （該当する項目に○の上、自由記述）	継続 見直し 中止	
特記事項			

3. ケアマネジャーとサービス事業所の情報連携

サービス事業所に確認してほしい項目（該当する項目をすべてチェック）			
<input type="checkbox"/> 利用しているサービス事業所の状況（満足度等）	<input type="checkbox"/> 利用者の変化	<input type="checkbox"/> 利用者・家族の要望	<input type="checkbox"/> 家族の状況変化
<input type="checkbox"/> サービスの適正度	<input type="checkbox"/> 新しい生活課題	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画・個別援助計画変更の必要性	<input type="checkbox"/> 健康状態
<input type="checkbox"/> A D L	<input type="checkbox"/> I A D L	<input type="checkbox"/> 認知機能や判断能力	<input type="checkbox"/> コミュニケーションにおける理解と表出の状況
<input type="checkbox"/> 生活リズム	<input type="checkbox"/> 排泄の状況	<input type="checkbox"/> 清潔の保持に関する状況	<input type="checkbox"/> 口腔内の状況
<input type="checkbox"/> 社会との関わり	<input type="checkbox"/> 家族等の状況	<input type="checkbox"/> 居住環境	<input type="checkbox"/> その他留意すべき事項・状況

情報収集の観点（介護支援専門員が記載）	確認した事項（※介護支援専門員から依頼があった項目の他、変化や課題があった項目にはコメント記入ください）		
	（該当する方に○） 変化 課題		具体的な内容
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	

参考：課題分析標準項目について

「サービス事業所に確認してほしい項目」のうち、「ク 健康状態」～「ナ その他留意すべき事項・状況」については、令和5年10月16日に発出された『「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について』（厚生労働省、老 認 発 1016 第 1 号）のうち、記載に対応しております。以下、『「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について』の一部抜粋

課題分析（アセスメント）に関する項目

NO	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起きあがり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）に関する項目
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わりの状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険箇所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

(別紙様式 6)

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	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		
	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3 c m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※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)