

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的 取組に関する調査研究事業（案）

1. 調査目的

令和 6 年度介護報酬改定では、通所リハビリテーション、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院において、リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る新たな評価を設けたところであり、審議報告の今後の課題においては、今回の改定を踏まえ、その取組状況や効果を把握し、必要な対応について引き続き検討していくべきとされている。

また、特定施設の口腔衛生管理体制加算の取組については、要件を一定緩和した上で、3 年間の経過措置を設けて義務化を行ったところであり、審議報告の今後の課題においては、運営基準における口腔衛生の管理体制の実施について適切な効果検証等を実施し、口腔管理に係る歯科専門職を含めた効果的な多職種連携の在り方について引き続き検討していくべきとされている。

本調査では、審議報告を踏まえながら、リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔に係る各取組及び一体的取組の実施状況、介護報酬の算定状況、利用者及び退所者の状態等の実態を調査する。その上で、令和 6 年度の介護報酬改定の効果検証を行い、当該取組等の推進に向けた基礎資料を得ることを目的とする。

2. 調査客体

(1) アンケート調査

- ・ 通所リハビリテーション事業所（約 1,800 事業所、抽出）
- ・ 介護老人福祉施設（約 1,500 施設、抽出）
- ・ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（約 1,300 施設、抽出）
- ・ 介護老人保健施設（約 1,900 施設、抽出）
- ・ 介護医療院（約 900 施設、悉皆）
- ・ 特定施設入居者生活介護（約 1,500 施設、抽出）

(2) ヒアリング調査

- ・ アンケート調査に回答があった事業所・施設（10 事業所・施設程度、抽出）

(3) 介護関連 DB 分析

- ・ 介護関連データベース（介護保険総合データベース及び LIFE）に登録されているデータ（令和 3 年 4 月から令和 6 年 8 月までのサービス提供分）

3. 主な調査項目

(1) アンケート調査

- ・ 施設及び事業所の基本情報
- ・ 施設サービス及び通所リハビリテーション事業所におけるリハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の実施状況及び一体的取組の実施状況
- ・ 一体的取組を実施したことによる効果
- ・ 口腔衛生管理に関する実施状況

(2) ヒアリング調査

- ・ 一体的取組実施の経緯、体制、実施にあたっての課題、効果
- ・ 口腔衛生体制構築の経緯、体制構築にあたっての課題、効果等

(3) 介護関連 DB 分析

- ・ 一体的取組に関連する加算の算定状況
- ・ 一体的取組に関連する加算を算定有無別事業所の特徴分析
(利用者規模・要介護度分布等)
- ・ 口腔衛生管理に関連する加算の算定有無別事業所の特徴分析

※適宜アンケート調査回答結果と介護関連 DB を組み合わせた分析を行う。

以上

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び 一体的取組に関する調査研究事業の調査検討組織 設置要綱(案)

1. 設置目的

株式会社三菱総合研究所はリハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおりリハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

- (1) 本調査検討組織は、国立大学法人東北大学大学院 歯学研究科 研究科長 小坂 健を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討組織の運営

- (1) 調査検討組織の運営は、株式会社三菱総合研究所が行う。
- (2) 前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する 調査研究事業の調査検討組織 委員等

| | |
|------|--|
| 委員長 | 小坂 健（国立大学法人東北大学大学院 歯学研究科 研究科長） |
| 副委員長 | 藤野 善久（産業医科大学産業生態科学研究所 環境疫学教室 教授） |
| 委員 | 石踊 紳一郎（公益社団法人全国老人福祉施設協議会 副会長） |
| 委員 | 猪股 憲一（一般社団法人全国介護付きホーム協会 理事） |
| 委員 | 内山 量史（一般社団法人日本言語聴覚士協会 会長） |
| 委員 | 江澤 和彦（公益社団法人日本医師会 常任理事） |
| 委員 | 久保山 裕子（公益社団法人日本歯科衛生士会 副会長） |
| 委員 | 佐々木 嘉光（公益社団法人日本理学療法士協会 副会長） |
| 委員 | 田中 和美（公立大学法人神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科長・教授） |
| 委員 | 土井 勝幸（一般社団法人日本作業療法士協会 医療法人社団東北福祉会 介護老人保健施設せんだんの丘 施設長） |
| 委員 | 中野 和嘉（公益社団法人全国老人保健施設協会 学術委員会） |

| | |
|----|----------------------------|
| | ケアマネジメント部会員) |
| 委員 | 野村 圭介 (公益社団法人日本歯科医師会 常務理事) |
| 委員 | 橋本 康子 (一般社団法人日本慢性期医療協会 会長) |
| 委員 | 元家 玲子 (公益社団法人 日本栄養士会 理事) |
| 委員 | 早稲田 真 (一般社団法人全国デイ・ケア協会 理事) |

(敬称略、委員50音順)

【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局 老人保健課 介護保険データ分析室長
渡邊 周介
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 介護予防栄養調整官 齋藤 陽子
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 主査 柳沢あゆみ
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐 増田 絵美奈
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐 大島 康太
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 高齢者リハビリテーション推進官
上田 貴代
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 医療・介護連携技術推進官
清水 真弓

**「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」
【通所リハビリテーション票】**

■ご記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は特段の指定がない場合は、**事業所の管理者または事業所における各取組の責任者等、取組内容について把握している方がご回答ください。**
- ・ 一部の設問については、**理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科医師または歯科衛生士**の方にご回答いただく必要があります。該当する職種が貴事業所にいる場合は、該当する職種の方にご回答をお願いいたします。外部連携を行っている場合は、連携先の専門職と連携しつつ可能な限りご回答ください。
- ・ 特に指定の無い限り、令和6年9月1日時点の状況についてご回答ください。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合は「0」とご記入ください。
- ・ 具体的な回答方法については、「実施要領」をご確認ください。
- ・ 令和6年●月●日(●)までにご回答いただき、「調査実施のお願い」に記載の方法で提出してください。

■調査に関するお問い合わせ先

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」事務局

電話：xxxx-xxx-xxx（平日 x:xx～xx: xx）

◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎

メール：xx@xx.xx.xx

問1 回答者情報

| | |
|-------------|--|
| (1) 事業所名 | |
| (2) 事業所番号 | |
| (3) 法人名 | |
| (4) 回答者役職 | |
| (5) 回答者電話番号 | |

問2 一体的取組の実施状況

| | | | |
|------|--|---------------|-----------------------------------|
| (1) | 令和6年度に改定された加算の算定状況(1つ選択してください) リハビリテーションマネジメント加算(ハ) | | |
| (選択) | 1. | 算定している | |
| | 2. | 算定予定(1年以内) | |
| | 3. | 算定予定(1年後以降) | |
| | 4. | 算定予定(時期未定) | |
| | 5. | 検討中 | |
| | 6. | 算定予定はない | |
| (2) | 医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による一体的な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(以下、「一体的取組」)を実施していますか。 | | |
| (選択) | 1. | 一体的取組を実施している | |
| | 2. | 一体的取組を実施していない | |
| | 3. | わからない | |
| (3) | ※問2(2)で「1. 一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きします。 一体的取組として実施している内容と、取組を始めた時期を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください) | | |
| | 令和6年5月以前 | 令和6年6月以降 | |
| | | 1. | 関係職種が各々の計画を一体的に共有できる様式を利用している |
| | | 2. | 関係職種が共同して設定した目標を個別の計画に反映している |
| | | 3. | 関係職種が必要時に相談し合う体制を作っている |
| | | 4. | 関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している |
| | | 5. | 文書等を用いて、随時関係職種での情報共有がされている |
| | | 6. | 必要な他の関係職種の情報をいつでも閲覧できる状態にしている |
| | | 7. | 関係職種によるミールラウンド(専門職による食事観察)を実施している |
| | | 8. | 関係職種が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している |
| | | 9. | その他 |

- (4) ※問2(3)で「4.関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している」を選択した方にお聞きします。カンファレンスで関係職種と情報連携を行った効果について教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--|----|--------------------------------------|
| | 1. | 関係職種と話し合うことで、共通の方針・目標について検討できた |
| | 2. | 関係職種で話し合った内容を踏まえて計画を修正できた |
| | 3. | 関係職種の専門的な知識を得られた |
| | 4. | 文書等を用いた情報共有に比べて、より詳細な利用者の情報を得ることができた |
| | 5. | カンファレンス時以外でも、互いに相談をしやすい体制が構築された |
| | 6. | その他 |
| | 7. | わからない |
| | 8. | 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない |

- (5) ※問2(3)で「4.関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している」を選択した方にお聞きします。カンファレンスの実施頻度を教えてください。

| | | |
|------|----|---------|
| (選択) | 1. | 週1回程度 |
| | 2. | 月2回程度 |
| | 3. | 月1回程度 |
| | 4. | 3月に1回程度 |
| | 5. | 6月に1回程度 |
| | 6. | その他 |

- (6) ※問2(3)で「4.関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している」を選択した方にお聞きします。カンファレンスの主な参加職種を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--|----|-------------------|
| | 1. | 医師 |
| | 2. | 歯科医師・歯科衛生士 |
| | 3. | 薬剤師 |
| | 4. | 看護職員 |
| | 5. | 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 |
| | 6. | 管理栄養士 |
| | 7. | 介護支援専門員 |
| | 8. | 介護職員 |
| | 9. | その他 |

- (7) ※問2(2)で「1.一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きします。一体的取組を実施する際に使用している様式について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--|-----|--------------------------------|
| | 1. | リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書(通所系) |
| | 2. | リハビリテーション計画書 |
| | 3. | 興味・関心チェックシート |
| | 4. | 生活行為向上リハビリテーション実施計画書 |
| | 5. | 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) |
| | 6. | 栄養ケア計画書(通所・居宅) |
| | 7. | 口腔機能向上サービスに関する計画書 |
| | 8. | 口腔衛生管理加算 様式(実施計画) |
| | 9. | その他の厚生労働省が示す様式 |
| | 10. | 事業所独自の様式 |
| | 11. | わからない |
| | 12. | 様式は使用していない |

※特徴や追加項目等について記載ください。可能であれば、様式を添付ください。

| | | |
|------|---|---|
| (8) | ※問2(2)で「1. 一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きします。 一体的取組を行う対象者の範囲について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| | (選択) | 1. 原則利用者全員に実施している |
| | | 2. 対象者を選んで実施している |
| | | 3. その他 |
| | | 4. わからない |
| (9) | ※問2(8)で「2. 対象者を選んで実施している」を選択した方にお聞きします。 一体的取組を行う対象者を選択する際の基準として用いているものを選択してください。(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| | | 1. 誤嚥性肺炎の既往がある |
| | | 2. 摂食嚥下機能障害がある又は既往がある |
| | | 3. 褥瘡がある又は既往がある |
| | | 4. 認知症がある又は認知機能の低下がある |
| | | 5. 循環器疾患(慢性心不全や狭心症等)がある又は既往がある |
| | | 6. 低栄養がある又は低栄養リスクがある |
| | | 7. 精神機能・身体機能の低下がある |
| | | 8. ADLやIADLなど、活動能力の低下がある |
| | | 9. 社会参加や家庭内の役割を担う機会が制限されている |
| | | 10. 口腔衛生状態が悪い |
| | | 11. 口腔機能の低下がある |
| | | 12. 利用者又はその家族から経口摂取などの要望があった |
| | | 13. その他 |
| | | 14. わからない |
| (10) | 口腔について、歯科医師等※への相談・介入の必要性がある場合はどこに情報共有していますか。(あてはまるもの全てに○をしてください) ※歯科医師、歯科衛生士 | |
| | | 1. 配置の歯科医師 |
| | | 2. 配置の歯科衛生士 |
| | | 3. 口腔機能向上加算の算定にかかる専門職(「2. 配置の歯科衛生士」を除く) |
| | | 4. 利用者のかかりつけ歯科医師(「1. 配置の歯科医師」を除く) |
| | | 5. 介護支援専門員 |
| | | 6. 近隣の歯科医療機関 |
| | | 7. 在宅歯科医療連携室 |
| | | 8. 歯科医師会 |
| | | 9. その他 |
| | | 10. 特に情報共有は実施していない |
| (11) | 栄養について、管理栄養士への相談・介入の必要性がある場合、どこに情報共有していますか。(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| | | 1. 配置の医師 |
| | | 2. 配置の管理栄養士(「3. 栄養改善加算の算定にかかる管理栄養士」を除く) |
| | | 3. 栄養改善加算の算定にかかる管理栄養士 |
| | | 4. 利用者の主治の医師(「1. 配置の医師」を除く) |
| | | 5. 介護支援専門員 |
| | | 6. 居宅療養管理指導を実施する医療機関 |
| | | 7. 居宅療養管理指導を実施する介護保険施設 |
| | | 8. 居宅療養管理指導を実施する栄養ケア・ステーション |
| | | 9. その他 |
| | 10. 特に情報共有は実施していない | |

理学療法士の方にお聞きします。

- (12) 令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、リハビリテーション計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|--|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(リハビリテーション・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. リハビリテーション実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見通し・継続理由(リハビリテーション終了の見通し・継続が必要な理由) |

〈栄養状態〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---|
| | | 11. 栄養ケア計画等の目標 |
| | | 12. 栄養ケア計画等の内容 |
| | | 13. 低栄養状態のリスクレベル |
| | | 14. 身長・体重・BMI |
| | | 15. 体重減少率 |
| | | 16. 食事摂取量 |
| | | 17. 栄養量(摂取栄養量・提供栄養量・必要栄養量) |
| | | 18. 食事の留意点 |
| | | 19. GLIM基準による評価 ※GLIM基準は、表現型基準(体重変化、BMI、筋肉量)及び病因基準によって診断される低栄養の基準 |
| | | 20. その他栄養状態等に関する情報 |

〈口腔〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---------------------------------|
| | | 21. 口腔管理に係る計画等の目標 |
| | | 22. 口腔管理に係る計画等の実施内容 |
| | | 23. 誤嚥性肺炎の既往 |
| | | 24. 口腔衛生状態の問題 |
| | | 25. 口腔機能の状態の問題 |
| | | 26. 歯科受診の必要性 |
| | | 27. 口腔管理に関する実施記録 |
| | | 28. その他口腔に関する情報 |
| | | 29. 特に関係職種から受け取っている・活用している情報はない |
| | | 30. 理学療法士がない |

作業療法士の方にお聞きします。

(13) 令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、リハビリテーション計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|--|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(リハビリテーション・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. リハビリテーション実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見通し・継続理由(リハビリテーション終了の見通し・継続が必要な理由) |

〈栄養状態〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---|
| | | 11. 栄養ケア計画等の目標 |
| | | 12. 栄養ケア計画等の内容 |
| | | 13. 低栄養状態のリスクレベル |
| | | 14. 身長・体重・BMI |
| | | 15. 体重減少率 |
| | | 16. 食事摂取量 |
| | | 17. 栄養量(摂取栄養量・提供栄養量・必要栄養量) |
| | | 18. 食事の留意点 |
| | | 19. GLIM基準による評価 ※GLIM基準は、表現型基準(体重変化、BMI、筋肉量)及び病因基準によって診断される低栄養の基準 |
| | | 20. その他栄養状態等に関する情報 |

〈口腔〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---------------------------------|
| | | 21. 口腔管理に係る計画等の目標 |
| | | 22. 口腔管理に係る計画等の実施内容 |
| | | 23. 誤嚥性肺炎の既往 |
| | | 24. 口腔衛生状態の問題 |
| | | 25. 口腔機能の状態の問題 |
| | | 26. 歯科受診の必要性 |
| | | 27. 口腔管理に関する実施記録 |
| | | 28. その他口腔に関する情報 |
| | | 29. 特に関係職種から受け取っている・活用している情報はない |
| | | 30. 作業療法士がない |

言語聴覚士の方にお聞きします。

- (14) 令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、リハビリテーション計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|--|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(リハビリテーション・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. リハビリテーション実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見通し・継続理由(リハビリテーション終了の見通し・継続が必要な理由) |

〈栄養状態〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---|
| | | 11. 栄養ケア計画等の目標 |
| | | 12. 栄養ケア計画等の内容 |
| | | 13. 低栄養状態のリスクレベル |
| | | 14. 身長・体重・BMI |
| | | 15. 体重減少率 |
| | | 16. 食事摂取量 |
| | | 17. 栄養量(摂取栄養量・提供栄養量・必要栄養量) |
| | | 18. 食事の留意点 |
| | | 19. GLIM基準による評価 ※GLIM基準は、表現型基準(体重変化、BMI、筋肉量)及び病因基準によって診断される低栄養の基準 |
| | | 20. その他栄養状態等に関する情報 |

〈口腔〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---------------------|
| | | 21. 口腔管理に係る計画等の目標 |
| | | 22. 口腔管理に係る計画等の実施内容 |
| | | 23. 誤嚥性肺炎の既往 |
| | | 24. 口腔衛生状態の問題 |
| | | 25. 口腔機能の状態の問題 |
| | | 26. 歯科受診の必要性 |
| | | 27. 口腔管理に関する実施記録 |
| | | 28. その他口腔に関する情報 |

| | |
|--|---------------------------------|
| | 29. 特に関係職種から受け取っている・活用している情報はない |
| | 30. 言語聴覚士がない |

管理栄養士の方にお聞きします。

- (15) 令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、栄養ケア計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|--|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようにになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(リハビリテーション・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. リハビリテーション実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見通し・継続理由(リハビリテーション終了の見通し・継続が必要な理由) |

〈身体機能等〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|----------------------|
| | | 11. リハビリテーション計画等の目標 |
| | | 12. リハビリテーション計画等の内容 |
| | | 13. 基本動作能力 |
| | | 14. ADL |
| | | 15. IADL |
| | | 16. ICFステージング |
| | | 17. 歩行の状況(TUG Test等) |
| | | 18. その他身体機能等に関する情報 |

〈認知機能等〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|-----------------------------|
| | | 19. MMSE |
| | | 20. HDS-R(改定長谷川式簡易知能評価スケール) |
| | | 21. その他認知機能等に関する情報 |

〈口腔〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---------------------|
| | | 22. 口腔管理に係る計画等の目標 |
| | | 23. 口腔管理に係る計画等の実施内容 |
| | | 24. 誤嚥性肺炎の既往 |
| | | 25. 口腔衛生状態の問題 |
| | | 26. 口腔機能の状態の問題 |
| | | 27. 歯科受診の必要性 |
| | | 28. 口腔管理に関する実施記録 |
| | | 29. その他口腔に関する情報 |

| | |
|--|---------------------------------|
| | 30. 特に関係職種から受け取っている・活用している情報はない |
| | 31. 管理栄養士がない |

歯科医師・歯科衛生士の方にお聞きします。

(16) 令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、口腔管理に係る計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|--|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(リハビリテーション・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. リハビリテーション実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見通し・継続理由(リハビリテーション終了の見通し・継続が必要な理由) |

〈身体機能等〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|----------------------|
| | | 11. リハビリテーション計画等の目標 |
| | | 12. リハビリテーション計画等の内容 |
| | | 13. 基本動作能力 |
| | | 14. ADL |
| | | 15. IADL |
| | | 16. ICFステージング |
| | | 17. 歩行の状況(TUG Test等) |
| | | 18. その他身体機能等に関する情報 |

〈認知機能等〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|-----------------------------|
| | | 19. MMSE |
| | | 20. HDS-R(改定長谷川式簡易知能評価スケール) |
| | | 21. その他認知機能等に関する情報 |

〈栄養状態〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---|
| | | 22. 栄養ケア計画等の目標 |
| | | 23. 栄養ケア計画等の内容 |
| | | 24. 低栄養状態のリスクレベル |
| | | 25. 身長・体重・BMI |
| | | 26. 体重減少率 |
| | | 27. 食事摂取量 |
| | | 28. 栄養量(摂取栄養量・提供栄養量・必要栄養量) |
| | | 29. 食事の留意点 |
| | | 30. GLIM基準による評価 ※GLIM基準は、表現型基準(体重変化、BMI、筋肉量)及び病因基準によって診断される低栄養の基準 |
| | | 31. その他栄養状態等に関する情報 |
| | | 32. 特に役立つと思われる情報はない |
| | | 33. 歯科医師・歯科衛生士がいない |

※問2(2)で「1. 一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きします。
 (17) 一体的取組を実施したことによる変化や、感じられた効果について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈利用者に対する効果〉

| | | | |
|--|-----|---------------------------------------|--|
| | 1. | 提供サービスに対する利用者の満足度が上がった | |
| | 2. | 利用者のリハビリテーション・栄養・口腔の関わりに対する理解や意識が向上した | |
| | 3. | 誤嚥性肺炎の予防や、リスクが高い利用者の早期発見につながった | |
| | 4. | 摂食嚥下機能障害の予防や、機能の維持・改善につながった | |
| | 5. | 褥瘡の予防や、治癒の促進につながった | |
| | 6. | 認知機能低下の予防や、機能の維持・改善につながった | |
| | 7. | 低栄養状態のリスクが高い利用者の早期発見につながった | |
| | 8. | 栄養状態の維持・改善につながった | |
| | 9. | 身体機能低下の予防や、機能の維持・改善につながった | |
| | 10. | ADL、IADLなど、活動能力の維持・改善につながった | |
| | 11. | 社会参加や家庭内の役割を担う機会の維持・増加につながった | |
| | 12. | 口腔衛生状態の維持・改善につながった | |
| | 13. | 口腔機能の維持・改善につながった | |
| | 14. | その他の利用者に対する効果 | |
| | 15. | わからない | |
| | 16. | 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない | |

〈事業所の体制の変化・職員への効果〉

| | | | |
|--|-----|----------------------------------|--------|
| | 17. | 一体的取組に係る専門職を新規に雇用した | |
| | 18. | 事業所内の関係職種で情報連携を行う体制を整備した | |
| | 19. | リハビリテーション会議に口腔・栄養の専門職が参加するようになった | |
| | 20. | 一体的取組に必要な外部の関係者との連携が強化された | 関係者の職種 |
| | 21. | LIFEを活用し、PDCAサイクルを回すことができるようになった | |
| | 22. | 各専門職ごとの観点や業務内容への理解が深まった | |
| | 23. | 職員の一體的取組に対する理解や意識が向上した | |
| | 24. | 他の関係職種の情報を得ることで、計画の内容を深めることができた | |
| | 25. | 利用者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった | |
| | 26. | 利用者の残存機能や今後の見通しがわかりやすくなった | |
| | 27. | その他の事業所・職員への効果 | |
| | 28. | わからない | |
| | 29. | 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない | |

(18) ※問2(1)で「1. 算定している」以外を選択した方にお聞きします。
 一体的取組に係る加算を算定しない・できない理由を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--------------------------|-----|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. | 管理栄養士の確保が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 2. | 口腔の専門職の確保が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 3. | 理学療法士の確保が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 4. | 作業療法士の確保が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 5. | 言語聴覚士の確保が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 6. | 加算の内容や算定要件を知らないから |
| <input type="checkbox"/> | 7. | 一体的取組のやり方や留意点が分からないから |
| <input type="checkbox"/> | 8. | 利用者にとって必要なサービスではないから |
| <input type="checkbox"/> | 9. | 対象となる利用者がいないから |
| <input type="checkbox"/> | 10. | 主導する職種が決まっていない・わからないから |
| <input type="checkbox"/> | 11. | 関係職種の理解や協力が得られないから |
| <input type="checkbox"/> | 12. | 介護支援専門員の理解や協力が得られないから |
| <input type="checkbox"/> | 13. | 利用者や家族の同意が得られないから |
| <input type="checkbox"/> | 14. | 会議を含む情報連携に手間がかかるから |
| <input type="checkbox"/> | 15. | 各専門職の情報を反映した計画の見直しに手間がかかるから |
| <input type="checkbox"/> | 16. | LIFEの入力に手間がかかるから |
| <input type="checkbox"/> | 17. | LIFEを活用していないから |
| <input type="checkbox"/> | 18. | 加算の単位数が低いから |
| <input type="checkbox"/> | 19. | 他の加算の算定を優先しているから(給付上限等の制限も含む) |
| <上記以外> | | |
| <input type="checkbox"/> | 20. | その他 <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | 21. | わからない |

問3 口腔・栄養に係る加算に関する設問

- (1) 口腔・栄養スクリーニング加算の算定がある事業所の方にお聞きします。
 口腔・栄養スクリーニング加算を算定したことの効果(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--------------------------|----|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. | 口腔と栄養の専門職の介入が必要な利用者が判別できるようになった |
| <input type="checkbox"/> | 2. | 事業所職員の口腔と栄養に対する理解や意識が向上した |
| <input type="checkbox"/> | 3. | 口腔と栄養の専門職に利用者の問題点を相談ができるようになった |
| <input type="checkbox"/> | 4. | 口腔と栄養について、事業所職員で話す機会が増えた |
| <input type="checkbox"/> | 5. | 利用者の口腔と栄養に対する理解や意識が向上した |
| <input type="checkbox"/> | 6. | 利用者の口腔や栄養の状態が改善された |
| <input type="checkbox"/> | 7. | その他 <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | 8. | わからない |
| <input type="checkbox"/> | 9. | 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない |

- (2) 口腔・栄養スクリーニング加算の算定が**ない**事業所の方にお聞きします。
 口腔・栄養スクリーニング加算を算定しない理由は何ですか。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--------------------------|----|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. | スクリーニング項目の把握が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 2. | 加算の単位数が低いから |
| <input type="checkbox"/> | 3. | 併算定不可の他の加算の算定を優先しているから |
| <input type="checkbox"/> | 4. | スクリーニングを実施しても専門職との連携が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 5. | 6月毎の実施では不十分だと思うから |
| <input type="checkbox"/> | 6. | 加算の要件を満たすのが難しいから <input type="text"/> 該当要件 |
| <input type="checkbox"/> | 7. | 加算について知らなかった |
| <input type="checkbox"/> | 8. | その他 <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9. | 特にない |

- (3) 口腔・栄養の状態の評価を実施している頻度はどの程度ですか。(1つ選択してください)

| | | |
|------|----|------------|
| (選択) | 1. | 週1回程度 |
| | 2. | 月2回程度 |
| | 3. | 月1回程度 |
| | 4. | 3月に1回程度 |
| | 5. | 6月に1回程度 |
| | 6. | 評価を実施していない |

問4 基本情報に関する設問

(1) 同一法人において提供されているサービス等を教えてください。

| | | |
|--|-----------|----------------------------|
| | 居宅サービス | 1. 訪問介護 |
| | | 2. 訪問入浴介護 |
| | | 3. 訪問看護(介護保険) |
| | | 4. 通所介護 |
| | | 5. 訪問リハビリテーション |
| | | 6. 通所リハビリテーション |
| | | 7. 短期入所生活介護 |
| | | 8. 短期入所療養介護 |
| | | 9. 特定施設入居者生活介護 |
| | | 10. 福祉用具貸与 または 販売 |
| | 地域密着型サービス | 11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| | | 12. 夜間対応型訪問介護 |
| | | 13. 地域密着型通所介護 |
| | | 14. 認知症対応型通所介護 |
| | | 15. 小規模多機能型居宅介護 |
| | | 16. 認知症対応型共同生活介護 |
| | | 17. 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| | | 18. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 |
| | | 19. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| | 施設サービス | 20. 介護老人福祉施設 |
| | | 21. 介護老人保健施設 |
| | | 22. 介護医療院 |
| | 医療サービス | 23. 病院(歯科を除く) |
| | | 24. 病院(歯科) |
| | | 25. 診療所(歯科を除く) |
| | | 26. 診療所(歯科) |
| | | 27. 薬局(院外) |
| | | 28. 訪問看護(医療保険) |
| | その他 | 29. 居宅介護支援 |
| | | 30. 栄養ケア・ステーション |
| | | 31. サービス付き高齢者向け住宅 |
| | | 32. 介護付きホーム(介護付き有料老人ホーム) |
| | | 33. 養護老人ホーム |
| | | 34. 軽費老人ホーム(ケアハウスA、B) |
| | | 35. 旧高齢者専用賃貸住宅 |
| | | 36. 地域包括支援センター(在宅介護支援センター) |
| | | 37. 総合事業(訪問型サービス) |
| | | 38. 総合事業(通所型サービス) |
| | | 39. 総合事業(その他の生活支援サービス) |
| | — | 40. その他(上記以外) |
| | — | 41. 特になし |

(2) 事業所の職種別職員数(実人数・常勤換算人数)

| | 実人数 | | 常勤換算人数 | |
|----------------|-----|---|--------|---|
| | | 人 | | 人 |
| ① 医師 | | 人 | | 人 |
| ② 歯科医師 | | 人 | | 人 |
| ③ 歯科衛生士 | | 人 | | 人 |
| ④ 薬剤師 | | 人 | | 人 |
| ⑤ 看護職員 | | 人 | | 人 |
| ⑥ 理学療法士 | | 人 | | 人 |
| ⑦ 作業療法士 | | 人 | | 人 |
| ⑧ 言語聴覚士 | | 人 | | 人 |
| ⑨ 介護職員 | | 人 | | 人 |
| ⑩ 管理栄養士 | | 人 | | 人 |
| ⑪ 栄養士(管理栄養士除く) | | 人 | | 人 |
| ⑫ 介護支援専門員 | | 人 | | 人 |
| ⑬ その他 | | 人 | | 人 |

(3) 運営主体の法人種別(1つ選択してください)

| | | |
|------|-----------------|--|
| (選択) | 1. 社会福祉法人(社協以外) | |
| | 2. 社会福祉法人(社協) | |
| | 3. 医療法人 | |
| | 4. 特定非営利活動法人 | |
| | 5. 社団法人・財団法人 | |
| | 6. 株式会社 | |
| | 7. 株式会社以外の営利法人 | |
| | 8. 協同組合 | |
| | 9. 地方公共団体 | |
| | 10. その他 | |

調査票への回答は以上です。ご協力ありがとうございました。

**「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」
【介護老人福祉施設票】**

■ご記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は特段の指定がない場合は、**施設の管理者または施設における各取組の責任者等、取組内容について把握している方がご回答ください。**
- ・ 一部の設問については、**機能訓練指導員、管理栄養士、歯科医師または歯科衛生士**の方にご回答いただく必要があります。該当する職種が貴施設にいる場合は、該当する職種の方にご回答をお願いいたします。
外部連携を行っている場合は、連携先の専門職と連携しつつ可能な限りご回答ください。
- ・ 特に指定の無い限り、令和6年9月1日時点の状況についてご回答ください。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合は「0」とご記入ください。
- ・ 具体的な回答方法については、「実施要領」をご確認ください。
- ・ 令和6年●月●日(●)までにご回答いただき、「調査実施のお願い」に記載の方法で提出してください。

■調査に関するお問い合わせ先

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」事務局
 電話:xxxx-xxx-xxx (平日 x:xx~xx: xx) ◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎
 メール:xx@xx.xx.xx

問1 回答者情報

| | | |
|-----|---------|--|
| (1) | 施設名 | |
| (2) | 事業所番号 | |
| (3) | 法人名 | |
| (4) | 回答者役職 | |
| (5) | 回答者電話番号 | |

問2 一体的取組の実施状況

| (1) | 令和6年度に改定された加算の算定状況(1つ選択してください) 個別機能訓練加算(Ⅲ) | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10%;">(選択)</td><td>1. 算定している</td></tr> <tr><td></td><td>2. 算定予定(1年以内)</td></tr> <tr><td></td><td>3. 算定予定(1年後以降)</td></tr> <tr><td></td><td>4. 算定予定(時期未定)</td></tr> <tr><td></td><td>5. 検討中</td></tr> <tr><td></td><td>6. 算定予定はない</td></tr> </table> | (選択) | 1. 算定している | | 2. 算定予定(1年以内) | | 3. 算定予定(1年後以降) | | 4. 算定予定(時期未定) | | 5. 検討中 | | 6. 算定予定はない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|----------|--|------|-----------------|----------|------------------|--|----------------|--|----------------------------------|--|--------|--|---------------------------------|--|--|--|---------------------------|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|--------------------------------------|--|--|--|--------------------------------------|--|--|--|--------|
| (選択) | 1. 算定している | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2. 算定予定(1年以内) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3. 算定予定(1年後以降) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4. 算定予定(時期未定) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5. 検討中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6. 算定予定はない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2) | 医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による一体的な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(以下、「一体的取組」)を実施していますか。 | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10%;">(選択)</td><td>1. 一体的取組を実施している</td></tr> <tr><td></td><td>2. 一体的取組を実施していない</td></tr> <tr><td></td><td>3. わからない</td></tr> </table> | (選択) | 1. 一体的取組を実施している | | 2. 一体的取組を実施していない | | 3. わからない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (選択) | 1. 一体的取組を実施している | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2. 一体的取組を実施していない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3. わからない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (3) | ※問2(2)で「1. 一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きします。 一体的取組として実施している内容と、取組を始めた時期を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください) | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">令和6年3月以前</th> <th style="width: 10%;">令和6年4月以降</th> <th style="width: 70%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td>1. 関係職種が各々の計画を一体的に共有できる様式を利用している</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>2. 関係職種が共同して設定した目標を個別の計画に反映している</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>3. 関係職種が必要時に相談し合う体制を作っている</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>4. 関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>5. 文書等を用いて、随時関係職種での情報共有がされている</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>6. 必要な他の関係職種の情報をいつでも閲覧できる状態にしている</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>7. 関係職種によるミールラウンド(専門職による食事観察)を実施している</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>8. 関係職種が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>9. その他</td></tr> </tbody> </table> | | 令和6年3月以前 | 令和6年4月以降 | | | | | 1. 関係職種が各々の計画を一体的に共有できる様式を利用している | | | | 2. 関係職種が共同して設定した目標を個別の計画に反映している | | | | 3. 関係職種が必要時に相談し合う体制を作っている | | | | 4. 関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している | | | | 5. 文書等を用いて、随時関係職種での情報共有がされている | | | | 6. 必要な他の関係職種の情報をいつでも閲覧できる状態にしている | | | | 7. 関係職種によるミールラウンド(専門職による食事観察)を実施している | | | | 8. 関係職種が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している | | | | 9. その他 |
| | 令和6年3月以前 | 令和6年4月以降 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 1. 関係職種が各々の計画を一体的に共有できる様式を利用している | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 2. 関係職種が共同して設定した目標を個別の計画に反映している | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 3. 関係職種が必要時に相談し合う体制を作っている | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 4. 関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 5. 文書等を用いて、随時関係職種での情報共有がされている | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 6. 必要な他の関係職種の情報をいつでも閲覧できる状態にしている | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 7. 関係職種によるミールラウンド(専門職による食事観察)を実施している | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 8. 関係職種が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 9. その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(4) ※問2(3)で「4.関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している」を選択した方にお聞きします。カンファレンスで関係職種と情報連携を行った効果について教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--------------------------|----|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. | 関係職種と話し合うことで、共通の方針・目標について検討できた |
| <input type="checkbox"/> | 2. | 関係職種で話し合った内容を踏まえて計画を修正できた |
| <input type="checkbox"/> | 3. | 関係職種の専門的な知識を得られた |
| <input type="checkbox"/> | 4. | 文書等を用いた情報共有に比べて、より詳細な利用者の情報を得ることができた |
| <input type="checkbox"/> | 5. | カンファレンス時以外でも、互いに相談をしやすい体制が構築された |
| <input type="checkbox"/> | 6. | その他 |
| <input type="checkbox"/> | 7. | わからない |
| <input type="checkbox"/> | 8. | 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない |

(5) ※問2(3)で「4.関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している」を選択した方にお聞きします。カンファレンスの実施頻度を教えてください。

| | | |
|------|----|---------|
| (選択) | 1. | 週1回程度 |
| | 2. | 月2回程度 |
| | 3. | 月1回程度 |
| | 4. | 3月に1回程度 |
| | 5. | 6月に1回程度 |
| | 6. | その他 |

(6) ※問2(3)で「4.関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している」を選択した方にお聞きします。カンファレンスの主な参加職種を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--------------------------|----|------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. | 医師 |
| <input type="checkbox"/> | 2. | 歯科医師・歯科衛生士 |
| <input type="checkbox"/> | 3. | 薬剤師 |
| <input type="checkbox"/> | 4. | 看護職員 |
| <input type="checkbox"/> | 5. | 機能訓練指導員 |
| <input type="checkbox"/> | 6. | 管理栄養士 |
| <input type="checkbox"/> | 7. | 介護支援専門員 |
| <input type="checkbox"/> | 8. | 介護職員 |
| <input type="checkbox"/> | 9. | その他 |

(7) ※問2(2)で「1. 一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きします。
一体的取組を実施する際に使用している様式について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | | |
|--|-----|----------------------------------|---------------------------------------|
| | 1. | 個別機能訓練、栄養、口腔に係る実施計画書(施設系) | |
| | 2. | 個別機能訓練計画書 | |
| | 3. | 生活機能チェックシート | |
| | 4. | 興味・関心チェックシート | |
| | 5. | 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) | |
| | 6. | 栄養ケア・経口移行・経口維持計画書(施設) | |
| | 7. | 口腔衛生管理加算 様式(実施計画) | |
| | 8. | 口腔衛生の管理体制についての計画(介護保険施設) | |
| | 9. | 口腔機能向上サービスに関する計画書 | |
| | 10. | その他の厚生労働省が示す様式 | |
| | 11. | 施設独自の様式 | ※特徴や追加項目等について記載ください。可能であれば、様式を添付ください。 |
| | 12. | わからない | |
| | 13. | 様式は使用していない | |

(8) ※問2(2)で「1. 一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きします。
一体的取組を行う対象者の範囲について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | | |
|------|----|----------------|--|
| (選択) | 1. | 原則入所者全員に実施している | |
| | 2. | 対象者を選んで実施している | |
| | 3. | その他 | |
| | 4. | わからない | |

(9) ※問2(8)で「2. 対象者を選んで実施している」を選択した方にお聞きします。
一体的取組を行う対象者を選択する際の基準として用いているものを選択してください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | | |
|--|-----|-----------------------------|--|
| | 1. | 誤嚥性肺炎の既往がある | |
| | 2. | 摂食嚥下機能障害がある又は既往がある | |
| | 3. | 褥瘡がある又は既往がある | |
| | 4. | 認知症がある又は認知機能の低下がある | |
| | 5. | 循環器疾患(慢性心不全や狭心症等)がある又は既往がある | |
| | 6. | 低栄養がある又は低栄養リスクがある | |
| | 7. | 精神機能・身体機能の低下がある | |
| | 8. | ADLやIADLなど、活動能力の低下がある | |
| | 9. | 社会参加や家庭内の役割を担う機会が制限されている | |
| | 10. | 口腔衛生状態が悪い | |
| | 11. | 口腔機能の低下がある | |
| | 12. | 利用者又はその家族から経口摂取などの要望があった | |
| | 13. | その他 | |
| | 14. | わからない | |

機能訓練指導員の方にお聞きます。

- (10) 令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、個別機能訓練計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|-------------------------------------|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(個別機能訓練・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. 個別機能訓練実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見通し・継続理由(個別機能訓練終了の見通し・継続が必要な理由) |

〈栄養状態〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---|
| | | 11. 栄養ケア計画等の目標 |
| | | 12. 栄養ケア計画等の内容 |
| | | 13. 低栄養状態のリスクレベル |
| | | 14. 身長・体重・BMI |
| | | 15. 体重減少率 |
| | | 16. 食事摂取量 |
| | | 17. 栄養量(摂取栄養量・提供栄養量・必要栄養量) |
| | | 18. 食事の留意点 |
| | | 19. GLIM基準による評価 ※GLIM基準は、表現型基準(体重変化、BMI、筋肉量)及び病因基準によって診断される低栄養の基準 |
| | | 20. その他栄養状態等に関する情報 |

〈口腔〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---------------------------------|
| | | 21. 口腔管理に係る計画等の目標 |
| | | 22. 口腔管理に係る計画等の実施内容 |
| | | 23. 誤嚥性肺炎の既往 |
| | | 24. 口腔衛生状態の問題 |
| | | 25. 口腔機能の状態の問題 |
| | | 26. 歯科受診の必要性 |
| | | 27. 口腔管理に関する実施記録 |
| | | 28. 口腔衛生管理に関する介護職員への技術的助言等の内容 |
| | | 29. その他口腔に関する情報 |
| | | 30. 特に関係職種から受け取っている・活用している情報はない |
| | | 31. わからない |

管理栄養士の方にお聞きします。

(11)

令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、栄養ケア計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|-------------------------------------|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(個別機能訓練・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. 個別機能訓練実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見直し・継続理由(個別機能訓練終了の見直し・継続が必要な理由) |

〈身体機能等〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|----------------------|
| | | 11. 個別機能訓練計画等の目標 |
| | | 12. 個別機能訓練計画等の内容 |
| | | 13. 基本動作能力 |
| | | 14. ADL |
| | | 15. IADL |
| | | 16. ICFステージング |
| | | 17. 歩行の状況(TUG Test等) |
| | | 18. その他身体機能等に関する情報 |

〈認知機能等〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|-----------------------------|
| | | 19. MMSE |
| | | 20. HDS-R(改定長谷川式簡易知能評価スケール) |
| | | 21. その他認知機能等に関する情報 |

〈口腔〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---------------------------------|
| | | 22. 口腔管理に係る計画等の目標 |
| | | 23. 口腔管理に係る計画等の実施内容 |
| | | 24. 誤嚥性肺炎の既往 |
| | | 25. 口腔衛生状態の問題 |
| | | 26. 口腔機能の状態の問題 |
| | | 27. 歯科受診の必要性 |
| | | 28. 口腔管理に関する実施記録 |
| | | 29. 口腔衛生管理に関する介護職員への技術的助言等の内容 |
| | | 30. その他口腔に関する情報 |
| | | 31. 特に関係職種から受け取っている・活用している情報はない |
| | | 32. 管理栄養士がない |

歯科医師または歯科衛生士の方にお聞きます。

- (12) 令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、口腔管理に係る計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|-------------------------------------|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(個別機能訓練・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. 個別機能訓練実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見通し・継続理由(個別機能訓練終了の見通し・継続が必要な理由) |

〈身体機能等〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|----------------------|
| | | 11. 個別機能訓練計画等の目標 |
| | | 12. 個別機能訓練計画等の内容 |
| | | 13. 基本動作能力 |
| | | 14. ADL |
| | | 15. IADL |
| | | 16. ICFステージング |
| | | 17. 歩行の状況(TUG Test等) |
| | | 18. その他身体機能等に関する情報 |

〈認知機能等〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|-----------------------------|
| | | 19. MMSE |
| | | 20. HDS-R(改定長谷川式簡易知能評価スケール) |
| | | 21. その他認知機能等に関する情報 |

〈栄養状態〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---|
| | | 22. 栄養ケア計画等の目標 |
| | | 23. 栄養ケア計画等の内容 |
| | | 24. 低栄養状態のリスクレベル |
| | | 25. 身長・体重・BMI |
| | | 26. 体重減少率 |
| | | 27. 食事摂取量 |
| | | 28. 栄養量(摂取栄養量・提供栄養量・必要栄養量) |
| | | 29. 食事の留意点 |
| | | 30. GLIM基準による評価 ※GLIM基準は、表現型基準(体重変化、BMI、筋肉量)及び病因基準によって診断される低栄養の基準 |
| | | 31. その他栄養状態等に関する情報 |
| | | 32. 特に関係職種から受け取っている・活用している情報はない |
| | | 33. 歯科医師または歯科衛生士がない |

※問2(2)で「1. 一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きします。
 (13) 一体的取組を実施したことによる変化や、感じられた効果について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈利用者に対する効果〉

| | | |
|-----|------------------------------------|--|
| 1. | 提供サービスに対する利用者の満足度が上がった | |
| 2. | 利用者の個別機能訓練・栄養・口腔の関わりに対する理解や意識が向上した | |
| 3. | 誤嚥性肺炎の予防や、リスクが高い利用者の早期発見につながった | |
| 4. | 摂食嚥下機能障害の予防や、機能の維持・改善につながった | |
| 5. | 褥瘡の予防や、治癒の促進につながった | |
| 6. | 認知機能低下の予防や、機能の維持・改善につながった | |
| 7. | 低栄養状態のリスクが高い利用者の早期発見につながった | |
| 8. | 栄養状態の維持・改善につながった | |
| 9. | 身体機能低下の予防や、機能の維持・改善につながった | |
| 10. | ADL、IADLなど、活動能力の維持・改善につながった | |
| 11. | 社会参加や家庭内の役割を担う機会の維持・増加につながった | |
| 12. | 口腔衛生状態の維持・改善につながった | |
| 13. | 口腔機能の維持・改善につながった | |
| 14. | その他の利用者に対する効果 | |
| 15. | わからない | |
| 16. | 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない | |

〈施設の体制の変化・職員への効果〉

| | | |
|-----|------------------------------------|--------|
| 17. | 一体的取組に係る専門職を新規に雇用した | |
| 18. | 施設内の関係職種で情報連携を行う体制を整備した | |
| 19. | 施設サービス計画等の検討にあたり各専門職が会議に参加するようになった | |
| 20. | 一体的取組に必要な外部の関係者との連携が強化された | 関係者の職種 |
| 21. | LIFEを活用し、PDCAサイクルを回すことができるようになった | |
| 22. | 各専門職ごとの観点や業務内容への理解が深まった | |
| 23. | 職員の一体的取組に対する理解や意識が向上した | |
| 24. | 他の関係職種の情報を得ることで、計画の内容を深めることができた | |
| 25. | 利用者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった | |
| 26. | 利用者の残存機能や今後の見通しがわかりやすくなった | |
| 27. | その他の施設・職員への効果 | |
| 28. | わからない | |
| 29. | 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない | |

- (14) ※問2(1)で「1. 算定している」以外を選択した方にお聞きします。
 一体的取組に係る加算を算定しない・できない理由を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. 管理栄養士の確保が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 2. 口腔の専門職の確保が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 3. 機能訓練指導員の確保が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 4. 加算の内容や算定要件を知らないから |
| <input type="checkbox"/> | 5. 一体的取組のやり方や留意点分からないから |
| <input type="checkbox"/> | 6. 利用者にとって必要なサービスではないから |
| <input type="checkbox"/> | 7. 対象となる利用者がいないから |
| <input type="checkbox"/> | 8. 主導する職種が決まっていない・わからないから |
| <input type="checkbox"/> | 9. 関係職種の理解や協力が得られないから |
| <input type="checkbox"/> | 10. 介護支援専門員の理解や協力が得られないから |
| <input type="checkbox"/> | 11. 利用者や家族の同意が得られないから |
| <input type="checkbox"/> | 12. 会議を含む情報連携に手間がかかるから |
| <input type="checkbox"/> | 13. 各専門職の情報を反映した計画の見直しに手間がかかるから |
| <input type="checkbox"/> | 14. LIFEの入力に手間がかかるから |
| <input type="checkbox"/> | 15. LIFEを活用していないから |
| <input type="checkbox"/> | 16. 加算の単位数が低いから |
| <input type="checkbox"/> | 17. 他の加算の算定を優先しているから(給付上限等の制限も含む) |
| <上記以外> | |
| <input type="checkbox"/> | 18. その他 |
| <input type="checkbox"/> | 19. わからない |

問3 口腔衛生の管理(運営基準)に関する実施状況

- (1) 貴施設では協力歯科医療機関を設定していますか(1つ選択してください)

| | | |
|------|--------------------------|----------|
| (選択) | <input type="checkbox"/> | 1. している |
| | <input type="checkbox"/> | 2. していない |

- (2) 貴施設において、訪問診療が実施可能な歯科医療機関はありますか(1つ選択してください)

| | | |
|------|--------------------------|-------|
| (選択) | <input type="checkbox"/> | 1. ある |
| | <input type="checkbox"/> | 2. ない |

- (3) (ないと答えた方にお聞きします。)歯科治療が必要な場合にどのように対応されていますか。(1つ選択してください)

| | | |
|------|--------------------------|-------------|
| (選択) | <input type="checkbox"/> | 1. 通院にて対応する |
| | <input type="checkbox"/> | 2. 特に対応しない |

口腔衛生の管理(運営基準)※に係る技術的助言・指導の実施者(令和6年度の予定)(あてはまるもの全てに○をしてください)

- (4) ※令和6年3月31日で口腔衛生の管理の運営基準に係る経過措置期間が終了し、「歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士(以降、「歯科医師等」)が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施し、当該技術的助言及び指導に基づき入居者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成すること」が義務化されております。なお、令和6年度介護報酬改定により、口腔衛生の管理の運営基準に「施設の従業者又は歯科医師等が入所者毎に施設入所時及び月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施すること」も義務化されております。以降、口腔衛生の管理(運営基準)と記載します。

| | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. 歯科医師 → | <input type="checkbox"/> | 1. 施設内常勤 |
| | | <input type="checkbox"/> | 2. 施設内非常勤 |
| | | <input type="checkbox"/> | 3. 外部委託(協力歯科医療機関を除く) |
| | | <input type="checkbox"/> | 4. 協力歯科医療機関 |
| | | <input type="checkbox"/> | 5. その他 |
| <input type="checkbox"/> | 2. 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士 → | <input type="checkbox"/> | 1. 施設内常勤 |
| | | <input type="checkbox"/> | 2. 施設内非常勤 |
| | | <input type="checkbox"/> | 3. 外部委託(協力歯科医療機関を除く) |
| | | <input type="checkbox"/> | 4. 協力歯科医療機関 |
| | | <input type="checkbox"/> | 5. その他 |

| | |
|--|---|
| (5) 口腔衛生の管理(運営基準)に係る技術的助言・指導の実施頻度(令和6年度の予定)(1つ選択してください) | |
| (選択) | 1. 年2回 |
| | 2. 年3回 |
| | 3. 年4回 |
| | 4. 年5回 |
| | 5. 年6回以上 |
| | 6. 未定・調整中 |
| (6) 技術的助言・指導のオンライン実施(令和6年度の予定)(1つ選択してください) | |
| (選択) | 1. 全て情報通信機器を用いての実施を予定している |
| | 2. 一部情報通信機器を用いての実施を予定している |
| | 3. 情報通信機器を用いての実施は予定していない |
| | 4. 未定・調整中 |
| | 5. その他 |
| (7) 入所者の口腔の健康状態の評価の実施頻度(1つ選択してください) | |
| (選択) | 1. 週1回以下 |
| | 2. 月2回程度 |
| | 3. 月1回程度 |
| (8) 入所者の口腔の健康状態の評価を実施している職種(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| | 1. 歯科医師 |
| | 2. 歯科衛生士 |
| | 3. 看護職員 |
| | 4. 言語聴覚士 |
| | 5. 介護職員 |
| | 6. その他 |
| (9) 口腔衛生の管理(運営基準)を実施したことにより、感じられた効果について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| | 1. 歯科医師等の介入が必要な利用者が判別できるようになった |
| | 2. 介護職員の口腔に対する理解や意識が向上した |
| | 3. 歯科医師等に利用者の問題点を相談ができるようになった |
| | 4. 口腔について、施設職員で話す機会が増えた |
| | 5. 利用者の口腔に対する理解や意識が向上した |
| | 6. 利用者の口腔の状態が改善された |
| | 7. その他 |
| | 8. わからない |
| | 9. 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない |
| (10) 入所者の口腔の健康状態の評価方法(1つ選択してください) | |
| (選択) | 1. 厚生労働省様式(口腔の健康状態の評価及び情報共有書)を用いて評価している |
| | 2. 厚生労働省様式(口腔衛生管理加算様式)を用いて評価している |
| | 3. 歯科医師の指示に基づく様式を使用している |
| | 4. 施設独自の様式を作成している |
| | 5. その他 |
| | 6. 未定・調整中 |

| | |
|--|---|
| (11) 歯科医師等への相談・介入の必要性がある場合はどこに情報共有していますか。 (直近3月の情報共有先について、あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| <input type="checkbox"/> | 1. 配置の歯科医師(「3. 利用者のかかりつけ歯科医師」を除く) |
| <input type="checkbox"/> | 2. 配置の歯科衛生士 |
| <input type="checkbox"/> | 3. 利用者のかかりつけ歯科医師 |
| <input type="checkbox"/> | 4. 協力歯科医療機関の歯科医師等 |
| <input type="checkbox"/> | 5. 口腔衛生の管理に係る技術的助言・指導を実施する歯科医師等 |
| <input type="checkbox"/> | 6. 口腔衛生管理加算の算定に係る歯科衛生士 |
| <input type="checkbox"/> | 7. 介護支援専門員 |
| <input type="checkbox"/> | 8. 自施設に訪問歯科診療を実施している歯科医師(「4. 利用者のかかりつけ歯科医師」を除く) |
| <input type="checkbox"/> | 9. 自施設に訪問歯科衛生指導を実施している歯科衛生士 |
| <input type="checkbox"/> | 10. 在宅歯科医療連携室 |
| <input type="checkbox"/> | 11. 歯科医師会 |
| <input type="checkbox"/> | 12. その他 |
| <input type="checkbox"/> | 13. 特に情報共有は実施しない |
| (12) 口腔衛生の管理(運営基準)に関する課題(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| <input type="checkbox"/> | 1. 技術的助言・指導が可能な歯科医師等がない/少ない |
| <input type="checkbox"/> | 2. 口腔衛生管理に関する意義を施設内で周知できていない |
| <input type="checkbox"/> | 3. 口腔衛生管理の情報をケアの質向上に活用できていない |
| <input type="checkbox"/> | 4. 口腔衛生の管理体制に係る計画の策定が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 5. 施設職員に対する研修会の開催の実施が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 6. 口腔清掃の用具の整備の実施が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 7. 口腔清掃の方法・内容等の見直しの実施が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 8. 歯科医師等による入所者の口腔衛生管理等の実施が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 9. 歯科医師等による食事環境、食形態等の確認の実施が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 10. 歯科医師等から技術的助言・指導を受けるための時間の確保が難しい |
| <input type="checkbox"/> | 11. 歯科医師等からの技術的助言・指導の内容を周知することが難しい |
| <input type="checkbox"/> | 12. 歯科医師等と実施事項等の調整を行うことが難しい |
| <input type="checkbox"/> | 13. 口腔の健康状態の評価をできる職員に限られる |
| <input type="checkbox"/> | 14. 口腔の健康状態の評価にあたっての教育資材がない/少ない |
| <input type="checkbox"/> | 15. 口腔の健康状態の評価結果が職員によって異なる場合がある |
| <input type="checkbox"/> | 16. 口腔の健康状態の評価をする十分な時間が確保できない |
| <input type="checkbox"/> | 17. その他 |
| <input type="checkbox"/> | 18. 特になし |
| (13) 口腔衛生管理に関する効果的・先進的な取組として実施しているもの(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| <input type="checkbox"/> | 1. 歯科医師等からの技術的助言・指導を動画で録画している |
| <input type="checkbox"/> | 2. 歯科医師等からの技術的助言・指導の要点をまとめて職員に共有している |
| <input type="checkbox"/> | 3. 口腔の健康状態の評価にあたって、職員への研修等を実施している |
| <input type="checkbox"/> | 4. 口腔の健康状態の評価に関する施設独自のマニュアル等を作成している |
| <input type="checkbox"/> | 5. 口腔の健康状態の評価時や、歯科医師等の技術的助言・指導の際、口腔内カメラ等を活用している |
| <input type="checkbox"/> | 6. 口腔衛生管理の実施にあたって、職員への研修等を実施している |
| <input type="checkbox"/> | 7. 口腔衛生管理の実施に関する施設独自のマニュアル等を作成している |
| <input type="checkbox"/> | 8. 口腔衛生管理の実施状況等を動画で録画している |
| <input type="checkbox"/> | 9. 口腔衛生管理の実施状況等を写真で撮影している |
| <input type="checkbox"/> | 10. その他 |
| <input type="checkbox"/> | 11. 特になし |

問4 基本情報に関する設問

(1) 同一法人において提供されているサービス等を教えてください。

| | | |
|-----------|-----|------------------------|
| 居宅サービス | 1. | 訪問介護 |
| | 2. | 訪問入浴介護 |
| | 3. | 訪問看護(介護保険) |
| | 4. | 通所介護 |
| | 5. | 訪問リハビリテーション |
| | 6. | 通所リハビリテーション |
| | 7. | 短期入所生活介護 |
| | 8. | 短期入所療養介護 |
| | 9. | 特定施設入居者生活介護 |
| | 10. | 福祉用具貸与 または 販売 |
| 地域密着型サービス | 11. | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| | 12. | 夜間対応型訪問介護 |
| | 13. | 地域密着型通所介護 |
| | 14. | 認知症対応型通所介護 |
| | 15. | 小規模多機能型居宅介護 |
| | 16. | 認知症対応型共同生活介護 |
| | 17. | 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| | 18. | 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 |
| | 19. | 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 施設サービス | 20. | 介護老人福祉施設 |
| | 21. | 介護老人保健施設 |
| | 22. | 介護医療院 |
| 医療サービス | 23. | 病院(歯科を除く) |
| | 24. | 病院(歯科) |
| | 25. | 診療所(歯科を除く) |
| | 26. | 診療所(歯科) |
| | 27. | 薬局(院外) |
| | 28. | 訪問看護(医療保険) |
| その他 | 29. | 居宅介護支援 |
| | 30. | 栄養ケア・ステーション |
| | 31. | サービス付き高齢者向け住宅 |
| | 32. | 介護付きホーム(介護付き有料老人ホーム) |
| | 33. | 養護老人ホーム |
| | 34. | 軽費老人ホーム(ケアハウスA、B) |
| | 35. | 旧高齢者専用賃貸住宅 |
| | 36. | 地域包括支援センター(在宅介護支援センター) |
| | 37. | 総合事業(訪問型サービス) |
| | 38. | 総合事業(通所型サービス) |
| | 39. | 総合事業(その他の生活支援サービス) |
| — | 40. | その他(上記以外) |
| — | 41. | 特になし |

(2) 施設の職種別職員数(実人数・常勤換算人数)

| | 実人数 | | 常勤換算人数 | |
|------------------|-----|---|--------|---|
| | | 人 | | 人 |
| ① 医師 | | 人 | | 人 |
| ② 歯科医師 | | 人 | | 人 |
| ③ 歯科衛生士 | | 人 | | 人 |
| ④ 薬剤師 | | 人 | | 人 |
| ⑤ 看護職員 | | 人 | | 人 |
| ⑥ 理学療法士 | | 人 | | 人 |
| ⑦ 作業療法士 | | 人 | | 人 |
| ⑧ 言語聴覚士 | | 人 | | 人 |
| ⑨ 機能訓練指導員(⑤～⑧除く) | | 人 | | 人 |
| ⑩ 介護職員 | | 人 | | 人 |
| ⑪ 管理栄養士 | | 人 | | 人 |
| ⑫ 栄養士(管理栄養士除く) | | 人 | | 人 |
| ⑬ 介護支援専門員 | | 人 | | 人 |
| ⑭ その他 | | 人 | | 人 |

(3) 運営主体の法人種別(1つ選択してください)

| | | |
|------|-----|--------------|
| (選択) | 1. | 社会福祉法人(社協以外) |
| | 2. | 社会福祉法人(社協) |
| | 3. | 医療法人 |
| | 4. | 特定非営利活動法人 |
| | 5. | 社団法人・財団法人 |
| | 6. | 株式会社 |
| | 7. | 株式会社以外の営利法人 |
| | 8. | 協同組合 |
| | 9. | 地方公共団体 |
| | 10. | その他 |

調査票への回答は以上です。ご協力ありがとうございました。

**「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」
【介護老人保健施設票】**

■ご記入にあたってのご注意

- この調査票は特段の指定がない場合は、**施設の管理者または施設における各取組の責任者等、取組内容について把握している方がご回答ください。**
- 一部の設問については、**理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科医師または歯科衛生士**の方にご回答いただく必要があります。該当する職種が貴施設にいる場合は、該当する職種の方にご回答をお願いいたします。外部連携を行っている場合は、連携先の専門職と連携しつつ可能な限りご回答ください。
- 特に指定の無い限り、令和6年9月1日時点の状況についてご回答ください。
- 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合は「0」とご記入ください。
- 具体的な回答方法については、「実施要領」をご確認ください。
- 令和6年●月●日(●)までにご回答いただき、「調査実施のお願い」に記載の方法で提出してください。

■調査に関するお問い合わせ先

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」事務局
 電話：xxxx-xxx-xxx (平日 x:xx~xx: xx) ◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎
 メール：xx@xx.xx.xx

問1 回答者情報

| | |
|-------------|--|
| (1) 施設名 | |
| (2) 事業所番号 | |
| (3) 法人名 | |
| (4) 回答者役職 | |
| (5) 回答者電話番号 | |

問2 一体的取組の実施状況

| | | |
|--|------------------|--------------------------------------|
| (1) 令和6年度に改定された加算の算定状況(1つ選択してください) リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(I) | | |
| (選択) | 1. 算定している | |
| | 2. 算定予定(1年以内) | |
| | 3. 算定予定(1年後以降) | |
| | 4. 算定予定(時期未定) | |
| | 5. 検討中 | |
| | 6. 算定予定はない | |
| (2) 医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による一体的な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(以下、「一体的取組」)を実施していますか。 | | |
| (選択) | 1. 一体的取組を実施している | |
| | 2. 一体的取組を実施していない | |
| | 3. わからない | |
| (3) ※問2(2)で「1. 一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きします。 一体的取組として実施している内容と、取組を始めた時期を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください) | | |
| 令和6年3月以前 | 令和6年4月以降 | 1. 関係職種が各々の計画を一体的に共有できる様式を利用している |
| | | 2. 関係職種が共同して設定した目標を個別の計画に反映している |
| | | 3. 関係職種が必要時に相談し合う体制を作っている |
| | | 4. 関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している |
| | | 5. 文書等を用いて、随時関係職種での情報共有がされている |
| | | 6. 必要な他の関係職種の情報をいつでも閲覧できる状態にしている |
| | | 7. 関係職種によるミールラウンド(専門職による食事観察)を実施している |
| | | 8. 関係職種が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している |
| | | 9. その他 |

| | |
|---|---|
| (4) ※問2(3)で「4.関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している」と選択した方にお聞きます。カンファレンスで関係職種と情報連携を行った効果について教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| | 1. 関係職種と話し合うことで、共通の方針・目標について検討できた |
| | 2. 関係職種で話し合った内容を踏まえて計画を修正できた |
| | 3. 関係職種の専門的な知識を得られた |
| | 4. 文書等を用いた情報共有に比べて、より詳細な利用者の情報を得ることができた |
| | 5. カンファレンス時以外でも、互いに相談をしやすい体制が構築された |
| | 6. その他 |
| | 7. わからない |
| | 8. 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない |
| (5) ※問2(3)で「4.関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している」を選択した方にお聞きます。カンファレンスの実施頻度を教えてください。 | |
| (選択) | 1. 週1回程度 |
| | 2. 月2回程度 |
| | 3. 月1回程度 |
| | 4. 3月に1回程度 |
| | 5. 6月に1回程度 |
| | 6. その他 |
| (6) ※問2(3)で「4.関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している」を選択した方にお聞きます。カンファレンスの主な参加職種を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| | 1. 医師 |
| | 2. 歯科医師・歯科衛生士 |
| | 3. 薬剤師 |
| | 4. 看護職員 |
| | 5. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 |
| | 6. 管理栄養士 |
| | 7. 介護支援専門員 |
| | 8. 介護職員 |
| | 9. その他 |
| (7) ※問2(2)で「1.一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きます。一体的取組を実施する際に使用している様式について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| | 1. リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書(施設系) |
| | 2. リハビリテーション計画書 |
| | 3. 興味・関心チェックシート |
| | 4. 生活行為向上リハビリテーション実施計画書 |
| | 5. 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) |
| | 6. 栄養ケア・経口移行・経口維持計画書(施設) |
| | 7. 口腔衛生管理加算 様式(実施計画) |
| | 8. 口腔衛生の管理体制についての計画(介護保険施設) |
| | 9. 口腔機能向上サービスに関する計画書 |
| | 10. その他の厚生労働省が示す様式 |
| | 11. 施設独自の様式 |
| | 12. わからない |
| | 13. 様式は使用していない |

(8) ※問2(2)で「1. 一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きします。
一体的取組を行う対象者の範囲について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|------|----|--|
| (選択) | 1. | 原則入所者全員に実施している |
| | 2. | 対象者を選んで実施している |
| | 3. | その他 |
| | 4. | わからない |

(9) ※問2(8)で「2. 対象者を選んで実施している」を選択した方にお聞きします。
一体的取組を行う対象者を選択する際の基準として用いているものを選択してください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--|-----|--|
| | 1. | 誤嚥性肺炎の既往がある |
| | 2. | 摂食嚥下機能障害がある又は既往がある |
| | 3. | 褥瘡がある又は既往がある |
| | 4. | 認知症がある又は認知機能の低下がある |
| | 5. | 循環器疾患(慢性心不全や狭心症等)がある又は既往がある |
| | 6. | 低栄養がある又は低栄養リスクがある |
| | 7. | 精神機能・身体機能の低下がある |
| | 8. | ADLやIADLなど、活動能力の低下がある |
| | 9. | 社会参加や家庭内の役割を担う機会が制限されている |
| | 10. | 口腔衛生状態が悪い |
| | 11. | 口腔機能の低下がある |
| | 12. | 利用者又はその家族から経口摂取などの要望があった |
| | 13. | その他 |
| | 14. | わからない |

理学療法士の方にお聞きします。

- (10) 令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、リハビリテーション計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|--|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようにになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(リハビリテーション・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. リハビリテーション実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見通し・継続理由(リハビリテーション終了の見通し・継続が必要な理由) |

〈栄養状態〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---|
| | | 11. 栄養ケア計画等の目標 |
| | | 12. 栄養ケア計画等の内容 |
| | | 13. 低栄養状態のリスクレベル |
| | | 14. 身長・体重・BMI |
| | | 15. 体重減少率 |
| | | 16. 食事摂取量 |
| | | 17. 栄養量(摂取栄養量・提供栄養量・必要栄養量) |
| | | 18. 食事の留意点 |
| | | 19. GLIM基準による評価 ※GLIM基準は、表現型基準(体重変化、BMI、筋肉量)及び病因基準によって診断される低栄養の基準 |
| | | 20. その他栄養状態等に関する情報 |

〈口腔〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---------------------------------|
| | | 21. 口腔管理に係る計画等の目標 |
| | | 22. 口腔管理に係る計画等の実施内容 |
| | | 23. 誤嚥性肺炎の既往 |
| | | 24. 口腔衛生状態の問題 |
| | | 25. 口腔機能の状態の問題 |
| | | 26. 歯科受診の必要性 |
| | | 27. 口腔管理に関する実施記録 |
| | | 28. 口腔衛生管理に関する介護職員への技術的助言等の内容 |
| | | 29. その他口腔に関する情報 |
| | | 30. 特に関係職種から受け取っている・活用している情報はない |
| | | 31. 理学療法士がいない |

作業療法士の方にお聞きします。

- (11) 令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、リハビリテーション計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|--|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(リハビリテーション・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. リハビリテーション実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見通し・継続理由(リハビリテーション終了の見通し・継続が必要な理由) |

〈栄養状態〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---|
| | | 11. 栄養ケア計画等の目標 |
| | | 12. 栄養ケア計画等の内容 |
| | | 13. 低栄養状態のリスクレベル |
| | | 14. 身長・体重・BMI |
| | | 15. 体重減少率 |
| | | 16. 食事摂取量 |
| | | 17. 栄養量(摂取栄養量・提供栄養量・必要栄養量) |
| | | 18. 食事の留意点 |
| | | 19. GLIM基準による評価 ※GLIM基準は、表現型基準(体重変化、BMI、筋肉量)及び病因基準によって診断される低栄養の基準 |
| | | 20. その他栄養状態等に関する情報 |

〈口腔〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|-------------------------------|
| | | 21. 口腔管理に係る計画等の目標 |
| | | 22. 口腔管理に係る計画等の実施内容 |
| | | 23. 誤嚥性肺炎の既往 |
| | | 24. 口腔衛生状態の問題 |
| | | 25. 口腔機能の状態の問題 |
| | | 26. 歯科受診の必要性 |
| | | 27. 口腔管理に関する実施記録 |
| | | 28. 口腔衛生管理に関する介護職員への技術的助言等の内容 |
| | | 29. その他口腔に関する情報 |

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| | | 30. 特に関係職種から受け取っている・活用している情報はない |
| | | 31. 作業療法士がない |

言語聴覚士の方にお聞きします。

- (12) 令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、リハビリテーション計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|--|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(リハビリテーション・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. リハビリテーション実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見通し・継続理由(リハビリテーション終了の見通し・継続が必要な理由) |

〈栄養状態〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---|
| | | 11. 栄養ケア計画等の目標 |
| | | 12. 栄養ケア計画等の内容 |
| | | 13. 低栄養状態のリスクレベル |
| | | 14. 身長・体重・BMI |
| | | 15. 体重減少率 |
| | | 16. 食事摂取量 |
| | | 17. 栄養量(摂取栄養量・提供栄養量・必要栄養量) |
| | | 18. 食事の留意点 |
| | | 19. GLIM基準による評価 ※GLIM基準は、表現型基準(体重変化、BMI、筋肉量)及び病因基準によって診断される低栄養の基準 |
| | | 20. その他栄養状態等に関する情報 |

〈口腔〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---------------------------------|
| | | 21. 口腔管理に係る計画等の目標 |
| | | 22. 口腔管理に係る計画等の実施内容 |
| | | 23. 誤嚥性肺炎の既往 |
| | | 24. 口腔衛生状態の問題 |
| | | 25. 口腔機能の状態の問題 |
| | | 26. 歯科受診の必要性 |
| | | 27. 口腔管理に関する実施記録 |
| | | 28. 口腔衛生管理に関する介護職員への技術的助言等の内容 |
| | | 29. その他口腔に関する情報 |
| | | 30. 特に関係職種から受け取っている・活用している情報はない |
| | | 31. 言語聴覚士がない |

管理栄養士の方にお聞きします。

(13)

令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、栄養ケア計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|--|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(リハビリテーション・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. リハビリテーション実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見通し・継続理由(リハビリテーション終了の見通し・継続が必要な理由) |

〈身体機能等〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|----------------------|
| | | 11. リハビリテーション計画等の目標 |
| | | 12. リハビリテーション計画等の内容 |
| | | 13. 基本動作能力 |
| | | 14. ADL |
| | | 15. IADL |
| | | 16. ICFステージング |
| | | 17. 歩行の状況(TUG Test等) |
| | | 18. その他身体機能等に関する情報 |

〈認知機能等〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|-----------------------------|
| | | 19. MMSE |
| | | 20. HDS-R(改定長谷川式簡易知能評価スケール) |
| | | 21. その他認知機能等に関する情報 |

〈口腔〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|-------------------------------|
| | | 22. 口腔管理に係る計画等の目標 |
| | | 23. 口腔管理に係る計画等の実施内容 |
| | | 24. 誤嚥性肺炎の既往 |
| | | 25. 口腔衛生状態の問題 |
| | | 26. 口腔機能の状態の問題 |
| | | 27. 歯科受診の必要性 |
| | | 28. 口腔管理に関する実施記録 |
| | | 29. 口腔衛生管理に関する介護職員への技術的助言等の内容 |
| | | 30. その他口腔に関する情報 |

| | |
|--|---------------------------------|
| | 31. 特に関係職種から受け取っている・活用している情報はない |
| | 32. 管理栄養士がない |

歯科医師または歯科衛生士の方にお聞きします。

(14)

令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、口腔管理に係る計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|--|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(リハビリテーション・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. リハビリテーション実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見通し・継続理由(リハビリテーション終了の見通し・継続が必要な理由) |

〈身体機能等〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|----------------------|
| | | 11. リハビリテーション計画等の目標 |
| | | 12. リハビリテーション計画等の内容 |
| | | 13. 基本動作能力 |
| | | 14. ADL |
| | | 15. IADL |
| | | 16. ICFステージング |
| | | 17. 歩行の状況(TUG Test等) |
| | | 18. その他身体機能等に関する情報 |

〈認知機能等〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|-----------------------------|
| | | 19. MMSE |
| | | 20. HDS-R(改定長谷川式簡易知能評価スケール) |
| | | 21. その他認知機能等に関する情報 |

〈栄養状態〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---|
| | | 22. 栄養ケア計画等の目標 |
| | | 23. 栄養ケア計画等の内容 |
| | | 24. 低栄養状態のリスクレベル |
| | | 25. 身長・体重・BMI |
| | | 26. 体重減少率 |
| | | 27. 食事摂取量 |
| | | 28. 栄養量(摂取栄養量・提供栄養量・必要栄養量) |
| | | 29. 食事の留意点 |
| | | 30. GLIM基準による評価 ※GLIM基準は、表現型基準(体重変化、BMI、筋肉量)及び病因基準によって診断される低栄養の基準 |
| | | 31. その他栄養状態等に関する情報 |

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| | | 32. 特に関係職種から受け取っている・活用している情報はない |
| | | 33. 歯科医師または歯科衛生士がない |

※問2(2)で「1. 一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きします。
 (15) 一体的取組を実施したことによる変化や、感じられた効果について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈利用者に対する効果〉

| | | |
|-----|---------------------------------------|--|
| 1. | 提供サービスに対する利用者の満足度が上がった | |
| 2. | 利用者のリハビリテーション・栄養・口腔の関わりに対する理解や意識が向上した | |
| 3. | 誤嚥性肺炎の予防や、リスクが高い利用者の早期発見につながった | |
| 4. | 摂食嚥下機能障害の予防や、機能の維持・改善につながった | |
| 5. | 褥瘡の予防や、治癒の促進につながった | |
| 6. | 認知機能低下の予防や、機能の維持・改善につながった | |
| 7. | 低栄養状態のリスクが高い利用者の早期発見につながった | |
| 8. | 栄養状態の維持・改善につながった | |
| 9. | 身体機能低下の予防や、機能の維持・改善につながった | |
| 10. | ADL、IADLなど、活動能力の維持・改善につながった | |
| 11. | 社会参加や家庭内の役割を担う機会の維持・増加につながった | |
| 12. | 口腔衛生状態の維持・改善につながった | |
| 13. | 口腔機能の維持・改善につながった | |
| 14. | その他の利用者に対する効果 | |
| 15. | わからない | |
| 16. | 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない | |

〈施設の体制の変化・職員への効果〉

| | | |
|-----|------------------------------------|--------|
| 17. | 一体的取組に係る専門職を新規に雇用した | |
| 18. | 施設内の関係職種で情報連携を行う体制を整備した | |
| 19. | 施設サービス計画等の検討にあたり各専門職が会議に参加するようになった | |
| 20. | 一体的取組に必要な外部の関係者との連携が強化された | 関係者の職種 |
| 21. | LIFEを活用し、PDCAサイクルを回すことができるようになった | |
| 22. | 各専門職ごとの観点や業務内容への理解が深まった | |
| 23. | 職員の一体的取組に対する理解や意識が向上した | |
| 24. | 他の関係職種の情報を得ることで、計画の内容を深めることができた | |
| 25. | 利用者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった | |
| 26. | 利用者の残存機能や今後の見通しがわかりやすくなった | |
| 27. | その他の施設・職員への効果 | |
| 28. | わからない | |
| 29. | 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない | |

(16) ※問2(1)で「1. 算定している」以外を選択した方にお聞きします。
 一体的取組に係る加算を算定しない・できない理由を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. 管理栄養士の確保が困難だから | |
| <input type="checkbox"/> | 2. 口腔の専門職の確保が困難だから | |
| <input type="checkbox"/> | 3. 理学療法士の確保が困難だから | |
| <input type="checkbox"/> | 4. 作業療法士の確保が困難だから | |
| <input type="checkbox"/> | 5. 言語聴覚士の確保が困難だから | |
| <input type="checkbox"/> | 6. 加算の内容や算定要件を知らないから | |
| <input type="checkbox"/> | 7. 一体的取組のやり方や留意点分からないから | |
| <input type="checkbox"/> | 8. 利用者にとって必要なサービスではないから | |
| <input type="checkbox"/> | 9. 対象となる利用者がいないから | |
| <input type="checkbox"/> | 10. 主導する職種が決まっていない・わからないから | |
| <input type="checkbox"/> | 11. 関係職種の理解や協力が得られないから | |
| <input type="checkbox"/> | 12. 介護支援専門員の理解や協力が得られないから | |
| <input type="checkbox"/> | 13. 利用者や家族の同意が得られないから | |
| <input type="checkbox"/> | 14. 会議を含む情報連携に手間がかかるから | |
| <input type="checkbox"/> | 15. 各専門職の情報を反映した計画の見直しに手間がかかるから | |
| <input type="checkbox"/> | 16. 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない | |
| <input type="checkbox"/> | 17. LIFEを活用していないから | |
| <input type="checkbox"/> | 18. 加算の単位数が低いから | |
| <input type="checkbox"/> | 19. 他の加算の算定を優先しているから(給付上限等の制限も含む) | |
| <上記以外> | | |
| <input type="checkbox"/> | 20. その他 | |
| <input type="checkbox"/> | 21. わからない | |

問3 口腔衛生の管理(運営基準)に関する実施状況

(1) 貴施設では協力歯科医療機関を設定していますか(1つ選択してください)

| | | | |
|--------------------------|------|----------|--|
| <input type="checkbox"/> | (選択) | 1. している | |
| <input type="checkbox"/> | | 2. していない | |

(2) 貴施設において、訪問診療が実施可能な歯科医療機関はありますか(1つ選択してください)

| | | | |
|--------------------------|------|-------|--|
| <input type="checkbox"/> | (選択) | 1. ある | |
| <input type="checkbox"/> | | 2. ない | |

(3) (ないと答えた方にお聞きします。)歯科治療が必要な場合に対応されていますか。(1つ選択してください)

| | | | |
|--------------------------|------|-------------|--|
| <input type="checkbox"/> | (選択) | 1. 通院にて対応する | |
| <input type="checkbox"/> | | 2. 特に対応しない | |

口腔衛生の管理(運営基準)※に係る技術的助言・指導の実施者(令和6年度の予定)(あてはまるもの全てに○をしてください)

(4) ※令和6年3月31日で口腔衛生の管理の運営基準に係る経過措置期間が終了し、「歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士(以降、「歯科医師等」)が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施し、当該技術的助言及び指導に基づき入居者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成すること」が義務化されております。なお、令和6年度介護報酬改定により、口腔衛生の管理の運営基準に「施設の従業者又は歯科医師等が入所者毎に施設入所時及び月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施すること」も義務化されております。降、口腔衛生の管理(運営基準)と記載します。

| | | | | | |
|--------------------------|---------------------|---|--------------------------|----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. 歯科医師 | → | <input type="checkbox"/> | 1. 施設内常勤 | |
| | | | <input type="checkbox"/> | 2. 施設内非常勤 | |
| | | | <input type="checkbox"/> | 3. 外部委託(協力歯科医療機関を除く) | |
| | | | <input type="checkbox"/> | 4. 協力歯科医療機関 | |
| | | | <input type="checkbox"/> | 5. その他 | |
| <input type="checkbox"/> | 2. 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士 | → | <input type="checkbox"/> | 1. 施設内常勤 | |
| | | | <input type="checkbox"/> | 2. 施設内非常勤 | |
| | | | <input type="checkbox"/> | 3. 外部委託(協力歯科医療機関を除く) | |
| | | | <input type="checkbox"/> | 4. 協力歯科医療機関 | |
| | | | <input type="checkbox"/> | 5. その他 | |

| | |
|--|---|
| (5) 口腔衛生の管理(運営基準)に係る技術的助言・指導の実施頻度(令和6年度の予定)(1つ選択してください) | |
| (選択) | 1. 年2回 |
| | 2. 年3回 |
| | 3. 年4回 |
| | 4. 年5回 |
| | 5. 年6回以上 |
| | 6. 未定・調整中 |
| (6) 技術的助言・指導のオンライン実施(令和6年度の予定)(1つ選択してください) | |
| (選択) | 1. 全て情報通信機器を用いての実施を予定している |
| | 2. 一部情報通信機器を用いての実施を予定している |
| | 3. 情報通信機器を用いての実施は予定していない |
| | 4. 未定・調整中 |
| | 5. その他 |
| (7) 入所者の口腔の健康状態の評価の実施頻度(1つ選択してください) | |
| (選択) | 1. 週1回以下 |
| | 2. 月2回程度 |
| | 3. 月1回程度 |
| (8) 入所者の口腔の健康状態の評価を実施している職種(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| | 1. 歯科医師 |
| | 2. 歯科衛生士 |
| | 3. 看護職員 |
| | 4. 言語聴覚士 |
| | 5. 介護職員 |
| | 6. その他 |
| (9) 口腔衛生の管理(運営基準)を実施したことにより、感じられた効果について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| | 1. 歯科医師等の介入が必要な利用者が判別できるようになった |
| | 2. 介護職員の口腔に対する理解や意識が向上した |
| | 3. 歯科医師等に利用者の問題点を相談ができるようになった |
| | 4. 口腔について、施設職員で話す機会が増えた |
| | 5. 利用者の口腔に対する理解や意識が向上した |
| | 6. 利用者の口腔の状態が改善された |
| | 7. その他 |
| | 8. わからない |
| | 9. 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない |
| (10) 入所者の口腔の健康状態の評価方法(1つ選択してください) | |
| (選択) | 1. 厚生労働省様式(口腔の健康状態の評価及び情報共有書)を用いて評価している |
| | 2. 厚生労働省様式(口腔衛生管理加算様式)を用いて評価している |
| | 3. 歯科医師の指示に基づく様式を使用している |
| | 4. 施設独自の様式を作成している |
| | 5. その他 |
| | 6. 未定・調整中 |

(11) 歯科医師等への相談・介入の必要性がある場合はどこに情報共有していますか。
(直近3月の情報共有先についてあてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--------------------------|-----|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. | 配置の歯科医師(「3. 利用者のかかりつけ歯科医師」を除く) |
| <input type="checkbox"/> | 2. | 配置の歯科衛生士 |
| <input type="checkbox"/> | 3. | 利用者のかかりつけ歯科医師 |
| <input type="checkbox"/> | 4. | 協力歯科医療機関の歯科医師等 |
| <input type="checkbox"/> | 5. | 口腔衛生の管理に係る技術的助言・指導を実施する歯科医師等 |
| <input type="checkbox"/> | 6. | 口腔衛生管理加算の算定に係る歯科衛生士 |
| <input type="checkbox"/> | 7. | 介護支援専門員 |
| <input type="checkbox"/> | 8. | 自施設に訪問歯科診療を実施している歯科医師(「4. 利用者のかかりつけ歯科医師」を除く) |
| <input type="checkbox"/> | 9. | 自施設に訪問歯科衛生指導を実施している歯科衛生士 |
| <input type="checkbox"/> | 10. | 在宅歯科医療連携室 |
| <input type="checkbox"/> | 11. | 歯科医師会 |
| <input type="checkbox"/> | 12. | その他 |
| <input type="checkbox"/> | 13. | 特に情報共有は実施しない |

(12) 口腔衛生の管理(運営基準)に関する課題(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--------------------------|-----|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. | 技術的助言・指導が可能な歯科医師等がない/少ない |
| <input type="checkbox"/> | 2. | 口腔衛生管理に関する意義を施設内で周知できていない |
| <input type="checkbox"/> | 3. | 口腔衛生管理の情報をケアの質向上に活用できていない |
| <input type="checkbox"/> | 4. | 口腔衛生の管理体制に係る計画の策定が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 5. | 施設職員に対する研修会の開催の実施が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 6. | 口腔清掃の用具の整備の実施が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 7. | 口腔清掃の方法・内容等の見直しの実施が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 8. | 歯科医師等による入所者の口腔衛生管理等の実施が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 9. | 歯科医師等による食事環境、食形態等の確認の実施が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 10. | 歯科医師等から技術的助言・指導を受けるための時間の確保が難しい |
| <input type="checkbox"/> | 11. | 歯科医師等からの技術的助言・指導の内容を周知することが難しい |
| <input type="checkbox"/> | 12. | 歯科医師等と実施事項等の調整を行うことが難しい |
| <input type="checkbox"/> | 13. | 口腔の健康状態の評価をできる職員に限られる |
| <input type="checkbox"/> | 14. | 口腔の健康状態の評価にあたっての教育資材がない/少ない |
| <input type="checkbox"/> | 15. | 口腔の健康状態の評価結果が職員によって異なる場合がある |
| <input type="checkbox"/> | 16. | 口腔の健康状態の評価をする十分な時間が確保できない |
| <input type="checkbox"/> | 17. | その他 |
| <input type="checkbox"/> | 18. | 特になし |

(13) 口腔衛生管理に関する効果的・先進的な取組として実施しているもの(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--------------------------|-----|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. | 歯科医師等からの技術的助言・指導を動画で録画している |
| <input type="checkbox"/> | 2. | 歯科医師等からの技術的助言・指導の要点をまとめて職員に共有している |
| <input type="checkbox"/> | 3. | 口腔の健康状態の評価にあたって、職員への研修等を実施している |
| <input type="checkbox"/> | 4. | 口腔の健康状態の評価に関する施設独自のマニュアル等を作成している |
| <input type="checkbox"/> | 5. | 口腔の健康状態の評価時や、歯科医師等の技術的助言・指導の際、口腔内カメラ等を活用している |
| <input type="checkbox"/> | 6. | 口腔衛生管理の実施にあたって、職員への研修等を実施している |
| <input type="checkbox"/> | 7. | 口腔衛生管理の実施に関する施設独自のマニュアル等を作成している |
| <input type="checkbox"/> | 8. | 口腔衛生管理の実施状況等を動画で録画している |
| <input type="checkbox"/> | 9. | 口腔衛生管理の実施状況等を写真で撮影している |
| <input type="checkbox"/> | 10. | その他 |
| <input type="checkbox"/> | 11. | 特になし |

問4 基本情報に関する設問

(1) 同一法人において提供されているサービス等を教えてください。

| | | |
|-----------|-----|------------------------|
| 居宅サービス | 1. | 訪問介護 |
| | 2. | 訪問入浴介護 |
| | 3. | 訪問看護(介護保険) |
| | 4. | 通所介護 |
| | 5. | 訪問リハビリテーション |
| | 6. | 通所リハビリテーション |
| | 7. | 短期入所生活介護 |
| | 8. | 短期入所療養介護 |
| | 9. | 特定施設入居者生活介護 |
| | 10. | 福祉用具貸与 または 販売 |
| 地域密着型サービス | 11. | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| | 12. | 夜間対応型訪問介護 |
| | 13. | 地域密着型通所介護 |
| | 14. | 認知症対応型通所介護 |
| | 15. | 小規模多機能型居宅介護 |
| | 16. | 認知症対応型共同生活介護 |
| | 17. | 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| | 18. | 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 |
| | 19. | 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 施設サービス | 20. | 介護老人福祉施設 |
| | 21. | 介護老人保健施設 |
| | 22. | 介護医療院 |
| 医療サービス | 23. | 病院(歯科を除く) |
| | 24. | 病院(歯科) |
| | 25. | 診療所(歯科を除く) |
| | 26. | 診療所(歯科) |
| | 27. | 薬局(院外) |
| | 28. | 訪問看護(医療保険) |
| その他 | 29. | 居宅介護支援 |
| | 30. | 栄養ケア・ステーション |
| | 31. | サービス付き高齢者向け住宅 |
| | 32. | 介護付きホーム(介護付き有料老人ホーム) |
| | 33. | 養護老人ホーム |
| | 34. | 軽費老人ホーム(ケアハウスA、B) |
| | 35. | 旧高齢者専用賃貸住宅 |
| | 36. | 地域包括支援センター(在宅介護支援センター) |
| | 37. | 総合事業(訪問型サービス) |
| | 38. | 総合事業(通所型サービス) |
| | 39. | 総合事業(その他の生活支援サービス) |
| — | 40. | その他(上記以外) |
| — | 41. | 特になし |

(2) 施設の職種別職員数(実人数・常勤換算人数)

| | 実人数 | | 常勤換算人数 | |
|----------------|-----|---|--------|---|
| | | 人 | | 人 |
| ① 医師 | | 人 | | 人 |
| ② 歯科医師 | | 人 | | 人 |
| ③ 歯科衛生士 | | 人 | | 人 |
| ④ 薬剤師 | | 人 | | 人 |
| ⑤ 看護職員 | | 人 | | 人 |
| ⑥ 理学療法士 | | 人 | | 人 |
| ⑦ 作業療法士 | | 人 | | 人 |
| ⑧ 言語聴覚士 | | 人 | | 人 |
| ⑨ 介護職員 | | 人 | | 人 |
| ⑩ 管理栄養士 | | 人 | | 人 |
| ⑪ 栄養士(管理栄養士除く) | | 人 | | 人 |
| ⑫ 介護支援専門員 | | 人 | | 人 |
| ⑬ その他 | | 人 | | 人 |

(3) 運営主体の法人種別(1つ選択してください)

| | | |
|------|-----------------|--|
| (選択) | 1. 社会福祉法人(社協以外) | |
| | 2. 社会福祉法人(社協) | |
| | 3. 医療法人 | |
| | 4. 特定非営利活動法人 | |
| | 5. 社団法人・財団法人 | |
| | 6. 株式会社 | |
| | 7. 株式会社以外の営利法人 | |
| | 8. 協同組合 | |
| | 9. 地方公共団体 | |
| | 10. その他 | |

調査票への回答は以上です。ご協力ありがとうございました。

**「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」
【介護医療院票】**

■ご記入にあたってのご注意

- この調査票は特段の指定がない場合は、**施設の管理者または施設における各取組の責任者等、取組内容について把握している方がご回答ください。**
- 一部の設問については、**理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科医師または歯科衛生士**の方にご回答いただく必要があります。該当する職種が貴施設にいる場合は、該当する職種の方にご回答をお願いいたします。外部連携を行っている場合は、連携先の専門職と連携しつつ可能な限りご回答ください。
- 特に指定の無い限り、令和6年9月1日時点の状況についてご回答ください。
- 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合は「0」とご記入ください。
- 具体的な回答方法については、「実施要領」をご確認ください。
- 令和6年●月●日(●)までにご回答いただき、「調査実施のお願い」に記載の方法で提出してください。

■調査に関するお問い合わせ先

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」事務局
 電話：xxxx-xxx-xxx (平日 x:xx~xx: xx) ◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎
 メール：xx@xx.xx.xx

| | |
|-----------------|--|
| 問1 回答者情報 | |
| (1) 施設名 | |
| (2) 事業所番号 | |
| (3) 法人名 | |
| (4) 回答者役職 | |
| (5) 回答者電話番号 | |

| | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|------------------|----------------|---------------|--------|------------|
| 問2 一体的取組の実施状況 | | | | | | | |
| (1) 令和6年度に改定された加算の算定状況(1つ選択してください) 理学療法 注7、作業療法 注7、言語聴覚療法 注5 | | | | | | | |
| (選択) | <table border="1"> <tr><td>1. 算定している</td></tr> <tr><td>2. 算定予定(1年以内)</td></tr> <tr><td>3. 算定予定(1年後以降)</td></tr> <tr><td>4. 算定予定(時期未定)</td></tr> <tr><td>5. 検討中</td></tr> <tr><td>6. 算定予定はない</td></tr> </table> | 1. 算定している | 2. 算定予定(1年以内) | 3. 算定予定(1年後以降) | 4. 算定予定(時期未定) | 5. 検討中 | 6. 算定予定はない |
| 1. 算定している | | | | | | | |
| 2. 算定予定(1年以内) | | | | | | | |
| 3. 算定予定(1年後以降) | | | | | | | |
| 4. 算定予定(時期未定) | | | | | | | |
| 5. 検討中 | | | | | | | |
| 6. 算定予定はない | | | | | | | |
| (2) 医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による一体的な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(以下、「一体的取組」)を実施していますか。 | | | | | | | |
| (選択) | <table border="1"> <tr><td>1. 一体的取組を実施している</td></tr> <tr><td>2. 一体的取組を実施していない</td></tr> <tr><td>3. わからない</td></tr> </table> | 1. 一体的取組を実施している | 2. 一体的取組を実施していない | 3. わからない | | | |
| 1. 一体的取組を実施している | | | | | | | |
| 2. 一体的取組を実施していない | | | | | | | |
| 3. わからない | | | | | | | |
| (3) ※問2(2)で「1. 一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きします。一体的取組として実施している内容と、取組を始めた時期を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください) | | | | | | | |
| 令和6年3月以前 | 令和6年4月以降 | | | | | | |
| | | 1. 関係職種が各々の計画を一体的に共有できる様式を利用している | | | | | |
| | | 2. 関係職種が共同して設定した目標を個別の計画に反映している | | | | | |
| | | 3. 関係職種が必要時に相談し合う体制を作っている | | | | | |
| | | 4. 関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している | | | | | |
| | | 5. 文書等を用いて、随時関係職種での情報共有がされている | | | | | |
| | | 6. 必要な他の関係職種の情報をいつでも閲覧できる状態にしている | | | | | |
| | | 7. 関係職種によるミールラウンド(専門職による食事観察)を実施している | | | | | |
| | | 8. 関係職種が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している | | | | | |
| | | 9. その他 | | | | | |

(4) ※問2(3)で「4.関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している」と選択した方にお聞きします。カンファレンスで関係職種と情報連携を行った効果について教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--|----|--------------------------------------|
| | 1. | 関係職種と話し合うことで、共通の方針・目標について検討できた |
| | 2. | 関係職種で話し合った内容を踏まえて計画を修正できた |
| | 3. | 関係職種の専門的な知識を得られた |
| | 4. | 文書等を用いた情報共有に比べて、より詳細な利用者の情報を得ることができた |
| | 5. | カンファレンス時以外でも、互いに相談をしやすい体制が構築された |
| | 6. | その他 |
| | 7. | わからない |
| | 8. | 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない |

(5) ※問2(3)で「4.関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している」を選択した方にお聞きします。カンファレンスの実施頻度を教えてください。

| | | |
|------|----|---------|
| (選択) | 1. | 週1回程度 |
| | 2. | 月2回程度 |
| | 3. | 月1回程度 |
| | 4. | 3月に1回程度 |
| | 5. | 6月に1回程度 |
| | 6. | その他 |

(6) ※問2(3)で「4.関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している」を選択した方にお聞きします。カンファレンスの主な参加職種を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--|----|-------------------|
| | 1. | 医師 |
| | 2. | 歯科医師・歯科衛生士 |
| | 3. | 薬剤師 |
| | 4. | 看護職員 |
| | 5. | 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 |
| | 6. | 管理栄養士 |
| | 7. | 介護支援専門員 |
| | 8. | 介護職員 |
| | 9. | その他 |

(7) ※問2(2)で「1.一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きします。一体的取組を実施する際に使用している様式について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--|-----|----------------------------------|
| | 1. | リハビリテーション、栄養、口腔に係る実施計画書(施設系) |
| | 2. | リハビリテーション計画書 |
| | 3. | 興味・関心チェックシート |
| | 4. | 生活行為向上リハビリテーション実施計画書 |
| | 5. | 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) |
| | 6. | 栄養ケア・経口移行・経口維持計画書(施設) |
| | 7. | 口腔衛生管理加算 様式(実施計画) |
| | 8. | 口腔衛生の管理体制についての計画(介護保険施設) |
| | 9. | 口腔機能向上サービスに関する計画書 |
| | 10. | その他の厚生労働省が示す様式 |
| | 11. | 施設独自の様式 |
| | 12. | わからない |
| | 13. | 様式は使用していない |

※特徴や追加項目等について記載ください。可能であれば、様式を添付ください。

(8) ※問2(2)で「1. 一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きします。
 一体的取組を行う対象者の範囲について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|------|----|----------------|
| (選択) | 1. | 原則入所者全員に実施している |
| | 2. | 対象者を選んで実施している |
| | 3. | その他 |
| | 4. | わからない |

(9) ※問2(8)で「2. 対象者を選んで実施している」を選択した方にお聞きします。
 一体的取組を行う対象者を選択する際の基準として用いているものを選択してください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | |
|-----|-----------------------------|
| 1. | 誤嚥性肺炎の既往がある |
| 2. | 摂食嚥下機能障害がある又は既往がある |
| 3. | 褥瘡がある又は既往がある |
| 4. | 認知症がある又は認知機能の低下がある |
| 5. | 循環器疾患(慢性心不全や狭心症等)がある又は既往がある |
| 6. | 低栄養がある又は低栄養リスクがある |
| 7. | 精神機能・身体機能の低下がある |
| 8. | ADLやIADLなど、活動能力の低下がある |
| 9. | 社会参加や家庭内の役割を担う機会が制限されている |
| 10. | 口腔衛生状態が悪い |
| 11. | 口腔機能の低下がある |
| 12. | 利用者又はその家族から経口摂取などの要望があった |
| 13. | その他 |
| 14. | わからない |

理学療法士の方にお聞きします。

(10) 令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、リハビリテーション計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|--|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(リハビリテーション・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. リハビリテーション実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見通し・継続理由(リハビリテーション終了の見通し・継続が必要な理由) |

〈栄養状態〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---|
| | | 11. 栄養ケア計画等の目標 |
| | | 12. 栄養ケア計画等の内容 |
| | | 13. 低栄養状態のリスクレベル |
| | | 14. 身長・体重・BMI |
| | | 15. 体重減少率 |
| | | 16. 食事摂取量 |
| | | 17. 栄養量(摂取栄養量・提供栄養量・必要栄養量) |
| | | 18. 食事の留意点 |
| | | 19. GLIM基準による評価 ※GLIM基準は、表現型基準(体重変化、BMI、筋肉量)及び病因基準によって診断される低栄養の基準 |
| | | 20. その他栄養状態等に関する情報 |

〈口腔〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---------------------------------|
| | | 21. 口腔管理に係る計画等の目標 |
| | | 22. 口腔管理に係る計画等の実施内容 |
| | | 23. 誤嚥性肺炎の既往 |
| | | 24. 口腔衛生状態の問題 |
| | | 25. 口腔機能の状態の問題 |
| | | 26. 歯科受診の必要性 |
| | | 27. 口腔管理に関する実施記録 |
| | | 28. 口腔衛生管理に関する介護職員への技術的助言等の内容 |
| | | 29. その他口腔に関する情報 |
| | | 30. 特に関係職種から受け取っている・活用している情報はない |
| | | 31. 理学療法士がない |

作業療法士の方にお聞きします。

(11) 令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、リハビリテーション計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|--|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(リハビリテーション・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. リハビリテーション実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見通し・継続理由(リハビリテーション終了の見通し・継続が必要な理由) |

〈栄養状態〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---|
| | | 11. 栄養ケア計画等の目標 |
| | | 12. 栄養ケア計画等の内容 |
| | | 13. 低栄養状態のリスクレベル |
| | | 14. 身長・体重・BMI |
| | | 15. 体重減少率 |
| | | 16. 食事摂取量 |
| | | 17. 栄養量(摂取栄養量・提供栄養量・必要栄養量) |
| | | 18. 食事の留意点 |
| | | 19. GLIM基準による評価 ※GLIM基準は、表現型基準(体重変化、BMI、筋肉量)及び病因基準によって診断される低栄養の基準 |
| | | 20. その他栄養状態等に関する情報 |

〈口腔〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|-------------------------------|
| | | 21. 口腔管理に係る計画等の目標 |
| | | 22. 口腔管理に係る計画等の実施内容 |
| | | 23. 誤嚥性肺炎の既往 |
| | | 24. 口腔衛生状態の問題 |
| | | 25. 口腔機能の状態の問題 |
| | | 26. 歯科受診の必要性 |
| | | 27. 口腔管理に関する実施記録 |
| | | 28. 口腔衛生管理に関する介護職員への技術的助言等の内容 |
| | | 29. その他口腔に関する情報 |

| | |
|--|---------------------------------|
| | 30. 特に関係職種から受け取っている・活用している情報はない |
| | 31. 作業療法士がいない |

言語聴覚士の方にお聞きします。

- (12) 令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、リハビリテーション計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|--|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(リハビリテーション・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. リハビリテーション実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見通し・継続理由(リハビリテーション終了の見通し・継続が必要な理由) |

〈栄養状態〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---|
| | | 11. 栄養ケア計画等の目標 |
| | | 12. 栄養ケア計画等の内容 |
| | | 13. 低栄養状態のリスクレベル |
| | | 14. 身長・体重・BMI |
| | | 15. 体重減少率 |
| | | 16. 食事摂取量 |
| | | 17. 栄養量(摂取栄養量・提供栄養量・必要栄養量) |
| | | 18. 食事の留意点 |
| | | 19. GLIM基準による評価 ※GLIM基準は、表現型基準(体重変化、BMI、筋肉量)及び病因基準によって診断される低栄養の基準 |
| | | 20. その他栄養状態等に関する情報 |

〈口腔〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---------------------------------|
| | | 21. 口腔管理に係る計画等の目標 |
| | | 22. 口腔管理に係る計画等の実施内容 |
| | | 23. 誤嚥性肺炎の既往 |
| | | 24. 口腔衛生状態の問題 |
| | | 25. 口腔機能の状態の問題 |
| | | 26. 歯科受診の必要性 |
| | | 27. 口腔管理に関する実施記録 |
| | | 28. 口腔衛生管理に関する介護職員への技術的助言等の内容 |
| | | 29. その他口腔に関する情報 |
| | | 30. 特に関係職種から受け取っている・活用している情報はない |
| | | 31. 言語聴覚士がいない |

管理栄養士の方にお聞きします。

(13) 令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、栄養ケア計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|--|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(リハビリテーション・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. リハビリテーション実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見通し・継続理由(リハビリテーション終了の見通し・継続が必要な理由) |

〈身体機能等〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|----------------------|
| | | 11. リハビリテーション計画等の目標 |
| | | 12. リハビリテーション計画等の内容 |
| | | 13. 基本動作能力 |
| | | 14. ADL |
| | | 15. IADL |
| | | 16. ICFステージング |
| | | 17. 歩行の状況(TUG Test等) |
| | | 18. その他身体機能等に関する情報 |

〈認知機能等〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|-----------------------------|
| | | 19. MMSE |
| | | 20. HDS-R(改定長谷川式簡易知能評価スケール) |
| | | 21. その他認知機能等に関する情報 |

〈口腔〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|-------------------------------|
| | | 22. 口腔管理に係る計画等の目標 |
| | | 23. 口腔管理に係る計画等の実施内容 |
| | | 24. 誤嚥性肺炎の既往 |
| | | 25. 口腔衛生状態の問題 |
| | | 26. 口腔機能の状態の問題 |
| | | 27. 歯科受診の必要性 |
| | | 28. 口腔管理に関する実施記録 |
| | | 29. 口腔衛生管理に関する介護職員への技術的助言等の内容 |
| | | 30. その他口腔に関する情報 |

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| | | 31. 特に関係職種から受け取っている・活用している情報はない |
| | | 32. 管理栄養士がない |

歯科医師または歯科衛生士の方にお聞きします。

- (14) 令和6年度の介護報酬改定において、一体的取組に係る様式が改定されました。以下の情報のうち、関係職種から情報共有されることで、口腔管理に係る計画等の立案・見直し等に活用している情報を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈全般〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|--|
| | | 1. 本人の希望(利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等) |
| | | 2. 既往歴・合併症等 |
| | | 3. 服薬状況 |
| | | 4. 症状 |
| | | 5. 課題(リハビリテーション・栄養・口腔のそれぞれに関する、利用者の課題) |
| | | 6. 環境因子(家族、住環境、福祉用具の利用等の情報) |
| | | 7. 社会参加の状況(家庭内外での役割や余暇活動等) |
| | | 8. リハビリテーション実施上の注意事項 |
| | | 9. 生活指導(本人・家族への生活指導、自主トレーニングの内容等) |
| | | 10. 見通し・継続理由(リハビリテーション終了の見通し・継続が必要な理由) |

〈身体機能等〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|----------------------|
| | | 11. リハビリテーション計画等の目標 |
| | | 12. リハビリテーション計画等の内容 |
| | | 13. 基本動作能力 |
| | | 14. ADL |
| | | 15. IADL |
| | | 16. ICFステージング |
| | | 17. 歩行の状況(TUG Test等) |
| | | 18. その他身体機能等に関する情報 |

〈認知機能等〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|-----------------------------|
| | | 19. MMSE |
| | | 20. HDS-R(改定長谷川式簡易知能評価スケール) |
| | | 21. その他認知機能等に関する情報 |

〈栄養状態〉

| 関係職種から受け取っている情報 | 計画の立案・見直しに活用した情報 | |
|-----------------|------------------|---|
| | | 22. 栄養ケア計画等の目標 |
| | | 23. 栄養ケア計画等の内容 |
| | | 24. 低栄養状態のリスクレベル |
| | | 25. 身長・体重・BMI |
| | | 26. 体重減少率 |
| | | 27. 食事摂取量 |
| | | 28. 栄養量(摂取栄養量・提供栄養量・必要栄養量) |
| | | 29. 食事の留意点 |
| | | 30. GLIM基準による評価 ※GLIM基準は、表現型基準(体重変化、BMI、筋肉量)及び病因基準によって診断される低栄養の基準 |
| | | 31. その他栄養状態等に関する情報 |

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| | | 32. 特に関係職種から受け取っている・活用している情報はない |
| | | 33. 歯科医師または歯科衛生士がいない |

※問2(2)で「1. 一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きします。
 (15) 一体的取組を実施したことによる変化や、感じられた効果について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈利用者に対する効果〉

| | | |
|--------------------------|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. 提供サービスに対する利用者の満足度が上がった | |
| <input type="checkbox"/> | 2. 利用者のリハビリテーション・栄養・口腔の関わりに対する理解や意識が向上した | |
| <input type="checkbox"/> | 3. 誤嚥性肺炎の予防や、リスクが高い利用者の早期発見につながった | |
| <input type="checkbox"/> | 4. 摂食嚥下機能障害の予防や、機能の維持・改善につながった | |
| <input type="checkbox"/> | 5. 褥瘡の予防や、治癒の促進につながった | |
| <input type="checkbox"/> | 6. 認知機能低下の予防や、機能の維持・改善につながった | |
| <input type="checkbox"/> | 7. 低栄養状態のリスクが高い利用者の早期発見につながった | |
| <input type="checkbox"/> | 8. 栄養状態の維持・改善につながった | |
| <input type="checkbox"/> | 9. 身体機能低下の予防や、機能の維持・改善につながった | |
| <input type="checkbox"/> | 10. ADL、IADLなど、活動能力の維持・改善につながった | |
| <input type="checkbox"/> | 11. 社会参加や家庭内の役割を担う機会の維持・増加につながった | |
| <input type="checkbox"/> | 12. 口腔衛生状態の維持・改善につながった | |
| <input type="checkbox"/> | 13. 口腔機能の維持・改善につながった | |
| <input type="checkbox"/> | 14. その他の利用者に対する効果 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | 15. わからない | |
| <input type="checkbox"/> | 16. 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない | |

〈施設の体制の変化・職員への効果〉

| | | |
|--------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 17. 一体的取組に係る専門職を新規に雇用した | |
| <input type="checkbox"/> | 18. 施設内の関係職種で情報連携を行う体制を整備した | |
| <input type="checkbox"/> | 19. 施設サービス計画等の検討にあたり各専門職が会議に参加するようになった | |
| <input type="checkbox"/> | 20. 一体的取組に必要な外部の関係者との連携が強化された | 関係者の職種 <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | 21. LIFEを活用し、PDCAサイクルを回すことができるようになった | |
| <input type="checkbox"/> | 22. 各専門職ごとの観点や業務内容への理解が深まった | |
| <input type="checkbox"/> | 23. 職員の一体的取組に対する理解や意識が向上した | |
| <input type="checkbox"/> | 24. 他の関係職種の情報を得ることで、計画の内容を深めることができた | |
| <input type="checkbox"/> | 25. 利用者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった | |
| <input type="checkbox"/> | 26. 利用者の残存機能や今後の見通しがわかりやすくなった | |
| <input type="checkbox"/> | 27. その他の施設・職員への効果 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | 28. わからない | |
| <input type="checkbox"/> | 29. 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない | |

(16) ※問2(1)で「1. 算定している」以外を選択した方にお聞きします。
 一体的取組に係る加算を算定しない・できない理由を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. 管理栄養士の確保が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 2. 口腔の専門職の確保が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 3. 理学療法士の確保が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 4. 作業療法士の確保が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 5. 言語聴覚士の確保が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 6. 加算の内容や算定要件を知らないから |
| <input type="checkbox"/> | 7. 一体的取組のやり方や留意点が分からないから |
| <input type="checkbox"/> | 8. 利用者にとって必要なサービスではないから |
| <input type="checkbox"/> | 9. 対象となる利用者がいないから |
| <input type="checkbox"/> | 10. 主導する職種が決まっていない・わからないから |
| <input type="checkbox"/> | 11. 関係職種の理解や協力が得られないから |
| <input type="checkbox"/> | 12. 介護支援専門員の理解や協力が得られないから |
| <input type="checkbox"/> | 13. 利用者や家族の同意が得られないから |
| <input type="checkbox"/> | 14. 会議を含む情報連携に手間がかかるから |
| <input type="checkbox"/> | 15. 各専門職の情報を反映した計画の見直しに手間がかかるから |
| <input type="checkbox"/> | 16. 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない |
| <input type="checkbox"/> | 17. LIFEを活用していないから |
| <input type="checkbox"/> | 18. 加算の単位数が低いから |
| <input type="checkbox"/> | 19. 他の加算の算定を優先しているから(給付上限等の制限も含む) |
| <上記以外> | |
| <input type="checkbox"/> | 20. その他 <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | 21. わからない |

問3 口腔衛生の管理(運営基準)に関する実施状況

(1) 貴施設では協力歯科医療機関を設定していますか(1つ選択してください)

| | | |
|--------------------------|------|----------|
| <input type="checkbox"/> | (選択) | 1. している |
| <input type="checkbox"/> | | 2. していない |

(2) 貴施設において、訪問診療が実施可能な歯科医療機関はありますか(1つ選択してください)

| | | |
|--------------------------|------|-------|
| <input type="checkbox"/> | (選択) | 1. ある |
| <input type="checkbox"/> | | 2. ない |

(3) (ないと答えた方にお聞きします。)歯科治療が必要な場合にどのように対応されていますか。(1つ選択してください)

| | | |
|--------------------------|------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | (選択) | 1. 通院にて対応する |
| <input type="checkbox"/> | | 2. 特に対応しない |

口腔衛生の管理(運営基準)※に係る技術的助言・指導の実施者(令和6年度の予定)(あてはまるもの全てに○をしてください)

(4) ※令和6年3月31日で口腔衛生の管理の運営基準に係る経過措置期間が終了し、「歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士(以降、「歯科医師等」)が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施し、当該技術的助言及び指導に基づき入居者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成すること」が義務化されております。なお、令和6年度介護報酬改定により、口腔衛生の管理の運営基準に「施設の従業者又は歯科医師等が入所者毎に施設入所時及び月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施すること」も義務化されております。以降、口腔衛生の管理(運営基準)と記載します。

| | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. 歯科医師 → | <input type="checkbox"/> | 1. 施設内常勤 |
| | | <input type="checkbox"/> | 2. 施設内非常勤 |
| | | <input type="checkbox"/> | 3. 外部委託(協力歯科医療機関を除く) |
| | | <input type="checkbox"/> | 4. 協力歯科医療機関 |
| | | <input type="checkbox"/> | 5. その他 <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2. 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士 → | <input type="checkbox"/> | 1. 施設内常勤 |
| | | <input type="checkbox"/> | 2. 施設内非常勤 |
| | | <input type="checkbox"/> | 3. 外部委託(協力歯科医療機関を除く) |
| | | <input type="checkbox"/> | 4. 協力歯科医療機関 |
| | | <input type="checkbox"/> | 5. その他 <input type="text"/> |

| | |
|--|---|
| (5) 口腔衛生の管理(運営基準)に係る技術的助言・指導の実施頻度(令和6年度の予定)(1つ選択してください) | |
| (選択) | 1. 年2回 |
| | 2. 年3回 |
| | 3. 年4回 |
| | 4. 年5回 |
| | 5. 年6回以上 |
| | 6. 未定・調整中 |
| (6) 技術的助言・指導のオンライン実施(令和6年度の予定)(1つ選択してください) | |
| (選択) | 1. 全て情報通信機器を用いての実施を予定している |
| | 2. 一部情報通信機器を用いての実施を予定している |
| | 3. 情報通信機器を用いての実施は予定していない |
| | 4. 未定・調整中 |
| | 5. その他 |
| (7) 入所者の口腔の健康状態の評価の実施頻度(1つ選択してください) | |
| (選択) | 1. 週1回以下 |
| | 2. 月2回程度 |
| | 3. 月1回程度 |
| (8) 入所者の口腔の健康状態の評価を実施している職種(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| | 1. 歯科医師 |
| | 2. 歯科衛生士 |
| | 3. 看護職員 |
| | 4. 言語聴覚士 |
| | 5. 介護職員 |
| | 6. その他 |
| (9) 口腔衛生の管理(運営基準)を実施したことにより、感じられた効果について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| | 1. 歯科医師等の介入が必要な利用者が判別できるようになった |
| | 2. 介護職員の口腔に対する理解や意識が向上した |
| | 3. 歯科医師等に利用者の問題点を相談ができるようになった |
| | 4. 口腔について、施設職員で話す機会が増えた |
| | 5. 利用者の口腔に対する理解や意識が向上した |
| | 6. 利用者の口腔の状態が改善された |
| | 7. その他 |
| | 8. わからない |
| | 9. 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない |
| (10) 入所者の口腔の健康状態の評価方法(1つ選択してください) | |
| (選択) | 1. 厚生労働省様式(口腔の健康状態の評価及び情報共有書)を用いて評価している |
| | 2. 厚生労働省様式(口腔衛生管理加算様式)を用いて評価している |
| | 3. 歯科医師の指示に基づく様式を使用している |
| | 4. 施設独自の様式を作成している |
| | 5. その他 |
| | 6. 未定・調整中 |

| | |
|--|---|
| (11) 歯科医師等への相談・介入の必要性がある場合はどこに情報共有していますか。 (直近3月の情報共有先について、あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| <input type="checkbox"/> | 1. 配置の歯科医師(「3. 利用者のかかりつけ歯科医師」を除く) |
| <input type="checkbox"/> | 2. 配置の歯科衛生士 |
| <input type="checkbox"/> | 3. 利用者のかかりつけ歯科医師 |
| <input type="checkbox"/> | 4. 協力歯科医療機関の歯科医師等 |
| <input type="checkbox"/> | 5. 口腔衛生の管理に係る技術的助言・指導を実施する歯科医師等 |
| <input type="checkbox"/> | 6. 口腔衛生管理加算の算定に係る歯科衛生士 |
| <input type="checkbox"/> | 7. 介護支援専門員 |
| <input type="checkbox"/> | 8. 自施設に訪問歯科診療を実施している歯科医師(「4. 利用者のかかりつけ歯科医師」を除く) |
| <input type="checkbox"/> | 9. 自施設に訪問歯科衛生指導を実施している歯科衛生士 |
| <input type="checkbox"/> | 10. 在宅歯科医療連携室 |
| <input type="checkbox"/> | 11. 郡市区歯科医師会 |
| <input type="checkbox"/> | 12. その他 |
| <input type="checkbox"/> | 13. 特に情報共有は実施しない |
| (12) 口腔衛生の管理(運営基準)に関する課題(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| <input type="checkbox"/> | 1. 技術的助言・指導が可能な歯科医師等がない/少ない |
| <input type="checkbox"/> | 2. 口腔衛生管理に関する意義を施設内で周知できていない |
| <input type="checkbox"/> | 3. 口腔衛生管理の情報をケアの質向上に活用できていない |
| <input type="checkbox"/> | 4. 口腔衛生の管理体制に係る計画の策定が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 5. 施設職員に対する研修会の開催の実施が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 6. 口腔清掃の用具の整備の実施が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 7. 口腔清掃の方法・内容等の見直しの実施が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 8. 歯科医師等による入所者の口腔衛生管理等の実施が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 9. 歯科医師等による食事環境、食形態等の確認の実施が困難 |
| <input type="checkbox"/> | 10. 歯科医師等から技術的助言・指導を受けるための時間の確保が難しい |
| <input type="checkbox"/> | 11. 歯科医師等からの技術的助言・指導の内容を周知することが難しい |
| <input type="checkbox"/> | 12. 歯科医師等と実施事項等の調整を行うことが難しい |
| <input type="checkbox"/> | 13. 口腔の健康状態の評価をできる職員が限られる |
| <input type="checkbox"/> | 14. 口腔の健康状態の評価にあたっての教育資材がない/少ない |
| <input type="checkbox"/> | 15. 口腔の健康状態の評価結果が職員によって異なる場合がある |
| <input type="checkbox"/> | 16. 口腔の健康状態の評価をする十分な時間が確保できない |
| <input type="checkbox"/> | 17. その他 |
| <input type="checkbox"/> | 18. 特になし |
| (13) 口腔衛生管理に関する効果的・先進的な取組として実施しているもの(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| <input type="checkbox"/> | 1. 歯科医師等からの技術的助言・指導を動画で録画している |
| <input type="checkbox"/> | 2. 歯科医師等からの技術的助言・指導の要点をまとめて職員に共有している |
| <input type="checkbox"/> | 3. 口腔の健康状態の評価にあたって、職員への研修等を実施している |
| <input type="checkbox"/> | 4. 口腔の健康状態の評価に関する施設独自のマニュアル等を作成している |
| <input type="checkbox"/> | 5. 口腔の健康状態の評価時や、歯科医師等の技術的助言・指導の際、口腔内カメラ等を活用している |
| <input type="checkbox"/> | 6. 口腔衛生管理の実施にあたって、職員への研修等を実施している |
| <input type="checkbox"/> | 7. 口腔衛生管理の実施に関する施設独自のマニュアル等を作成している |
| <input type="checkbox"/> | 8. 口腔衛生管理の実施状況等を動画で録画している |
| <input type="checkbox"/> | 9. 口腔衛生管理の実施状況等を写真で撮影している |
| <input type="checkbox"/> | 10. その他 |
| <input type="checkbox"/> | 11. 特になし |

問4 基本情報に関する設問

(1) 同一法人において提供されているサービス等を教えてください。

| | | |
|-----------|-----|------------------------|
| 居宅サービス | 1. | 訪問介護 |
| | 2. | 訪問入浴介護 |
| | 3. | 訪問看護(介護保険) |
| | 4. | 通所介護 |
| | 5. | 訪問リハビリテーション |
| | 6. | 通所リハビリテーション |
| | 7. | 短期入所生活介護 |
| | 8. | 短期入所療養介護 |
| | 9. | 特定施設入居者生活介護 |
| | 10. | 福祉用具貸与 または 販売 |
| 地域密着型サービス | 11. | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| | 12. | 夜間対応型訪問介護 |
| | 13. | 地域密着型通所介護 |
| | 14. | 認知症対応型通所介護 |
| | 15. | 小規模多機能型居宅介護 |
| | 16. | 認知症対応型共同生活介護 |
| | 17. | 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| | 18. | 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 |
| | 19. | 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 施設サービス | 20. | 介護老人福祉施設 |
| | 21. | 介護老人保健施設 |
| | 22. | 介護医療院 |
| 医療サービス | 23. | 病院(歯科を除く) |
| | 24. | 病院(歯科) |
| | 25. | 診療所(歯科を除く) |
| | 26. | 診療所(歯科) |
| | 27. | 薬局(院外) |
| | 28. | 訪問看護(医療保険) |
| その他 | 29. | 居宅介護支援 |
| | 30. | 栄養ケア・ステーション |
| | 31. | サービス付き高齢者向け住宅 |
| | 32. | 介護付きホーム(介護付き有料老人ホーム) |
| | 33. | 養護老人ホーム |
| | 34. | 軽費老人ホーム(ケアハウスA、B) |
| | 35. | 旧高齢者専用賃貸住宅 |
| | 36. | 地域包括支援センター(在宅介護支援センター) |
| | 37. | 総合事業(訪問型サービス) |
| | 38. | 総合事業(通所型サービス) |
| | 39. | 総合事業(その他の生活支援サービス) |
| — | 40. | その他(上記以外) |
| — | 41. | 特になし |

(2) 施設の職種別職員数(実人数・常勤換算人数)

| | 実人数 | | 常勤換算人数 | |
|----------------|-----|---|--------|---|
| | | 人 | | 人 |
| ① 医師 | | 人 | | 人 |
| ② 歯科医師 | | 人 | | 人 |
| ③ 歯科衛生士 | | 人 | | 人 |
| ④ 薬剤師 | | 人 | | 人 |
| ⑤ 看護職員 | | 人 | | 人 |
| ⑥ 理学療法士 | | 人 | | 人 |
| ⑦ 作業療法士 | | 人 | | 人 |
| ⑧ 言語聴覚士 | | 人 | | 人 |
| ⑨ 介護職員 | | 人 | | 人 |
| ⑩ 管理栄養士 | | 人 | | 人 |
| ⑪ 栄養士(管理栄養士除く) | | 人 | | 人 |
| ⑫ 介護支援専門員 | | 人 | | 人 |
| ⑬ その他 | | 人 | | 人 |

(3) 運営主体の法人種別(1つ選択してください)

| | | |
|------|-----------------|--|
| (選択) | 1. 社会福祉法人(社協以外) | |
| | 2. 社会福祉法人(社協) | |
| | 3. 医療法人 | |
| | 4. 特定非営利活動法人 | |
| | 5. 社団法人・財団法人 | |
| | 6. 株式会社 | |
| | 7. 株式会社以外の営利法人 | |
| | 8. 協同組合 | |
| | 9. 地方公共団体 | |
| | 10. その他 | |

調査票への回答は以上です。ご協力ありがとうございました。

**「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」
【特定施設入居者生活介護票】**

■ご記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は特段の指定がない場合は、**施設の管理者または施設における各取組の責任者等、取組内容について把握している方がご回答ください。**
- ・ 外部連携を行っている場合は、連携先の専門職と連携しつつ可能な限りご回答ください。
- ・ 特に指定の無い限り、令和6年9月1日時点の状況についてご回答ください。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合は「0」とご記入ください。
- ・ 具体的な回答方法については、「実施要領」をご確認ください。
- ・ 令和6年●月●日(●)までにご回答いただき、「調査実施のお願い」に記載の方法で提出してください。

■調査に関するお問い合わせ先

| | |
|---|-------------------------|
| 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」事務局 | |
| 電話:xxxx-xxx-xxx (平日 x:xx~xx:xx) | ◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎ |
| メール:xx@xx.xx.xx | |

問1 回答者情報

| | | |
|-----|---------|--|
| (1) | 施設名 | |
| (2) | 事業所番号 | |
| (3) | 法人名 | |
| (4) | 回答者役職 | |
| (5) | 回答者電話番号 | |

問2 一体的取組の実施状況

- (1) 医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による一体的な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(以下、「一体的取組」)を実施していますか。

| | | |
|------|----|---------------|
| (選択) | 1. | 一体的取組を実施している |
| | 2. | 一体的取組を実施していない |
| | 3. | わからない |

- (2) ※問2(1)で「1. 一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きます。一体的取組として実施している内容を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--|----|-----------------------------------|
| | 1. | 関係職種が各々の計画を一体的に共有できる様式を利用している |
| | 2. | 関係職種が共同して設定した目標を個別の計画に反映している |
| | 3. | 関係職種が必要時に相談し合う体制を作っている |
| | 4. | 関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している |
| | 5. | 文書等を用いて、随時関係職種での情報共有がされている |
| | 6. | 必要な他の関係職種の情報をいつでも閲覧できる状態にしている |
| | 7. | 関係職種によるミールラウンド(専門職による食事観察)を実施している |
| | 8. | 関係職種が互いの業務に対する理解を深めるための研修会を開催している |
| | 9. | その他 |

- (3) ※問2(2)で「4.関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している」と選択した方にお聞きます。カンファレンスで関係職種と情報連携を行った効果について教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--|----|--------------------------------------|
| | 1. | 関係職種と話し合うことで、共通の方針・目標について検討できた |
| | 2. | 関係職種で話し合った内容を踏まえて計画を修正できた |
| | 3. | 関係職種の専門的な知識を得られた |
| | 4. | 文書等を用いた情報共有に比べて、より詳細な利用者の情報を得ることができた |
| | 5. | カンファレンス時以外でも、互いに相談をしやすい体制が構築された |
| | 6. | その他 |
| | 7. | わからない |
| | 8. | 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない |

- (4) ※問2(2)で「4.関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している」を選択した方にお聞きします。カンファレンスの実施頻度を教えてください。

| | | | |
|------|----|---------|--|
| (選択) | 1. | 週1回程度 | |
| | 2. | 月2回程度 | |
| | 3. | 月1回程度 | |
| | 4. | 3月に1回程度 | |
| | 5. | 6月に1回程度 | |
| | 6. | その他 | |

- (5) ※問2(2)で「4.関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している」を選択した方にお聞きします。カンファレンスの主な参加職種を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | | |
|--|----|------------|--|
| | 1. | 医師 | |
| | 2. | 歯科医師・歯科衛生士 | |
| | 3. | 薬剤師 | |
| | 4. | 看護職員 | |
| | 5. | 機能訓練指導員 | |
| | 6. | 管理栄養士 | |
| | 7. | 介護支援専門員 | |
| | 8. | 介護職員 | |
| | 9. | その他 | |

- (6) ※問2(1)で「1.一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きします。一体的取組を行う対象者の範囲について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | | |
|------|----|-----------------|--|
| (選択) | 1. | 原則利入居者全員に実施している | |
| | 2. | 対象者を選んで実施している | |
| | 3. | その他 | |
| | 4. | わからない | |

- (7) ※問2(6)で「2.対象者を選んで実施している」を選択した方にお聞きします。一体的取組を行う対象者を選択する際の基準として用いているものを選択してください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | | |
|--|-----|-----------------------------|--|
| | 1. | 誤嚥性肺炎の既往がある | |
| | 2. | 摂食嚥下機能障害がある又は既往がある | |
| | 3. | 褥瘡がある又は既往がある | |
| | 4. | 認知症がある又は認知機能の低下がある | |
| | 5. | 循環器疾患(慢性心不全や狭心症等)がある又は既往がある | |
| | 6. | 低栄養がある又は低栄養リスクがある | |
| | 7. | 精神機能・身体機能の低下がある | |
| | 8. | ADLやIADLなど、活動能力の低下がある | |
| | 9. | 社会参加や家庭内の役割を担う機会が制限されている | |
| | 10. | 口腔衛生状態が悪い | |
| | 11. | 口腔機能の低下がある | |
| | 12. | 利用者又はその家族から経口摂取などの要望があった | |
| | 13. | その他 | |
| | 14. | わからない | |

(8) 口腔について、歯科医師等への相談・介入の必要性がある場合はどこに情報共有していますか。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. 配置の歯科医師 | |
| <input type="checkbox"/> | 2. 配置の歯科衛生士 | |
| <input type="checkbox"/> | 3. 協力歯科医療機関の歯科医師等 | |
| <input type="checkbox"/> | 4. 利用者のかかりつけ歯科医師(「1. 配置の歯科医師」を除く) | |
| <input type="checkbox"/> | 5. 口腔衛生の管理に係る技術的助言・指導を実施する歯科医師等 | |
| <input type="checkbox"/> | 6. 介護支援専門員に情報共有 | |
| <input type="checkbox"/> | 7. 自施設に訪問歯科診療を実施している歯科医師(「4. 利用者のかかりつけ歯科医師」を除く) | |
| <input type="checkbox"/> | 8. 自施設に居宅療養管理指導を実施している歯科衛生士 | |
| <input type="checkbox"/> | 9. 在宅歯科医療連携室 | |
| <input type="checkbox"/> | 10. 歯科医師会 | |
| <input type="checkbox"/> | 11. その他 | |
| <input type="checkbox"/> | 12. 特に情報共有は実施していない | |

(9) 栄養について、管理栄養士への相談・介入の必要性がある場合はどこに情報共有していますか。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. 配置の医師 | |
| <input type="checkbox"/> | 2. 配置の管理栄養士 | |
| <input type="checkbox"/> | 3. 協力医療機関の医師等 | |
| <input type="checkbox"/> | 4. 利用者の主治の医師(「1. 配置の医師」、「5. 自施設に訪問診療を実施している医師」を除く) | |
| <input type="checkbox"/> | 5. 自施設に訪問診療を実施している医師 | |
| <input type="checkbox"/> | 6. 居宅療養管理指導を実施する医療機関 | |
| <input type="checkbox"/> | 7. 居宅療養管理指導を実施する介護保険施設 | |
| <input type="checkbox"/> | 8. 居宅療養管理指導を実施する栄養ケア・ステーション | |
| <input type="checkbox"/> | 9. 介護支援専門員 | |
| <input type="checkbox"/> | 10. その他 | |
| <input type="checkbox"/> | 11. 特に情報共有は実施しない | |

(10) ※問2(1)で「1. 一体的取組を実施している」を選択した方にお聞きします。
 一体的取組を実施したことによる変化や、感じられた効果について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

〈利用者に対する効果〉

| | | | |
|--|-----|------------------------------------|--|
| | 1. | 提供サービスに対する利用者の満足度が上がった | |
| | 2. | 利用者の個別機能訓練・栄養・口腔の関わりに対する理解や意識が向上した | |
| | 3. | 誤嚥性肺炎の予防や、リスクが高い利用者の早期発見につながった | |
| | 4. | 摂食嚥下機能障害の予防や、機能の維持・改善につながった | |
| | 5. | 褥瘡の予防や、治癒の促進につながった | |
| | 6. | 認知機能低下の予防や、機能の維持・改善につながった | |
| | 7. | 低栄養状態のリスクが高い利用者の早期発見につながった | |
| | 8. | 栄養状態の維持・改善につながった | |
| | 9. | 身体機能低下の予防や、機能の維持・改善につながった | |
| | 10. | ADL、IADLなど、活動能力の維持・改善につながった | |
| | 11. | 社会参加や家庭内の役割を担う機会の維持・増加につながった | |
| | 12. | 口腔衛生状態の維持・改善につながった | |
| | 13. | 口腔機能の維持・改善につながった | |
| | 14. | その他の利用者に対する効果 | |
| | 15. | わからない | |
| | 16. | 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない | |

〈施設の体制の変化・職員への効果〉

| | | | |
|--|-----|------------------------------------|--------|
| | 17. | 一体的取組に係る専門職を新規に雇用した | |
| | 18. | 施設内の関係職種で情報連携を行う体制を整備した | |
| | 19. | 施設サービス計画等の検討にあたり各専門職が会議に参加するようになった | |
| | 20. | 一体的取組に必要な外部の関係者との連携が強化された | 関係者の職種 |
| | 21. | 各専門職ごとの観点や業務内容への理解が深まった | |
| | 22. | 職員の一体的取組に対する理解や意識が向上した | |
| | 23. | 他の関係職種の情報を得ることで、計画の内容を深めることができた | |
| | 24. | 利用者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった | |
| | 25. | 利用者の残存機能や今後の見通しがわかりやすくなった | |
| | 26. | その他の施設・職員への効果 | |
| | 27. | わからない | |
| | 28. | 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない | |

- (11) ※問2(1)で「2.一体的取組は実施していない」を選択した方にお聞きます。
一体的取組を実施しない・できない理由を教えてください。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | |
|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. 管理栄養士の確保が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 2. 口腔の専門職の確保が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 3. 機能訓練指導員の確保が困難だから |
| <input type="checkbox"/> | 4. 一体的取組のやり方や留意点が分からないから |
| <input type="checkbox"/> | 5. 利用者にとって必要なサービスではないから |
| <input type="checkbox"/> | 6. 対象となる利用者がいないから |
| <input type="checkbox"/> | 7. 主導する職種が決まっていない・わからないから |
| <input type="checkbox"/> | 8. 関係職種の理解や協力が得られないから |
| <input type="checkbox"/> | 9. 介護支援専門員の理解や協力が得られないから |
| <input type="checkbox"/> | 10. 利用者や家族の同意が得られないから |
| <input type="checkbox"/> | 11. 会議を含む情報連携に手間がかかるから |
| <input type="checkbox"/> | 12. 各専門職の情報を反映した計画の見直しに手間がかかるから |
| <input type="checkbox"/> | 13. 加算がないから |

<上記以外>

| | | |
|--------------------------|-----------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 14. その他 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | 15. わからない | |

問3 口腔衛生の管理(運営基準)に関する実施状況

- (1) 貴施設では協力歯科医療機関を設定していますか(1つ選択してください)

| | |
|------|----------|
| (選択) | 1. している |
| | 2. していない |

- (2) 貴施設において、訪問診療が実施可能な歯科医療機関はありますか(1つ選択してください)

| | |
|------|-------|
| (選択) | 1. ある |
| | 2. ない |

- (3) (ないと答えた方にお聞きます。)歯科治療が必要な場合にどのように対応されていますか。(1つ選択してください)

| | |
|------|-------------|
| (選択) | 1. 通院にて対応する |
| | 2. 特に対応しない |

- (4) 令和6年3月時点での口腔衛生管理体制加算の算定状況(1つ選択してください)

| | |
|------|----------|
| (選択) | 1. 算定あり |
| | 2. 算定なし |
| | 3. わからない |

義務化された口腔衛生の管理(運営基準※の取組実施状況(1つ選択してください))

- (5) ※令和6年度介護報酬改定により、口腔衛生の管理が特定施設の運営基準に追加され、「歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施し、当該技術的助言及び指導に基づき入居者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成する。」ことが義務づけられました。(3年間の経過措置期間があります。)以降、口腔衛生の管理(運営基準)と記載します。

| | |
|------|------------------------|
| (選択) | 1. 令和6年3月以前より取組を実施している |
| | 2. 令和6年4月以降に新たに取組を開始した |
| | 3. 今後取組の実施を予定(1年以内) |
| | 4. 今後取組の実施を予定(1年後以降) |
| | 5. 今後取組の実施を予定(時期未定) |
| | 6. わからない |

| | | | |
|--|---------------------------|--------------------------|----------------------|
| (6) 口腔衛生の管理(運営基準)に係る技術的助言・指導の実施者(令和6年度の予定)(あてはまるもの全てに○をしてください) | | | |
| <input type="checkbox"/> | 1. 歯科医師 → | <input type="checkbox"/> | 1. 施設内常勤 |
| | | <input type="checkbox"/> | 2. 施設内非常勤 |
| | | <input type="checkbox"/> | 3. 外部委託(協力歯科医療機関を除く) |
| | | <input type="checkbox"/> | 4. 協力歯科医療機関 |
| | | <input type="checkbox"/> | 5. その他 |
| <input type="checkbox"/> | 2. 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士 → | <input type="checkbox"/> | 1. 施設内常勤 |
| | | <input type="checkbox"/> | 2. 施設内非常勤 |
| | | <input type="checkbox"/> | 3. 外部委託(協力歯科医療機関を除く) |
| | | <input type="checkbox"/> | 4. 協力歯科医療機関 |
| | | <input type="checkbox"/> | 5. その他 |
| (7) 口腔衛生の管理(運営基準)に係る技術的助言・指導の実施頻度(令和6年度の予定)(1つ選択してください) | | | |
| <input type="checkbox"/> | 1. 年2回 | | |
| | 2. 年3回 | | |
| | 3. 年4回 | | |
| | 4. 年5回 | | |
| | 5. 年6回以上 | | |
| | 6. 未定・調整中 | | |
| (8) 技術的助言・指導のオンライン実施(令和6年度の予定)(1つ選択してください) | | | |
| <input type="checkbox"/> | 1. 全て情報通信機器を用いての実施を予定している | | |
| | 2. 一部情報通信機器を用いての実施を予定している | | |
| | 3. 情報通信機器を用いての実施は予定していない | | |
| | 4. 未定・調整中 | | |
| | 5. その他 | | |
| (9) 入居者の口腔の健康状態の評価の実施頻度(1つ選択してください) | | | |
| <input type="checkbox"/> | 1. 毎日 | | |
| | 2. 週2回以上 | | |
| | 3. 週1回以下 | | |
| | 4. 月2回程度 | | |
| | 5. 評価は行っていない | | |
| | 6. 未定・わからない | | |
| (10) ※問3(9)で、1~4を選択した方にお聞きします。 どのように実施していますか。 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 1. 口腔・栄養スクリーニング加算において実施 | | |
| | 2. 加算等と関係無く実施 | | |
| (11) 入居者の口腔の健康状態の評価を実施している職種(あてはまるもの全てに○をしてください) | | | |
| <input type="checkbox"/> | 1. 歯科医師 | | |
| <input type="checkbox"/> | 2. 歯科衛生士 | | |
| <input type="checkbox"/> | 3. 看護職員 | | |
| <input type="checkbox"/> | 4. 言語聴覚士 | | |
| <input type="checkbox"/> | 5. 介護職員 | | |
| <input type="checkbox"/> | 6. その他 | | |

| | |
|---|---|
| (12) 口腔衛生の管理(運営基準)を実施したことにより、感じられた効果について回答ください。(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| | 1. 歯科医師等の介入が必要な利用者が判別できるようになった |
| | 2. 介護職員の口腔に対する理解や意識が向上した |
| | 3. 歯科医師等に利用者の問題点を相談ができるようになった |
| | 4. 口腔について、施設職員で話す機会が増えた |
| | 5. 利用者の口腔に対する理解や意識が向上した |
| | 6. 利用者の口腔の状態が改善された |
| | 7. その他 |
| | 8. わからない |
| | 9. 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない |
| | 10. 現在取り組んでいない |
| (13) 口腔衛生の管理(運営基準)に関する課題(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| | 1. 技術的助言・指導が可能な歯科医師等がない/少ない |
| | 2. 口腔衛生管理に関する意義を施設内で周知できていない |
| | 3. 口腔衛生管理の情報をケアの質向上に活用できていない |
| | 4. 口腔衛生の管理体制に係る計画の策定が困難 |
| | 5. 施設職員に対する研修会の開催の実施が困難 |
| | 6. 口腔清掃の用具の整備の実施が困難 |
| | 7. 口腔清掃の方法・内容等の見直しの実施が困難 |
| | 8. 歯科医師等による入居者の口腔衛生管理等の実施が困難 |
| | 9. 歯科医師等による食事環境、食形態等の確認の実施が困難 |
| | 10. 歯科医師等から技術的助言・指導を受けるための時間の確保が難しい |
| | 11. 歯科医師等からの技術的助言・指導の内容を周知することが難しい |
| | 12. 歯科医師等と実施事項等の調整を行うことが難しい |
| | 13. 口腔の健康状態の評価をできる職員に限られる |
| | 14. 口腔の健康状態の評価にあたっての教育資材がない/少ない |
| | 15. 口腔の健康状態の評価結果が職員によって異なる場合がある |
| | 16. 口腔の健康状態の評価をする十分な時間が確保できない |
| | 17. その他 |
| | 18. 特になし |
| (14) 口腔衛生管理に関する効果的・先進的な取組として実施しているもの(あてはまるもの全てに○をしてください) | |
| | 1. 歯科医師等からの技術的助言・指導を動画で録画している |
| | 2. 歯科医師等からの技術的助言・指導の要点をまとめて職員に共有している |
| | 3. 口腔の健康状態の評価にあたって、職員への研修等を実施している |
| | 4. 口腔の健康状態の評価に関する施設独自のマニュアル等を作成している |
| | 5. 口腔の健康状態の評価時や、歯科医師等の技術的助言・指導の際、口腔内カメラ等を活用している |
| | 6. 口腔衛生管理の実施にあたって、職員への研修等を実施している |
| | 7. 口腔衛生管理の実施に関する施設独自のマニュアル等を作成している |
| | 8. 口腔衛生管理の実施状況等を動画で録画している |
| | 9. 口腔衛生管理の実施状況等を写真で撮影している |
| | 10. その他 |
| | 11. 特になし |

問4 口腔・栄養に係る加算に関する設問

(1) 口腔・栄養スクリーニング加算の算定がある施設の方にお聞きします。
口腔・栄養スクリーニング加算を算定したことの効果(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | |
|--|----|---------------------------------|
| | 1. | 口腔と栄養の専門職の介入が必要な利用者が判別できるようになった |
| | 2. | 施設職員の口腔と栄養に対する理解や意識が向上した |
| | 3. | 口腔と栄養の専門職に利用者の問題点を相談ができるようになった |
| | 4. | 口腔と栄養について、施設職員で話す機会が増えた |
| | 5. | 利用者の口腔と栄養に対する理解や意識が向上した |
| | 6. | 利用者の口腔や栄養の状態が改善された |
| | 7. | その他 |
| | 8. | わからない |
| | 9. | 従前より長期的に実施しているため、変化を感じない |

(2) 口腔・栄養スクリーニング加算の算定が**ない**施設の方にお聞きします。
口腔・栄養スクリーニング加算を算定しない理由は何ですか。(あてはまるもの全てに○をしてください)

| | | | |
|--|----|----------------------------|------|
| | 1. | スクリーニング項目の把握が困難だから | |
| | 2. | 加算の単位が低いから | |
| | 3. | 併算定不可の他の加算を優先しているから | |
| | 4. | スクリーニングを実施しても専門職との連携が困難だから | |
| | 5. | 6月毎の実施では不十分だと思うから | |
| | 6. | 加算の要件を満たすのが難しいから | 該当要件 |
| | 7. | 加算について知らなかった | |
| | 8. | その他 | |
| | 9. | 特になし | |

(3) 口腔・栄養の状態の評価を実施している頻度はどの程度ですか。(1つ選択してください)

| | | |
|------|----|------------|
| (選択) | 1. | 週1回程度 |
| | 2. | 月2回程度 |
| | 3. | 月1回程度 |
| | 4. | 3月に1回程度 |
| | 5. | 6月に1回程度 |
| | 6. | 評価を実施していない |

問5 基本情報に関する設問

(1) 同一法人において提供されているサービス等を教えてください。

| | | |
|-----------|-----|------------------------|
| 居宅サービス | 1. | 訪問介護 |
| | 2. | 訪問入浴介護 |
| | 3. | 訪問看護(介護保険) |
| | 4. | 通所介護 |
| | 5. | 訪問リハビリテーション |
| | 6. | 通所リハビリテーション |
| | 7. | 短期入所生活介護 |
| | 8. | 短期入所療養介護 |
| | 9. | 特定施設入居者生活介護 |
| | 10. | 福祉用具貸与 または 販売 |
| 地域密着型サービス | 11. | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| | 12. | 夜間対応型訪問介護 |
| | 13. | 地域密着型通所介護 |
| | 14. | 認知症対応型通所介護 |
| | 15. | 小規模多機能型居宅介護 |
| | 16. | 認知症対応型共同生活介護 |
| | 17. | 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| | 18. | 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 |
| | 19. | 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 施設サービス | 20. | 介護老人福祉施設 |
| | 21. | 介護老人保健施設 |
| | | 従前よ介護医療院 |
| 医療サービス | 23. | 病院(歯科を除く) |
| | 24. | 病院(歯科) |
| | 25. | 診療所(歯科を除く) |
| | 26. | 診療所(歯科) |
| | 27. | 薬局(院外) |
| | 28. | 訪問看護(医療保険) |
| その他 | 29. | 居宅介護支援 |
| | 30. | 栄養ケア・ステーション |
| | 31. | サービス付き高齢者向け住宅 |
| | 32. | 介護付きホーム(介護付き有料老人ホーム) |
| | 33. | 養護老人ホーム |
| | 34. | 軽費老人ホーム(ケアハウスA、B) |
| | 35. | 旧高齢者専用賃貸住宅 |
| | 36. | 地域包括支援センター(在宅介護支援センター) |
| | 37. | 総合事業(訪問型サービス) |
| | 38. | 総合事業(通所型サービス) |
| | 39. | 総合事業(その他の生活支援サービス) |
| — | 40. | その他(上記以外) |
| — | 41. | 特になし |

(2) 施設の職種別職員数(実人数・常勤換算人数)

| | 実人数 | | 常勤換算人数 | |
|------------------|-----|---|--------|---|
| | | 人 | | 人 |
| ① 医師 | | 人 | | 人 |
| ② 歯科医師 | | 人 | | 人 |
| ③ 歯科衛生士 | | 人 | | 人 |
| ④ 薬剤師 | | 人 | | 人 |
| ⑤ 看護職員 | | 人 | | 人 |
| ⑥ 理学療法士 | | 人 | | 人 |
| ⑦ 作業療法士 | | 人 | | 人 |
| ⑧ 言語聴覚士 | | 人 | | 人 |
| ⑨ 機能訓練指導員(⑤～⑧除く) | | 人 | | 人 |
| ⑩ 介護職員 | | 人 | | 人 |
| ⑪ 管理栄養士 | | 人 | | 人 |
| ⑫ 栄養士(管理栄養士除く) | | 人 | | 人 |
| ⑬ 介護支援専門員 | | 人 | | 人 |
| ⑭ その他 | | 人 | | 人 |

(3) 管理栄養士・栄養士を配置している特定施設入居者生活介護の種類を選択してください。

| | | |
|------|----|----------------------|
| (選択) | 1. | 介護付きホーム(介護付き有料老人ホーム) |
| | 2. | 住宅型有料老人ホーム |
| | 3. | サービス付き高齢者向け住宅 |
| | 4. | 軽費老人ホーム(ケアハウス) |
| | 5. | 養護老人ホーム |

(4) 管理栄養士・栄養士の業務状況についてお伺いします。

令和6年8月中(1か月間)の自施設の管理栄養士または栄養士について、職種(管理栄養士・栄養士)及びその採用形態(常勤・非常勤)をそれぞれ選択し、業務割合を記入してください。管理栄養士及び栄養士が複数いる場合は常勤を優先して、2人まで記入してください(委託の管理栄養士及び栄養士は含めないでください)。
 ※各管理栄養士または栄養士において、①～④の業務が10割になるように記入してください。概算値で結構です。

<1人目>

| | | | | | | | | | | | |
|------|----|-------|-----------|---------|----------|------|--------|---|--|---|-----|
| (選択) | 1. | 管理栄養士 | 業務内容の内訳 | | | | | | | | |
| | 2. | 栄養士 | ①給食に関する業務 | ②栄養管理業務 | ③他施設での業務 | ④その他 | ①～④の合計 | | | | |
| (選択) | 1. | 常勤 | | 割 | | 割 | | 割 | | 割 | 10割 |
| | 2. | 非常勤 | | | | | | | | | |

<2人目>

| | | | | | | | | | | | |
|------|----|-------|-----------|---------|----------|------|--------|---|--|---|-----|
| (選択) | 1. | 管理栄養士 | 業務内容の内訳 | | | | | | | | |
| | 2. | 栄養士 | ①給食に関する業務 | ②栄養管理業務 | ③他施設での業務 | ④その他 | ①～④の合計 | | | | |
| (選択) | 1. | 常勤 | | 割 | | 割 | | 割 | | 割 | 10割 |
| | 2. | 非常勤 | | | | | | | | | |

「①給食に関する業務」は、自施設における食事箋・食札の管理、給食に関する契約・発注、委託会社との給食関連の調整、調理・検食・配膳・下膳・残食調査・片付け、衛生管理業務等が該当します。
 「②栄養管理業務」には、「①給食に関する業務」を除く、自施設における栄養ケア・マネジメントに関するすべての業務が該当します。なお、食事介助、サービス担当者会議等の栄養管理に関する事項を含むカンファレンスは、こちらに含めてください。
 「③他施設での業務」は、自施設以外の施設や事業所、医療機関等において実施する業務が該当します。
 「④その他」は、自施設における送迎業務、食事介助を除く介護業務、労務管理、居宅訪問の移動時間、研修・訓練等が該当します。なお、休憩時間は含めないでください(休憩時間は①～④のいずれにも含めず、実働時間だけで合計100%となるよう計算してください)。

(5) 運営主体の法人種別(1つ選択してください)

- | | |
|------|-----------------|
| (選択) | 1. 社会福祉法人(社協以外) |
| | 2. 社会福祉法人(社協) |
| | 3. 医療法人 |
| | 4. 特定非営利活動法人 |
| | 5. 社団法人・財団法人 |
| | 6. 株式会社 |
| | 7. 株式会社以外の営利法人 |
| | 8. 協同組合 |
| | 9. 地方公共団体 |
| | 10. その他 |

調査票への回答は以上です。ご協力ありがとうございました。