

老老発 0316 第 4 号  
令和 3 年 3 月 16 日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局老人保健課長  
（ 公 印 省 略 ）

科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに  
事務処理手順及び様式例の提示について

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

記

## 第 1 基本的考え方

1

## 1 科学的介護情報システム（L I F E）について

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

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

U R L : [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094\\_00037.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html)

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

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

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

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

以上の観点から、第2に規定する各加算については、L I F Eへの情報提

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

## 第2 L I F Eに関連する加算

### 1 科学的介護推進体制加算

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

##### ア L I F Eへの情報提出頻度について

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

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

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

(ウ) (ア) 又は (イ) の月のほか、少なくとも 6 月ごと

(エ) サービスの利用を終了する日の属する月

##### イ L I F Eへの提出情報について

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

また、提出情報は、利用者ごとに、以下の時点における情報とするこ

と。

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

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

ア L I F E への情報提出頻度について

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

イ L I F E への提出情報について

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

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

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

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

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

ア L I F E への情報提出頻度について

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

#### イ LIFEへの提出情報について

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

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

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

#### (4) 猶予期間の設定について

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

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

又は、

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

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

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

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

## 2 個別機能訓練加算(Ⅱ)

### (1) LIFEへの情報提出頻度について

利用者ごとに、アからウまでに定める月の翌月10日までに提出すること。

ア 新規に個別機能訓練計画の作成を行った日の属する月

イ 個別機能訓練計画の変更を行った日の属する月

ウ ア又はイのほか、少なくとも3月に1回

### (2) LIFEへの提出情報について

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

イ 提出情報は、以下の時点における情報とすること。

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

## 3 ADL維持等加算

### (1) LIFEへの情報提出頻度について

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

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

なければならないこと。

(2) L I F Eへの提出情報について

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

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

4 リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ及び(B)ロ

(1) L I F Eへの情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、2(1)を参照されたい。

(2) L I F Eへの提出情報について

ア 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」別紙様式2-2-1及び2-2-2（リハビリテーション計画書）にある「計画作成日」、「担当職種」、「健康状態、経過（原因疾病及び合併疾患・コントロール状態に限る。）」、「日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」、「心身機能・構造」、「活動（基本動作、活動範囲など）」、「活動（ADL）」、「リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月）」、「リハビリテーションの長期目標」、「リハビリテーションの終了日安」、「社会参加の状況」、「活動（I ADL）」及び「リハビリテーションサービス（目標、担当職種、具体的支援内容、頻度及び時間に限る。）」の各項目に係る情報をすべて提出すること。

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

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

(1) L I F Eへの情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、2(1)を参照されたい。

(2) L I F Eへの提出情報について

ア 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」別紙様式2-2-1及び2-2-2（リハビリテーション計画書）にある「計画作成日」、「担当職種」、「健康状態、経過（原因疾病及び合

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

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

## 6 褥瘡マネジメント加算

### (1) LIFEへの情報提出頻度について

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

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

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

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

### (2) LIFEへの提出情報について

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



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

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

ウ 提出情報は、利用者等ごとに、以下の時点における情報とすること。

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

### (3) 猶予期間の設定について

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

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

## 7 褥瘡対策指導管理(Ⅱ)

### (1) L I F Eへの情報提出頻度について

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

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

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

ウ 褥瘡の発生と関係のあるリスクに係る評価を行った日の属する月

(評価は少なくとも3月に1回行うものとする。)

(2) LIFEへの提出情報について

ア 「特別診療費の算定に関する留意事項について」別添様式3(褥瘡対策に関する診療計画書)にある「評価日」、「計画作成日」、「褥瘡の有無」及び「危険因子の評価」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。

イ また、褥瘡がある入所者については、同様式にある「褥瘡の状態の評価」に係る情報も提出すること。

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

8 排せつ支援加算

(1) LIFEへの情報提出頻度について

褥瘡マネジメント加算と同様であるので、6(1)を参照されたい。

(2) LIFEへの提出情報について

ア 事業所・施設における利用者等全員について、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式6又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式6(排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書)にある「評価日」、「計画作成日」、「排せつの状態及び今後の見込み」、「排せつの状態に関する支援の必要性」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。

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

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

9 自立支援促進加算

(1) LIFEへの情報提出頻度について

褥瘡マネジメント加算と同様であるので、6(1)を参照されたい。

(2) LIFEへの提出情報について

ア 施設における入所者全員について、「指定居宅サービスに要する費用

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

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

#### 10 かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)

##### (1) L I F Eへの情報提出頻度について

入所者ごとに、アからエまでに定める月の翌月10日までに提出すること。

ア 施設に入所した日の属する月

イ 処方内容に変更が生じた日の属する月

ウ ア又はイの月のほか、少なくとも3月に1回

エ 施設を退所する日の属する月

##### (2) L I F Eへの提出情報について

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

提出情報は、以下の時点における情報とすること。

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

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

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

## 11 薬剤管理指導の注2の加算

### (1) LIFEへの情報提出頻度について

入所者ごとに、アからエまでに定める月の翌月10日までに提出すること。

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

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

ウ 処方内容に変更が生じた日の属する月

エ ア、イ又はウの月のほか、少なくとも3月に1回

### (2) LIFEへの提出情報について

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

提出情報は、以下の時点における情報とすること。

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

## 12 栄養マネジメント強化加算

### (1) LIFEへの情報提出頻度について

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

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

(2) LIFEへの提出情報について

ア 施設における入所者全員について、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」別紙様式4-1（栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例））にある「実施日」、「低栄養状態のリスクレベル」、「低栄養状態のリスク（状況）」、「食生活状況等」、「多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）」、「総合評価」及び「計画変更」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、すべて提出すること。

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

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

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

### 13 栄養アセスメント加算

(1) LIFEへの情報提出頻度について

入所者ごとに、ア及びイに定める月の翌月10日までに提出すること。

ア 栄養アセスメントを行った日の属する月

イ アの月のほか、少なくとも3月に1回

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

(2) LIFEへの提出情報について

利用者全員について、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」別紙様式5-1（栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例））にある「実施日」「低栄養状

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

提出情報は、利用者ごとに、以下の時点における情報とすること。

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

#### 14 口腔衛生管理加算(Ⅱ)

##### (1) LIFEへの情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、2(1)を参照されたい。

##### (2) LIFEへの提出情報について

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

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

#### 15 口腔機能向上加算(Ⅱ)

##### (1) LIFEへの情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、2(1)を参照されたい。

##### (2) LIFEへの提出情報について

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」別紙様式8（口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例））にある「か

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

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

各 都道府県介護保険主管課（室） 御中

厚生労働省老健局老人保健課

科学的介護情報システム（LIFE）と介護ソフト間における CSV 連携の標準仕様について

介護保険行政の円滑な実施につきましては、日頃から御尽力賜り厚く御礼申し上げます。  
厚生労働省では、平成 28 年度より通所・訪問リハビリテーションデータ収集システム（VISIT）、令和2年5月より高齢者の状態やケアの内容等データ収集システム（CHASE）を運用しており、令和3年4月1日より、これらの一体的な運用を開始するとともに、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、名称を「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence; LIFE ライフ）（以下「LIFE」という。）」とする予定です。

また、令和3年度介護報酬改定においては、介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進していく観点から、LIFE へのデータ提出とフィードバックの活用により更なる PDCA サイクルの推進・ケアの質の向上を図ることを評価・推進することとしており、こうした取組を評価する加算を創設する予定です。データ提出にあたっては、介護ソフトに入力したデータを LIFE に連携する機能等を備えることにより、LIFE へデータを再入力する負担が生じないような仕組みとしていきたいと考えております。

このため、別紙の通り「外部インターフェース項目一覧（LIFE）」を作成致しました。当該項目一覧に沿って改修した介護ソフトを用いることにより、加算の算定の要件となっている様式例等について、LIFE に再入力することなく介護ソフトから CSV ファイルで出力し、LIFE に取り込むことが可能となり、介護サービス事業所等の LIFE へのデータ入力に係る負担の軽減につながるものと考えています。

なお、CSV 連携仕様については、現行の CHASE の CSV 連携仕様と同様となりますが、LIFE に対応したものを改めてお示しする予定です。

（CHASE CSV 連携仕様：

[https://chase.mhlw.go.jp/configs/CSV%E9%80%A3%E6%90%BA%E4%BB%95%E6%A7%98%E6%9B%B8 \(CHASE\) v1.0.pdf](https://chase.mhlw.go.jp/configs/CSV%E9%80%A3%E6%90%BA%E4%BB%95%E6%A7%98%E6%9B%B8%20%28CHASE%29v1.0.pdf)

各都道府県におかれては、本事務連絡の内容について、貴管内の介護事業者、市町村、関係団体、関係機関等に対して周知をお願いします。

なお、ご質問は、ヘルプデスクにて受付いたしますので、下記の E-mail 宛にお問い合わせいただけますようお願いいたします。

【CHASE ヘルプデスク 連絡先】

E-mail : [chase@toshiba-sol.co.jp](mailto:chase@toshiba-sol.co.jp)



# 科学的介護推進に関する評価

評価日 令和 年 月 日  
 前回評価日 令和 年 月 日  
 記入者名

氏名 殿

障害高齢者の日常生活自立度：自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2  
 認知症高齢者の日常生活自立度：自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

基本情報	保険者番号	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
	被保険者番号	
	事業所番号	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
総論	既往歴 [前回の評価時より変化のあった場合は記載]	
	服薬情報 1. 薬剤名 ( ) ( /日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日) 2. 薬剤名 ( ) ( /日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日) ・ ・	
	同居家族等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他) (複数選択可) 家族等が介護できる時間 <input type="checkbox"/> ほとんど終日 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 2～3時間程度 <input type="checkbox"/> 必要な時に手をかう程度 <input type="checkbox"/> その他	
	ADI. 自立 一部介助 全介助 ・食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・椅子とベッド間の移乗 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (監視下) (座れるが移れない) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・整容 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 ・トイレ動作 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 ・平地歩行 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (歩行器等) (車椅子操作が可能) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・階段昇降 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排便コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排尿コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	
	在宅復帰の有無等 <input type="checkbox"/> 入所継続中 <input type="checkbox"/> 退所 (退所日: ) <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 介護医療院入所 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設入所 <input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他	

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

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

【認知症任意項目含む】

認知症	認知症の診断 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(診断日 年 月 日: <input type="checkbox"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> 脳一過性小体病 <input type="checkbox"/> その他( ))
	DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載) まったくない    ほとんどない    ときどきある    よくある    常にある ・同じ事を何度も何度も聞く <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・日常的な物事に興味を示さない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・特別な事情がないのに夜中起き出す <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・昼間、寝てばかりいる <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・やたらに歩きまわる <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・同じ動作をいつまでも繰り返す <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・口汚くののしる <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・世話をされるのを拒否する <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・物を貯め込む <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・引き出しや箆笥の中身をみんな出してしまう <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Vitality Index ・起床 <input type="checkbox"/> いつも定時に起床している <input type="checkbox"/> 起こさないで起床しないことがある <input type="checkbox"/> 自分から起床することはない ・意思疎通 <input type="checkbox"/> 自分から挨拶する、話し掛ける <input type="checkbox"/> 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる <input type="checkbox"/> 反応がない ・食事 <input type="checkbox"/> 自分から進んで食べようとする <input type="checkbox"/> 促されると食べようとする <input type="checkbox"/> 食事に関心がない、全く食べようとしな ・排せつ <input type="checkbox"/> いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う <input type="checkbox"/> 時々、尿意便意を伝える <input type="checkbox"/> 排せつに全く関心がない ・リハビリ・活動 <input type="checkbox"/> 自らリハビリに向かう、活動を求める <input type="checkbox"/> 促されて向かう <input type="checkbox"/> 拒否、無関心

【認知症必須項目】

認知症	認知症の診断 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(診断日 年 月 日: <input type="checkbox"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> 脳一過性小体病 <input type="checkbox"/> その他( ))
	DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載) まったくない    ほとんどない    ときどきある    よくある    常にある ・日常的な物事に興味を示さない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・特別な事情がないのに夜中起き出す <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・やたらに歩きまわる <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・同じ動作をいつまでも繰り返す <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Vitality Index <input type="checkbox"/> 自分から挨拶する、話し掛ける <input type="checkbox"/> 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる <input type="checkbox"/> 反応がない

## 興味・関心チェックシート

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				炊仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				貸金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ( )				その他 ( )			
その他 ( )				その他 ( )			

## 生活機能チェックシート

利用者氏名		生年月日	年 月 日	男・女
評価日	令和 年 月 日( )	:	～ :	要介護度
評価スタッフ		職種		

	項目	レベル	課題	環境 (実施場所・補助具等)	状況・生活課題
ADL	食事	・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0)	有・無		
	椅子とベッド 間の移乗	・自立(15) ・監視下(10) ・座れるが移れない(5) ・全介助(5)	有・無		
	整容	・自立(5) ・一部介助(0) ・全介助(0)	有・無		
	トイレ動作	・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0)	有・無		
	入浴	・自立(5) ・一部介助(0) ・全介助(0)	有・無		
	平地歩行	・自立(15) ・歩行器等(10) ・車椅子操作が可能(5) ・全介助(0)	有・無		
	階段昇降	・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0)	有・無		
	更衣	・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0)	有・無		
	排便 コントロール	・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0)	有・無		
	排尿 コントロール	・自立(10) ・一部介助(5) ・全介助(0)	有・無		
IADL	調理	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	洗濯	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	掃除	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	項目	レベル	課題	状況・生活課題	
起居動作	寝返り	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	起き上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	座位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立ち上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		

## 【個別機能訓練計画書】

作成日：令和 年 月 日		前回作成日：令和 年 月 日		初回作成日：令和 年 月 日	
ふりがな 氏名	性別	大正 / 昭和 年 月 日生( 歳)		要介護度	計画作成者： 職種：
	障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		

## I 利用者の基本情報 ※別紙様式1・別紙様式2を別途活用すること。

利用者本人の希望	家族の希望
利用者本人の社会参加の状況	利用者の居宅の環境（環境因子）

## 健康状態・経過

病名	発症日・受傷日： 年 月 日	直近の入院日： 年 月 日	直近の退院日： 年 月 日
治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）			
合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等）			
機能訓練実施上の留意事項（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）			

※①～④に加えて、介護支援専門員から、居宅サービス計画上の利用者本人等の意向、総合的な支援方針等について確認すること。

## II 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

## 個別機能訓練の目標

機能訓練の短期目標（今後3ヶ月）目標達成度（達成・一部・未達） （機能）	機能訓練の長期目標	目標達成度（達成・一部・未達）
（活動）	（活動）	
（参加）	（参加）	

※目標設定方法の詳細や生活機能の達成見込みの考え方は、注釈を参照のこと。×目標達成の目安となる数値についてもあわせて記載すること。  
※短期目標（長期目標を達成するための必要項目等）は、個別機能訓練計画書の訓練実施要領に当該目標項目の案を添付することとして差し支えない。

## 個別機能訓練項目

プログラム内容(何を目的に(～のための)～する)		留意点	頻度	時間	主な実施者
①			週 回	分	
②			週 回	分	
③			週 回	分	
④			週 回	分	

※短期目標で設定した目標を達成するために必要項目等を行う場合、訓練項目を目的に設定すること。

プログラム立案者：

利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること	特記事項
-----------------------------	------

## III 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練の実施による変化	個別機能訓練実施における課題とその要因
----------------	---------------------

※個別機能訓練の実施結果等をふまえて、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更等を行った場合は、個別機能訓練計画書の再作成又は更新等を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に係る最新の情報が把握できるようにすること。初回作成時にはⅢについては記載不要である。

(地域密着型) 通所介護 ○○○ 事業所No.00000000 住所○○○ 電話番号○○○	説明日： 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 説明者：
--	-----------------------------

事業所番号 \_\_\_\_\_ リハビリテーション計画書  入院  外来  訪問  通所  入所 計画作成日: 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 氏名: \_\_\_\_\_ 様 性別:  男  女 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳) 要支援  要介護  \_\_\_\_\_  
 リハビリテーション担当区 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_ (  P  O  IS  看護職員  その他従事者 \_\_\_\_\_ )

■本人の希望(したい又はできるようになりたい生活の希望等) \_\_\_\_\_

■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等) \_\_\_\_\_

■健康状態、経過

原因疾病: \_\_\_\_\_ 発症日・受傷日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 直近の入院日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 直近の退院日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): \_\_\_\_\_

合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等): \_\_\_\_\_

これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等): \_\_\_\_\_

目標設定等支援: 管理シート:  あり  なし 日常生活自立度: 自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、Q1、Q2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: 自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	特記事項(改善の見込み含む)
筋力低下	あり	あり	
麻痺	あり	あり	
感覚機能障害	あり	あり	
関節可動域制限	あり	あり	
摂食嚥下障害	あり	あり	
失語症・構音障害	あり	あり	
見当識障害	あり	あり	
記憶障害	あり	あり	
高次脳機能障害 ( _____ )	あり	あり	
栄養障害	あり	あり	
褥瘡	あり	あり	
疼痛	あり	あり	
精神行動障害(BPSD)	あり	あり	
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> TUG Test			
服薬管理		自立	
<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R			
コミュニケーション の状況			

■活動(基本動作、活動範囲など)

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
寝返り	自立	自立	
起き上がり	自立	自立	
座位保持	自立	自立	
立ち上がり	自立	自立	
立位保持	自立	自立	

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
食事	10(自立)	10(自立)	
イスとベッド間の移乗	15(自立)	15(自立)	
整容	5(自立)	5(自立)	
トイレ動作	10(自立)	10(自立)	
入浴	5(自立)	5(自立)	
平地歩行	15(自立)	15(自立)	
階段昇降	10(自立)	10(自立)	
更衣	10(自立)	10(自立)	
排便コントロール	10(自立)	10(自立)	
排尿コントロール	10(自立)	10(自立)	
合計点			

■リハビリテーションの短期目標(今後3ヶ月)

(心身機能) \_\_\_\_\_

(活動) \_\_\_\_\_

(参加) \_\_\_\_\_

■リハビリテーションの長期目標

(心身機能) \_\_\_\_\_

(活動) \_\_\_\_\_

(参加) \_\_\_\_\_

■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)

\_\_\_\_\_

■本人・家族への生活指導の内容(自主トレ指導含む)

\_\_\_\_\_

■リハビリテーション実施上の留意点  
(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

\_\_\_\_\_

■リハビリテーションの終了目安  
(終了の目安となる時期: \_\_\_\_\_ ヶ月後)

\_\_\_\_\_

■リハビリテーションの見通し・継続理由

\_\_\_\_\_

■リハビリテーションの終了目安  
(終了の目安となる時期: \_\_\_\_\_ ヶ月後)

\_\_\_\_\_

利用者・ご家族への説明: 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

特記事項: \_\_\_\_\_

<b>■環境因子(※課題ありの場合 <input checked="" type="checkbox"/> 現状と将来の見込みについて記載する)</b>		<b>■社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)</b>	
<b>課題</b>		状況	
家族	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居( )	
福祉用具等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 器具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ホータブルトイレ その他( )	
住環境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(居住階( 階) <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 玄関前の段差 <input type="checkbox"/> 手すり(設置場所: ) 食卓: <input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル(いす トイレ: <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ホータブルトイレ その他( )	
自宅周辺	<input type="checkbox"/>		
交通機関の利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
サービスの利用	<input type="checkbox"/>		
その他	<input type="checkbox"/>		
		家庭内の役割の内容 余暇活動(内容および頻度) 社会地域活動(内容および頻度) リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組	

<b>■活動(IADL)</b>				<b>■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析</b>			
アセスメント項目	リハ開始時	現状	特記事項	■活動と参加において重要性の高い課題 ■活動と参加に影響を及ぼす機能障害の課題 ■活動と参加に影響を及ぼす機能障害以外の要因			
食事の用意						評価内容の記載方法 0:していない 1:まれにしている 2:週に1~2回 3:週に3回以上  0:していない 1:まれにしている 2:週に1回未満 3:週に1回以上	
食事の片付け							
洗濯							
掃除や整理							
力仕事							
買物							
外出							
屋外歩行							
趣味							
文芸・音楽の利用							
旅行							
庭仕事							
家や車の手入れ				0:していない 1:時々 2:定期的に行っている 3:雑音等もしている  0:していない 1:電球の取替、ねじ止めなど 2:ペンキ塗り、模様替え、洗車 3:家の修理、車の整備			
読書							
仕事							
合計点数							

<b>■リハビリテーションサービス</b>						
<input type="checkbox"/> 訪問・通所頻度( ) <input type="checkbox"/> 利用時間( ) <input type="checkbox"/> 送迎なし						
No.	目標(解決すべき課題)	期間	担当職種	具体的支援内容 (何を目的に(～のために)～をする)	頻度	時間
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週合計時間	
<input type="checkbox"/> 他事業所の担当者と共有すべき事項		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員と共有すべき事項		<input type="checkbox"/> その他、共有すべき事項( )		
※下記のどの職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援していきます。 【情報提供先】 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> (地域密着型) 通所介護 <input type="checkbox"/> ( )						

# リハビリテーション会議録（訪問・通所リハビリテーション）

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 作成年月日 年 月 日

開催日 年 月 日 開催場所 \_\_\_\_\_ 開催時間 : ~ : 開催回数 \_\_\_\_\_

	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	氏名
会議出席者					
リハビリテーションの支援方針					
リハビリテーションの内容					
各サービス間の提供に当たって共有すべき事項					
利用者又は家族構成員不参加理由	<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> サービス担当者 <input type="checkbox"/> サービス担当者	( ) ( ) ( )			
次回の開催予定と検討事項					



## リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票

利用者氏名

殿

作成年月日

年

月

日

チェック	プロセス	参加者及び内容	備考
<input type="checkbox"/>	サービス開始時における情報収集	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション会議の開催によるリハビリテーション計画書の作成	<input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他) <input type="checkbox"/> (日付: . . . )	
<input type="checkbox"/>	【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)】 計画作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明 【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)又は(Ⅴ)】 医師によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見( ) <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見( )	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション計画書に基づきリハビリテーションの提供	<input type="checkbox"/> リハビリテーションプログラムの内容 <input type="checkbox"/> 短期集中(個別リハ) <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅡ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> その他( )	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション会議の実施と計画の見直し	<input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . )	
<input type="checkbox"/>	訪問介護の事業その他の居宅サービス事業に係る従業者に対する日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報伝達	<input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他( )	 )CM・CW・家族・その他( )CM・CW・家族・その他( )CM・CW・家族・その他( )CM・CW・家族・その他( )CM・CW・家族・その他( )CM・CW・家族・その他( )
<input type="checkbox"/>	居宅を訪問して行う介護の工夫に関する指導・助言の実施	<input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . )	
<input type="checkbox"/>	サービスを終了する1月前以内のリハビリテーション会議の開催	<input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他) <input type="checkbox"/> (日付: . . . )	
<input type="checkbox"/>	終了時の情報提供	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他( )	

(別紙様式5)

## 生活行為向上リハビリテーション実施計画

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 殿

本人の生活行為の目標			
家族の目標			
実施期間		通所訓練期( . . . ~ . . . )	社会適応訓練期( . . . ~ . . . )
		【通所頻度】 回/週	【通所頻度】 回/週
活動	プログラム		
	自己訓練		
心身機能	プログラム		
	自己訓練		
参加	プログラム		
	自己訓練		

【支援内容の評価】

# 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日  
 性別 男 女

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)

記入担当者名

褥瘡の有無

1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( )) 褥瘡発生日 令和 年 月 日  
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( ))

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

※1：経管栄養・経静脈栄養等の場合

※2：パルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合

※3：人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価	深さ	d 0: 皮膚損傷・発赤なし d 1: 持続する発赤 d 2: 真皮までの損傷	D 3: 皮下組織までの損傷 D 4: 皮下組織を越える損傷 D 5: 関節腔、体腔に至る損傷 DDT1: 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い D L: 壊死組織で覆われ深さの判定が不能
	浸出液	e 0: なし e 1: 少量: 毎日のドレッシング交換を要しない e 3: 中等量: 1日1回のドレッシング交換を要する	E 6: 多量: 1日3回以上のドレッシング交換を要する
	大きさ	s 0: 皮膚損傷なし s 3: 4未満 s 6: 4以上 16未満 s 8: 16以上 36未満 s 9: 36以上 64未満 s 12: 64以上 100未満	S 15: 100以上
	炎症/感染	i 0: 局所の炎症徴候なし i 1: 局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	I 3C: 臨床的定着疑い (創面にぬめりがあり、浸出液が多い、肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) I 3: 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭など) I 9: 全身的影響あり (発熱など)
	肉芽組織	g 0: 創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合 g 1: 良性肉芽が創面の90%以上を占める g 3: 良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	G 4: 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める G 5: 良性肉芽が創面の10%未満を占める G 6: 良性肉芽が全く形成されていない
	壊死組織	n 0: 壊死組織なし	N 3: 柔らかい壊死組織あり N 6: 硬く厚い密着した壊死組織あり
	ポケット	p 0: ポケットなし	P 6: 4未満 P 9: 4以上16未満 P 12: 16以上36未満 P 24: 36以上

※褥瘡の状態の評価については「改定 DESIGN R03030 コンセンサス・ドキュメント」(一般社団法人 日本褥瘡学会) を参照。

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

説明日 令和 年 月 日  
 説明者氏名

# 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)  
 殿 男 女

記入者名  
 医師名  
 看護師名

## 排せつの状態及び今後の見込み

	施設入所時	評価時	3か月後の見込み	
			支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
おむつ 使用の有無	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）
ポータブル トイレ 使用の有無	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）

※排尿・排便の状態の評価については「認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成 30 年 4 月改訂）」を参照。

排せつの状態に関する支援の必要性

あり                      なし

支援の必要性をありとした場合、以下を記載。

排せつに介護を要する要因

支援計画

説明日 令和 年 月 日  
 説明者氏名

# 自立支援促進に関する評価・支援計画書

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳 ) 性別 男 女  
 評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日

医師名  
 介護支援専門員名

現状の評価と支援計画実施による改善の可能性

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日	
1.	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
2.	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
3.	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
(2) 生活機能低下の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び治療内容 [前回より変化のあった事項について記入]	
(3) 日常生活の自立度等について ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
(4) 基本動作	(5) ADL* 自立 一部介助 全介助
・寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・座位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・立位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	・食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・椅子とベッド間の移乗 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (監視下) (座るが移れない) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・整容 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 0 ・トイレ動作 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 ・平地歩行 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (歩行器等) (車椅子操作が可能) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・階段昇降 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排便コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排尿コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
(6) 廃用性機能障害に対する自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果 <input type="checkbox"/> 期待できる (期待できる項目: <input type="checkbox"/> 基本動作 <input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> IADL <input type="checkbox"/> 社会参加 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明 ・リハビリテーション (医師の指示に基づく専門職種によるもの) の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・機能訓練の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(7) 尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画 <input type="checkbox"/> 尊厳の保持に資する取組 <input type="checkbox"/> 本人を尊重する個別ケア <input type="checkbox"/> 寝たきり防止に資する取組 <input type="checkbox"/> 自立した生活を支える取組	
(8) 医学的観点からの留意事項 ・血圧 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ・運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ・その他 ( )	

(※ 利用者が日常生活の中で「できるADL動作」について評価して下さい。)

支援実績

離床・基本動作	ADL 動作	日々の過ごし方等	訓練時間
<ul style="list-style-type: none"> <li>・離床  あり  なし 1日あたり ( ) 時間</li> <li>・座位保持  あり  なし 1日あたり ( ) 時間 (内訳) ベッド上 ( ) 時間 車椅子 ( ) 時間 普通の椅子 ( ) 時間 その他 ( ) 時間</li> <li>・立ち上がり  あり  なし 1日あたり ( ) 回</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事 (自立・見守り・一部介助・全介助) ※ □居室外 (普通の椅子) □居室外 (車椅子) □ベッドサイド □ベッド上  その他 食事時間や嗜好への対応 □有 □無</li> <li>・排せつ (口中) (自立・見守り・一部介助・全介助) ※ □居室外のトイレ □居室内のトイレ □ポータブル □おむつ  その他 個人の排泄リズムへの対応 □有 □無</li> <li>・排せつ (夜間) (自立・見守り・一部介助・全介助) ※ □居室外のトイレ □居室内のトイレ □ポータブル □おむつ  その他 個人の排泄リズムへの対応 □有 □無</li> <li>・入浴 (自立・見守り・一部介助・全介助) ※  大浴槽  個人浴槽 □機械浴槽 □拭拭 1週間あたり ( ) 回 マンツーマン入浴ケア  有  無</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の希望の確認 1月あたり ( ) 回</li> <li>・外出 1週間あたり ( ) 回</li> <li>・居室以外 (食堂・デイルームなど) における滞在 1日あたり ( ) 時間</li> <li>・趣味・アクティビティ・役割活動 1週間あたり ( ) 回</li> <li>・職員の居室訪問 1日あたり ( ) 回</li> <li>・職員との会話・声かけ 1日あたり ( ) 回</li> <li>・着替えの回数 1週間あたり ( ) 回</li> <li>・居場所作りの取組 □有 □無</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリ専門職による訓練  あり  なし 1週間あたり ( ) 時間</li> <li>・看護・介護職による訓練  あり  なし 1週間あたり ( ) 時間</li> <li>・その他職種  あり  なし 1週間あたり ( ) 時間</li> </ul>

(※ 利用者が実際に日常生活の中でしている ADL 動作 について評価して下さい。)

支援計画

・離床・基本動作についての支援計画	(具体的な計画)
・ADL 動作についての支援計画	(具体的な計画)
・日々の過ごし方等についての支援計画	(具体的な計画)
・訓練の提供についての計画 (訓練時間等)	(具体的な計画)

説明日 令和 年 月 日  
説明者氏名

## 薬剤変更等に係る情報提供書

令和 年 月 日

医療機関名：

担当医： 科 殿

介護老人保健施設の名称：

住所：

電話番号：

F A X：

医師氏名：

薬剤師氏名：

入所中の生活状況等を踏まえ、服薬内容について検討を行いました。検討の内容、薬剤変更後の状態等について連絡申し上げます。

患 者	氏名		男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)	

傷病名		
<入所時の処方>	⇒	<退所時の処方>

<検討した内容>
----------







栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (週所・半年) (表形式)

Header table with columns: No., Name, Sex, Date of Birth, Age, and Address. Includes sub-headers for sex (Male/Female) and date of birth (Year/Month/Day).

Main assessment table with columns for four time points: 1 month ago, 1 month ago, 4 months ago, and 1 month ago. Rows include: 1. Basic info (Age, Sex, BMI, Blood pressure, etc.). 2. Nutrition status (Energy intake, food diary, nutrient intake, etc.). 3. Multiple causes for malnutrition (Cognition, mood, social relationships, etc.). 4. Other (Medication, comorbidities, etc.).

★ブルダワン1 スクリーニング/アセスメント/モニタリング  
★ブルダワン2 併発及び日本老年病リハビリテーション学会の療養・栄養管理分類(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)  
★ブルダワン3 1より2より多い 3より4より多い 4より5より多い 5より6より多い  
★ブルダワン4 1より多い 2より多い 3より4より多い 5より6より多い

口腔衛生管理加算 様式

氏名（ふりがな）	
性別	□男 □女
生年月日	□□□□年□□月□□日 ●年●月●日生まれ ●歳
要介護度・病名等	
かかりつけ歯科医	□あり □なし
入れ歯の処置	□あり □なし
食形態	□経口摂取（□常食 □摂下調整食（□4 □3 □2-2 □2-1 □1 □0）） □経腸栄養 □静脈栄養
誤嚥性肺炎の発生・罹患	□あり（発症日：令和●年●月●日） □なし
この年の訪問歯科衛生指導（※感染症）の実施の有無（注）	□あり（ ）回 □なし

※訪問歯科衛生指導、誤嚥性肺炎の予防について介護保険施設と連携をとり実施するよう努めることとし、3月以上の実施について記載すること。また、感染症による訪問歯科衛生指導（自費等）によるお口のケアの提供又は入居者の感染に要する薬料等（注）の発生については、3月以上の実施が求められる場合あり。同一施設においては、当該施設による口腔衛生管理加算の費用を請求することはない。

1. 口腔に関する問題点（スクリーニング）

記入日：令和●年●月●日 記入者：

口腔に関する問題点 （該当する項目をチェック）	□口腔衛生状態（□歯の汚れ □義歯の汚れ □舌苔 □口臭） □口腔機能の低下（□食べこぼし □舌の動きが悪い □むせ □痰がらみ □唾液減少）
	□歯数（ ）歯 □歯の問題（□う蝕、□歯の破折、□修復物脱落、□その他（ ）） □義歯の問題（□不適合、□破損、□その他（ ）） □肉痛病 □口腔結核疾患（潰瘍等）

2. 口腔衛生の管理内容（アセスメント）

記入日：令和●年●月●日 記入者：

記入者	（指示を行った歯科医師名： ）
実施施設	□歯科疾患（□予防 □重症化予防） □口腔衛生（□自立 □介護者の口腔ケアの技術向上） □専門職の定期的な口腔ケア等） □摂食・嚥下機能（□維持 □改善） □食形態（□維持 □改善） □栄養状態（□維持 □改善） □誤嚥性肺炎の予防 □その他（ ）
実施内容	□口腔の清掃 □口腔の清掃に関する指導 □義歯の清掃 □義歯の清掃に関する指導 □摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 □誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □その他（ ）
実施頻度	□月4回程度 □月2回程度 □月1回程度 □その他（ ）

3. 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日： 令和●年●月●日 （記入者： ）

口腔衛生等の管理	□口腔の清掃 □口腔の清掃に関する指導 □義歯の清掃 □義歯の清掃に関する指導 □摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 □誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □その他（ ）
介護職員への技術的助言等の内容	□入居者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 □口腔ケアにかかる知識、技術の習得の必要性 □食事の状態、食形態等の確認 □現在の取組の継続 □その他（ ）

4. その他の事項

--

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 令和●年●月●日生まれ ●歳
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
食形態等	経口摂取（ <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1 j） <input type="checkbox"/> 0 t <input type="checkbox"/> 0 j） <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日：令和●年●月●日） <input type="checkbox"/> なし

※以下調査の分類、調査項目の非該当について把握するよう努めるとともに、3月以内の経過について記載すること。

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

		令和●年●月●日
		記入者●●●●
		<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	喉がらみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	<input type="checkbox"/> 歯（う蝕、修復物脱落等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性	
	<input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

2 口腔機能改善管理計画

作成日：令和●年●月●日

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

3 実施記録

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

4 その他特記事項

--

## リハビリテーション・個別機能訓練・栄養・口腔 一体的計画書 (施設系)

氏名： _____ 殿				入所(院)日： _____ 年 ____ 月 ____ 日
作成者： _____				初回作成日： _____ 年 ____ 月 ____ 日
リハ	栄養	口腔	作成(変更)日： _____ 年 ____ 月 ____ 日	
<b>利用者及び家族の意向</b>				<b>説明日</b> 年 月 日
<b>全体の目標</b>				<b>説明者</b>
算定加算等	<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント(介護老人保健施設) <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算(介護医療院) <input type="checkbox"/> 栄養マネジメント強化加算 <input type="checkbox"/> 経口移行加算*1 <input type="checkbox"/> 経口維持加算*2 (I) (II) <input type="checkbox"/> 療養食加算 <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算(I) <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算(II)			

	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養、経口移行*1・維持*2	口腔
解決すべき課題 (ニーズ)		低栄養状態のリスク (二低 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四)	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 (二歯の汚れ <input type="checkbox"/> 歯茎の汚れ <input type="checkbox"/> 口内苔 <input type="checkbox"/> 臭 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能の低下 (口食へこぼし <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 痰がらみ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥) <input type="checkbox"/> 歯数 ( ) 歯 <input type="checkbox"/> 歯の劣化 (口内腫 <input type="checkbox"/> 歯の破折 <input type="checkbox"/> 修復物脱落 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> 歯茎の問題 (口不適合 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> 歯周炎 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 歯肉腫瘍 (嚔瘍等)
長期目標・期間	(心身機能)  (活動)  (参加)		<input type="checkbox"/> 歯科疾患 (口予防 <input type="checkbox"/> 重症化予防) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 (口立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上) <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 (口維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 食形態 (口維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 栄養状態の予防 <input type="checkbox"/> その他 ( )
短期目標・期間	(心身機能)  (活動)  (参加)		<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 (口維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 食形態 (口維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 栄養状態の予防 <input type="checkbox"/> その他 ( )
具体的なケア内容	担当職種： _____、期間： _____、 頻度：週 _____回、時間： _____分/回	担当職種： _____、期間： _____、頻度：週 _____回	<input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三の清掃 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食の支援 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下時の観察に関する指導 <input type="checkbox"/> 話術・聴取の予防に関する指導 その他 ( )  <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 五 <input type="checkbox"/> 六 <input type="checkbox"/> 七 <input type="checkbox"/> 八 <input type="checkbox"/> 九 <input type="checkbox"/> 十 <input type="checkbox"/> 十一 <input type="checkbox"/> 十二 <input type="checkbox"/> 十三 <input type="checkbox"/> 十四 <input type="checkbox"/> 十五 <input type="checkbox"/> 十六 <input type="checkbox"/> 十七 <input type="checkbox"/> 十八 <input type="checkbox"/> 十九 <input type="checkbox"/> 二十 <input type="checkbox"/> 二十一 <input type="checkbox"/> 二十二 <input type="checkbox"/> 二十三 <input type="checkbox"/> 二十四 <input type="checkbox"/> 二十五 <input type="checkbox"/> 二十六 <input type="checkbox"/> 二十七 <input type="checkbox"/> 二十八 <input type="checkbox"/> 二十九 <input type="checkbox"/> 三十 <input type="checkbox"/> 三十一 <input type="checkbox"/> 三十二 <input type="checkbox"/> 三十三 <input type="checkbox"/> 三十四 <input type="checkbox"/> 三十五 <input type="checkbox"/> 三十六 <input type="checkbox"/> 三十七 <input type="checkbox"/> 三十八 <input type="checkbox"/> 三十九 <input type="checkbox"/> 四十 <input type="checkbox"/> 四十一 <input type="checkbox"/> 四十二 <input type="checkbox"/> 四十三 <input type="checkbox"/> 四十四 <input type="checkbox"/> 四十五 <input type="checkbox"/> 四十六 <input type="checkbox"/> 四十七 <input type="checkbox"/> 四十八 <input type="checkbox"/> 四十九 <input type="checkbox"/> 五十 <input type="checkbox"/> 五十一 <input type="checkbox"/> 五十二 <input type="checkbox"/> 五十三 <input type="checkbox"/> 五十四 <input type="checkbox"/> 五十五 <input type="checkbox"/> 五十六 <input type="checkbox"/> 五十七 <input type="checkbox"/> 五十八 <input type="checkbox"/> 五十九 <input type="checkbox"/> 六十 <input type="checkbox"/> 六十一 <input type="checkbox"/> 六十二 <input type="checkbox"/> 六十三 <input type="checkbox"/> 六十四 <input type="checkbox"/> 六十五 <input type="checkbox"/> 六十六 <input type="checkbox"/> 六十七 <input type="checkbox"/> 六十八 <input type="checkbox"/> 六十九 <input type="checkbox"/> 七十 <input type="checkbox"/> 七十一 <input type="checkbox"/> 七十二 <input type="checkbox"/> 七十三 <input type="checkbox"/> 七十四 <input type="checkbox"/> 七十五 <input type="checkbox"/> 七十六 <input type="checkbox"/> 七十七 <input type="checkbox"/> 七十八 <input type="checkbox"/> 七十九 <input type="checkbox"/> 八十 <input type="checkbox"/> 八十一 <input type="checkbox"/> 八十二 <input type="checkbox"/> 八十三 <input type="checkbox"/> 八十四 <input type="checkbox"/> 八十五 <input type="checkbox"/> 八十六 <input type="checkbox"/> 八十七 <input type="checkbox"/> 八十八 <input type="checkbox"/> 八十九 <input type="checkbox"/> 九十 <input type="checkbox"/> 九十一 <input type="checkbox"/> 九十二 <input type="checkbox"/> 九十三 <input type="checkbox"/> 九十四 <input type="checkbox"/> 九十五 <input type="checkbox"/> 九十六 <input type="checkbox"/> 九十七 <input type="checkbox"/> 九十八 <input type="checkbox"/> 九十九 <input type="checkbox"/> 百

## リハビリテーション・個別機能訓練・栄養・口腔 一体的計画書 (通所系)

氏名： <span style="float: right;">殿</span>				サービス開始日： 年 月 日
				初回作成日： 年 月 日
作成者：	リハ	栄養	口腔	作成(変更)日： 年 月 日
利用者及び家族の意向				説明日 年 月 日
全体の目標				説明者
算定加算	<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算(A)イ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算(B)イ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算(Ⅱ) <input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算 <input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算 <input type="checkbox"/> 栄養改善加算 <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(Ⅱ)			

	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養	口腔
解決すべき課題 (ニーズ)		低栄養状態のリスク (低栄養 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 高)	<input type="checkbox"/> 口腔衛生確保 (口腔ケアの普及、口腔ケアの普及、口腔ケアの普及) <input type="checkbox"/> 口腔機能の維持 (咀嚼力の維持、嚥下の維持、嚥下の維持) <input type="checkbox"/> 食事 (咀嚼、嚥下機能障害) 原因 (口腔ケアの普及) <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔癌 (嚥下機能) の発症の予防 <input type="checkbox"/> 口腔・舌機能向上に関する課題の解決 その他 ( ) <b>【記入者】</b> 看護職員 歯科衛生士 言語聴覚士
長期目標・期間	(心身機能)  (活動)  (参加)		<input type="checkbox"/> 口腔衛生 (口腔ケアの普及 ( )) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 (維持 改善 ( )) <input type="checkbox"/> 食形態 (繊維状 口液量 ( )) 声、言語機能 (維持 改善 ( )) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 その他 ( )
短期目標・期間	(心身機能)  (活動)  (参加)		<b>【独立業者】</b> 看護職員 歯科衛生士 言語聴覚士
具体的なケア内容	担当職種： 、期間： 、 頻度：週 回、時間： 分/回	担当職種： 、期間： 、頻度：週 回	摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔ケア、口腔ケアに関する指導 <input type="checkbox"/> 声・言語機能に関する指導 その他 ( ) <b>【サポーター担当者】</b> 看護職員 歯科衛生士 言語聴覚士

氏名: \_\_\_\_\_ 様 性別:  男  女 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳) 必要支援  要介護 \_\_\_\_\_

**■健康状態、経過**  
 治療歴が手前がわかる場合は手前日・術名等) : \_\_\_\_\_  
 自覚症状 ( 関節痛、腰痛、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病 ) : \_\_\_\_\_  
 作業所でのリハビリテーションの実施状況 ( プログラムの開始状況、参加、等 ) : \_\_\_\_\_

**■リハビリテーション実施上の留意点**  
 ( 担当者、訓練中の留意事項、運動強度、時間等 ) : \_\_\_\_\_

**■リハビリテーションの見通し・継続理由**  
 \_\_\_\_\_

**■リハビリテーションの終了目安**  
 ( 終了の目安となる時期 : \_\_\_\_\_ )

**■心身機能、損傷**

項目	現在の状況	活動への影響	改善の方向性
認知機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度		
記憶	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度		
感覚機能障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度		
運動機能障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度		
視覚機能障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度		
聴覚機能障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度		
言語機能障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度		
日常生活機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度		
社会生活機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度		
疼痛	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度		
便秘	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度		
排尿機能障害 (SPSD)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度		
日常生活機能 ( ADL )			
認知機能 ( MMSE )			
日常生活機能 ( IADL )			
コミュニケーション機能			

**■活動 (基本動作、活動範囲など)**

項目	自立	一部介助	完全介助	現在の状況	改善の方向性
起床	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助				
起床後	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助				
洗面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助				
着替	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助				
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助				
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助				
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助				
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助				
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助				
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助				
合計点					

**■活動 (IADL)**

プロジェクト項目	開始時	現状	将来予測	改善の方向性
食事の用意				0: していない 1: 月に1回以上 2: 週に1回以上 3: 週に2回以上
食事の片付け				0: していない 1: 月に1回以上 2: 週に1回以上 3: 週に2回以上
洗濯				0: していない 1: 月に1回以上 2: 週に1回以上 3: 週に2回以上
掃除や拭き				0: していない 1: 月に1回以上 2: 週に1回以上 3: 週に2回以上
力仕事				0: していない 1: 月に1回以上 2: 週に1回以上 3: 週に2回以上
買物				0: していない 1: 月に1回以上 2: 週に1回以上 3: 週に2回以上
外出				0: していない 1: 月に1回以上 2: 週に1回以上 3: 週に2回以上
送迎乗車				0: していない 1: 月に1回以上 2: 週に1回以上 3: 週に2回以上
趣味				0: していない 1: 月に1回以上 2: 週に1回以上 3: 週に2回以上
交通機関の利用				0: していない 1: 月に1回以上 2: 週に1回以上 3: 週に2回以上
旅行				0: していない 1: 月に1回以上 2: 週に1回以上 3: 週に2回以上
庭仕事				0: していない 1: 月に1回以上 2: 週に1回以上 3: 週に2回以上
家や車の手入れ				0: していない 1: 月に1回以上 2: 週に1回以上 3: 週に2回以上
読書				0: していない 1: 月に1回以上 2: 週に1回以上 3: 週に2回以上
仕事				0: していない 1: 月に1回以上 2: 週に1回以上 3: 週に2回以上
合計点				

**■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析**  
 活動と参加において置きかたわりの高い課題  
 活動と参加に影響を及ぼす課題の要因  
 活動と参加に影響を及ぼす課題以外の要因

**■環境因子 (※課題ありの場合) 現状と将来の見込みについて記載する)**

項目	状況	状況
家族	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 単身	
利用施設	<input type="checkbox"/> 利用 <input type="checkbox"/> 未利用	
作業所	<input type="checkbox"/> 利用 <input type="checkbox"/> 未利用	
自宅環境	<input type="checkbox"/> 安全 <input type="checkbox"/> 危険	
交通機関	<input type="checkbox"/> 利用 <input type="checkbox"/> 未利用	
サービス	<input type="checkbox"/> 利用 <input type="checkbox"/> 未利用	
その他		

**■社会参加の状況 (過去実施していたものと現状について記載する)**  
 現在の参加の状況  
 過去の参加の状況  
 社会参加の状況 (今後の見込み)

作業所の担当者/作業員/利用者/関係者  
 日付/読取/読取/読取/読取/読取  
 その他、共有のページ  
 上記の図表や表を参照し、この計画を完了し、一人ひとりに配布していただきます。  
 ( 印刷用紙 )  印刷用紙  印刷用紙  印刷用紙  印刷用紙  印刷用紙

## 【個別機能訓練アセスメントシート（一体実施版）】

作成日：令和 年 月 日		前回作成日：令和 年 月 日		初回作成日：令和 年 月 日	
ふりがな 氏名	性別	大正 / 昭和 年 月 日生（ 歳）		要介護度	計画作成者：
					職種：
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV V		

## I 利用者の基本情報

利用者本人の社会参加の状況	利用者の居宅の環境（環境因子）
---------------	-----------------

## 健康状態・経過

病名	発症日・受傷日： 年 月 日	直近の入院日： 年 月 日	直近の退院日： 年 月 日
治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）			
合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等）			
機能訓練実施上の留意事項（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）			

利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること	特記事項
-----------------------------	------

## III 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練の実施による変化	個別機能訓練実施における課題とその要因
----------------	---------------------

※個別機能訓練の実施結果等をふまえて、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更等を行った場合は、個別機能訓練計画書の再作成又は更新等を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に関する最新の情報を把握できるようにすること。初回作成時にはIIIについては記載不要である。







口腔衛生管理加算 様式（ 体実施版）

氏名	ふりがな
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 ●年●月●日生まれ ●歳
要介護度・病名等	
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取（ <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1 j <input type="checkbox"/> 0 t <input type="checkbox"/> 0 j）） <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日：令和●年●月●日） <input type="checkbox"/> なし
可一月内の訪問歯科衛生指導（介護保険）の実施の有無（注）	<input type="checkbox"/> あり（●）回 <input type="checkbox"/> なし

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

※介護保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実施料等）を同一月内に3回以上算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

1 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日： 令和●年●月●日（記入者： ）

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

2 その他の事項

--

口腔機能向上サービスに関する計画書（ 体実施版）（様式例）

氏名	ふりがな
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 ●年●月●日生まれ ●歳
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	経口摂取( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 ( <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1 j <input type="checkbox"/> 0 t <input type="checkbox"/> 0 j ) ) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり (発症日：令和●年●月●日) <input type="checkbox"/> なし

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

1 実施記録

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

2 その他特記事項

--