



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 \_\_\_\_\_ 様 作成年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

チェック項目	プロセス	実施した内容	備考、実施日
□	サービス開始時における情報収集	<input type="checkbox"/> 医師の診療 <input type="checkbox"/> 利用者・家族等からの情報収集 <input type="checkbox"/> 医療機関のリハビリテーション実施計画書の入手	
計画 (Plan)			
□	事業所の医師の指示	<input type="checkbox"/> 医師の詳細な指示 <input type="checkbox"/> 指示の内容の記録	
□	リハビリテーション計画書の作成 (初回)	<input type="checkbox"/> リハビリテーション計画書の作成	
□	リハビリテーション計画書の説明と同意	実施者 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 栄養アセスメントの実施 <input type="checkbox"/> 口腔の健康状態の評価の実施 <input type="checkbox"/> 情報の一体的な共有 <input type="checkbox"/> 計画書への反映	
□	1月以内の居宅訪問 (通所リハ)	<input type="checkbox"/> 診療、運動機能検査、作業能力検査等の実施	
実行 (Do)			
□	リハビリテーションの実施	<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"/> その他	
評価 (Check)、改善 (Action)			
□	リハビリテーション計画の進捗状況の評価・必要に応じた見直し	<input type="checkbox"/> 進捗状況の評価 (開始から2週間以内、以降は3月ごと) ⇒ 計画の見直し <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
□	3月以上の継続利用時の説明・記載	<input type="checkbox"/> 医師の判断 <input type="checkbox"/> 必要情報の記載 (継続が必要な理由等) <input type="checkbox"/> 本人・家族への説明	
家族、介護支援専門員、他事業所等との連携			
□	リハビリテーション会議の開催	参加者 <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 他サービスの担当者 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
□	介護支援専門員への情報提供	内容 <input type="checkbox"/> 利用者の有する能力 <input type="checkbox"/> 自立のために必要な支援方法 <input type="checkbox"/> 日常生活上の留意点 <input type="checkbox"/> その他	
□	介護の工夫に関する指導、日常生活上の留意点に対する助言	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員を通じて、他事業所の従業者に実施 <input type="checkbox"/> 利用者の居宅を訪問して、他サービスの従業者に実施 <input type="checkbox"/> 利用者の居宅を訪問して、家族に実施	
□	サービス利用終了時の対応	<input type="checkbox"/> 利用終了1月前以内のリハビリテーション会議の実施 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員への情報提供 <input type="checkbox"/> 計画的な医学的 management を行っている医師への情報提供	

別紙様式2-5

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	通所訓練期 (通所頻度)	社会適応訓練期 (通所頻度)
家族の目標	通所訓練期 (通所頻度)	社会適応訓練期 (通所頻度)
実施期間	通所訓練期 (通所頻度)	社会適応訓練期 (通所頻度)
プログラム		
活動		
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】



ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関) 居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所 医療機関  
地域包括支援センター 老人保健施設

(依頼先機関) 居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所 医療機関  
地域包括支援センター 老人保健施設

該当機関名

(依頼元機関) 居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所 医療機関  
地域包括支援センター 老人保健施設

(依頼先機関) 居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所 医療機関  
地域包括支援センター 老人保健施設

依頼先機関等名

担当者 殿

氏名 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳 ) 職業 職業 性別 男 ・ 女

住所

電話番号

認定情報 (要介護状態等区分: 要支援( 1 , 2 ) 経過的要介護 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) (有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日))

罹病名 (生活機能の低下の原因となった罹病名等)

紹介目的

依頼先機関等名

担当者 殿

氏名 〇〇 〇〇 生年月日 明・大・昭・平 〇 〇 月 〇 日 ( 7.5 歳 ) 職業 (宅専業主婦)

住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇

認定情報 (要介護状態等区分: 要支援( 1 , 2 ) 経過的要介護 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) (有効期間: 〇年〇月〇日~〇年〇月〇日))

罹病名 (生活機能の低下の原因となった罹病名等)  
変形性膝関節症 (右膝が強い、20年前から)  
+ 生活不摂食病  
①膝痛のため5年位前から  
②2ヶ月前の風邪による臥床(今このリハビリテーション実施の主な原因)

紹介目的  
通所リハビリテーション終了にあたってのご報告及び  
継続支援のご依頼

目標とする生活(本人及び家族)

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化

目標とする生活(本人及び家族)

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)

本人: 元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。  
家族: できれば平日は家事ができるくらいに元気に生きて欲しい。

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)

妻健康でしたが、65歳時から高血圧指摘され、68歳時降圧剤(〇〇〇)を服用開始しています。  
20年前から膝痛あり、膝痛のために歩行・家事などの活動制限を要し、それによって生活が不都合となり、生活不摂食病が徐々に出現してまいりました。  
15年前から息子家族と同居しています。役割が移っています。本人は家事を行うことが家の中の自分位置づけとして重視しています。  
俳句は10年前からはじめましたが、これによるお友達も多いことも喜ばれています。

現状の問題点・課題

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化

風邪による安静のために生活不摂食病が急激に進行し、その改善を主目的としてそれに対し平成17年より週2回通所リハビリテーションを開始しました。  
生活の活動化のポイントとして、膝痛を起さなくい家事のやり方・指導と屋外歩行の履物の拡大などを図りました。杖を使うこととて外出が自立し、平日の家事が自立したのことでリハビリテーションは終了しました。  
更に活動性は向上できていると思われ、日常生活の中でできることを増やしていくように支援いただければ幸いです。ただ、シルバーカーや杖を使うことをまだ納得していない様子もあります。

現状の問題点・課題

膝痛の悪化した時に再び活動性が低下すること。

備考

- 必要がある場合は詳細に記載して添付すること。
- サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

備考

- 必要がある場合は詳細に記載して添付すること。
- サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

依頼日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

事業所 〇〇〇〇

担当者 〇〇〇〇

電話 〇〇-〇〇〇-〇〇〇

FAX 〇〇-〇〇〇-〇〇〇

依頼日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

事業所 〇〇〇〇

担当者 〇〇〇〇

電話 〇〇-〇〇〇-〇〇〇

FAX 〇〇-〇〇〇-〇〇〇

備考

- 必要がある場合は詳細に記載して添付すること。
- サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

＜リハビリテーションマネジメント＞  
アセスメント上の留意点

＜実施計画書1＞

分類	リハビリテーション実施計画書項目	留意点
健康状態	健康状態 (原因疾患、発症、受傷日等)	特に生活機能低下の原因となった傷病を特定してください 疾病管理の方針(投薬内容を含む)を把握してください 症状のコントロール状態について把握してください リスク管理上留意すべき合併疾患はありますか 生活機能に影響する合併疾患はありますか 治療や使用薬剤が生活機能に及ぼす影響(副作用等)について把握してください 低栄養あるいは肥満や栄養の偏りの有無について把握してください 合併疾患等についての本人・家族の理解を把握してください 生活不活発発病の発生原因を特定してください 現在の生活の活発さの程度を把握してください 生活不活発発病改善への方針を把握してください
	生活不活発発病(療用症候群)	生活不活発発病及びその原因についての本人・家族の理解を把握してください

＜実施計画書2＞

心身機能	運動機能障害	麻痺(中枢性、末梢性)、筋力低下、不随意運動の有無について把握してください
	感覚機能障害	聴覚機能、視覚機能等の障害の程度を把握してください
	高次脳機能障害	失行・失認、失語の有無を把握してください 記憶と認知の障害の有無を把握してください 高次脳機能障害の日常生活・社会活動への影響を把握してください
	拘縮	部位と運動制限の程度を把握してください
	関節痛	部位と程度を把握してください 痛みのコントロールの程度も把握してください
	その他	情動症状、うつ状態、循環・呼吸・消化機能障害、音声・発話機能の障害、排尿機能の障害・性機能の障害、褥瘡の有無を確認してください これらの障害が日常生活・社会活動制限の原因になっていないか確認してください 中核症状の重症度を把握してください 周辺症状の有無を把握してください 経過を必ず確認してください(診断時期、受けてきた治療を含む)
	認知症に関する評価	個室内の移動、ドアの開閉が可能かどうか確認してください 階段の傾斜や手すりの使用状況等にも注目してアセスメントしてください
	トイレへの移動	
	階段昇降	

日常生活・社会活動	屋内移動	自宅と自宅以外の屋内(通所施設内、病院内、等)の違いにも注目して移動能力をアセスメントしてください
	屋外移動	場所や床面の状況による違いにも注目してアセスメントしてください
	食事	食品の形態によって食事動作に差が出るか、箸やフォークの使用状況、瓶や缶あけが可能であるかについて把握してください
	排泄(便)(夜)	トイレの様式による違いや立ち上がり動作や衣服の着脱についても注目してアセスメントしてください
	整容	洗面、整容、歯、ひげ、つめの手入れができるかどうかを把握してください。それらを行う姿勢が座位か、立位姿勢かについても留意してください
	更衣	衣服と履物の種類に着目して、着脱の実行状況を把握してください 適切な衣服の選択についても把握してください
	入浴	浴室での移動、浴槽への出入りが可能かどうか、体を洗えるかどうかについて把握してください
	コミュニケーション	周囲の人と意思の疎通が可能かどうか、困難である場合、とくに表出が困難か、理解が困難かについて把握してください コミュニケーションの相手やその手段(手話、非手話)にも注目して把握してください
	家事	ゴミ捨て、植物の水やり等についても把握してください
	外出	公共交通機関の利用、自動車の運転、自転車の運転が可能であるかどうか、把握してください
起居動作	寝返り 起き上がり 座位 立ち上がり 立位	それぞれの動作の実施環境による違いを把握してください
	摂食・嚥下	口腔機能の状態を把握し、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導の必要性を判断してください
＜実施計画書2＞		
リハビリテーション実施計画書項目		
留意点		
ご本人の希望	希望する背景や理由、その心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回との違いを明らかにしてください	
ご家族の希望	利用者にどうなってほしいと家族が思っているのかを把握してください その希望の根拠や心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回との違いを明らかにしてください	



別紙様式 5-1

通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス（介護予防も含む）

口腔・栄養スクリーニング様式

ふりがな	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日生まれ	歳
氏名	記入者名：				
	作成年月日： 年 月 日				
	事業所内の歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
事業所内の管理栄養士・栄養士 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
要介護度・病名・特記事項等					

スクリーニング項目	前回結果 (月 日)	今回結果 (月 日)
硬いものを選び、柔らかいものばかり食べる	はい・いいえ	はい・いいえ
入れ歯を使っている	はい・いいえ	はい・いいえ
むせやすい	はい・いいえ	はい・いいえ
特記事項（歯科医師等への連携の必要性）		
身長 (cm) ※1	(cm)	(cm)
体重 (kg)	(kg)	(kg)
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) ※1	18.5未満 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/m <sup>2</sup> )
直近1～6か月間における3%以上の体重減少※2	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ か月)
直近6か月間における2～3kg以上の体重減少※2	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 6か月)
血清アルブミン値 (g/dl) ※3	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( g/dl)
食事摂取量	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( %)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( %)
75%以下※3		
特記事項（医師、管理栄養士等への連携の必要性等）		

- ※1 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。
- ※2 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない。（初回は評価不要）
- ※3 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

(参考) 口腔スクリーニング項目について

「硬いものを選び、柔らかいものばかり食べる」

歯を失うと肉や野菜等の摂取割合が減り、柔らかい麺類やパン等の摂取割合が増えることが指摘されています。

「入れ歯を使っている」

入れ歯があわないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでてきます。

また、歯が少なければ入れ歯を使っていない場合には、口腔の問題だけでなく認知症や転倒のリスクが高まります。

「むせやすい」

飲み込む力が弱まると飲食の際にむせたり、飲み込みづらくなって、食事が大変になります。誤嚥性肺炎のリスクも高まることから口腔を清潔に保つことが重要です。

(参考) 低栄養状態のリスク分類について

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)  
身長147cm、体重38kgの利用者の場合、  
38(kg) ÷ 1.47(m) ÷ 1.47(m) = 17.6





各都道府県介護保険担当課（室）  
各市町村介護保険担当課（室）  
各介護保険関係団体

御 中  
←

厚生労働省老健局老人保健課

## 介護保険最新情報

今回の内容  
科学的介護情報システム（LIFE）関連加算  
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

計 20 枚（本紙を除く）

Vol.1216

令和6年3月15日

厚生労働省老健局老人保健課

貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
よろしくお願いたします。

連絡先 TEL : 03-5253-1111(内 3944)

FAX : 03-3595-4010

老老発 0315 第 4 号  
令和 6 年 3 月 15 日

各都道府県介護保険主管部（局）長宛

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（LIFE）関連加算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

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。以下「特定施設入居者生活介護に係る部分」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、事務処理手順及び様式例を以下のとおりお示しする。

また、本課長通知の発出に伴い、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算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 日老老発 0316 第 4 号）を廃するので、御了知の上、各都道府県におかれましては、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 科学的介護情報システム（LIFE）について

令和 3 年度より、介護施設・事業所が、介護サービス利用者の状態や行っているケアの計画・内容等を提出し、入力内容が集計され、当該施設等にフィードバックされる仕組みとして「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）」（以下「LIFE」という。）の運用を開始した。令和 6 年度改定においては、これまででの取組の中で指摘されてきた入力負担等の課題に対応し、さらに科学的介護の取

1

組を推進する観点から入力項目の見直し等を行うこととした。  
LIFEの利用申請手続等については、「令和6年度介護報酬改定を踏まえた科学的介護情報システム（LIFE）の対応について」（令和6年3月15日厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）を、データ提出に当たって、各項目の評価方法等については、「ケアの質の向上に向けたLIFE利活用の手引き 令和6年度改定版（仮称）」（令和6年3月中に公開予定。）を参照されたい。

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

## 第2 LIFEへの情報提出頻度及び提出情報について

LIFEへ提出された情報については、利用者又は入所者（以下、「利用者等」という。）単位若しくは事業所・施設単位で分析され、フィードバックされる。そのため、LIFEへのデータ提出が要件となっている加算において提出する情報は、フィードバックに活用する観点から、様式の各項目うち、記入者名や自由記載の箇所等については提出を求めないこととした。また、生年月日等の原則更新がない利用者の基本情報についても利用者情報登録の内容からデータ連携される。その他、各加算において提出する情報については、以下を参照されたい。

また、令和6年度改定においては、入力負担軽減や利便性向上の観点から、LIFEシステムを更改し、令和6年7月末頃に新システムを運用開始する予定である。令和6年度改定に対応した介護記録ソフトを導入するために時間を要する等の事情のある場合は、以下の規定にかかわらず、令和6年4月～8月サービス提供分の情報の提出については、令和6年10月10日までに提出することを可能とする。なお、やむを得ない事情がなく、提出すべき情報を令和6年10月10日までに提出していない場合、算定した当該加算については、遡り過誤請求を行うこと。

## 1 科学的介護推進体制加算

### (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、利用者等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（以下、「利用開始月」という。）  
ウ ア又はイの月のほか、少なくとも3月ごと  
エ サービスの利用を終了する日の属する月

ただし、イの場合であって、月末よりサービスを利用開始した利用者等に係る情報を収集する時間が十分確保できない等のやむを得ない場合には、利用開始月の翌月の10日までに提出することとしても差し支えない。その場合、当該利用者等に限らず、利用開始月のサービス提供分は算定できない。

### (2) LIFEへの提出情報について

通所サービス、居住サービス及び多機能サービスにおいて科学的介護推進体制加算を算定する場合は施設サービスにおいて科学的介護推進体制加算（I）を算定する場合は、事業所又は施設の全ての利用者等について、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）又は別紙様式2（科学的介護推進に関する評価（施設サービス））にある「基本情報」、「総論」、「口腔・栄養」及び「認知症（別紙様式3も含む。）」の任意項目を除く情報を、やむを得ない場合を除き提出すること。

施設サービスにおいて科学的介護推進体制加算（II）を算定する場合は、上記に加えて「総論」の診断名・服薬情報についても提出すること。

上記以外の項目（「認知症」や「その他」の任意項目等）についても、必要に応じて提出することが望ましいこと。

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。

- ・(1) アに係る提出情報は、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、前回提出時以降の評価時点の情報
- ・(1) 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 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) LIFEへの提出情報について

事業所又は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。）、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「基本情報」、及び「初月対象又は6月対象への該当」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。

## 3 個別機能訓練加算（II）・（III）

### (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。

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 個別機能訓練加算(Ⅱ)においては、「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ついて」別紙様式3-2(生活機能チェックシート)にある「評価日」、「要介護度」、「障害高齢者の日常生活自立度」、「認知症高齢者の日常生活自立度」、「職種」、「ADL」、「IADL」及び「基本動作」、並びに別紙様式3-3(個別機能訓練計画書)にある「作成日」、「要介護度」、「障害高齢者の日常生活自立度」、「認知症高齢者の日常生活自立度」、「健康状態・経過(病名及び合併症に限る。）」、「個別機能訓練項目(プログラム内容、頻度及び時間に限る。）」の各項目に係る情報を提出すること。

イ 個別機能訓練加算(Ⅲ)については、栄養マネジメント強化加算及び口腔衛生管理加算(Ⅱ)を算定していることが要件であるため、上記アに加え、8(2)及び10(2)に示す情報を提出していること。

ウ 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

4 リハビリテーションマネジメント加算(ロ)・(ハ)

(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、3(1)を参照されたい。

(2) LIFE への提出情報について

ア 通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションにおいてリハビリテーションマネジメント加算(ロ)を算定する場合には、「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ついて」別紙様式2-1及び2-2(リハビリテーション計画書)にある「評価日」、「介護度」、「担当職種」、「健康状態、経過(原因疾病及び発症日・受傷日、合併症に限る。）」、「障害高齢者の日常生活自立度」、「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(ADL)」、「リハビリテーションの終了目安」、「活動(IADL)」、「社会参加の状況」、及び「要因分析を踏まえた具体的なサービス内容(解決すべき課題、期間(月)、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提出すること。

イ また、上記アに加えて、訪問リハビリテーションにおいては、診療未実施減算の算定の有無と、情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修の受講状況について情報を提出すること。

ウ 通所リハビリテーションにおいてリハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定する場合は、口腔の健康状態の評価及び栄養アセスメントが必要になるとから、上記アに加え、以下の情報を提出すること。また、当該加算の算定にかかると、リハビリテーションのアセスメント、口腔の健康状態の評価及び栄養アセス

メント情報の提出においては、当該加算を算定している旨の情報も併せて提出すること。

ア 口腔に関しては、「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ついて」別紙様式6-4「口腔の健康状態の評価・再評価(口腔に関する問題点等)」の項目。

б 栄養に関しては、9(2)アに示す項目。

エ 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、3(2)ウを参照されたい。

5 介護予防通所・訪問リハビリテーションの12月減算

(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、3(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マネジメント加算(ロ)と同様であるため、4(2)アを参照されたい。ただし、介護予防訪問リハビリテーションにおいては、上記に加えて、診療未実施減算の算定の有無と、情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修の受講状況について情報を提出すること。

6 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)・(Ⅱ)、理学療法及び作業療法注6並びに言語聴覚療法注4に掲げる加算、理学療法及び作業療法注7並びに言語聴覚療法注5に掲げる加算

(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、3(1)を参照されたい。

(2) LIFE への提出情報について

ア リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)(Ⅱ)、理学療法注6、作業療法注6及び言語聴覚療法注4においては、「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ついて」別紙様式2-1及び2-2(リハビリテーション計画書)にある「評価日」、「介護度」、「担当職種」、「健康状態、経過(原因疾病及び発症日・受傷日、合併症に限る。）」、「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(ADL)」、「リハビリテーションの終了目安」、「社会参加の状況」、及び「要因分析を踏まえた具体的なサービス内容(解決すべき課題、期間(月)、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提出すること。

イ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)、理学療法注7、作業療法注7及び言語聴覚療法注5においては、栄養マネジメント強化加算及び口腔衛生管理加算(Ⅱ)を算定していることが要件であるため、上記アに加え、8(2)及び10(2)に示す情報を提出していること。

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、3(2)ウを参照されたい。

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一の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。）。

- 7 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）  
 (1) LIFE への情報提出頻度について  
 ア 入所者ごとに、ア及びイ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 アの月のほか、施設に入所した日の属する月から起算して3月目の月まで、少なくとも1月に1回
- (2) LIFE への提出情報について  
 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ）と同様であるため、6  
 (2) アを参照されたい。

- 8 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、3（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一の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、口腔の実施及び一体的取組について」別紙様式4-1-1（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「要介護度」、「実施日」、「低栄養状態のリスクレベル」、「低栄養状態の課題（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、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、3（2）ウを参照されたい。
- 9 栄養アセスメント加算  
 (1) LIFE への情報提出頻度について  
 利用者ごとに、ア及びイに定める月の翌月10日までに提出すること。  
 イ アの月のほか、施設に入所した日の属する月  
 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一の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できないこととなる。）。

- (2) LIFE への提出情報について  
 ア 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、口腔の実施及び一体的取組について」別紙様式4-3-1（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「要介護度」、「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、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でないこと。
- イ 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

- 10 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、3（1）を参照されたい。

- (2) LIFE への提出情報について  
 ア 「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」、「日常生活自立度」、「現在の歯科受診について」、「義歯の使用」、「栄養補給法」、「食事形態」、「誤嚥性肺炎の発症・既往」、「口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）」、「口腔衛生の管理内容（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、3（2）ウを参照されたい。

- 11 口腔機能向上加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）  
 (1) LIFE への情報提出頻度について