

参考資料 4

介護情報に係る様式の例

以下に介護保険関係の主な様式を抽出した。

資料 No	項目	頁
1	要介護認定申請書	1
2	認定調査票（概況調査）	2
3	主治医意見書	3
4	介護認定審査会資料	5
5	介護保険資格者証	6
6	基本チェックリスト	7
7	（介護予防）利用者基本情報	8
8	介護予防サービス・支援計画（ケアマネジメント結果等記録表）	9
9	居宅サービス計画書	10
10	訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書	19
11	訪問看護計画書	20
12	訪問看護報告書	21
13	訪問看護記録書	23
14	褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書	26
15	排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書	27
16	自立支援促進に関する評価・支援計画書	28
17	薬剤変更等に係る情報提供書	30
18	入院時情報提供書	32
19	入院診療計画書	34
20	診療情報提供書	35
21	褥瘡対策に関する診療計画書	39
22	ケアマネジメント連絡用紙	40
23	リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（通所系）	41
24	リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（施設系）	42
25	リハビリテーション計画書	43
26	リハビリテーション実施計画書	45
27	リハビリテーションアセスメントシート	49
28	興味・関心チェックシート	51
29	生活機能チェックシート	52

30	個別機能訓練アセスメントシート	53
31	生活行為向上リハビリテーション実施計画	54
32	個別機能訓練計画書	55
33	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）	56
34	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）	57
35	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）	58
36	口腔・栄養スクリーニング様式	59
37	歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画	60
38	栄養ケア計画書（通所・居宅）	61
39	栄養ケア・経口移行・経口維持計画書（施設）	62
40	口腔機能向上サービスに関する計画書	63
41	口腔衛生管理加算の実施記録	64
42	口腔機能向上加算の実施記録	65
43	科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）	66
44	科学的介護推進に関する評価（施設サービス）	68
45	（地域密着型）通所介護計画書	70
46	介護保険施設等における事故報告書様式	71

【出典】

- 1～3, 5) 「要介護認定等の実施について」(老発第 0331005 号 平成 21 年 3 月 31 日)
- 4) 認定調査員テキスト 2009 改訂版 (令和 3 年 4 月改訂)
- 6～9) 介護予防ケアマネジメント実施における様式 1-5 [老認発 1115 第 1 号 令和 3 年 11 月 15 日]
- 10) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(保医発 0304 第 1 号 令和 4 年 3 月 4 日)
- 11～13) 訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて (老企第 55 号 平成 12 年 3 月 30 日)
- 14～17, 37) 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 (老企第 36 号 平成 12 年 3 月 1 日)
- 18) 厚生労働省 WEB. 介護職員・介護支援専門員
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000054119.html>
- 19～21) 特定診療費の算定に関する留意事項について (老企第 58 号 平成 12 年 3 月 31 日)
- 22～42,45) 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(老認発 0316 第 3 号 老老発 0316 第 2 号 令和 3 年 3 月 16 日)
- 43,44) 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 (老老発 0316 第 4 号 令和 3 年 3 月 16 日)
- 46) 介護保険施設等における事故の報告様式等について (老高発 0319 第 1 号 老認発 0319 第 1 号 老老発 0319 第 1 号 令和 3 年 3 月 19 日)

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

〇〇市(町村)長様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和

年

月

日

被 保 険 者	被保険者番号								個人番号							
	フリガナ								生年月日	明・大・昭	年	月	日			
	氏名								性別	男	・	女				
	住所	〒														
	住所	電話番号														
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2									
		有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日														
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名 []														
現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ																
「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日																
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 、 医 療 機 関 等 へ の 入 院 、 入 所 の 有 無	介護保険施設等の名称等・所在地							期間 年 月 日～年 月 日								
	介護保険施設等の名称等・所在地							期間 年 月 日～年 月 日								
	医療機関等の名称等・所在地							期間 年 月 日～年 月 日								
	医療機関等の名称等・所在地							期間 年 月 日～年 月 日								
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地							期間 年 月 日～年 月 日								

提 出 代 行 者	名 称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)										
	住 所	〒										
電話番号												

主 治 医	主治医の氏名								医療機関名					
	所在地	〒												
電話番号														

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名								医療保険被保険者証 記号番号					
特定疾病名													

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、〇〇市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

(別添2)

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

保険者番号 _____ 被保険者番号 _____

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

実施日時	令和 年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）
ふりがな		所属機関	
記入者氏名			

II 調査対象者

過去の認定	初回・2回め以降 (前回認定 年 月 日)	前回認定結果	非該当・要支援（ ）・要介護 ()
ふりがな		性別	男・女
対象者氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
現住所	〒 -	電話	- -
家族等 連絡先	〒 - 氏名（ ）調査対象者との関係	電話	- -

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在宅利用 [認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6月の品目数を記載]			
<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与	品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	月 回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売	品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	月 回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	月 回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護	月 日
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月 日	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回
<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	月 日		
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 []			
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス []			

施設等利用

介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院 特定施設入居者生活介護適用施設
 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) 医療機関(医療保険適用療養病床) 医療機関(療養病床以外)
 養護老人ホーム^{※1} 軽費老人ホーム^{※1} 有料老人ホーム^{※1, 2} サービス付き高齢者向け住宅^{※1} その他の施設等

施設等連絡先

施設等名 _____ 電話 _____
 郵便番号 _____
 住所 _____

※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。 ※2 サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く。

IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、施設等における状況、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

※家族状況 独居 同居（夫婦のみ） 同居（その他）（家族状況については、左のいずれかにチェックするとともに特記すべき事項を記載）

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先	()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。				
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。				
医師氏名		電話 ()		
医療機関名		FAX ()		
医療機関所在地				
(1) 最終診察日	令和 年 月 日			
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上			
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()			

1. 傷病に関する意見

(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) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明				
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)				
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)				

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 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				
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)				
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり				
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない				
・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない				
(3) 認知症の行動・心理症状 (BPSD) (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)				
<input type="checkbox"/> 無 : <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()				
(4) その他の精神・神経症状				
<input type="checkbox"/> 無 : <input type="checkbox"/> 有 → 症状名:				

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)

□四肢欠損 (部位: _____)

□麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)
 □右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)
 □その他 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助

現在の栄養状態 □良好 □不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 ()

→ 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる □期待できない □不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

□訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導

□訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導

□通所リハビリテーション □老人保健施設 □介護医療院 □その他の医療系サービス()

□特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

□血圧 () □摂食 () □嚥下 ()

□移動 () □運動 () □その他 ()

□特記すべき項目なし

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 () □不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

取扱注意

介護認定審査会資料

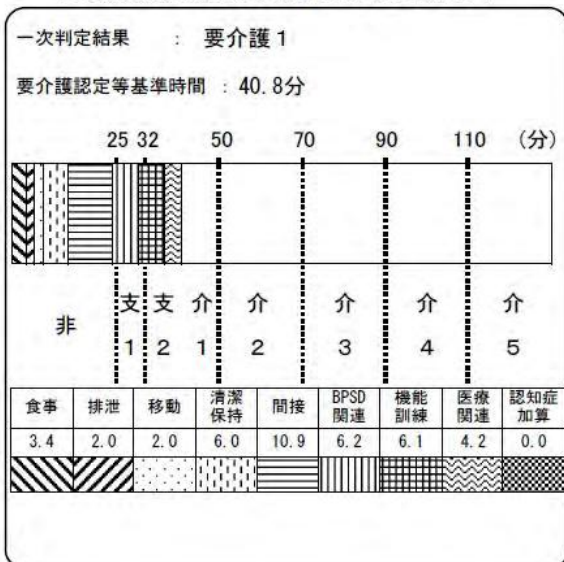
平成20年12月16日 作成
 平成20年12月 1日 申請
 平成20年12月 5日 調査
 平成20年12月22日 審査

合議体番号： 000001 No. 1

被保険者区分： 第1号被保険者 年齢： 85歳 性別： 男 現在の状況： 居宅（施設利用なし）
 申請区分： 新規申請 前回要介護度： なし 前回認定有効期間： 月間

1 一次判定等

（この分数は、実際のケア時間を示すものではない）



警告コード:

3 中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
82.1	100.0	100.0	92.6	48.4

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度 : J 2
 認知症高齢者自立度 : I

5 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度
 認定調査結果 : I
 主治医意見書 : II a
 認知症自立度II以上の蓋然性 : 81.9%
 状態の安定性 : 安定
 給付区分 : 介護給付

6 現在のサービス利用状況(なし)

2 認定調査項目

	調査結果	前回結果
第1群 身体機能・起居動作		
1. 麻痺 (左一上肢) (右一上肢) (左一下肢) (右一下肢) (その他)	ある ある	- - - -
2. 拘縮 (肩関節) (股関節) (膝関節) (その他)	-	- - -
3. 寝返り	つかまれば可	-
4. 起き上がり	つかまれば可	-
5. 座位保持	自分で支えれば可	-
6. 両足での立位	支えが必要	-
7. 歩行	つかまれば可	-
8. 立ち上がり	つかまれば可	-
9. 片足での立位	支えが必要	-
10. 洗身	-	-
11. つめ切り	-	-
12. 視力	-	-
13. 聴力	-	-
第2群 生活機能		
1. 移乗	-	-
2. 移動	-	-
3. えん下	-	-
4. 食事摂取	-	-
5. 排尿	-	-
6. 排便	-	-
7. 口腔清潔	-	-
8. 洗顔	-	-
9. 整髪	-	-
10. 上衣の着脱	-	-
11. スポン等の着脱	-	-
12. 外出頻度	-	-
第3群 認知機能		
1. 意思の伝達	-	-
2. 毎日の日課を理解	-	-
3. 生年月日をいう	-	-
4. 短期記憶	-	-
5. 自分の名前をいう	-	-
6. 今の季節を理解	-	-
7. 場所の理解	-	-
8. 徘徊	-	-
9. 外出して戻れない	-	-
第4群 精神・行動障害		
1. 被害的	-	-
2. 作話	-	-
3. 感情が不安定	-	-
4. 昼夜逆転	-	-
5. 同じ話をする	-	-
6. 大声を出す	-	-
7. 介護に抵抗	-	-
8. 落ち着きなし	-	-
9. 一人で出たがる	-	-
10. 収集癖	-	-
11. 物や衣類を壊す	-	-
12. ひどい物忘れ	ある	-
13. 独り言・独り笑い	-	-
14. 自分勝手に行動する	-	-
15. 話がまとまらない	ときどきある	-
第5群 社会生活への適応		
1. 薬の内服	一部介助	-
2. 金銭の管理	一部介助	-
3. 日常の意思決定	特別な場合以外可	-
4. 集団への不適応	-	-
5. 買い物	見守り等	-
6. 簡単な調理	全介助	-

<特別な医療>

点滴の管理 : 気管切開の処置 :
 中心静脈栄養 : 疼痛の看護 :
 透析 : 経管栄養 :
 ストーマの処置 : モニター測定 :
 酸素療法 : じょくそうの処置 :
 レスビレーター : カテーテル :

介護保険受給資格証明書

被 保 険 者	番 号	<input type="text"/>							
	フリガナ								
	氏 名								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	男・女			
	住 所 (転出先予定)								
	異動予定日	令和			年	月	日		

上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定等を次のとおり受けている（申請中の）者であることを証する。

令和 年 月 日

〇 〇 市 (町 村) 長

認定済 ・ 申請中	申請年月日	. .
要介護状態区分	認定年月日	. .
認定の有効期間	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日まで有効	
利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)	割 ()	
介護認定審査会の意見		
備 考		

裏面に注意事項を記入

基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準

記入日： 年 月 日 ()

氏名		住 所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目			回答：いずれかに○をお付けください	
1	バスや電車で1人で外出していますか			0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか			0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか			0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか			0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか			0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか			0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか			0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか			1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか			1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか			1. はい	0. いいえ
12	身長	cm	体重	kg	(BMI =) (注)
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか			1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか			1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか			1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか			0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか			1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか			1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか			0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか			1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない			1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった			1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる			1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない			1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする			1. はい	0. いいえ

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合に該当とする

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相 談 日	年 月 日 ()	来 所・電 話 その他 ()	初 回 再来 (前 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()		

フリガナ 本人氏名	性別		M・T・S 年 月 日生 () 歳	
住 所	Tel ()			
	Fax ()			
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来 所 者 (相談者)			家 族 構 成	◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)
住 所 連 絡 先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先	家 族 関 係 等 の 状 況

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活 状況（どんな 暮らしを送 っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	
	友人・地域との関係			

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内 容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

N.○. 様 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日
 利用者名 _____
 計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）
 計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター：
 目標とする生活 _____

1日		1年									
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	目標についての支援のポイント	支援計画 介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()				
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()				
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()				
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()				

健康状態について
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点
 【本来行うべき支援が実施できない場合】
 適切な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発性の改善予防のポイント
 計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 年 月 日 氏名

【意見】

地域包括支援センター

基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入して下さい
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
/5	/2	/3	/2	/3	/5

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表 評価日

利用者名 _____ 殿 計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標体制状況	目標達成／未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針		<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了
地域包括支援センター意見		<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. _____

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	事業対象者
----------	---------	-----------	-------

利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）_____

計画作成（変更）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日） 担当地域包括支援センター：_____

目標とする生活

1日		1年
----	--	----

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					

健康状態について
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター

【意見】

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

居宅サービス計画書（1）

作成年月日

年 月 日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 _____ 殿 生年月日 年 月 日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____

居宅サービス計画作成（変更）日 _____ 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 _____ 年 月 日

認定日 _____ 年 月 日 認定の有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
総合的な援助の方針	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ _____ ）

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 _____ 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								

週単位以外のサービス	
------------	--

第6表

認定済・申請中

年 月 分 サービス利用票(兼居宅(介護予防)サービス計画)

居宅介護支援事業者⇒利用者

保険者番号						保険者名		居宅介護支援事業者名		作成年月日	年 月 日	
被保険者番号						フリガナ 保険者氏名	-----			届出年月日	年 月 日	
生年月日	明・大・昭		性別		要介護状態区分	1 2 3 4 5	区分支給 限度基準額	単位/月	限度額 適用期間	年 月 から 年 月 まで	前月までの 短期入所 利用日数	日
	変更に 要介護状態 変更日	1 2 3 4 5			年 月 日							

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																															合計 回数	
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31
			曜日																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																

			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間（令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日）
点滴注射指示期間（令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日）

患者氏名	様	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日							
患者住所	電話 () -									
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)							
現在の状況	病状・治療状態									
	投薬中の薬剤の用量・用法	1.	2.	3.	4.	5.	6.			
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
		要介護認定の状況	要支援		要介護(1 2 3 4 5)					
		褥瘡の深さ	DESIGN分類		D3	D4	D5	NPUAP分類		III度
	装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (ℓ/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻: サイズ) 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位: サイズ) 日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ()								
留意事項及び指示事項										
I 療養生活指導上の留意事項										
II 1. リハビリテーション [理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり 20・40・60・()分を週()回 (注: 介護保険の訪問看護を行う場合に記載)] 2. 褥瘡の処置等 3. 装置・使用医療機器などの操作援助・管理 4. その他										
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)										
緊急時の連絡先 不在時の対応方法										
特筆すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載してください。)										
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 : 訪問看護ステーション名)										
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有 : 訪問介護事業所名)										

上記の通り、指示いたします。

令和 年 月 日

事業所

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
殿 医師氏名

印

利用者氏名		生年月日	年 月 日 ()歳
要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)		
住 所			
看護・リハビリテーションの目標			
年 月 日	問 題 点・ 解 決 策		評 価
衛生材料等が必要な処置の有無			有 ・ 無
処置の内容	衛生材料 (種類・サイズ) 等	必要量	
備考 (特別な管理を要する内容、その他留意すべき事項等)			
作成者 ①	氏名 :	職 種 :	看護師・保健師
作成者 ②	氏名 :	職 種 :	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

年 月 日

事業所名
管理者氏名

殿

訪問看護報告書

利用者氏名		生年月日	年 月 日()歳											
要介護認定の状況	要支援 (1 2)			要介護 (1 2 3 4 5)										
住 所														
訪問日	年 月			年 月										
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31					29	30	31				
	訪問日を○で囲むこと。理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護を実施した場合は◇、特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日は△で囲むこと。緊急時訪問を行った場合は×印とすること。なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。													
病状の経過														
看護の内容														
家庭での介護の状況														
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称：() 使用及び交換頻度：() 使用量：()													
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性： 有 ・ 無 変更内容													
特記すべき事項														
作成者	氏名： 職種： 看護師・保健師													

上記のとおり、指定訪問看護又は看護サービスの提供の実施について報告いたします。

年 月 日

事業所名
管理者氏名

殿

利用者氏名											
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	II a	III b	III a	III b	IV	M			
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容											
評価	項目	自立	一部介助	全介助	備考						
	食 事	10	5	0							
	イスとベッド間の移乗	15	10 ← 監視下								
		座れるが移れない → 5		0							
	整 容	5	0	0							
	トイレ動作	10	5	0							
	入 浴	5	0	0							
	平地歩行	15	10 ← 歩行器等								
		車椅子操作が可能 → 5		0							
	階段昇降	10	5	0							
	更 衣	10	5	0							
	排便コントロール	10	5	0							
	排尿コントロール	10	5	0							
	合計点				/100						
	コミュニケーション										
	参加	家庭内の役割									
		余暇活動 (内容及び頻度)									
		社会地域活動 (内容及び頻度)									
		終了後に行いたい 社会参加等の取組									
	看護職員との連携状況、 看護の視点からの利用者の 評価										
特記すべき事項											
作成者	氏名：					職種：	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士				

訪問看護記録書 I

No.1

利用者氏名		生年月日	年 月 日 () 歳		
住 所		電話番号	() -		
看護師等氏名		訪問職種	保健師 ・ 看護師 ・ 准看護師 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士		
初回訪問年月日	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分				
主たる傷病名					
現 病 歴					
既 往 歴					
療 養 状 況					
介 護 状 況					
生 活 歴					
	氏 名	年 齢	続 柄	職 業	特記すべき事項
家族構成					
主な介護者					
住 環 境					

訪問看護記録書 I

No.2

訪問看護の 依頼目的											
要介護認定の状況	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)								
ADLの状況 該当するものに○	移動	食事	排泄	入浴	着替	整容	意思疎通				
自立											
一部介助											
全面介助											
その他											
日常生活自立度	寝たきり度		J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
	認知症の状況		I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
主治医等	氏 名										
	医療機関名										
	所 在 地										
	電 話 番 号										
	緊急時の連絡先										
家族等の緊急時の連絡先											
介護支援専門員等	氏 名										
	指定居宅介護支援事業所名										
	電 話 番 号										
	緊急時の連絡先										
関係機関	連絡先			担当者				備考			
保健・福祉サービス等の利用状況											

訪問看護記録書Ⅱ

利用者氏名		看護師等氏名		
		訪問職種	保健師 ・ 看護師 ・ 准看護師 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士	
訪問年月日	年 月 日 ()		時 分～ 時 分	
利用者の状態 (病状)				
実施した看護・リハビリテーションの内容				
その他				
備考				
次回の訪問予定日	年 月 日 ()		時 分～	

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) 評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日
 殿 男 女 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, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対処 「自分で行っていない」、 「あり」に1つ以上該当する 場合、褥瘡ケア計画を立案し 実施する。	
	ADLの状況	入浴		自分で行っている	自分で行っていない			
		食事摂取		自分で行っている	自分で行っていない	対象外 (※1)		
		更衣	上衣	自分で行っている	自分で行っていない			
			下衣	自分で行っている	自分で行っていない			
	基本動作	寝返り		自分で行っている	自分で行っていない			
		座位の保持		自分で行っている	自分で行っていない			
		座位での乗り移り		自分で行っている	自分で行っていない			
		立位の保持		自分で行っている	自分で行っていない			
	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)			
バ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：バ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 DDTI：深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い D U：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2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-R®2020 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

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
 評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日
 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 (利用開始時)	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 評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日
 男 女 殿 歳 (歳)

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*	
・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	自立	一部介助 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	・食事	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
・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	・椅子とベッド間の移乗	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (監視下)
・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	(座るが移れない) →	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
・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	・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
(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"> ・離床 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり() 時間 ・座位保持 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>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 ・立ち上がり <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり() 回 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事 (自立・見守り・一部介助・全介助) ※ <input type="checkbox"/>居室外(普通の椅子) <input type="checkbox"/>居室外(車椅子) <input type="checkbox"/>ベッドサイド <input type="checkbox"/>ベッド上 <input type="checkbox"/>その他 食事時間や嗜好への対応 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・排せつ(日中) (自立・見守り・一部介助・全介助) ※ <input type="checkbox"/>居室外のトイレ <input type="checkbox"/>居室内のトイレ <input type="checkbox"/>ポータブル <input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他 個人の排泄リズムへの対応 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・排せつ(夜間) (自立・見守り・一部介助・全介助) ※ <input type="checkbox"/>居室外のトイレ <input type="checkbox"/>居室内のトイレ <input type="checkbox"/>ポータブル <input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他 個人の排泄リズムへの対応 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・入浴 (自立・見守り・一部介助・全介助) ※ <input type="checkbox"/>大浴槽 <input type="checkbox"/>個人浴槽 <input type="checkbox"/>機械浴槽 <input type="checkbox"/>清拭 1週間あたり() 回 マンツーマン入浴ケア <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の希望の確認 1月あたり() 回 ・外出 1週間あたり() 回 ・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 ・趣味・アクティビティ・役割活動 1週間あたり() 回 ・職員の居室訪問 1日あたり() 回 ・職員との会話・声かけ 1日あたり() 回 ・着替えの回数 1週間当たり() 回 ・居場所作りの取組 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリ専門職による訓練 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1週間あたり() 時間 ・看護・介護職による訓練 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1週間あたり() 時間 ・その他職種 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1週間あたり() 時間

(※ 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>

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名：

TEL：

FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
		生年月日	明・大・昭	年 月 日生	
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能な場合は、「写真」などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅）. ___階建て. 居室___階. エレベーター（有・無） 特記事項（ ）				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				<input type="checkbox"/> 医師の判断
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				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ___割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（身体・精神・知的）	
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ） * <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL		

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-----------------	--

5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他()
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 続柄・年齢)
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める(<input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
特記事項	

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

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

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		無	有 _____本くらい/日		飲酒	無	有 _____合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項：				
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由： _____ 期間： H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： _____)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者： _____ ・管理方法： _____)		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

入院診療計画書

(患者氏名) _____ 殿

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
症状 治療により改善すべき点等	
全身状態の評価 (ADLの評価を含む)	
治療計画 (定期的検査、日常生活機能の保持・回復、入院治療の目標等を含む)	
リハビリテーションの計画 (目標を含む)	
栄養摂取に関する計画	
感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策 (予防対策を含む)	
その他 ・看護計画 ・退院に向けた支援計画 ・入院期間の見込み等	

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(主治医氏名)

(本人・家族)

様式1

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

患者氏名	
患者住所	性別 男・女
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳) 職業

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
-------------------------	------

既往歴及び家族歴

症状経過、検査結果及び治療経過

現在の処方

要介護状態等区分：要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 (有効期限：年 月 日～年 月 日)
--

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：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
--

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)									
移動	自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	自立	見守り	一部介助	全面介助

本人及び家族の要望

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

(別紙様式12の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所

平成 年 月 日

担当 _____ 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名 _____ (印)

患者氏名	性別	男・女
	職業	
電話番号	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ()歳
患者住所		
情報提供の目的		
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの	発症日:昭和・平成 年 月 日
		発症日:昭和・平成 年 月 日
その他の傷病名		
傷病の経過及び治療状況		
診療形態	外来・訪問診療・入院	入院患者の場合
		入院日: 年 月 日 退院日: 年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等		
障害高齢者の生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名 印

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日 明・大・昭・平	年 月 日 (歳) 職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備 考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

(別紙様式13)

平成 年 月 日

介護老人保健施設

殿

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

医師氏名

印

患 者	氏 名		男・女
	生年月日	明・大・昭	年 月 日生 (歳)

病 名	
現 症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 殿 男 女 療養棟 計画作成日
 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) 記入担当者名
 褥瘡発生日

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)
 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)

障害高齢者の日常生活自立度		J (1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対処
危険因子の評価	ADL の状況	入浴	自分でやっている	自分でやっていない		「自分でやっていない」、「あり」に1つ以上該当する場合、褥瘡ケア計画を立案し実施する。
		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)		
	バ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：バ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	浸出液	大きさ	炎症/感染	肉芽組織	壊死組織	ポケット
		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	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	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	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)	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	n 0：壊死組織なし	p 0：ポケットなし
		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 DDTI：深部損傷褥瘡(DTI)疑い D U：壊死組織で覆われ深さの判定が不能	E 6：多量:1日2回以上のドレッシング交換を要する	S 15：100以上	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)	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	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	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-R®2020 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。

看護計画	留意する項目		計画の内容
	圧迫、ズレカの排除 (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			

(記録上の注意)

- 日常生活自立度の判定に当たっては「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保険福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。
- 日常生活自立度がJ1~A2である利用者又は入所者については、当該計画書の作成を要しないものであること。

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 地域包括支援センター	訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設	通所リハビリテーション事業所 医療機関
-------------------------	--------------------------	------------------------



(依頼先機関)

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

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	
住所							性別	男 ・ 女
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)							

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
-------------------------	------

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

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

備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 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	年	月	日
事業所				
担当者				
電話				
FAX				

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（通所系）

氏名： 殿			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
			説明者

	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（ <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高）	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態（ <input type="checkbox"/> 口臭、 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 舌苔） <input type="checkbox"/> 口腔機能の状態（ <input type="checkbox"/> 食べこぼし、 <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（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、 歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他（ ） 【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
長期目標・期間	（心身機能） （活動） （参加）		<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（ ） 【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
短期目標・期間	（心身機能） （活動） （参加）		<input type="checkbox"/> その他（ ） 【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
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"/> 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（ ） 【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

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、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（施設系）

氏名： _____ 殿				入所（院）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	
			説明者 _____	

	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 (□低 □中 □高)	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 (□ 歯の汚れ、□ 義歯の汚れ、□ 舌苔、□ 口臭) <input type="checkbox"/> 口腔機能の状態 (□ 食べこぼし、□ 舌の動きが悪い、□ むせ、□ 痰がらみ、□ 口腔乾燥) <input type="checkbox"/> 歯の本数 () 本 <input type="checkbox"/> 歯の問題 (□ う蝕、□ 歯の破折、□ 修復物脱離、□ その他 ()) <input type="checkbox"/> 義歯の問題 (□ 不適合、□ 破損、□ その他 ())
長期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)		<input type="checkbox"/> 歯科疾患 (□ 予防、□ 重症化予防) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 (□ 自立、□ 介護者の口腔清掃の技術向上、□ 専門職の定期的な口腔清掃等) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 (□ 維持、□ 改善)
短期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)		<input type="checkbox"/> 食形態 (□ 維持、□ 改善) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (□ 維持、□ 改善) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <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"/> 口腔の清掃 □ 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 □ 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 () <input type="checkbox"/> 月4回程度 □ 月2回程度 □ 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他 ()

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)

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 計画作成日: 平成 _____ 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医 _____ 担当 _____ (PT OT ST 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
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: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: 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	将来の見込み(※)
筋力低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
麻痺	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
感覚機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
関節可動域制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
失語症・構音障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
見当識障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
その他の高次脳機能障害()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
褥瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
精神行動障害(BPSD)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■活動(基本動作、移動能力、認知機能等)

	現在の状況	将来の見込み(※)
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
立ち上がり	いすから	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
	床から	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> Timed Up & Go Test		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
コミュニケーションの状況		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化

■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)

課題	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"/> 装具 <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"/> ポータブルトイレ 調整 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未調整
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"/> 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"/> ポータブルトイレ) 調整 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 未調整
自宅周辺 <input type="checkbox"/>	
社会参加 <input type="checkbox"/>	
交通機関の利用 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
サービスの利用 <input type="checkbox"/>	
その他 <input type="checkbox"/>	

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

項目	自立	一部介助	全介助	将来の見込み(※)
食事	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
イスとベッド間の移乗	15	10 ← 監視下	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
整容	5	0	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
トイレ動作	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
入浴	5	0	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
平地歩行	15	10 ← 歩行器等	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
階段昇降	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
更衣	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
排便コントロール	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
排尿コントロール	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
合計点				

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■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)

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	

■リハビリテーションの目標
(長期) _____
(短期(今後3ヶ月間)) _____
■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方針(今後3ヶ月間) _____
■リハビリテーション終了の目安・時期 _____

利用者・ご家族への説明: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人のサイン: _____ 家族サイン: _____ 説明者サイン: _____
特記事項: _____

リハビリテーション実施計画書

計画評価実施日 年 月 日

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

本人の希望	家族の希望
-------	-------

目標 [到達時期]		評価項目・内容																				
参加 [主 目標]	家庭内役割：	家庭内役割：																				
	外出(目的・頻度等)：	外出：																				
活 動	自立・介 護状況 項目	自宅での実行状況(目標)：「する“活動”」						日常生活での実行状況：「している“活動”」						評価・訓練時の能力：「できる“活動”」								
		自 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	備 考	自 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	備 考	独 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	備 考
	屋外歩行 (含：家から の出入り)																					
	階段昇降																					
トイレへの 移 動																						

食 事																				
排 泄																				
整 容																				
更 衣 (含：靴・装 具の着脱)																				
入 浴																				
家 事																				
コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン																				

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

自己実施プログラム

前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 等

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

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

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名: 性別: 男・女 生年月日 年 月 日 (歳) 要介護度:

健康状態(原因疾患、発症・受傷日等)	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)	心身機能 □運動機能障害: □感覚機能障害: □高次脳機能障害:
生活不活発病(廃用症候群) 発生原因が分かる場合はその内容		□拘縮(部位): □関節痛(部位): □その他:

参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。)

入院・入所中の場合の退院先 自宅 その他: 退院未定

家庭内役割(家事への参加、等):

社会活動:

外出(内容・頻度等):

余暇活動(内容・頻度等):

退院後利用資源:

認知症に関する評価

自立・介護 状況 項目	現在の評価及び目標					到達 時期	重点 項目	具体的なアプローチ			
	自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず			使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介護内容 つたい・もたれ等	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等
日常生活・ 社会活動	トイレへの 移動										
	階段昇降										
	屋内移動										
	屋外移動										
	食事										
	排泄(昼)										
	排泄(夜)										
	整容										
	更衣										
	入浴										
	コミュニケー ション										
	家事										
	外出										

自立・介護 状況 項目	現在の評価及び目標					到達 時期	重点 項目	具体的なアプローチ			
	自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず			使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介護内容 つたい・もたれ等	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等
起居動作	寝返り										
	起き上がり										
	座位										
	立ち上がり										
	立位										
摂食・嚥下											
						47					

リハビリテーション実施計画書（2）

ご本人の希望（ 年 月 日）
ご家族の希望（ 年 月 日）

生活目標	その人らしく生活するためのポイント
	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみの支援に向けての取り組み
リハビリテーションプログラム	

ご本人に行ってもらいたいこと
ご家族にお願いしたいこと
病気との関係で気をつけること

前回計画書作成時からの改善・変化等（ 月 日）

備考

担当チーム	担当医： _____
	●PT・OT・ST： _____（ ）、 _____（ ）、 _____（ ）、 _____（ ）
	●看護・介護： _____（ ）、 _____（ ）、 _____（ ）、 _____（ ）
	● _____（ ）、 _____（ ）、 _____（ ）、 _____（ ）

（ ）内は職種を記入

ご本人・ご家族への説明と同意： _____ 年 月 48日
 ご本人： _____ ご家族： _____ 説明者： _____

注：本計画書に記載されている情報は、適切な介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

事業所番号

リハビリテーションアセスメントシート

□入所 □訪問 □通所

計画作成日: 令和 年 月 日

氏名: 姓 名

性別: 男 女

生年月日: 年 月 日 (歳)

□要支援 □要介護

健康状態・経過

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):

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:)

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、C1、C2

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

Table with columns: 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). Rows include muscle weakness, sensory impairment, joint range of motion, etc.

活動 (基本動作)

Table with columns: 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). Rows include walking, sitting, standing, etc.

活動 (ADL) (※「している」状況について記載する)

Table with columns: 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). Rows include eating, dressing, bathing, etc.

活動 (IADL)

Table with columns: アセスメント項目, 開始時, 現状, 特記事項, 評価内容の記載方法. Rows include meal preparation, housework, driving, etc.

活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

Text area for analyzing factors influencing activities and participation. Includes sub-sections for high importance and functional impairment.

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)

Table with columns: 課題, 状況. Rows include family, welfare equipment, living environment, etc.

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)

Text area for describing social participation status, including family roles and community activities.

Checkboxes for sharing information with staff: □他事業所の担当者, □介護支援専門員, □その他.

※下記の□の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。

【情報提供先】 □介護支援専門員 □医師 □(地域密着型) 通所介護 □ ()

事業所番号

リハビリテーションアセスメントシート

□入所 □訪問 □通所

計画作成日: 令和 年 月 日

氏名: 姓

性別: 男 女

生年月日: 年 月 日 (歳)

□要支援 □要介護

健康状態・経過

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):

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:)

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、C1、C2

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

Table with columns: 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). Rows include muscle weakness, sensory impairment, joint range of motion, etc.

活動 (基本動作)

Table with columns: 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). Rows include walking, sitting, standing, etc.

活動 (ADL) (※「している」状況について記載する)

Table with columns: 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). Rows include eating, dressing, bathing, etc.

活動 (IADL)

Table with columns: アセスメント項目, 開始時, 現状, 特記事項, 評価内容の記載方法. Rows include meal preparation, shopping, housework, etc.

活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

Text area for analyzing factors affecting activities and participation. Includes sub-sections for high importance and functional impairment issues.

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)

Table with columns: 課題, 状況. Rows include family, living environment, neighborhood, etc.

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)

Text area for describing social participation status, including roles in the home and community activities.

Checkboxes for sharing information with staff, support specialists, and other relevant parties.

※下記の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。

【情報提供先】 □介護支援専門員 □医師 □(地域密着型) 通所介護 □ ()

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				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
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		
I ADL	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		

【個別機能訓練アセスメントシート】

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		要介護度	計画作成者： 職種：
		年 月 日生（ 歳）			
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

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、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。

(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】	【通所頻度】
		回/週	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】

--

【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 3 - 1・別紙様式 3 - 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）			

※①～⑤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） （機能）	目標達成度（達成・一部・未達）	機能訓練の長期目標 （機能）	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構成要素の考え方は、通知本体を参照のこと。 ※目標達成の目安となる期間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に必要な行為）は、個別機能訓練計画書の訓練実施期間内に達成を目指す項目のみを記載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(～のために)～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な行為に対応するよう、訓練項目を具体的に設定すること。

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、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. 000000000 住所○○○ 電話番号○○○	説明日： 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 説明者：
--	-----------------------------

(別紙様式3)

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 _____

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
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"/> 家族()) <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				

フリガナ		性別	□男 □女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
氏名		要介護度		病名・特記事項等		記入者名	
利用者						作成年月日	年 月 日
家族の意向				食事の準備状況 (買い物、食事の支援、地域特性等)		家族構成とキーパーソン (支援者)	本人

(以下は、入所 (入居) 者個々の状態に応じて作成。)

実施日 (記入者名)	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()
プロセス	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高
身長	cm	cm	cm	cm
体重 / BMI	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有 (kg/1ヶ月)	□無 □有 (kg/1ヶ月)	□無 □有 (kg/1ヶ月)	□無 □有 (kg/1ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有 (kg/3ヶ月)	□無 □有 (kg/3ヶ月)	□無 □有 (kg/3ヶ月)	□無 □有 (kg/3ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有 (kg/6ヶ月)	□無 □有 (kg/6ヶ月)	□無 □有 (kg/6ヶ月)	□無 □有 (kg/6ヶ月)
血清アルブミン値	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)
褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
栄養補給法	□経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法	□経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法	□経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法	□経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法
その他				
栄養補給の状態				
食事摂取量 (割合)	%	%	%	%
主食の摂取量 (割合)	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
主菜、副菜の摂取量 (割合)	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %
その他 (補助食品など)				
摂取栄養量: エネルギー・たんぱく質 (現体重当たり)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
提供栄養量: エネルギー・たんぱく質 (現体重当たり)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
必要栄養量: エネルギー・たんぱく質 (現体重当たり)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
嚥下調整食の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
食事の形態 (コード)	(コード: ★ブルダウン ²)	(コード: ★ブルダウン ²)	(コード: ★ブルダウン ²)	(コード: ★ブルダウン ²)
とろみ	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い
食事の留意事項の有無 (療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど)	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
本人の意欲	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³
食欲・食事の満足感	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴
食事に対する意識	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴
口腔関係	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下
安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□
食事に集中することができない	□	□	□	□
食事中に傾眠や意識混濁がある	□	□	□	□
嚥 (嚥部) のない状態で食事をしている	□	□	□	□
食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□
固形の食べ物を咀嚼しよく中にむせる	□	□	□	□
食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	□	□	□	□
水分でむせる	□	□	□	□
食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□
その他・気が付いた点				
褥瘡・生活機能関係	□褥瘡 (再掲) □生活機能低下 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡 (再掲) □生活機能低下 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡 (再掲) □生活機能低下 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡 (再掲) □生活機能低下 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
消化器関係				
水分関係				
代謝関係				
心理・精神・認知症関係				
医薬品				
特記事項				
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない
サービス継続の必要性 (注) 栄養改善加算算定の場合	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有

- ★ブルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★ブルダウン² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類 (4、3、2-2、2-1、1)、0t、0)
- ★ブルダウン³ 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
- ★ブルダウン⁴ 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

注1) スクリーニングにおいては、把握可能な項目 (BMI、体重減少率、血清アルブミン値 (検査値がわかる場合に記入) 等) により、低栄養状態のリスクを把握する。

注2) 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

<低栄養状態のリスクの判断>

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。
BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

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	3.0g/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

フリガナ	性別	□男 □女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
氏名	要介護度		病名・特記事項等		記入者名	
利用者					作成年月日	年 月 日
家族の意向					家族構成とキーパーソン（支援者）	本人 一

（以下は、入所（入居）者本人の状態に応じて作成。）

実施日（記入者名）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）
プロセス	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高
身長	cm	cm	cm	cm
体重 / BMI	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()
血清アルブミン値	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()
褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
栄養補給法	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口
その他				
栄養補給の状態				
食事摂取量（割合）	%	%	%	%
主食の摂取量（割合）	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
主菜、副菜の摂取量（割合）	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %
その他（補助食品など）				
摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現状相当）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
提供栄養量：エネルギー・たんぱく質（現状相当）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
必要栄養量：エネルギー・たんぱく質（現状相当）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
嚥下調整食の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
食事の形態（コード）	（コード：★フルダウン ² ）	（コード：★フルダウン ² ）	（コード：★フルダウン ² ）	（コード：★フルダウン ² ）
とろみ	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い
食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど）	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
本人の意欲	★フルダウン ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³
食欲・食事の満足感	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴
食事に対する意識	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴
口腔関係	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下
安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□
食事に集中することができない	□	□	□	□
食事に傾眠や意識混濁がある	□	□	□	□
歯（義歯）のない状態で食事をしている	□	□	□	□
食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□
固形の食べ物を咀嚼しやく中にむせる	□	□	□	□
食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	□	□	□	□
水分でむせる	□	□	□	□
食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□
その他、気が付いた点				
嚥下・生活機能関係	□嚥下（再掲） □生活機能低下	□嚥下（再掲） □生活機能低下	□嚥下（再掲） □生活機能低下	□嚥下（再掲） □生活機能低下
消化器官関係	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘
水分関係	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水
心理・精神・認知症関係	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱
医薬品	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症
薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響
特記事項				
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持
	□改善が認められない	□改善が認められない	□改善が認められない	□改善が認められない
計画変更	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有

経口維持加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を判定している場合は必須	経口維持加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を判定している場合は必須	経口維持加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を判定している場合は必須	経口維持加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を判定している場合は必須
摂食・嚥下機能検査	□水飲みテスト □頸部聴診法 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ） 実施日： 年 月 日	□水飲みテスト □頸部聴診法 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ） 実施日： 年 月 日	□水飲みテスト □頸部聴診法 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ） 実施日： 年 月 日
検査結果や観察等を通して把握した課題の所在	□認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能	□認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能	□認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能
※食事の観察	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日
※多職種会議	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日	□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □歯科衛生士 □言語聴覚士 □作業療法士 □理学療法士 □看護職員 □介護職員 □介護支援専門員 実施日： 年 月 日
①食事の形態・とろみ、補助食の活用	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
②食事の周囲環境	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
③食事の介助の方法	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
④口腔ケアの方法	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
⑤医療又は歯科医療受療の必要性	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
特記事項			

※経口維持加算（Ⅱ）を判定する場合は、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加していること

- ★フルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★フルダウン² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類（4、3、2-2、2-1、1j、Ot、Oj）
- ★フルダウン³ 1より2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
- ★フルダウン⁴ 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

注1） スクリーニングにおいては、把握可能な項目（BMI、体重減少率、血清アルブミン値（検査値がわかる場合に記入）等）により、低栄養状態のリスクを把握する。

注2） 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

口腔・栄養スクリーニング様式

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名		要介護度・病名・ 特記事項等					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	

	スクリーニング項目	前回結果 (●月●日)	今回結果 (●月●日)
口 腔	硬いものを避け、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）		
栄 養	身長 (cm) ※ ¹	(cm)	(cm)
	体重 (kg)	(kg)	(kg)
	BMI (kg/ m ²) ※ ¹ 18.5未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ m ²)
	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 3.5 g/dl未満	<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 75%以下※ ³	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)
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。

歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画

1 基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	明・大・昭 年 月 日生 (歳)	男 ・ 女
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"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j)) <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ヶ月以内の状況について記載すること。

2 スクリーニング、アセスメント

記入者・記入年月日	(氏名)	令和 年 月 日
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	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
	痰がらみ	<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

(以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施)

歯科疾患等	歯数 () 歯 歯の問題(う蝕、破折、脱離等) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない 歯周病 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない 粘膜の問題(潰瘍等) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない 義歯の問題(不適合、破折) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	

3 居宅療養管理指導計画

利用者家族に説明を行った日 令和 年 月 日

初回作成日	令和 年 月 日	作成(変更)日	令和 年 月 日
記入者	歯科医師:	歯科衛生士:	
目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患(<input type="checkbox"/> 重症化予防 <input type="checkbox"/> 歯科治療) <input type="checkbox"/> 食形態(<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 口腔衛生(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃 技術の向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等) <input type="checkbox"/> 栄養状態(<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"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他()		
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導		
訪問頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他()		
関連職種との連携			

4 実施記録

訪問日	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分	実施者	
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設(有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム)		
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分		
実地指導の要点	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導		
解決すべき課題			
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導() <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示()		

栄養ケア計画書 (通所・居宅) (様式例)

氏名： _____ 殿	初回作成日： _____ 年 ____ 月 ____ 日
	作成(変更)日： _____ 年 ____ 月 ____ 日
	作成者： _____
医師の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要点 _____) 指示日 (____ / ____)
利用者及び家族の意向	_____ 説明日 年 ____ 月 ____ 日
解決すべき課題 (ニーズ)	低栄養状態のリスク _____ <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
長期目標と期間	_____

分類	短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容 (頻度、期間)	担当者
★ ブル ダウン※			
特記事項			

※①栄養補給・食事、②栄養食事相談、③多職種による課題の解決など

栄養ケア提供経過記録

月	日	サービス提供項目

栄養ケア・経口移行・経口維持計画書（施設）（様式例）

氏名： _____ 殿	入所（院）日： _____ 年 ____ 月 ____ 日
	初回作成日： _____ 年 ____ 月 ____ 日
作成者： _____	作成（変更）日： _____ 年 ____ 月 ____ 日
利用者及び家族の意向	<div style="float: right; text-align: right;">説明日 ____ 年 ____ 月 ____ 日</div>
解決すべき課題 （ニーズ）	低栄養状態のリスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
長期目標と期間	

分類	短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容（頻度、期間）	担当者
★ プル ダウン ※			
特記事項			

※①栄養補給・食事、②栄養食事相談、③経口移行の支援、④経口維持の支援、⑤多職種による課題の解決など

算定加算： 栄養マネジメント強化加算 経口移行加算 経口維持加算（Ⅰ Ⅱ） 療養食加算

栄養ケア提供経過記録

月	日	サービス提供項目

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 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	<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"/> 1j、 <input type="checkbox"/> 0t、 <input type="checkbox"/> 0j）） <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 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
口腔機能の状態	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
	痰がらみ	<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、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

2 口腔機能改善管理計画

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	令和 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

--

口腔衛生管理加算の実施記録

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
食形態等	<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
同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）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。

※医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に3回以上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

--

口腔機能向上加算の実施記録

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	<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"/> 1j、 <input type="checkbox"/> 0t、 <input type="checkbox"/> 0j))、 <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	令和 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

--

科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）

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〕〔任意項目〕		
	服薬情報〔任意項目〕		
	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)		
	・		
〔任意項目〕			
同居家族等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 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"/> 必要な時に手をかす程度 <input type="checkbox"/> その他			
ADL	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〔任意項目〕			
<input type="checkbox"/> 入所/サービス継続中			
<input type="checkbox"/> 中止 (中止日:)			
<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			

※居宅サービスを利用する場合 (介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック)

口腔・栄養	身長 (cm)	体重 (kg)	褥瘡の有無〔任意項目〕 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	口腔の健康状態		
	・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、二回目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

認知症の診断																																																																																											
□なし □あり(診断日 年 月 日: □アルツハイマー病 □血管性認知症 □レビー小体病 □その他())																																																																																											
認知症	DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載)																																																																																										
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>まったくない</td> <td>ほとんどない</td> <td>ときどきある</td> <td>よくある</td> <td>常にある</td> </tr> <tr> <td>・ 日常的な物事に関心を示さない</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 特別な事情がないのに夜中起き出す</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ やたらに歩きまわる</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 同じ動作をいつまでも繰り返す</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">〔以下、任意項目〕</td> </tr> <tr> <td>・ 同じ事を何度も何度も聞く</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 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</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 昼間、寝てばかりいる</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 口汚くののしる</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 世話をされるのを拒否する</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 物を貯め込む</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・ 引き出しや箆笥の中身をみんな出してしまう</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		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	・ 日常的な物事に関心を示さない	<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"/>	〔以下、任意項目〕						・ 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"/>	・ 昼間、寝てばかりいる	<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"/>
		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																																																																																					
	・ 日常的な物事に関心を示さない	<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"/>																																																																																					
	〔以下、任意項目〕																																																																																										
	・ 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"/>																																																																																					
	・ 昼間、寝てばかりいる	<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																																																																																											
・ 意思疎通 □自分から挨拶する、話し掛ける □挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる □反応がない																																																																																											
〔以下、任意項目〕																																																																																											
・ 起床 □いつも定時に起床している □起こさないと起床しないことがある □自分から起床することはない																																																																																											
・ 食事 □自分から進んで食べようとする □促されると食べようとする □食事に関心がない、全く食べようとししない																																																																																											
・ 排せつ □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 □時々、尿意便意を伝える □排せつに全く関心がない																																																																																											
・ リハビリ・活動 □自らリハビリに向かう、活動を求める □促されて向かう □拒否、無関心																																																																																											

(注) 任意項目との記載のない項目は必須項目とする

科学的介護推進に関する評価（施設サービス）

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〕〔科学的介護推進体制加算（I）では任意項目〕		
	服薬情報〔科学的介護推進体制加算（I）では任意項目〕		
	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）	
	・		
〔科学的介護推進体制加算（I）では任意項目〕			
同居家族等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 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"/> 必要な時に手をかす程度 <input type="checkbox"/> その他			
ADL	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〔任意項目〕			
<input type="checkbox"/> 入所/サービス継続中			
<input type="checkbox"/> 中止（中止日： ）			
<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			

※居宅サービスを利用する場合（介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック）

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"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j）		
	・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〔任意項目〕 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
口腔の健康状態			
・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			
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、二回目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	認知症の診断 □なし □あり(診断日 年 月 日: □アルツハイマー病 □血管性認知症 □レビー小体病 □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
	・ 日常的な物事に関心を示さない	<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"/>	
〔以下、任意項目〕						
・ 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"/>	
・ 昼間、寝てばかりいる	<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						
・ 意思疎通	□自分から挨拶する、話し掛ける □挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる □反応がない					
〔以下、任意項目〕						
・ 起床	□いつも定時に起床している □起こさないと起床しないことがある □自分から起床することはない					
・ 食事	□自分から進んで食べようとする □促されると食べようとする □食事に関心がない、全く食べようとししない					
・ 排せつ	□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 □時々、尿意便意を伝える □排せつに全く関心がない					
・ リハビリ・活動	□自らリハビリに向かう、活動を求める □促されて向かう □拒否、無関心					

(注) 任意項目との記載のない項目は必須項目とする

【（地域密着型）通所介護計画書】

作成日： 年 月 日	前回作成日： 年 月 日	初回作成日： 年 月 日
ふりがな 氏 名	性別	大正 / 昭和 年 月 日生 歳
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		要介護度
計画作成者：		職種：
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

通所介護利用までの経緯(活動歴や病歴)	
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(利用者の居宅での生活状況をふまえ、特によく使用する場所・使用したいと考えている場所の環境を記入) ★	
健康状態(病名、合併症(心疾患、吸器疾患等)、服薬状況等)★	ケアの上での医学的リスク(血圧、転倒、嚥下障害等)・留意事項★

II サービス利用目標・サービス提供内容の設定

利用目標			
長期 目標	設定日 年 月 達成予定日 年 月		目標 達成度 達成・一部・未達
短期 目標	設定日 年 月 達成予定日 年 月		目標 達成度 達成・一部・未達

サービス提供内容(※)					
	目的とケアの提供方針・内容	実施		評価 効果、満足度など	迎え(有・無)
		達成	未実施		
①	月 日 ~ 月 日	実施	達成		プログラム(1日の流れ)
		一部	一部		
		未実施	未実施		(予定時間)
②	月 日 ~ 月 日	実施	達成		
		一部	一部		
		未実施	未実施		
③	月 日 ~ 月 日	実施	達成		
		一部	一部		
		未実施	未実施		
④	月 日 ~ 月 日	実施	達成		
		一部	一部		
		未実施	未実施		
⑤	月 日 ~ 月 日	実施	達成		送り(有・無)
		一部	一部		
		未実施	未実施		

特記事項	※サービス提供内容の設定にあたっては、長期目標・短期目標として設定した目標を達成するために必要なプログラムとなるよう、具体的に設定すること。 ※入浴介助加算(Ⅱ)を算定する場合は、★が記載された欄等において必要な情報を記入すること。
実施後の変化(総括) 再評価日： 年 月 日	利用者・家族に対する本計画の説明者及び同意日
	説明者
	説明・同意日
	年 月 日

(地域密着型) 通所介護 ○○○	〒000-0000 住所：○○県○○市○○ 00-00	管理者：
事業所No. 000000000	Tel. 000-000-0000/Fax. 000-000-0000	

事故報告書 (事業者→〇〇市(町村))

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること
 ※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

第1報
 第 ___ 報
 最終報告

提出日：西暦 年 月 日

1事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日				
2事業所の概要	法人名											
	事業所(施設)名								事業所番号			
	サービス種別											
	所在地											
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			性別：	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者			
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()										
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立									
		認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									
4事故の概要	発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃(24時間表記)
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)										
	発生時状況、事故内容の詳細											
	その他 特記すべき事項											
5事故発生時の対応	発生時の対応											
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	受診先	医療機関名						連絡先(電話番号)				
	診断名											
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位：) <input type="checkbox"/> その他 ()										
	検査、処置等の概要											

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況								
	家族等への報告	報告した家族等の 続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者		<input type="checkbox"/> 子、子の配偶者		<input type="checkbox"/> その他 ()		
		報告年月日	西暦		年		月		日
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 自治体名 ()		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名 ()		<input type="checkbox"/> その他 名称 ()			
本人、家族、関係先等 への追加対応予定									
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)	(できるだけ具体的に記載すること)								
8 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、 再発防止策の評価時期および結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)								
9 その他 特記すべき事項									