

## 書籍『介護報酬の解釈 1 単位数表編 令和6年4月版』附録

# 様式一覧

様式の実際のフォーマットについては、以下をご参照ください。

①単位数表告示における「老健局長が定める様式」 令和6年老発0315第1号「介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について」別紙1-1-2～別紙51

②留意事項通知において示されている様式

対象サービス・加算		様式題名	各通知における様式番号
居宅療養管理指導	①医師	指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書 (居宅療養管理指導・医師) / 3・4	(訪問・通所系) 別紙様式1 (介護予防) 別紙様式1
	②歯科医師	指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書 (居宅療養管理指導・歯科医師) / 5	(訪問・通所系) 別紙様式2 (介護予防) 別紙様式2
	③歯科衛生士等	歯科衛生士等による居宅療養管理指導に係る 口腔の健康状態の評価・管理指導計画 / 6	(訪問・通所系) 別紙様式3 (介護予防) 別紙様式3
	④管理栄養士	居宅療養管理指導(管理栄養士)指示書(様式例) / 7	(訪問・通所系) 別紙様式4 (介護予防) 別紙様式4
	⑤管理栄養士	居宅療養管理指導(管理栄養士)特別追加訪問指示書 / 8	(訪問・通所系) 別紙様式5 (介護予防) 別紙様式5
口腔連携強化加算	口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書 / 9	(訪問・通所系) 別紙様式6 (短期入所・特定施設・施設系) 別紙様式11 (介護予防) 別紙様式6 (地域密着型) 別紙様式8	
〔介護老人保健施設等〕	リハビリテーション計画書 / 10・11	(短期入所・特定施設・施設系) 別紙様式1	
【参考】 【リハビリテーション】	リハビリテーション計画書 / 12・13	「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」(令和6年老高発0315第2号老認発0315第2号老老発0315第2号) 別紙様式2-2-1	
介護老人保健施設	〔介護老人保健施設から医療機関あて紹介状〕 / 14	(短期入所・特定施設・施設系) 別紙様式2	
口腔衛生管理加算	口腔衛生管理加算 様式(実施計画) / 15	(短期入所・特定施設・施設系) 別紙様式3 (地域密着型) 別紙様式1	
褥瘡マネジメント加算	褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書 / 16・17	(短期入所・特定施設・施設系) 別紙様式5 (地域密着型) 別紙様式5	
排せつ支援加算	排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書 / 18	(短期入所・特定施設・施設系) 別紙様式6 (地域密着型) 別紙様式6	

<b>自立支援促進加算</b>		自立支援促進に関する評価・支援計画書 (別添) ICFステージ /19~22	(短期入所・特定施設・施設系) 別紙様式7 (地域密着型) 別紙様式7
<b>介護老人保健施設・かかりつけ医連携薬剤調整加算</b>		薬剤調製報告書 /23	(短期入所・特定施設・施設系) 別紙様式8
		薬剤変更等に係る情報提供書 /24・25	(短期入所・特定施設・施設系) 別紙様式9
<b>退居時情報提供加算</b>		退居時情報提供書 /26・27	(短期入所・特定施設・施設系) 別紙様式12 (介護予防) 別紙様式7 (地域密着型) 別紙様式9
<b>退所時情報提供加算</b>		退所時情報提供書 /28・29	(短期入所・特定施設・施設系) 別紙様式13 (地域密着型) 別紙様式10
<b>居宅介護支援</b>	①入院時情報連携加算	入院時情報連携加算に係る様式例(入院時情報提供書<在宅版>) /30・31	居宅介護支援費の入院時情報連携加算及び退院・退所加算に係る様式例の提示について 別紙1~別紙3
	②退院・退所加算	退院・退所加算に係る様式例 /32	
	③モニタリング関係	モニタリングに係る情報連携シート /33・34	
<b>【参考】通所リハビリテーション・規模別報酬関係</b>		通所リハ大規模型(特例)計算シート /35・36	

(訪問・通所系) 平12.3.1老企第36号「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」

(短期入所・特定施設・施設系) 平12.3.8老企第40号「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」

(介護予防) 平18老計発第0317001号老振発第0317001号老老発第0317001号「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」

(地域密着型) 平18老計発第0331005号老振発第0331005号老老発第0331018号「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」

### ③特定診療費・特別療養費・特別診療費に関連する様式

様式1	医学情報提供〔医療機関への紹介状〕 【特定診療費】 /37 【特別療養費】 /38 【特別診療費】 /39
様式2	感染対策指導管理に係る内容 /40
様式3	褥瘡対策に関する診療計画書 /41
様式4	入院診療計画書 【特定診療費】 /42
様式4	入所診療計画書 【特別療養費】 /43 【特別診療費】 /44
様式5	重症皮膚潰瘍管理指導の施設基準に係る届出書添付書類 /45
様式6	薬剤管理指導の施設基準に係る届出書添付書類 /46
様式7	[ ]に勤務する従事者の名簿 /47
様式8	理学療法, 作業療法又は言語聴覚療法の施設基準に係る届出書添付書類 /48
様式9	精神科作業療法の施設基準に係る届出書添付書類 /49

#### 特定診療費(病院・診療所の短期入所療養介護)

平12.3.31老企第58号「特定診療費の算定に関する留意事項について」

#### 特別療養費(介護療養型老人保健施設/短期入所を含む)

平20老老発第0410002号「特別療養費の算定に関する留意事項について」

#### 特別診療費(介護医療院/短期入所を含む)

平30老老発0425第2号「特別診療費の算定に関する留意事項について」

## 指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（居宅療養管理指導・医師）

年 月 日

情報提供先事業所  
担当 殿

医療機関名  
医療機関所在地  
電話番号  
FAX 番号  
医師氏名

## 基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	年 月 日生( 歳)		連絡先	( )

## 利用者の病状、経過等

(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 ( 年 月 日頃 )
2.	発症年月日 ( 年 月 日頃 )
3.	発症年月日 ( 年 月 日頃 )
(2) 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 〔前回の情報提供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) ・認知症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"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

## 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他 ( ) → 対処方針 ( )	
(2) サービスの必要性（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。） <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ( )	
(3) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 <input type="checkbox"/> 起居動作 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 摂食 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> その他 ( ) → 対処方針 ( )	

## 利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) → 必要な支援 ( )
(3) 特記事項



# 指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（居宅療養管理指導・歯科医師）

年 月 日

情報提供先事業所  
担当 殿

医療機関名  
医療機関所在地  
電話番号  
FAX 番号  
歯科医師氏名

## 基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	年 月 日生		連絡先	( )

## 利用者の病状、経過等

(1) 情報提供の目的
(2) 病状、経過等
<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態不良 <input type="checkbox"/> う蝕等 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患（潰瘍等） <input type="checkbox"/> 義歯の使用（ <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 全部） <input type="checkbox"/> 臼歯部咬合（ <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良） <input type="checkbox"/> 義歯の問題（ <input type="checkbox"/> 義歯新製が必要な欠損 <input type="checkbox"/> 義歯破損・不適合等） <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能の低下 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 配慮すべき基礎疾患（ ）

## 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 必要な歯科治療
<input type="checkbox"/> う蝕治療 <input type="checkbox"/> 冠・ブリッジ治療 <input type="checkbox"/> 義歯の新製や修理等 <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 <input type="checkbox"/> 口腔機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(2) 利用すべきサービス
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（ <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士） <input type="checkbox"/> その他（ ）
(3) その他留意点
<input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(4) 連携すべきサービス
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（ ） →必要な支援（ ）

## 利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり （ ） → 必要な支援（ ）
(3) 特記事項

# 歯科衛生士等による居宅療養管理指導に係る口腔の健康状態の評価・管理指導計画

## 1 基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	年 月 日生	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		
義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部 ) <input type="checkbox"/> なし		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり (直近の発症年月: 年 月) <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。

## 2 口腔の健康状態の評価・再評価 (口腔に関する問題点等)

記入者・記入年月日	(氏名)	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	奥歯のかみ合わせ	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 分からない
	食べこぼし	<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
	口腔乾燥	<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
	ぶくぶくうがい※	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 分からない
※ 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認		
(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、残根歯等)	<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、破損、必要だが使用していない)	<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
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 年 月 日

初回作成日	年 月 日	作成(変更)日	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"/> 重症化防止 <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"/> 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"/> 栄養状態( <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"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <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( )	
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	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"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 日 時 分 ~ 時 分		
実地指導の要点	<input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <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( )	
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( )		

# 居宅療養管理指導(管理栄養士) 指示書 (様式例)

別紙様式4

指示日 年 月 日

ふりがな 氏名		男 ・ 女	生年月日 年 月 日 ( 歳)
身長 cm	体重 kg	BMI kg/m <sup>2</sup>	検査値・服薬内容 <input type="checkbox"/> 別紙添付有り

<疾患名>	
<対象となる特別食等>	
<input type="checkbox"/> 腎臓病食	<input type="checkbox"/> 肝臓病食
<input type="checkbox"/> 貧血食	<input type="checkbox"/> 膵臓病食
<input type="checkbox"/> 高血圧・心臓食	<input type="checkbox"/> 経管栄養のための濃厚流動食
<input type="checkbox"/> 特別な場合の検査食	<input type="checkbox"/> 低栄養状態
<input type="checkbox"/> その他( )	
<指導内容>	
<input type="checkbox"/> 食形態の調整	<input type="checkbox"/> エネルギー摂取量の調整
<input type="checkbox"/> 脂質摂取量の調整	<input type="checkbox"/> ビタミン摂取量の調整
<input type="checkbox"/> たんぱく質摂取量の調整	
<input type="checkbox"/> ミネラル摂取量の調整	
<input type="checkbox"/> その他	
<上記詳細・その他の内容・目標>	
<留意事項>	
<指示栄養量>	
エネルギー :	_____ kcal/日
たんぱく質 :	_____ g/日
脂質 :	_____ g/日
その他	[ _____ ]
※記載例:カリウム 1500mg以下/日	

医療機関・施設名

医師名: \_\_\_\_\_

御中 医療機関・施設名: \_\_\_\_\_

上記の通り、栄養管理を依頼します。

電話番号: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_

# 居宅療養管理指導(管理栄養士) 特別追加訪問指示書

別紙様式5

指示期間: 年 月 日 から30日間

ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日  年 月 日 ( 歳)
------------	-------------	------------------------

<病状・主訴>
<一時的に管理栄養士による居宅療養管理指導が頻回に必要な理由>
<栄養に関する具体的な指示事項・留意事項等>

上記の通り、指示いたします。

医療機関・施設名

医師名: \_\_\_\_\_

医療機関・施設名: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
管理栄養士様

FAX: \_\_\_\_\_



口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書

年 月 日

情報提供先（歯科医療機関・居宅介護支援事業所）

名称 \_\_\_\_\_  
 担当 \_\_\_\_\_ 殿

介護事業所の名称 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_  
 FAX番号 \_\_\_\_\_  
 管理者氏名 \_\_\_\_\_  
 記入者氏名 \_\_\_\_\_

利用者氏名	(ふりがな)	男	〒 _____	
	年 月 日生	女	連絡先 ( ) _____	
基本情報	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 )		
	基礎疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (※上記以外の) <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他		
	誤嚥性肺炎の発症・既往	<input type="checkbox"/> あり (直近の発症年月: 年 月) <input type="checkbox"/> なし		
	麻痺	<input type="checkbox"/> あり (部位: <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> なし		
	摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		
	現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診 <input type="checkbox"/> あり (最終受診年月: 年 月) <input type="checkbox"/> なし		
	義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部 ) <input type="checkbox"/> なし		
	口腔清掃の自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 (介助方法: _____) <input type="checkbox"/> 全介助		
現在の処方	<input type="checkbox"/> あり (薬剤名: _____) <input type="checkbox"/> なし			

【口腔の健康状態の評価】

項目番号	項目	評価	評価基準
1	開口	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	・上下の前歯の間に指2本分(縦) 入る程度まで口があかない場合(開口量3cm以下)には「できない」とする。
2	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	・歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「あり」とする。
3	舌の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	・舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「あり」とする。
4	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	・歯肉が腫れている場合(反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較)や歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「あり」とする。
5	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	・本人にしっかりかみしめられないとの認識がある場合または義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「できない」とする。
6	むせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	・平時や食事時にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」とする。
7	ぶくぶくうがい※1	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	・歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頬を膨らませない場合や膨らました頬を左右に動かせない場合は「できない」とする。
8	食物のため込み、残留※2	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	・食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「あり」とする。
その他	(自由記載)		・歯や粘膜に痛みがある、口の中の乾燥、口臭、義歯の汚れ、義歯がすくの外れる、口の中に薬が残っている等の気になる点があれば記載する。

※1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。(誤嚥のリスクも鑑みて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

※2 食事の観察が可能な場合は確認する。(改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

歯科医師等※による口腔内等の確認の必要性	<input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い	・項目1-8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性「高い」とする。 ・その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高いと考えられる場合は、「高い」とする。
----------------------	---	---

※ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

歯科医療機関への連絡事項	(自由記載)
介護支援専門員への連絡事項	(自由記載)

## リハビリテーション計画書

計画実施日 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 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：															
項目	自立・介護 状況	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	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

リハビリテーション計画書

計画実施日 年 月 日

利用者氏名 厚生花子 男 710年 月 15 日生 (81 歳) 女	要介護度: 1	担当医: PT: 〇〇 OT: 〇〇 ST: 〇〇	SW: 〇〇	看護師: 〇〇
健康状態 (原因疾患、発症日等) 膝関節症 (右強い、20年前から) + 廃用症候群	合併疾患	廃用症候群: <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 原因: 膝痛のための活動性低下	障害老人の日常生活自立度 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 1人で外出したい (特に近所、買い物へ)	家族の希望 これ以上悪くなって欲しくない (平日は家事をして欲しい)
-------------------------------	---------------------------------------

目標 [到達時期]		評価項目・内容																					
参加 「主目標」	家庭内役割: 平日の主婦業	家庭内役割: 特になし (2ヶ月前まで平日の家事実施。現在嫁が行っているが、嫁はパートにも行っている。)																					
	外出(目的・頻度等): 買い物 (週2回)、友人宅 (週3回)、老人会 (週1回)	外出: 家族の介助時のみ (3ヶ月前から介助必要)																					
活動	自立・介護状況	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”」														
	項目	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	自立	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)	✓						買い物: シルバーカー それ以外: 四脚										✓					シルバーカー
	階段昇降	✓						手すり										✓					
	トイレへの移動	✓						家具の配置換え つたい歩きも	✓									✓					
	食事	✓							✓									✓					
	排泄	✓							✓									✓					
	整容	✓							✓									✓					
	更衣 (含: 靴・装具の着脱)	✓							✓									✓					
	入浴		✓															✓					伝い歩き指導 洗い椅子使用
家事	✓						平日の昼・夕食掃除											✓				膝への負担の少ない方法の指導	
コミュニケーション	問題なし							問題なし															

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

膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、廃用症候群が進行している状態。そのため個別リハとして、活動能力を向上させて生活を活性化させ、廃用症候群を改善していく。具体的には、

- 1) 膝に負担の少ない自宅生活での諸活動のやり方をPT・OTが指導し、自宅で行ってもらおう。(特に家事は細かく指導していく。)(随時家族にも、自立までの介助方法を指導していく。)
- 2) 外出自立のために、適切な歩行補助具(買い物時はシルバーカー、それ以外は四脚杖)を使用した屋外移動、買い物等の活動能力向上訓練を行う。また家からの出入りや、靴の着脱能力向上をはかる。

外出が自立し、平日の家事が自立したら個別訓練は終了。その後は日常生活の中での活動性向上を指導していくことで、廃用症候群を改善させていく。

自己実施プログラム  
下肢の運動(過用に注意)

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	令和 〇〇年 〇月 〇日	本人	厚生花子	家族	厚生次郎	説明者	〇〇
-----------	--------------	----	------	----	------	-----	----

(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

# リハビリテーション計画書

入院 外来 / 訪問 通所 / 入所

評価日: 西暦 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・家族等の希望 (本人のしたい又はできるようにになりたい生活の希望、家族が支援できること等)

■健康状態、経過

原因疾病: 発症日・受傷日: 年 月 日 直近の入院日: 年 月 日 直近の退院日: 年 月 日

治療経過 (手術がある場合は手術日・術式等):

合併症:  
脳血管疾患 骨折 誤嚥性肺炎 うっ血性心不全 尿路感染症 糖尿病 高血圧症 骨粗しょう症 関節リウマチ がん うつ病 認知症 褥瘡  
 ※上記以外の疾患 → 神経疾患 運動器疾患 呼吸器疾患 循環器疾患 消化器疾患 腎疾患 内分泌疾患 皮膚疾患 精神疾患 その他 ( )

コントロール状態:

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 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判定基準: 自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造

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

■活動 (基本動作)

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

■活動 (ADL) (※「している」状況について記載する)

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

■リハビリテーションの短期目標 (今後3ヶ月)

(心身機能)

(活動)

(参加)

■リハビリテーションの長期目標

(心身機能)

(活動)

(参加)

■リハビリテーションの方針 (今後3ヶ月間)

■本人・家族への生活指導の内容 (自主トレ指導含む)

■リハビリテーション実施上の留意点

(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■リハビリテーションの見通し・継続理由

■リハビリテーションの終了目安

(終了の目安となる時期: ヶ月後 )

利用者・ご家族への説明: 西暦 年 月 日

特記事項:

■活動(IADL)				
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
食事の用意				0: していない 1: まれにしている
食事の片付け				2: 週に1~2回 3: 週に3回以上
洗濯				0: していない 1: まれにしている 2: 週に1回未満 3: 週に1回以上
掃除や整頓				
方仕事				
買物				
外出				
屋外歩行				
趣味				
交通手段の利用				
旅行				
庭仕事				
家や車の手入れ				0: していない 1: 電球の取替、ねじ止め等 2: ペンキ塗り、模様替え、洗車 3: 2に加え、家の修理、車の整備
読書				0: 読んでいない 1: まれに 2: 月1回程 3: 月2回以上
仕事				0: していない 1: 週1~9時間 2: 週10~29時間 3: 週30時間以上
合計点数				

■環境因子(現状について記載する)	
家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 ( )
住環境	<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"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 玄関前の段差 <input type="checkbox"/> 手すり(設置場所: ) 食事: <input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす <input type="checkbox"/> その他 排せつ: <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ 睡眠: <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 介護用ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他 その他 ( )
自宅周辺	
外出手段	
他サービスの利用	
福祉用具の利用	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 介護用ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> シャワーチェア

■社会参加の状況(家庭内の役割、余暇活動、社会地域活動等)	

■活動・参加に影響を及ぼす課題の要因分析	
① 活動と参加において、重要度の高い課題(これまでの現状から抽出)	
①の課題に影響を及ぼす機能障害(改善の可能性が高いものにチェック)	①の課題に影響を及ぼす機能障害以外の因子(調整を行うものにチェック)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■要因分析を踏まえた具体的なサービス内容						
訪問・通所頻度 ( )、利用時間 ( )						
No.	解決すべき課題	期間	具体的支援内容	頻度	時間	
		/月	※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと	週 回	分/回	
				週 回	分/回	
				週 回	分/回	
		/月	※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと	週 回	分/回	
				週 回	分/回	
				週 回	分/回	
		/月	※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと	週 回	分/回	
				週 回	分/回	
				週 回	分/回	
		/月	※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと	週 回	分/回	
				週 回	分/回	
				週 回	分/回	

他事業所の担当者と共有すべき事項

介護支援専門員と共有すべき事項

その他、共有すべき事項 ( )

※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 その他に利用している介護サービス ( )  ( )

■ リハビリテーション開始時から比較して、改善した・出来るようになった活動と参加(継続時に記載)	

■ 診療未実施減算 ※ (介護予防)訪問リハビリテーションに限る	
診療未実施減算の適用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (⇒ありの場合) 情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修 <input type="checkbox"/> 修了済 <input type="checkbox"/> 受講途中 <input type="checkbox"/> 未受講

## 別紙様式2

医療機関  
担当医 科 殿

年 月 日

介護老人保健施設の  
所在地及び名称  
電話番号  
医師氏名

患 者	氏 名		男・女
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生( 歳)	
	要介護認定の状況	自立 要支援 要介護度(1 2 3 4 5)	

紹介 目的	(紹介後の方針に関する希望)
患者に 関する 注意事 項	
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 必要がある場合は検査の記録等を添付すること。

主訴又は 病名・ 既往歴 及び家 族歴	
嗜好	薬剤アレルギー
現 病 歴	
現 症	
検 査 所 見	
治 療 病 歴	
現 在 の 処 方	

口腔衛生管理加算 様式 (実施計画)

評価日： 年 月 日

氏名 (ふりがな)	
生年月日・性別	年 月 日 生まれ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
要介護度・病名等	
日常生活自立度	障害高齢者： 認知症高齢者：
現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診 <input type="checkbox"/> あり (最終受診年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし
義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部) <input type="checkbox"/> なし
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
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)
誤嚥性肺炎の発症・既往	<input type="checkbox"/> あり (直近の発症年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし
同一月内の訪問歯科衛生指導 (医療保険) の実施の有無※2	<input type="checkbox"/> あり ( ) 回 <input type="checkbox"/> なし

※1 嚥下調整食の種類、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。

※2 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 (緩和ケアを実施するもの場合は7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 口腔の健康状態の評価・再評価 (口腔に関する問題点等)

記入日： 年 月 日

口腔に関する問題点等 (該当する項目をチェック)	<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"/> 奥歯のかみ合わせがない <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> ぶくぶくうがい困難 <sup>*</sup> ※現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認
	<input type="checkbox"/> 歯数 ( ) 歯 <input type="checkbox"/> 歯の問題 ( <input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 歯の破折 <input type="checkbox"/> 修復物脱離 <input type="checkbox"/> 残根歯 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> 義歯の問題 ( <input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 必要だが使用していない <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患 (潰瘍等)

2 口腔衛生の管理内容

記入日： 年 月 日

記入者	氏名： (指示を行った歯科医師名： )
実施目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患 ( <input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等) <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能 ( <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"/> 栄養状態 ( <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"/> 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 ( )
実施頻度	<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 ( )

3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日： 年 月 日 (記入者： )

口腔衛生等の管理	<input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <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"/> 摂食嚥下等の口腔機能の改善のための取組の実施 <input type="checkbox"/> 食事の状態の確認、食形態等の検討の必要性 <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続 <input type="checkbox"/> その他 ( )

4 その他の事項

--

## 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

(※)：任意項目

記入者名 \_\_\_\_\_

## 【利用者情報】

氏名			
生年月日	年 月 日	保険者番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	

## 【基本情報】

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
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
評価日	年 月 日
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時

## 【褥瘡の有無】

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 褥瘡発生日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 坐骨部 <input type="checkbox"/> 尾骨部 <input type="checkbox"/> 腸骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> 踵部 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-----------------------------	--

## 【危険因子の評価】

ADL	自立 一部介助 全介助 食事 <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 更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	基本動作 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 座位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	低栄養状態のリスクレベル (※) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
排せつの状況	おむつ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

上記の評価の結果、褥瘡ありの場合又は褥瘡発生のリスクが高い場合には褥瘡ケア計画を立案し実施する。

## 【褥瘡の状態の評価（褥瘡がある場合のみ評価）】

※褥瘡の状態の評価については「DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価用」（一般社団法人 日本褥瘡学会）を参照

深さ	<input type="checkbox"/> d 0：皮膚損傷・発赤なし <input type="checkbox"/> d 1：持続する発赤 <input type="checkbox"/> d 2：真皮までの損傷	<input type="checkbox"/> D 3：皮下組織までの損傷 <input type="checkbox"/> D 4：皮下組織を越える損傷 <input type="checkbox"/> D 5：関節腔、体腔に至る損傷 <input type="checkbox"/> DDTI：深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い <input type="checkbox"/> D U：壊死組織で覆われ深さの判定が不能
滲出液	<input type="checkbox"/> e 0：なし <input type="checkbox"/> e 1：少量:毎日のドレッシング交換を要しない <input type="checkbox"/> e 3：中等量:1日1回のドレッシング交換を要する	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> s 0：皮膚損傷なし <input type="checkbox"/> s 3：4未満 <input type="checkbox"/> s 6：4以上 16未満 <input type="checkbox"/> s 8：16以上 36未満 <input type="checkbox"/> s 9：36以上 64未満 <input type="checkbox"/> s 12：64以上 100未満	<input type="checkbox"/> S 15：100以上
炎症/感染	<input type="checkbox"/> i 0：局所の炎症徴候なし <input type="checkbox"/> i 1：局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	<input type="checkbox"/> I 3c：臨界的定着疑い(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) <input type="checkbox"/> I 3：局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など) <input type="checkbox"/> I 9：全身的影響あり(発熱など)
肉芽組織	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> g 1：良性肉芽が創面の90%以上を占める <input type="checkbox"/> g 3：良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	<input type="checkbox"/> G 4：良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める <input type="checkbox"/> G 5：良性肉芽が、創面の10%未満を占める <input type="checkbox"/> G 6：良性肉芽が全く形成されていない
壊死組織	<input type="checkbox"/> n 0：壊死組織なし	<input type="checkbox"/> N 3：柔らかい壊死組織あり <input type="checkbox"/> N 6：硬く厚い密着した壊死組織あり
ポケット	<input type="checkbox"/> p 0：ポケットなし	<input type="checkbox"/> P 6：4未満 <input type="checkbox"/> P 9：4以上16未満 <input type="checkbox"/> P 12：16以上36未満 <input type="checkbox"/> P 24：36以上



**【褥瘡ケア計画】**

計画作成日 年 月 日

留意する項目	計画の内容	
体位変換の頻度	( ) 時間ごと	
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 (※)		

上記の内容及びケア計画について説明を受け、理解した上で、ケア計画の実施を希望します。

年 月 日

氏名

## 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

(※)：任意項目

記入者名：

医師名：

看護師名：

## 【利用者情報】

氏名			
生年月日	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	保険者番号
			被保険者番号

## 【基本情報】

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
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
評価日	年 月 日
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時

## 【排せつの状態】

	自立	一部介助	全介助
ADL			
・トイレ動作	<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
(上記のいずれかで一部介助の場合) 見守りや声かけ等のみで「排便・排尿」が可能			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

## 【排せつ支援に係る取組】

おむつ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり
ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり
尿道カテーテル	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
人工肛門	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
トイレへの誘導・促し	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

## 【排せつに関する支援の必要性】

排せつの状態に関する支援の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
------------------	---

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 (※)
------------------

計画作成日 年 月 日

支援計画 (※)
----------

上記の内容、及び支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断又は中止できることについて説明を受け、理解した上で、支援計画にある支援の実施を希望します。

年 月 日

氏名

## 自立支援促進に関する評価・支援計画書

(※) 任意項目

医師名： \_\_\_\_\_

介護支援専門員名： \_\_\_\_\_

## 【利用者情報】

氏名			
生年月日	年 月 日	保険者番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	

## 【基本情報】

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
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
評価日	年 月 日
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時

## 【現状の評価】

(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（ 年 月 日頃）
2.	発症年月日（ 年 月 日頃）
3.	発症年月日（ 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) 医学的観点からの留意事項	
・ 血圧 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	・ 移動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
・ 摂食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	・ 運動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
・ 嚥下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	・ その他 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
(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) 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	

(注) 介護老人保健施設においては ICF ステージング【別紙様式 7 別添】を活用した評価も行う。

**【支援実績】**

基本動作		日々の過ごし方等
<p>○離床  <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり            ・1日あたりのベッド上以外で過ごす時間  <input type="checkbox"/>10時間以上  <input type="checkbox"/>6～10時間  <input type="checkbox"/>3～6時間  <input type="checkbox"/>3時間未満</p> <p>○食事  <input type="checkbox"/>居室外（食堂、デイルーム等）  <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"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>○排せつ（日中）  <input type="checkbox"/>トイレ  <input type="checkbox"/>ポータブル（<input type="checkbox"/>個室 <input type="checkbox"/>多床室）  <input type="checkbox"/>おむつ  <input type="checkbox"/>その他            ・個人の排せつリズムへの対応  <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>	<p>○排せつ（夜間）  <input type="checkbox"/>トイレ  <input type="checkbox"/>ポータブル（<input type="checkbox"/>個室 <input type="checkbox"/>多床室）  <input type="checkbox"/>おむつ  <input type="checkbox"/>その他            ・個人の排せつリズムへの対応  <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>○入浴  <input type="checkbox"/>大浴槽  <input type="checkbox"/>個人浴槽  <input type="checkbox"/>機械浴槽（特別浴槽）  <input type="checkbox"/>清拭            ・マンツーマン入浴ケア  <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>	<p>○1週間あたりの外出  <input type="checkbox"/>ほぼ毎日  <input type="checkbox"/>週に2～3回程度  <input type="checkbox"/>週に1回程度  <input type="checkbox"/>なし</p> <p>○1週間あたりの趣味・アクティビティ・役割活動  <input type="checkbox"/>ほぼ毎日  <input type="checkbox"/>週に2～3回程度  <input type="checkbox"/>週に1回程度  <input type="checkbox"/>なし</p> <p>○入所者や家族の希望に沿った居場所作りの取組            （例：本人の愛着ある物を持ち込むことにより、安心できる環境づくりを行う）  <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>○本人の生活史  <input type="checkbox"/>ケアに反映している  <input type="checkbox"/>ケアへの反映を検討している  <input type="checkbox"/>反映していない</p>

**【支援計画】**

計画作成日 年 月 日

<p>尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画</p>		<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
<p>基本動作（※）</p>	<p>（具体的な計画）</p>	
<p>日々の過ごし方等（※）</p>	<p>（具体的な計画）</p>	

説明日 年 月 日  
 説明者氏名

## ICF ステージング

2. 基本動作	<input type="checkbox"/> 5 両足での立位保持を行っている <input type="checkbox"/> 4 立位の保持は行っていないが、座位での乗り移りは行っている <input type="checkbox"/> 3 座位での乗り移りは行っていないが、座位（端座位）の保持は行っている <input type="checkbox"/> 2 座位（端座位）の保持は行っていないが、寝返りは行っている <input type="checkbox"/> 1 寝返りは行っていない
3a. 歩行・移動	<input type="checkbox"/> 5 公共交通機関等を利用した外出を行っている <input type="checkbox"/> 4 公共交通機関等を利用した外出は行っていないが、手すりに頼らないで安定した階段の昇り降りを行っている <input type="checkbox"/> 3 手すりに頼らない安定した階段の昇り降りを行っていないが、平らな場所での安定した歩行は行っている <input type="checkbox"/> 2 安定した歩行は行っていないが、施設内の移動は行っている <input type="checkbox"/> 1 施設内の移動を行っていない
4a. 認知機能 オリエンテーション（見当識）	<input type="checkbox"/> 5 年月日がわかる <input type="checkbox"/> 4 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 3 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/> 2 その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる <input type="checkbox"/> 1 自分の名前がわからない
4b. 認知機能 コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 5 複雑な人間関係を保っている <input type="checkbox"/> 4 複雑な人間関係は保っていないが、書き言葉は理解している <input type="checkbox"/> 3 書き言葉は理解していないが日常会話は行っている <input type="checkbox"/> 2 日常会話は行っていないが、話し言葉は理解している <input type="checkbox"/> 1 話し言葉の理解はできない
4c. 認知機能 精神活動	<input type="checkbox"/> 5 時間管理ができる <input type="checkbox"/> 4 時間管理はできないが、簡単な算術計算はできる <input type="checkbox"/> 3 簡単な算術計算はできないが、記憶の再生はできる <input type="checkbox"/> 2 記憶の再生はできないが、意識混濁はない <input type="checkbox"/> 1 意識の混濁があった
5a. 食事 嚥下機能	<input type="checkbox"/> 5 肉などを含む普通の食事を、噛んで食べることを行っている <input type="checkbox"/> 4 肉などを含む普通の食事を噛んで食べることは行っていないが、ストローなどでむせずに飲むことは行っている <input type="checkbox"/> 3 むせずに吸引することは行っていないが、固形物の嚥下は行っている <input type="checkbox"/> 2 固形物の嚥下は行っていないが、嚥下食の嚥下は行っている <input type="checkbox"/> 1 嚥下食の嚥下を行っていない（食べ物の嚥下を行っていない）
5b. 食事 食事動作および食事介助	<input type="checkbox"/> 5 箸やフォークを使って食べこぼしせず、上手に食べることを行っている <input type="checkbox"/> 4 箸やフォークを使って上手に食べることは行っていないが、食べこぼししながらも、何とか自分で食べることを行っている <input type="checkbox"/> 3 自分で食べることを行っていないが、食事の際に特別なセッティングをすれば自分で食べることを行っている <input type="checkbox"/> 2 食事の際に特別なセッティングをしても自分で食べることを行っていないが、直接的な介助があれば食べることを行っている <input type="checkbox"/> 1 直接的な介助をしても食べることを行っていない（食べることを行っていない）
6a. 排泄の動作	<input type="checkbox"/> 5 排泄の後始末を行っている <input type="checkbox"/> 4 排泄の後始末は行っていないが、ズボン・パンツの上げ下ろしは行っている <input type="checkbox"/> 3 ズボン・パンツの上げ下ろしは行っていないが、洋式便器への移乗は行っている <input type="checkbox"/> 2 洋式トイレの移乗が自分で行えないため、介助が必要、または普段から床上で排泄を行っている <input type="checkbox"/> 1 尿閉（膀胱瘻を含む）や医療的な身体管理のために膀胱等へのカテーテルなどを使用している

7a. 入浴動作	<input type="checkbox"/> 5 安定した浴槽の出入りと洗身を行っている <input type="checkbox"/> 4 安定した浴槽の出入りと洗身は行っていないが、第三者の援助なしで入浴を行っている <input type="checkbox"/> 3 第三者の援助なしで入浴することは行っていないが、一般浴室内での座位保持は行っている。その他、入浴に必要なさまざまな介助がなされている <input type="checkbox"/> 2 浴室内での座位保持を行っておらず、一般浴での入浴を行っていないが、入浴（特浴など）は行っている <input type="checkbox"/> 1 入浴は行っていない
8a. 整容 口腔ケア	<input type="checkbox"/> 5 義歯の手入れなどの口腔ケアを自分で行っている <input type="checkbox"/> 4 義歯の手入れなどの口腔ケアは自分では行っていないが、歯みがきは自分でセッティングして行っている <input type="checkbox"/> 3 自分でセッティングして歯を磨くことは行っていないが、セッティングをすれば、自分で歯みがきを行っている <input type="checkbox"/> 2 歯みがきのセッティングをしても自分では歯みがきを行っていないが、「うがい」は自分で行っている <input type="checkbox"/> 1 「うがい」を自分で行っていない
8b. 整容 整容	<input type="checkbox"/> 5 爪を切ることを自分で行っている <input type="checkbox"/> 4 爪を切ることは自分で行っていないが、髭剃りやスキンケア、整髪は自分で行っている <input type="checkbox"/> 3 髭剃りやスキンケア、整髪は自分で行っていないが、洗顔は自分で行っている <input type="checkbox"/> 2 洗顔は自分で行っていないが、手洗いは自分で行っている <input type="checkbox"/> 1 手洗いを自分で行っていない
8c. 整容 衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 5 衣服を畳んだり整理することは自分で行っている <input type="checkbox"/> 4 衣服を畳んだり整理することは自分で行っていないが、ズボンやパンツの着脱は自分で行っている <input type="checkbox"/> 3 ズボンやパンツの着脱は自分で行っていないが、更衣の際のボタンのかけはずしは自分で行っている <input type="checkbox"/> 2 更衣の際のボタンのかけはずしは自分で行っていないが、上衣の片袖を通すことは自分で行っている <input type="checkbox"/> 1 上衣の片袖を通すことを自分で行っていない
9a. 社会参加 余暇	<input type="checkbox"/> 5 施設や家を1日以上離れる外出または旅行をしている <input type="checkbox"/> 4 旅行はしていないが、個人による趣味活動はしている <input type="checkbox"/> 3 屋外で行うような個人的趣味活動はしていないが、屋内でする程度のことはしている <input type="checkbox"/> 2 集団レクリエーションへは参加していないが、一人でテレビを楽しんでいる <input type="checkbox"/> 1 テレビを見たり、ラジオを聴いていない
9b. 社会参加 社会交流	<input type="checkbox"/> 5 情報伝達手段を用いて交流を行っている <input type="checkbox"/> 4 通信機器を用いて自ら連絡を取るとは行っていないが、援助があつての外出はしている <input type="checkbox"/> 3 外出はしていないが、親族・友人の訪問を受け会話している <input type="checkbox"/> 2 近所づきあいはしていないが、施設利用者や家族と会話はしている <input type="checkbox"/> 1 会話がな、していない、できない
合計点数	点

## 薬剤調整報告書

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：

いつもお世話になっております。

この度、××様が当介護老人保健施設に入所されました。

ご提供いただいた診療情報をもとに、定期処方薬について処方していく予定ですが、

- ・複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性
- ・病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動

等について十分に考慮した上で、処方内容の変更を検討させていただくことがございますが、処方経緯等から変更すべきではない薬剤がある場合など、当入所者の薬剤調整について、指示等ございましたら、(医師名 又は 薬剤師名)にご連絡いただければ幸いです。

## 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）	

診断名		
<入所時の処方>	⇒	<退所時の処方>

<検討した内容>
----------





# 退居時情報提供書

記入日： 年 月 日  
 退居日： 年 月 日  
 情報提供日： 年 月 日

医療機関名：  
 ご担当者名：



施設名：  
 担当者名：  
 TEL： FAX：

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

1. 利用者(患者)基本情報について			
氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦 年 月 日生
退居時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 身体・精神・知的 )
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
2. 家族連絡先について			
主介護者氏名	(続柄・才) (同居・別居)	電話番号	
意思決定支援者(代諾者)	(続柄・才) (同居・別居)	電話番号	
3. 意思疎通について			
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
4. 口腔・栄養について			
摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い )
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 白飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ( )	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ( )
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総 )	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
特記事項			
5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付			
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 自己管理以外 (管理方法： )		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容： ) <input type="checkbox"/> 全介助		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
6. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報			
※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること			
意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している(最終実施日： 年 月 ) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない ( <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外 )		
※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載			
本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照(入所中に記載した書類等： )		
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(氏名： 続柄： ) (氏名： 続柄： ) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ( )		
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容			
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容		

**7. 退居前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について**

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右 upper 肢	<input type="checkbox"/> 左 upper 肢	<input type="checkbox"/> 右 lower 肢	<input type="checkbox"/> 左 lower 肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位・深度・大きさ等）			
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット		<input type="checkbox"/> クッション		<input type="checkbox"/> 体位変換（時間毎）	<input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> なし			
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動（屋外）	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動（屋内）	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
退居前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート（フェイスシート） <input type="checkbox"/> その他（ ）								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )								
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か <input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 常にみまもりが必要である								
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか <input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない								
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか <input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる <input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある <input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない <input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない								
	遂行能力：テレビや電動ベッド等の電化製品を操作できるか <input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える <input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない <input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない								
過去半年間における入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり（頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上）（直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日）								

**8. 退居前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等**

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

**9. かかりつけ医について**

かかりつけ医療機関 1		かかりつけ医療機関 2	
医師名		医師名	
かかりつけ歯科医療機関		かかりつけ薬局	
歯科医師名			

**10. カンファレンス等について（ケアマネジャー、支援相談員等からの希望）**

「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望（ ）
------------------	--

# 退所時情報提供書

記入日： 年 月 日  
 退所日： 年 月 日  
 情報提供日： 年 月 日

医療機関名：  
 ご担当者名：



施設名：  
 担当者名：  
 TEL： FAX：

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

1. 利用者(患者)基本情報について			
氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦 年 月 日生
退所時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 身体・精神・知的 )
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
2. 家族連絡先について			
主介護者氏名	(続柄 ・ 才) (同居・別居)	電話番号	
意思決定支援者(代諾者)	(続柄 ・ 才) (同居・別居)	電話番号	
3. 意思疎通について			
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
4. 口腔・栄養について			
摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 薄い ・ <input type="checkbox"/> 中間 ・ <input type="checkbox"/> 濃い )
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 白飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ( )	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ( )
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分 ・ <input type="checkbox"/> 総 )	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
特記事項			
5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付			
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 自己管理以外 (管理方法： )		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容： ) <input type="checkbox"/> 全介助		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
6. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報			
※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること			
意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月 ) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない ( <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外 )		
※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載			
本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照 ( 入所中に記載した書類等： )		
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： 続柄： ) (氏名： 続柄： ) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ( )		
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容			
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容		

**7. 退所前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について**

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右 upper 肢	<input type="checkbox"/> 左 upper 肢	<input type="checkbox"/> 右 lower 肢	<input type="checkbox"/> 左 lower 肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位・深度・大きさ等)			
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット		<input type="checkbox"/> クッション		<input type="checkbox"/> 体位変換 (時間毎)	<input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし			
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動 (屋外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動 (屋内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助

退所前のADL/IADL 同封の書類をご確認ください。  アセスメントシート (フェイスシート)  その他 ( )

ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化 なし あり

認知機能の状況

みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か

見守ってもらうことなく過ごすことができる 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる

半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる

常にみまもりが必要である

見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか

年月日はわかる 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる

場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる

自分の名前がわからない

近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか

常に覚えている たまに (週1回程度) 忘れることがあるが、考えることで思い出せる

思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない

忘れたこと自体を認識していない

遂行能力：テレビや電動ベッド等の電化製品を操作できるか

自由に操作できる チャンネルの順送りなど普段している操作はできる

操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない

リモコンが何をやるものかわからない

過去半年間における入院 なし 不明

あり (頻度：0回 1回 2回以上) (直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日)

**8. 退所前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等**

介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等

同封の書類をご確認ください。  施設サービス計画(1)～(3)  アセスメントシート (フェイスシート)  その他 ( )

特記事項：

**9. かかりつけ医について**

かかりつけ医療機関 1		かかりつけ医療機関 2	
医師名		医師名	
かかりつけ歯科医療機関		かかりつけ薬局	
歯科医師名			

**10. カンファレンス等について (ケアマネジャー、支援相談員等からの希望) ※医療機関への入院時のみ記入**

「退院前カンファレンス」への参加 希望あり

具体的な要望 ( )

# 入院時情報提供書 <在宅版>

記入日： 年 月 日  
 入院日： 年 月 日  
 情報提供日： 年 月 日

医療機関名：  
 ご担当者名：



事業所名：  
 ケアマネジャー氏名：  
 TEL： FAX：

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

1. 利用者(患者)基本情報について			
氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦 年 月 日生
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 身体・精神・知的 )
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
2. 家族構成/連絡先について			
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
主介護者氏名	(続柄 ・ 才) (同居・別居)	電話番号	
意思決定支援者(代諾者)	(続柄 ・ 才) (同居・別居)	電話番号	
3. 意思疎通について			
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
4. 口腔・栄養について			
摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 薄い ・ <input type="checkbox"/> 中間 ・ <input type="checkbox"/> 濃い )
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ( )	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ( )
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分 ・ <input type="checkbox"/> 総 )	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
特記事項			
5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付			
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者： 管理方法： )		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容： ) <input type="checkbox"/> 全介助		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
6. かかりつけ医について			
かかりつけ医療機関 1		かかりつけ医療機関 2	
医師名		医師名	
かかりつけ医療機関 3		かかりつけ歯科医療機関	
医師名		歯科医師名	
かかりつけ薬局		訪問看護ステーション	
7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報			
※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること			
意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない ( <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外 )		
※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載			
本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照 (書類名： )		
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： 続柄： ) (氏名： 続柄： ) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ( )		
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※			
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容		

**8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について**

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位・深度・大きさ等）			
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット		<input type="checkbox"/> クッション		<input type="checkbox"/> 体位変換（時間毎）	<input type="checkbox"/> その他（			<input type="checkbox"/> なし
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動（屋外）	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動（屋内）	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート（フェイスシート） <input type="checkbox"/> その他（								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 〔								
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か								
	<input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる				<input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる				
	<input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる				<input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる				
	<input type="checkbox"/> 常にみまもりが必要である								
見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか									
<input type="checkbox"/> 年月日はわかる				<input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる					
<input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる				<input type="checkbox"/> その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる					
<input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない									
近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか									
<input type="checkbox"/> 常に覚えている				<input type="checkbox"/> たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる					
<input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある				<input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない					
<input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない									
遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか									
<input type="checkbox"/> 自由に操作できる				<input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる					
<input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えられれば使える				<input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない					
<input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない									
過去半年間における入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり（頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上）（直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日）								

**9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等**

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

**10. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）**

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

**11. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）**

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

## 退院・退所情報記録書

記入日 年 月 日

### 1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 ( <input type="checkbox"/> 要区分変更 )	
	氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし	
要今回の入院概	入院原因疾患	・入院日：H ____年 ____月 ____日		・退院予定日：H ____年 ____月 ____日	
	入院先	病院名 _____ 棟 _____ 室 _____			
	今後の医学管理	医療機関名 _____			
① 疾患と入院中の状況	現在治療中の疾患	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし			
	現疾患の状況			既往歴 _____	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自足 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ( _____ )			
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自足 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 行わず			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		UDF等の食形態区分 _____	
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (時々・常に)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部分・総)	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		義歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部分・総) <input type="checkbox"/> 入院(所)中の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一般介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( _____ )		眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
② 本人や家族の受け止め/意向	<本人>病氣、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	<本人>退院後の生活に関する意向				
	<家族>病氣、障害、後遺症等の受け止め方				
	<家族の>退院後の生活に関する意向				

### 2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<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 ( _____ )			
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 水分補給 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル			
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
	禁忌事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		(禁忌の有無) _____ (禁忌の内容/留意点) _____	
	症状・病状の予後・予測				
	退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	例)医療機関からの見立てで、意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか)等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。			
	在宅復帰のために整えなければならない要件				
	回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)		会議出席
	1	年 月 日			無・有
	2	年 月 日			無・有
	3	年 月 日			無・有

※課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。





特に確認したい事項・情報共有事項、総括

参考：課題分析標準項目について

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

課題分析（アセスメント）に関する項目

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

入力項目

(1) 太枠の中に前年の月毎延べ利用者数を入力してください。  人

(2) 太枠の中に月当たりの利用者数と、加算を算定する利用者数を入力してください。

月当たりの全利用者数（要介護のみ）  人  
 リハ加算を算定する利用者数  人

(3) 太枠の中に、利用時間毎の月延べ利用者数を入力してください。

1～2 時間利用  人  
 2～3 時間利用  人  
 3～4 時間利用  人  
 4～5 時間利用  人  
 5～6 時間利用  人  
 6～7 時間利用  人  
 7～8 時間利用  人

(4) 太枠の中に、1日あたりの勤務時間、勤務日、該当する人数を入力してください。

	勤務時間/日	勤務日/月	該当する人数
所定労働時間のうち、通所リハビリテーションの業務に従事している時間	<input type="text"/> 時間/日	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 人
	<input type="text"/> 時間/日	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 人
	<input type="text"/> 時間/日	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 人
	<input type="text"/> 時間/日	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 人
	<input type="text"/> 時間/日	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 人

結果

■基本となる事業所規模

750人以内（通常規模型）

■大規模型事業所（特例）の要件

①リハビリテーションマネジメント加算の算定率80%以上

算定率   
 （あと  名の算定が必要です）

②リハビリテーション専門職の配置が10:1以上

配置  :1配置  
 （あと  人時/月の配置が必要です）

・利用時間×利用人数の合計  0 （人時/月）

・リ専門職の勤務時間の合計  0 （人時/月）

あなたの事業所は 通常規模型リハビリテーション費  
 が算定可能です

入力項目

(1) 太枠の中に前年の月毎延べ利用者数を入力してください。 人

(2) 太枠の中に月当たりの利用者数と、加算を算定する利用者数を入力してください。

月当たりの全利用者数（要介護のみ） 人  
 リハ加算を算定する利用者数 人

(3) 太枠の中に、利用時間毎の月延べ利用者数を入力してください。

1～2 時間利用 人  
 2～3 時間利用 人  
 3～4 時間利用 人  
 4～5 時間利用 人  
 5～6 時間利用 人  
 6～7 時間利用 人  
 7～8 時間利用 人

(4) 太枠の中に、1日あたりの勤務時間、勤務日、該当する人数を入力してください。

	勤務時間/日	勤務日/月	該当する人数
所定労働時間のうち、通所リハビリテーションの業務に従事している時間	<input type="text" value="8"/> 時間/日	<input type="text" value="20"/> 日	<input type="text" value="4"/> 人
	<input type="text" value="4.5"/> 時間/日	<input type="text" value="20"/> 日	<input type="text" value="2"/> 人
	<input type="text" value="8"/> 時間/日	<input type="text" value="12"/> 日	<input type="text" value="1"/> 人
	<input type="text" value="8"/> 時間/日	<input type="text" value="12"/> 日	<input type="text" value="1"/> 人
	<input type="text"/> 時間/日	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 人

結果

■基本となる事業所規模

**750人超（大規模型）**

■大規模型事業所（特例）の要件

①リハビリテーションマネジメント加算の算定率80%以上

**要件①を満たしていない**

算定率 %  
 （あと 名の算定が必要です）

②リハビリテーション専門職の配置が10:1以上

**要件②を満たしていない**

配置 :1配置  
 （あと 人時/月の配置が必要です）

・利用時間×利用人数の合計 （人時/月）

・リ専門職の勤務時間の合計 （人時/月）

あなたの事業所は **大規模型リハビリテーション費**  
 が算定可能です

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。

様式 1

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

令和 年 月 日

紹介元介護老人保健施設の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

患者氏名		性別 男・女	
患者住所			
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 a b a b 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。

# 様式 1

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

令和 年 月 日

紹介元介護医療院の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

利用者又は入所者氏名
利用者又は入所者住所
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 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、利用者又は入所者住所及び電話番号を必ず記入すること。

様式 2

感染対策指導管理に係る内容

施設内感染防止対策委員会	
開催回数	(            ) 回/月
参加メンバー	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>
水 道 ・ 消 毒 液 の 設 置	
療養室数	(            ) 室
水道の設置療養室数 (再掲)	(            ) 室
消毒液の設置療養室数 (再掲)	(            ) 室
消毒液の種類 [成分名] ※ 成分ごとに記載のこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (            ) 室</li> <li>• (            ) 室</li> <li>• (            ) 室</li> </ul>
そ の 他	
感染情報レポートの 作成の有・無	( 有 ・ 無 )

※ 委員会の開催については、委員会の目的、構成メンバー、開催回数等を記載した院内感染防止対策委員会設置要綱等を添付のこと。



## 褥瘡対策に関する診療計画書

(※)：任意項目

記入者名

## 【利用者情報】

氏名			
生年月日	年 月 日	保険者番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	

## 【基本情報】

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
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
評価日	年 月 日
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時

## 【褥瘡の有無】

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 褥瘡発生日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 坐骨部 <input type="checkbox"/> 尾骨部 <input type="checkbox"/> 腸骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> 踵部 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-----------------------------	--

## 【危険因子の評価】

ADL	自立 一部介助 全介助 食事 <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 更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	基本動作 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 座位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	低栄養状態のリスクレベル (※) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
排せつの状況	おむつ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

上記の評価の結果、褥瘡ありの場合又は褥瘡発生のリスクが高い場合には褥瘡ケア計画を立案し実施する。

## 【褥瘡の状態の評価（褥瘡がある場合のみ評価）】

※褥瘡の状態の評価については「DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価用」（一般社団法人 日本褥瘡学会）を参照

深さ	<input type="checkbox"/> d 0：皮膚損傷・発赤なし <input type="checkbox"/> d 1：持続する発赤 <input type="checkbox"/> d 2：真皮までの損傷	<input type="checkbox"/> D 3：皮下組織までの損傷 <input type="checkbox"/> D 4：皮下組織を越える損傷 <input type="checkbox"/> D 5：関節腔、体腔に至る損傷 <input type="checkbox"/> DDTI：深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い <input type="checkbox"/> D U：壊死組織で覆われ深さの判定が不能
滲出液	<input type="checkbox"/> e 0：なし <input type="checkbox"/> e 1：少量:毎日のドレッシング交換を要しない <input type="checkbox"/> e 3：中等量:1日1回のドレッシング交換を要する	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> s 0：皮膚損傷なし <input type="checkbox"/> s 3：4未満 <input type="checkbox"/> s 6：4以上 16未満 <input type="checkbox"/> s 8：16以上 36未満 <input type="checkbox"/> s 9：36以上 64未満 <input type="checkbox"/> s 12：64以上 100未満	<input type="checkbox"/> S 15：100以上
炎症/感染	<input type="checkbox"/> i 0：局所の炎症徴候なし <input type="checkbox"/> i 1：局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	<input type="checkbox"/> I 3c：臨界的定着疑い(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) <input type="checkbox"/> I 3：局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など) <input type="checkbox"/> I 9：全身的影響あり(発熱など)
肉芽組織	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> g 1：良性肉芽が創面の90%以上を占める <input type="checkbox"/> g 3：良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	<input type="checkbox"/> G 4：良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める <input type="checkbox"/> G 5：良性肉芽が、創面の10%未満を占める <input type="checkbox"/> G 6：良性肉芽が全く形成されていない
壊死組織	<input type="checkbox"/> n 0：壊死組織なし	<input type="checkbox"/> N 3：柔らかい壊死組織あり <input type="checkbox"/> N 6：硬く厚い密着した壊死組織あり
ポケット	<input type="checkbox"/> p 0：ポケットなし	<input type="checkbox"/> P 6：4未満 <input type="checkbox"/> P 9：4以上16未満 <input type="checkbox"/> P 12：16以上36未満 <input type="checkbox"/> P 24：36以上

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)

入 所 診 療 計 画 書

(入所者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

療養室	
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、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 ・退所に向けた 支援計画 ・入所期間の見込み等	

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 4

入 所 診 療 計 画 書

(利用者又は入所者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

療 養 棟 ( 療 養 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 ( A D L 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 所 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 所 に 向 け た 支 援 計 画 ・ 入 所 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 5

重症皮膚潰瘍管理指導の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科
2 重症皮膚潰瘍管理を担当する医師の氏名

(記入上の注意)

「1」の標榜診療科は、皮膚科又は形成外科のいずれかであること。

様式 6

薬剤管理指導の施設基準に係る届出書添付書類

1 医薬品情報管理室等

場 所	設 備 の 目 録	面 積	定員数
		平方メートル	人
業 務 内 容	医薬品情報管理業務マニュアルの作成（予定を含む）	有 ・ 無	

2 投薬・指導記録

作 成 時 期	保 管 場 所

3 投薬管理状況

--

4 服薬指導

服薬指導方法	服薬指導マニュアルの作成 (予定を含む)	有 ・ 無

（記入上の注意）

「3」については、院内における内用薬、注射薬、外用薬の投薬行為全般について、どのような管理方法を行っているか簡略に記入すること。

様式 7

[ ] に勤務する従事者の名簿

No.	職種	氏 名	勤 務 の 態 様	勤 務 時 間	備 考
			{ 常 勤 { 非 常 勤	{ 専 従 { 非 専 従	
			{ 常 勤 { 非 常 勤	{ 専 従 { 非 専 従	
			{ 常 勤 { 非 常 勤	{ 専 従 { 非 専 従	
			{ 常 勤 { 非 常 勤	{ 専 従 { 非 専 従	
			{ 常 勤 { 非 常 勤	{ 専 従 { 非 専 従	
			{ 常 勤 { 非 常 勤	{ 専 従 { 非 専 従	
			{ 常 勤 { 非 常 勤	{ 専 従 { 非 専 従	
			{ 常 勤 { 非 常 勤	{ 専 従 { 非 専 従	
			{ 常 勤 { 非 常 勤	{ 専 従 { 非 専 従	
			{ 常 勤 { 非 常 勤	{ 専 従 { 非 専 従	
			{ 常 勤 { 非 常 勤	{ 専 従 { 非 専 従	
			{ 常 勤 { 非 常 勤	{ 専 従 { 非 専 従	
			{ 常 勤 { 非 常 勤	{ 専 従 { 非 専 従	
			{ 常 勤 { 非 常 勤	{ 専 従 { 非 専 従	
			{ 常 勤 { 非 常 勤	{ 専 従 { 非 専 従	
			{ 常 勤 { 非 常 勤	{ 専 従 { 非 専 従	

[記入上の注意]

- 1 [ ] には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
- 2 療養棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
- 3 職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。

様式 8

理学療法、作業療法又は言語聴覚療法の施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 (該当するものに○)			<input type="checkbox"/> 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 理学療法Ⅱ <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法					
従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名	
			非専任	名		非専任	名	
	理 学 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	言 語 聴 覚 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	経 験 を 有 す る 従 事 者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	専用施設の面積		理学療法		平方メートル			
			作業療法		平方メートル			
言語聴覚療法			平方メートル					
当該理学療法・作業療法・言語聴覚療法を行うための器械・器具の一覧								

言語聴覚療法の専用の個別療法室が複数ある場合については、最も広い部屋の面積を記入のこと。



様式 9

精神科作業療法の施設基準に係る届出書添付書類

当該療法に従事する 作業療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
		非専従	名		非専従	名
専 用 施 設 の 面 積			平方メートル			
当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧						
手 工 芸						
木 工						
印 刷						
日 常 生 活 動 作						
農 耕 又 は 園 芸						