

CARE KARTE

ケアカルテ
ちょうじゅ

LIFE

科学的介護情報システム

初版： 2021年4月12日 第五版： 2022年5月26日

第二版： 2021年4月28日

第三版： 2021年5月26日

第四版： 2021年6月23日

2021年4月制度改正対応スケジュール	3
CAREKARTE(ちょうじゅ)におけるLIFE対応(概要)	4
LIFE対応帳票のレイアウト調整等に関するお願い	5
CAREKARTE(ちょうじゅ)におけるLIFEデータ提出の流れ	6
CAREKARTE(ちょうじゅ)におけるLIFE対応(画面の説明)	7
→LIFE出力帳票選択機能	8
→LIFE情報作成 画面構成	9
→LIFE情報作成 検索方法	10
→LIFE情報作成画面⇒帳票編集画面	11
→LIFE出力画面	12
LIFE帳票の種類と情報整理	13
LIFE関連加算の経過措置について	14
CAREKARTEに追加されるLIFE帳票	12-39 →
LIFE帳票とLIFE出力情報の関係	43
LIFE対応帳票→LIFE出力(帳票ごとのLIFE出力項目)	41-61 →
(LIFE帳票作成→便利な機能)	
→帳票の期間管理の仕組み(帳票複写)	65
→基本情報取込	66
→記録データ取込	67
記録データ取込(転記ルール設定機能の追加)	68
→他の帳票や記録からドラッグして転記する仕組み	69
一体実施版帳票の取り扱いについて	70
LIFE対応帳票間でのデータ転記(帳票ごとの転記詳細)	68-95 →
外部インターフェース項目一覧に追加されたインターフェースの取扱い	99

LIFE帳票の目次

	LIFE帳票	LIFE出力	転記の詳細
01a 科学的介護推進に関する評価(通所・居住サービス)	15	44	71
01b 科学的介護推進に関する評価(施設サービス)	16	45	72
02 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書	17	46	73
03 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書	18	47	74
04a 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)	19	48	75
04b 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)(1回版)	20	49	76
05a 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)	21	50	77
05b 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)(1回版)	22	51	78
06a バーセルインデックス	23	52	79
06b ADL維持等加算	24	53	80
07 自立支援促進に関するスクリーニング・支援計画書	25	54	81
08 興味関心チェックシート	26	55	82
09 リハビリテーション計画書	27	56	83
10 リハビリテーション会議録	28	57	84
11 リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票	29	58	85
12 生活行為向上リハビリテーション実施計画	30	59	86
13 生活機能チェックシート	31	60	87
14a 個別機能訓練計画書	32	61	88
14b 個別機能訓練計画書 デイ版	33	61	89
15 薬剤変更等に係る情報提供書	34	62	90
16 口腔衛生管理加算 様式(実施計画)	35	63	91
17 口腔機能向上サービスに関する計画書(様式例)	36	64	92
21a 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)	37	-	93
21b 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)	38	-	94
22 リハビリテーションアセスメントシート	39	-	95
23 個別機能訓練アセスメントシート	40	-	96
24 口腔衛生管理加算の実施記録	41	-	97
25 口腔機能向上加算の実施記録	42	-	98

3

4

5

6

制度改正

3/24
(水)

CAREKARTE/ちょうじゅ
居室版バージョンアップ

- ・改正対応版暫定サービスコードの追加
- ・事業所マスタに新しい体制項目を追加
- ・在宅サービススケジュールに新しい加算を追加 等

4/12
(月)

CAREKARTE/ちょうじゅ
制度改正対応バージョンアップ

- ・在宅サービススケジュール登録一覧の変更機能追加
- ・帳票作成画面で参照帳票の設定機能追加

CAREKARTE/ちょうじゅ
LIFE対応バージョンアップ

- ・LIFE対応帳票の追加(一体実施版を除く)

4/28
(水)

CAREKARTE/ちょうじゅ
制度改正対応バージョンアップ

- ・改正対応版サービスコード(正式版)の追加
- ・在宅サービス日報及び月報の様式変更
- ・在宅サービス予定一覧への加算追加対応
- ・居室サービス計画書の変更 等

CAREKARTE/ちょうじゅ
LIFE対応バージョンアップ

- ・LIFE対応帳票の追加(一体実施版)
- ・LIFE対応帳票間の転記ルールの追加
- ・LIFE出力機能の追加
- ・栄養、口腔など各関連メニューへの帳票追加

5/5
(水)

CAREKARTE/ちょうじゅ
制度改正対応バージョンアップ

- ・大規模デイ等公平性給付管理への対応
- ・総合事業A2・A6市町村単価マスタ不具合回避対応
- ・その他不具合修正 等

5/9
(日)

CAREKARTE/ちょうじゅ
LIFE対応バージョンアップ

- ・CSV出力画面での編集機能追加
- ・LIFE検索画面での利用者フィルタ機能追加
- ・その他不具合修正 等

5/26
(水)

CAREKARTE/ちょうじゅ
制度改正対応バージョンアップ

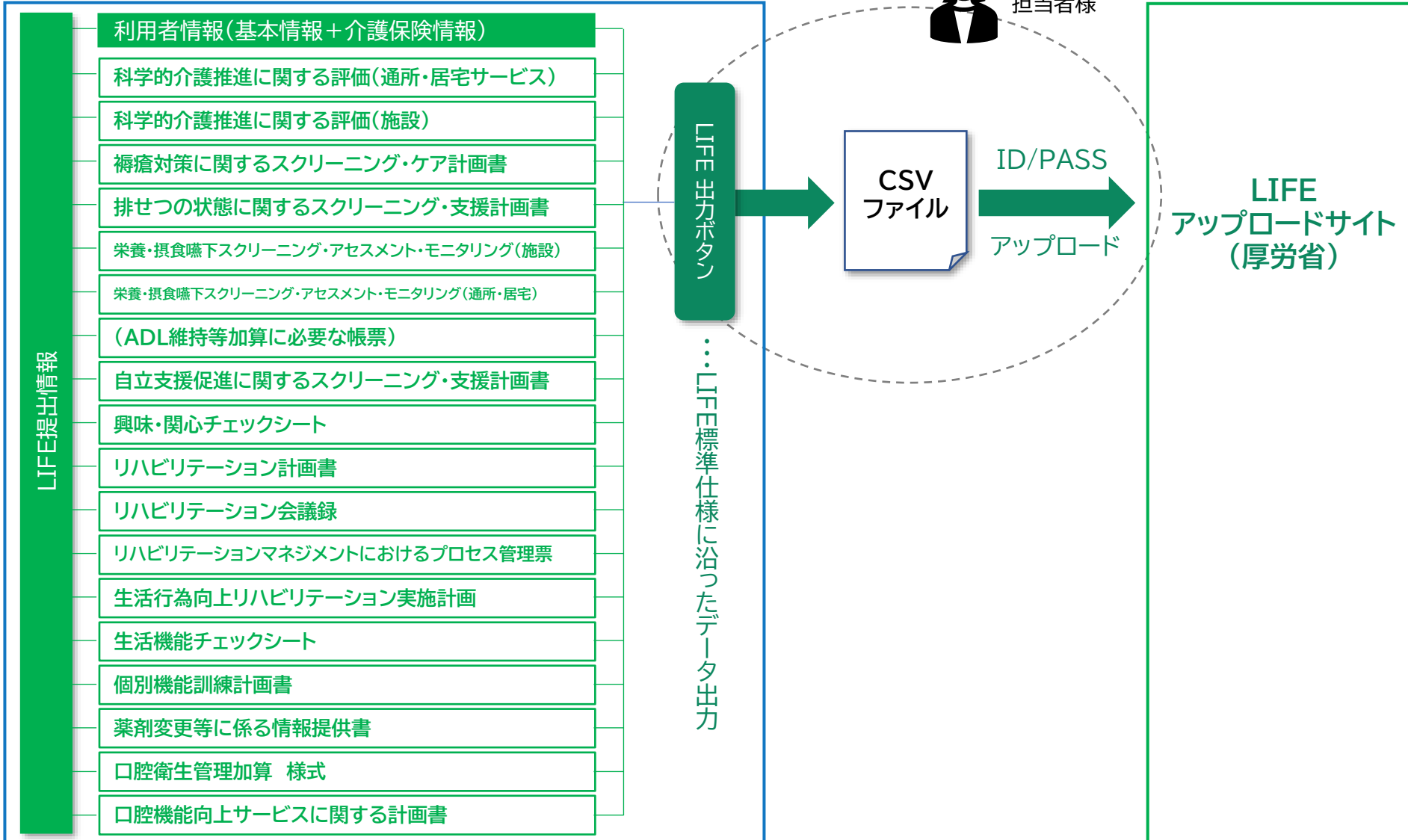
- ・在宅介護支援費の通減制の報酬改定に対応
- ・安全対策体制加算の自動算定に対応
- ・制度改正にて追加された帳票を全事業所に配布 等

CAREKARTE/ちょうじゅ
LIFE対応バージョンアップ

- ・病名、薬品名の文字列検索に「含む」「前方一致」「後方一致」を追加する
 - ・LIFE帳票における不備や転記ルールの不備を修正 等
- ※5/26より順次バージョンアップを実施



CAREKARTE・LIFE帳票およびLIFE出力機能



●CAREKARTE(ちょうじゅ)にLIFE対応帳票を追加します

●LIFE対応帳票に入力された情報をCSV出力する機能を追加します

LIFE対応帳票のレイアウト調整等に関するお願い

LIFE対応帳票の各項目には、指定された情報を入力するための設定がされています。
 帳票のレイアウトや回答項目を変更することでLIFE情報が出力できなくなる可能性があるため、
 タイトルマスタによる設定変更はお控えいただけますよう、お願い致します。

The screenshot shows the CARE KARTe software interface. The main window displays a form titled "科学的介護推進に関する評価 (施設サービス)". The right-hand side shows the "タイトル設定" (Title Settings) panel, which includes a "多量語ラベル" (Multi-word Label) section. A blue box highlights the "連携タイプ" (Link Type) set to "FORM_0000_2021" and the "連携コード" (Link Code) set to "LIFE_FIXID_Children".

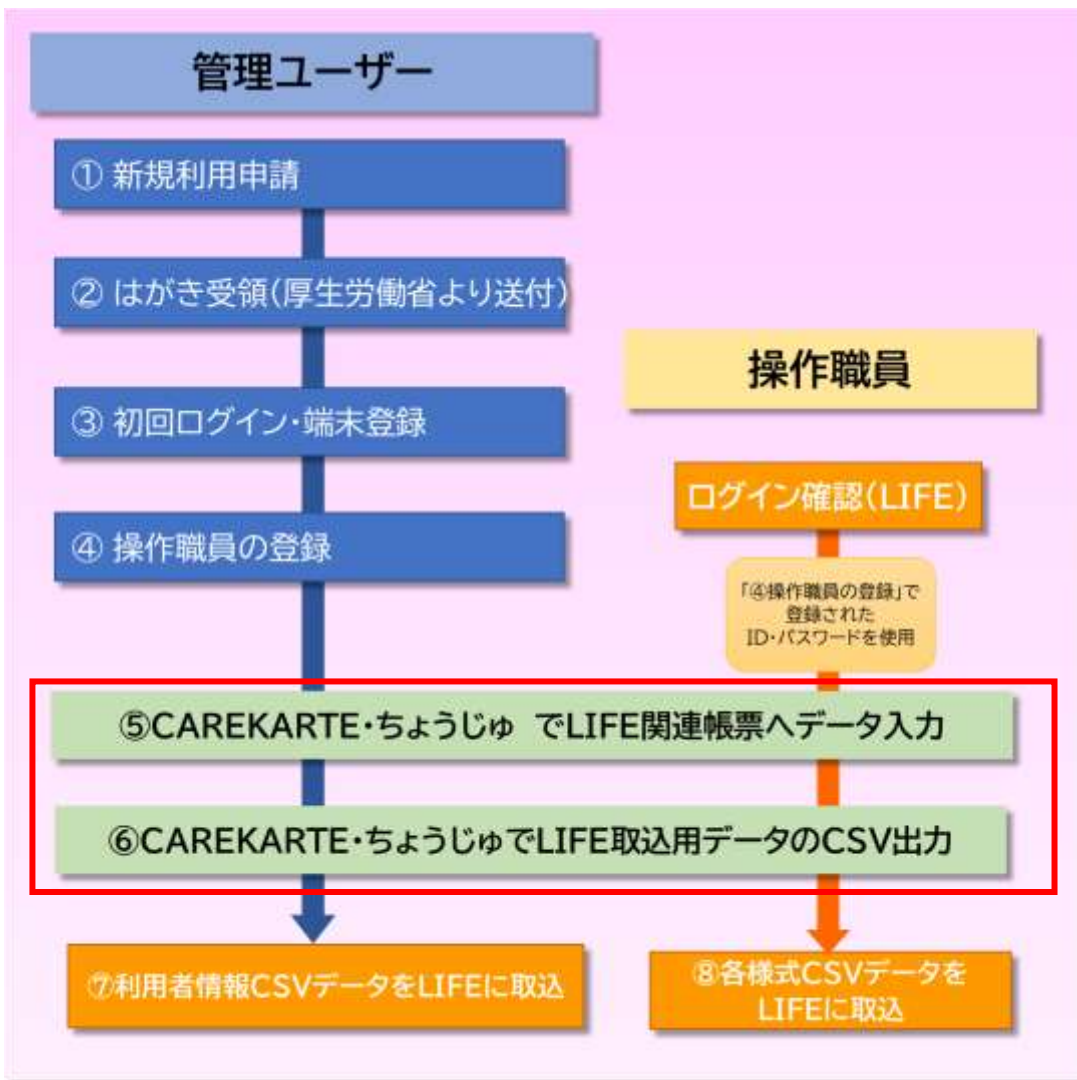
Below the main form, a table titled "回答項目設定" (Response Item Settings) is visible. A blue box highlights the "連携コード" (Link Code) column, showing values like "nutrition_supply_method_center_nutrition" and "nutrition_supply_method_parent_nutrition".

At the bottom of the page, a red text box contains the following message:

※入力項目それぞれに対応するLIFEのコードを設定しています

LIFEにデータを提出するためには、8つのステップが必要になります。

CAREKARTE(ちょうじゅ)では⑤、⑥を行うことができます。



LIFEに関する各種情報をまとめております。
こちら是非ご確認ください。

LIFE 科学的介護情報システム
LIFEについてのシステム対応状況
資料・説明動画を掲載
こちらよりご確認ください

LIFE対応内容詳細資料
LIFEに関する「よくある質問」
LIFE出力機能におけるエラーの見方
LIFEの流れ(申込～提出までの流れ)

[クリックでサポートサイトFAQへ](#)

[LIFEデータ提出までの全体の流れはこちら](#)

4/12(月)LIFE対応バージョンアップ

4/28(水)LIFE対応バージョンアップ

業務メニューに「LIFE情報管理」を追加

「科学的介護推進体制加算」帳票の追加

各加算帳票の追加(サービスごとに異なる)

栄養、口腔など各関連メニューへの帳票追加

一体実施型帳票の追加(サービスごとに異なる)

帳票間の転記ルールを追加(サービスごとに異なる)

「LIFE情報作成」画面の機能追加

業務メニュー

- 基本情報管理
- 請求業務管理
- スケジュール管理
- ケアプラン管理
- 24時間シート管理
- 機能訓練計画管理
- 栄養ケア管理
- 口腔ケア管理
- 日常記録管理
- 個人記録管理
- 日常オーダ管理
- 個人オーダ管理
- リスクマネジメント
- 集計・分析
- LIFE情報管理**
- 科学的介護推進体制加算
- 各加算帳票
- LIFE情報作成
- 職員情報管理
- 業務用メンテナンス
- システム用メンテナンス
- カスタマイズツール
- 契約情報管理
- FDS用メンテナンス

ログアウト システム終了

CAREKARTE v7.37.1.9829 - 【標準用(最終修正)特別養護老人ホーム 新潟士村・MV1.6.0.0 : administrator】 - 操作権限[書き] [印刷] [出力]

LIFE情報管理 沖縄一郎 000000007

科学的介護推進体制加算

利用者 職員 21/04/01~21/04/10 帳票形式 前頁 1 2 次頁 標準 大 MSゴシック 12

科学的介護推進(施設)

科学的介護推進に関する評価 (施設サービス)

評価日 年月日 記入者名 administrator
前回評価日 年月日
障害言語者の日常生活自立度: 自立 (A2・A1・A2・B1・B2・C1・C2)
認知症高齢者の日常生活自立度: (B1・B2・B3・B4・B5・B6・B7・B8・B9・B10)

氏名 沖縄一郎 様

基本情報 生年月日 昭和28年10月15日 性別 男性 女性

同居家族等 なし あり (配偶者 子 その他(※専断適用)) 科学的介護推進体制加算(※)で任意項目

家族等が介護できる時間 まほとんど終日 半日程度 2~3時間程度 必要な時に平気な程度 その他

評価日	年月日	自立			一部介助			全介助		
		自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
A D D	食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
	椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
	整容	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<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	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

在宅復帰の有無等 (任意項目) 既宅 (H) 介護老人福祉施設入所 介護老人保健施設入所
 入所/在宅継続中 介護医療院入所 介護療養型医療施設入院 医療機関入院 死亡
 中止 (中止日: 年月日) その他

※居室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、その他に付)

評価日: 年月日 身長 cm 体重 kg 低栄養状態のリスク% 低 中 高

栄養補給法 通常補給法 経腸栄養法 経管栄養法 経口摂取 完全 一部

食事摂取量 全日 kcal 主食 kcal 副食 kcal 口腔の健康状態

必要栄養量 1日 kcal たんぱく質 g 歯、入れ歯が汚れている はい いいえ

提供栄養量 1日 kcal たんぱく質 g (g/日) 歯、歯が少いのに入れ歯を使っていない はい いいえ

咀嚼力(咀嚼) 完全 あり (g/日) ともみ 噛めない はい いいえ

舌先の有無 (任意項目) なし あり 柔らかい 硬い

進捗確認表 一括印刷

※「LIFE情報作成」には厚労省LIFEサイトにアップロードするためのCSV出力機能が含まれます

LIFE情報区分(加算の種類)ごとに「どの帳票を使用するか」を設定する画面です。

LIFE出力(CSV出力)前に、サービス事業所ごとに設定が必要になります。

事業所マスタで「ログインしている事業所」に関連設定されている事業所が表示されるため、対象となる事業所を選択します。

① ログイン中の事業所と事業所マスタで関連設定している事業所から選択

② LIFE対応するにチェック

③ 選択中の事業所が算定できる加算に一括でLIFE帳票を設定

④ 加算を取らない場合や帳票を変更する場合は該当の行を選び、「適用」「取消」から変更

⑤ 最後は必ず設定保存

事業所番号	指定番号	事業所名称	サービス種別	LIFE出力	利用者情報	栄養情報	口腔衛生	口腔機能	興味・関心	生活機能	個別機能	リハビリ計画	リハビリ指導	リハビリ評価	リハビリ支援	排せつ支援	自立支援	薬剤変更	ADL	その他
6600000016	00	特養シャングリラ	介護福祉施設	対応する	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6600000016	09	特養シャングリラ	短期入所生活介護	-	●															

LIFE情報区分	提出	対応帳票	対応加算
科学的介護推進情報	○	科学的介護推進(施設)	科学的介護推進体制加算
栄養・摂食低下情報	○	1部)栄養スク・アセス(施設)	栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算
口腔衛生管理情報	○	口腔衛生管理情報	口腔衛生管理加算
口腔機能向上サービス管理情報	○	口腔機能向上	口腔機能向上加算
興味・関心チェック情報	○	興味・関心チェックシート	個別機能訓練加算、リハビリ関連加算
生活機能チェック情報	○	生活機能チェックシート	個別機能訓練加算
個別機能訓練計画情報	○	個別機能訓練(様式3)	個別機能訓練加算
リハビリテーション計画書(医療介護)	○		リハビリテーションマネジメント加算、リハビリテーションマネジメント計画書
リハビリテーション計画書(介護)	○		リハビリテーションマネジメント加算、リハビリテーションマネジメント計画書
リハビリテーション会議録(様式3)情報	○		リハビリテーションマネジメント加算、リハビリテーションマネジメント計画書
リハビリテーションマネジメントにおける生活行為向上リハビリテーション実施	○		リハビリテーションマネジメント加算、リハビリテーションマネジメント計画書
褥瘡マネジメント情報	○	褥瘡対策ケア計画書	褥瘡マネジメント加算、褥瘡対策指導管理
排せつ支援情報	○	排せつ支援計画書	排せつ支援加算
自立支援促進情報	○	自立支援計画書	自立支援促進加算
薬剤変更情報	○		かかりつけ医連携薬剤調整加算
ADL維持等情報	○	ADL維持等情報	A D L 維持等加算
その他情報			

※1つのLIFE情報区分(対応加算)に設定できる帳票は1種類のみです

クリックでサポートサイトFAQへ

詳しい操作手順はこちら

入力されたLIFE対応帳票の情報を読み込み、CSV出力を行う画面です。検索対象期間内の帳票履歴を一括で読み込んで確認することができます。
今後、帳票の一括複写や期限管理の機能を追加していく予定です。(5月以降のバージョンアップにて対応予定)

帳票ごとに検索期間をかえる場合にクリック→期間指定ダイアログ

検索・複写・出力の対象としない場合、帳票単位でチェックを外す

全選択・全解除

一括複写

CSV出力

LIFE情報作成

富士苑 (介護福祉施設) 基準期間 2021/02/01 ~ 2021/02/28 全てに反映 検索実行

基準期間に、入退所履歴・サービス開始中止履歴のある利用者を対象とする

利用者名	科学的介護推進情報		栄養・摂食嚥下情報		口腔衛生管理情報		口腔機能向上サービス管理情報		興味関心チェック情報	
	2021/02/01 ~ 2021/02/28		2021/02/01 ~ 2021/02/28		2021/02/01 ~ 2021/02/28		2021/02/01 ~ 2021/02/28		2021/02/01 ~ 2021/02/28	
	記録日	記録日	記録日	記録日	記録日	記録日	記録日	記録日	記録日	記録日
愛知七子	2019/08/27	2021/02/18	2021/02/09	2021/02/22	2021/02/22	2021/02/21	2021/02/21	2021/02/22	2021/02/28	2021/02/08
愛知一郎(いち)	2020/05/07		2021/02/22	2021/02/21	2021/02/21	2021/02/21	2021/02/21	2021/02/21	2021/02/28	
愛知一子(かずこ)	2019/05/01	2021/02/20	2021/02/21	2021/02/22	2021/02/21	2021/02/21	2021/02/21	2021/02/21	2021/02/28	
愛知一子(2)	2021/01/01	2021/02/22	2021/02/22	2021/02/22	2021/02/21	2021/02/21	2021/02/21	2021/02/21	2021/02/28	
愛知一子(3)	2020/03/19	2021/02/23		2021/02/22	2021/02/21	2021/02/21	2021/02/21	2021/02/21	2021/02/28	
愛知一子(4)				2021/02/12	2021/02/12	2021/02/12	2021/02/12	2021/02/12	2021/02/19	
愛知九郎	2021/01/01		2021/02/14	2021/02/14	2021/02/14	2021/02/14	2021/02/14	2021/02/14	2021/02/19	
愛知郁子	2021/01/01	2021/02/11	2021/02/19	2021/02/15	2021/02/15	2021/02/15	2021/02/15	2021/02/15	2021/02/19	
愛知吾郎	2021/01/01	2021/02/12	2021/02/11	2021/02/11	2021/02/16	2021/02/16	2021/02/16	2021/02/16	2021/02/19	
愛知三郎			2021/02/12	2021/02/12	2021/02/16	2021/02/16	2021/02/16	2021/02/16	2021/02/19	
愛知三子		2021/02/13	2021/02/13	2021/02/13	2021/02/16	2021/02/16	2021/02/16	2021/02/16	2021/02/19	
愛知龍郎	2010/07/15	2021/02/14	2021/02/15	2021/02/15	2021/02/18	2021/02/18	2021/02/18	2021/02/18	2021/02/19	
愛知十子(10個)		2021/02/15	2021/02/15	2021/02/15	2021/02/19	2021/02/19	2021/02/19	2021/02/19	2021/02/19	
愛知豊子(ゆたか)		2021/02/16	2021/02/22	2021/02/22	2021/02/19	2021/02/19	2021/02/19	2021/02/19	2021/02/19	
愛知夏子		2021/02/17	2021/02/22	2021/02/22	2021/02/19	2021/02/19	2021/02/19	2021/02/19	2021/02/19	
愛知八郎	2017/07/07	2021/02/18	2021/02/22	2021/02/22	2021/02/22	2021/02/22	2021/02/22	2021/02/22	2021/02/19	
愛知二子			2021/02/24	2021/02/24	2021/02/19	2021/02/19	2021/02/19	2021/02/19	2021/02/19	
愛知麻子			2021/02/22	2021/02/22	2021/02/19	2021/02/19	2021/02/19	2021/02/19	2021/02/19	
愛知亮子										
愛知六子										

クリックでサポートサイトFAQへ

詳しい操作手順はこちら

検索対象期間を設定して検索することで、期間内に作成された帳票履歴を一括で確認することができます。

LIFE情報作成画面で検索実行し、検索期間内に履歴があった場合は履歴の日付が表示されます。

検索期間内に履歴がない場合は空白のままになります。

①

②

③

出力したい情報の期間を選択
4月分であれば、「4/1」～「4/30」

「全てに反映」「検索実行」の順にクリック

LIFE帳票出力選択で設定していない帳票は表示されません

CAREKARTE V7.37.1.9930 - 【特別】 DS-サポートスタッフ - 操作権限[申込:印刷:出力]
00000000016 < > 2021/04/01 ~ 2021/04/05 1 日間 最新表示 全保存 印刷

科学的介護推進
LIFE情報作成

連携データ出力 出力帳票選択
基準期間 2021/02/01 ~ 2021/02/28
全てに反映
検索実行
LIFE出力

基準期間に、入退所履歴・サービス開始中止履歴のある利用者を対象とする

利用者名	利用者情報		科学的介護推進情報		栄養・摂食嚥下情報		口腔衛生管理情報		口腔機能向上サービス管理情報		興味関心チェック情報	
	2021/02/01 ~ 2021/02/28	2021/02/01 ~ 2021/02/28	2021/02/01 ~ 2021/02/28	2021/02/01 ~ 2021/02/28	2021/02/01 ~ 2021/02/28	2021/02/01 ~ 2021/02/28	2021/02/01 ~ 2021/02/28	2021/02/01 ~ 2021/02/28	2021/02/01 ~ 2021/02/28	2021/02/01 ~ 2021/02/28	2021/02/01 ~ 2021/02/28	
	■ 認定期間(開始)	10	■ 記録日	14	■ 記録日	16	■ 記録日	14	■ 記録日	14	■ 記録日	16
愛知七子	2019/08/27	...	2021/02/18	...	2021/02/09	...		...		2021/02/08	...	
愛知一郎(いち)	2020/05/07	...		...	2021/02/22	...	2021/02/22	...	2021/02/22	...	2021/02/28	...
愛知一子(かずこ)	2019/05/01	...	2021/02/20	...	2021/02/21	...	2021/02/21	...	2021/02/21	...		...
愛知一子(2)	2021/01/01	...	2021/02/22	...	2021/02/22	...		...			2021/02/19	...
愛知一子(3)	2020/03/19	...	2021/02/23	...		...	2021/02/12	...	2021/02/12	...	2021/02/19	...
愛知一子(4)		...		...	2021/02/19	...	2021/02/11	...	2021/02/11	...	2021/02/19	...
愛知九郎	2021/01/01	...		...	2021/02/19	...	2021/02/14	...	2021/02/14	...	2021/02/19	...
愛知椰子	2021/01/01	...	2021/02/11	...	2021/02/19	...	2021/02/15	...	2021/02/15	...	2021/02/19	...
愛知吾郎	2021/01/01	...	2021/02/12	...	2021/02/11	...	2021/02/16	...	2021/02/16	...	2021/02/19	...
愛知三郎		...		...	2021/02/12	...	2021/02/16	...	2021/02/16	...	2021/02/19	...
愛知三子		...	2021/02/13	...	2021/02/13	...		...			2021/02/19	...
愛知龍郎	2010/07/15	...	2021/02/14	...	2021/02/15	...	2021/02/18	...	2021/02/18	...	2021/02/19	...
愛知十子(10個)		...	2021/02/15	...	2021/02/15	...	2021/02/19	...	2021/02/19	...	2021/02/19	...
愛知豊子(ゆたか)		...	2021/02/16	...	2021/02/22	...	2021/02/19	...	2021/02/19	...	2021/02/19	...
愛知夏子		...	2021/02/17	...	2021/02/22	...	2021/02/19	...	2021/02/19	...	2021/02/19	...
愛知八郎	2017/07/07	...	2021/02/18	...		...	2021/02/22	...	2021/02/22	...	2021/02/19	...
愛知二子		...		...	2021/02/24	...		...			2021/02/19	...
愛知麻子		...	2021/02/19	...	2021/02/22	...	2021/02/19	...	2021/02/19	...		...
愛知亮子		...	2021/02/19	...		...		...				...
愛知六子		...		...		...		...				...

作成済みの帳票があれば日付が表示される

クリックでサポートサイトFAQへ

詳しい操作手順はこちら

日付の横にある「…」をクリックすると、帳票の内容を確認・修正することができます。

空白の場合でも「…」をクリックすると帳票画面にて履歴の複写や新規作成を行うことができます。

The screenshot displays the 'LIFE情報作成' (LIFE Information Creation) screen. At the top, there's a navigation bar with 'LIFE情報管理' and '愛知七子' (Aichi Shichi-ko). Below it, a table lists users with columns for '利用者情報' (User Information), '科学的介護推進情報' (Scientific Care Advancement Information), and other categories. A red circle highlights the '...' button next to the date '2021/02/22' for user '愛知一子(2)'. An arrow points from this button to a secondary window showing the '科学的介護推進に関する評価 (施設サービス)' (Evaluation of Scientific Care Advancement (Facility Services)) form. A red circle with the number '4' is overlaid on this form, with text indicating that additional changes are possible even when returning to the ticket page. Another red circle with the number '5' is on the right, pointing to a 'LIFE出力' (LIFE Output) button, with text indicating that output is possible once preparation is complete.

クリックでサポートサイトFAQへ

詳しい操作手順はこちら



LIFE情報作成画面で「LIFE出力」を押すとCSV出力画面になります。
LIFE出力項目にエラーがある場合はエラー内容によってセルに色がつくので修正が必要です。

エラーがなくなったら「CSV出力」を押すと、厚労省LIFEサイトにアップロードするためのCSVファイルが作成されます。

① 確認したい行をクリックし、下の画面に情報を表示します

② 「赤色」はLIFE側でエラーになるため必ず修正します

③ 編集ボタンから帳票編集可能

④ 準備が整ったらLIFE出力へ

CSVファイル

出力

出力	氏名	編集	1.事業所番号	2.サービス種類コード	3.保険者番号	4.保険者番号	5.外部システム管理6.施設/通所/在宅7.利用者・家族の居8.作成年月日	9.要介護度	10.病名-特記事項	11.食事の準備状況	12.家族構成とキー	13.実施	
1	神尾一郎	...	000000016	51	47204	1122334455	000000007_2	1	むとむと、備後だつた	20210331	32	左大健福転子部	家族一部 特(真勇 202104
2	田中大太郎	...	000000016	51	22102B	0000000001	000000003_2	2	利用者・家族の居	20210414	22	病名-特記事項	家族構成とキー

クリックでサポートサイトFAQへ

詳しい操作手順はこちら

LIFE帳票の種類と情報整理

加算の種類	対象する様式(帳票)												LIFE 情報提出 対象者	提出頻度			CAREKARTE における対応					
	介護老人 福祉施設 加算	地域密着型 介護老人 福祉施設 加算	介護老人 保健施設 加算	特定 施設 介護老人 福祉施設 加算	認知症 対応型 共同生活 介護加算	認知症 対応型 共同生活 介護加算	地域密着 型通所 介護加算	地域密着 型通所 介護加算	通所 介護加算	通所 介護加算	訪問 介護加算	小規模 多機能 型居宅 介護加算		訪問 介護加算	★…加算算定に必要 ▲…任意(必須ではない) …LIFE出力されない 番号…CCJにて独自に割り振った番号	利用者		リ ビ ス 利 用 開 始 日 - 定 期	計 画 書 作 成 ・ 変 更	猶予期間 4月～6月分について 一定の条件の元で 8月10日までの経過措置あり		
科学的介護推進体制加算													★	01a	科学的介護推進に関する評価 (通所・居宅サービス)	全利用者	●	●	6ヵ月	(9月末までに算定開始) 算定を開始する月の5月後の月の 翌月10日 8月10日まで経過措置あり	LIFE対応した 独自帳票を準備	
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)	●	●	●	●									★	01b	科学的介護推進に関する評価 (施設サービス)	全利用者	●	●	6ヵ月	(9月末までに算定開始) 算定を開始する月の5月後の月の 翌月10日 8月10日まで経過措置あり	LIFE対応した 独自帳票を準備	
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(Ⅱ) 褥瘡対策指導管理(Ⅱ)	●	●	●	●									★	02	褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書	全利用者	●	●	3ヵ月	(令和3年度のみ) 令和4年4月10日までに提出 8月10日まで経過措置あり	LIFE対応帳票を準備	
排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)	●	●	●	●									★	03	排せつ状態に関するスクリーニング・支援計画書	全利用者	●	●	3ヵ月	(令和3年度のみ) 令和4年4月10日までに提出 8月10日まで経過措置あり	LIFE対応帳票を準備	
栄養マネジメント強化加算	●	●	●	●									★	04a	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)	全利用者	●	●	3ヵ月	(令和3年度のみ) 令和4年4月10日までに提出 8月10日まで経過措置あり	LIFE対応帳票を準備 と独自帳票を準備 どちらを使うかは自由	
														04b	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)(1版版) ※CCJオリジナル	全利用者	●	●	3ヵ月	(令和3年度のみ) 令和4年4月10日までに提出 8月10日まで経過措置あり		
栄養アセスメント加算													●	05a	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)	全利用者	●	●	3ヵ月	8月10日まで経過措置あり		
														05b	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)(1版版) ※CCJオリジナル	全利用者	●	●	3ヵ月			
ADL維持等加算(Ⅰ)(Ⅱ)	●	●	●	●									★	06a	パーセルインデックス	全利用者	●	●	6ヵ月	8月10日まで経過措置あり	厚労省推奨様式	
														06b	ADL維持等加算 ※CCJオリジナル	全利用者	●	●	6ヵ月		パーセルインデックスをバ ースとした独自帳票を準備	
自立支援促進加算	●	●	●	●									★	07	自立支援促進に関するスクリーニング・支援計画書	全利用者	●	●	3ヵ月	8月10日まで経過措置あり	LIFE対応帳票を準備	
リハビリテーションマネジメント加算 (A)(B)ロ リハビリテーションマネジメント計画書 情報加算 理学療法、作業療法及び言語聴覚療 法に係る加算														▲	08	興味関心チェックシート	該当者 のみ	●	●	3ヵ月	8月10日まで経過措置あり	LIFE対応帳票を準備
														★	09	リハビリテーション計画書	該当者 のみ	●	●	3ヵ月		LIFE対応帳票を準備
														▲	10	リハビリテーション会議録	該当者 のみ	●	●	3ヵ月		LIFE対応帳票を準備
														▲	11	リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票	該当者 のみ	●	●	3ヵ月		LIFE対応帳票を準備
														▲	12	生活行為向上リハビリテーション実施計画	該当者 のみ	●	●	3ヵ月		LIFE対応帳票を準備
														▲	08	興味関心チェックシート	該当者 のみ	●	●	3ヵ月		LIFE対応帳票を準備
個別機能訓練加算(Ⅱ)	●	●	●	●									★	13	生活機能チェックシート	該当者 のみ	●	●	3ヵ月	8月10日まで経過措置あり	LIFE対応帳票を準備	
														★	14a	個別機能訓練計画書	該当者 のみ	●	●		3ヵ月	LIFE対応帳票を準備
														★	14b	個別機能訓練計画書 デイ版	該当者 のみ	●	●		3ヵ月	LIFE対応帳票を準備
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)	●	●	●	●									★	15	薬剤変更等に係る情報提供書	該当者 のみ	●	●	3ヵ月	8月10日まで経過措置あり	LIFE対応帳票を準備	
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	●	●	●	●									★	16	口腔衛生管理加算 様式(実施計画)	該当者 のみ	●	●	3ヵ月	8月10日まで経過措置あり	LIFE対応帳票を準備	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	●	●	●	●									★	17	口腔機能向上サービスに関する計画書(様式例)	該当者 のみ	●	●	3ヵ月	8月10日まで経過措置あり	LIFE対応帳票を準備	
個別機能訓練加算(Ⅱ) リハビリテーションマネジメント加算 (A)(B)ロ リハビリテーションマネジメント計画書 情報加算 理学療法、作業療法及び言語聴覚療 法に係る加算 栄養マネジメント強化加算 栄養アセスメント加算 口腔衛生管理加算(Ⅱ) 口腔機能向上加算(Ⅱ)	●	●	●	●									-	21a	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)	該当者 のみ	●	●	3ヵ月	厚労省推奨様式を準備		
														-	21b	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)	該当者 のみ	●	●		3ヵ月	
														-	22	リハビリテーションアセスメントシート	該当者 のみ	●	●		3ヵ月	
														-	23	個別機能訓練アセスメントシート	該当者 のみ	●	●		3ヵ月	
														-	24	口腔衛生管理加算の実施記録	該当者 のみ	●	●		3ヵ月	
-	25	口腔機能向上加算の実施記録	該当者 のみ	●	●	3ヵ月																

LIFEに関連する加算について、一定の条件の下で経過措置が認められました。

経過措置の適用には手続きが必要となります。

詳細はR3.4.23【介護保険情報】Vol973をご確認ください。

3. LIFE へのデータ提出の期限について

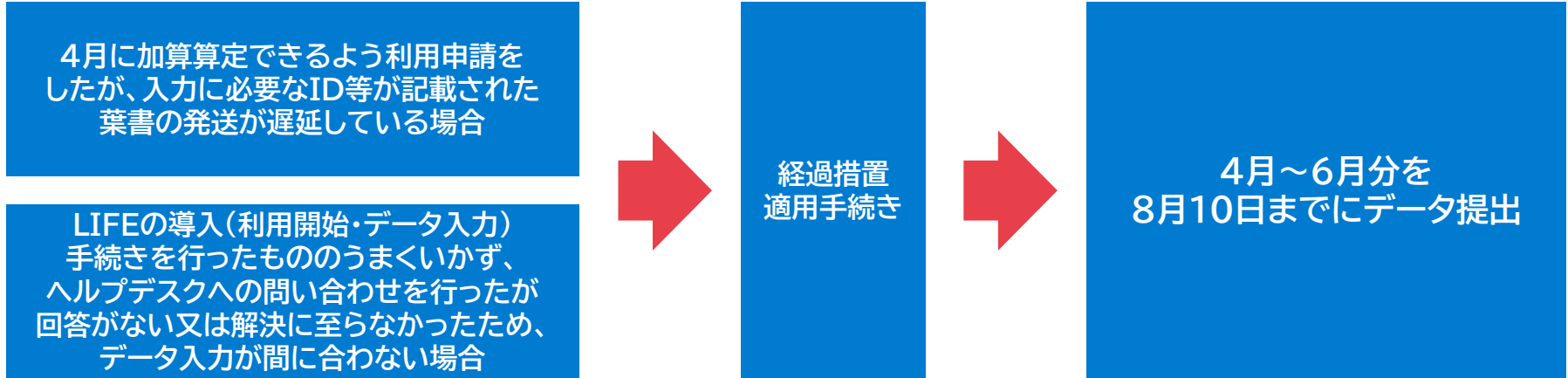
LIFE によるデータの提出等を要件として含む加算（※）について、令和3年4月より加算の算定等を行う場合、令和3年5月10日までに LIFE を用いて、加算ごとに必要なデータの提出を行うこと等としておりましたが、

- 4月に LIFE に関連する加算を算定できるように、これまで事務連絡等でお示ししていた期限までに新規利用申請をしたにも関わらず、新規利用申請に係るはがきの発送が遅延している場合

又は

- 4月に LIFE に関連する加算を算定できるよう、LIFE の操作マニュアル等の web サイトを確認し、LIFE の導入等について、ヘルプデスクへの問い合わせを行っている場合であって、回答がない又は解決に至らないことにより、期限までにデータ提出が間に合わない場合

については、令和3年5月10日までに LIFE へのデータ提出が出来なかった場合であっても、できる限り早期（5月10日以降でも可）に LIFE にデータ提出を行うことで、令和3年4月サービス提供分における加算を算定できることとし、6月サービス提供分まで同様の取扱いを可能とすることとします。なお、本取扱いによる LIFE へのデータ提出に係る猶予期間は、令和3年8月10日までとなりますので、4月～6月サービス提供分までのデータ提出については、同日までに LIFE へデータを提出して頂く必要があります。



参考元:WAMNET 介護保険最新情報Vol.973 科学的介護情報システム(LIFE)に関わる対応等について



特養
老健
医療院
特定施設
グループホーム
通所介護
通所リハ
訪問リハ
小規模
多機能
看護
多機能

科学的介護推進に関する評価(施設サービス)

評価日: 年 月 日 記入者: 職種

前回評価日: 年 月 日 記入者: fdb-stf

障害高齢者の日常生活自立度: 自立・1・2・A1・B2・B1・B2・C1・C2
認知症高齢者の日常生活自立度: 自立・1・B・1b・B1a・B1b・B1c・M

氏名: 様

基本情報: 生年月日: 年 月 日 性別: 男 女

同居家族等: なし あり 配偶者 子 その他(複数選択可) [科学的介護推進体制加算(Ⅰ)では任意項目]
家族等が介護できる時間: ほとんど終日 半日程度 2~3時間程度 必要時に声をかける程度 その他

評価項目: 年 月 日 自立 一部介助 全介助 自立 一部介助 全介助

食事: 10 5 0 早進歩行: 15 10 5 0
椅子とベッド間の移乗: 15 10 5 0 歩行器等: 1 歩行器利用が可能
整理: 5 0 0 脱衣: 10 5 0
トイレ動作: 10 5 0 排便コントロール: 10 5 0
入浴: 5 0 0 洗髪コントロール: 10 5 0

在宅復帰の有無等(任意項目): 在宅 介護老人福祉施設入所 介護老人保健施設入所
介護医療院入所 介護療養型医療施設入所 医療機関入所 死亡
中止(中止日: 年 月 日) その他

※施設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、その他に記入)

評価日: 年 月 日 身長: cm 体重: kg 低栄養状態のリスク: 軽 中 重

栄養補給法: 経口経食 経管栄養法 静脈栄養法
必要栄養素: 糖質 kcal たんぱく質 g
提供栄養素: 糖質 kcal たんぱく質 g
血糖値が目標: なし あり (g/dl) はい いいえ
血糖値が目標: なし あり (g/dl) はい いいえ

口腔ケア: なし あり

認知症の診断: なし あり

認知症の診断項目: 認知症 軽度認知症 中重度認知症 小体病 その他

認知症の診断項目(認知症の診断または疑いのある場合に記載):
・日常生活に支障をきたさない 全くない ほとんどない ある よくある 常にある
・特別な事情がないのに夜中起き出す
・特別な記憶もないのに人に話がかりをつける
・やたらに歩きまわると
・同じ動作をいつまでも繰り返すと
【以下、任意項目】
・同じ事を何度も何度も聞く
・よく眠れなくなったり、食事場所を間違えたり、寝たりする
・暴言、暴てばかりいる
・口汚くのしる
・構造的あるいは事前に合わない不適切な服を着る
・怒られるのを拒否する
・物を貯め込む
・引き出しや部屋の中身をみんないしてしまふ

Vitality Index
・意識清醒: 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 起こさないし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、全く食べようとしていない
・排泄: いつも自ら便意を伝える、あるいは自分ですばら、排便を行う 時々、尿意を伝える
・トイレ活動: 排便に全く関心がない 排便に全く関心がない
・トイレ活動: 自らトイレに向かう。活動を求める 促されて向かう 閉居、無関心

【科学的介護推進体制加算(Ⅰ)では任意項目】

病名

病名マスタからの選択が可能

【科学的介護推進体制加算(Ⅰ)では任意項目】

薬剤名 薬剤等年 処方 薬品コード 用量 単位 回数 用法名

病名マスタ

病名マスタからの選択が可能

病名マスタ

薬剤マスタ

薬剤マスタからの選択が可能

※厚労省から示されている「参考様式」を一部変更したケアコネクトジャパン独自様式になります。
既往歴および服薬情報がたくさん入力できるよう2ページ目に配置してあります。

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

氏名 _____ 性別 _____ 年齢 _____ 評価日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 計画作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

部署 _____ 職名 _____ 記入担当者 _____ 19e-stf _____ 記入担当者職種 _____

褥瘡の有無
1. 現在 なし、あり (圧潰部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ()) 褥瘡発生日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
2. 過去 なし、あり (圧潰部、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	褥瘡発生の日常生活自立度		褥瘡の深さ		対応
	自立: J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	対応	深さ	対応	
ADLの状況	入浴	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分でやっていない	<input type="checkbox"/> 0: 皮膚損傷・発赤なし <input type="checkbox"/> 1: 持続する発赤 <input type="checkbox"/> 2: 真皮までの損傷	<input type="checkbox"/> 3: 皮下組織までの損傷 <input type="checkbox"/> 4: 皮下組織を加える損傷 <input type="checkbox"/> 5: 深筋膜、骨格に至る損傷 <input type="checkbox"/> 6D1: 深部損傷(深さ)深い <input type="checkbox"/> 6D2: 深部損傷で覆われ置き対応が不能	「自分でやっていない」 「あり」に1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	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分でやっていない <input type="checkbox"/> 対象外 (8B)			
	更衣	上着 <input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分でやっていない 下着 <input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分でやっていない			
	履穿り	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分でやっていない			
基本動作	座位の保持	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分でやっていない	<input type="checkbox"/> 0: 皮膚損傷なし <input type="checkbox"/> 1: 4未満 <input type="checkbox"/> 2: 4以上16未満 <input type="checkbox"/> 3: 16以上36未満 <input type="checkbox"/> 4: 36以上64未満 <input type="checkbox"/> 5: 64以上100未満	<input type="checkbox"/> 0: 100以上	<input type="checkbox"/> 10: 臨床的意義深い(創面にめりがあり、浸出液が多い、肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) <input type="checkbox"/> 11: 発赤の明らかな感度機あり(圧痕機、腫、悪臭など) <input type="checkbox"/> 12: 全身的影響あり(発熱など)
	座位での乗り降り	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分でやっていない			
	立位の保持	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分でやっていない			
排泄の状況	尿失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 対象外 (8B)	<input type="checkbox"/> 0: 創面が出た場合、創の深い場合、深部損傷機(DF)疑いの場合 <input type="checkbox"/> 1: 良性肉芽が創面の90%以上を占める <input type="checkbox"/> 2: 良性肉芽が創面の90%以上を占める	<input type="checkbox"/> 0: 4 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める <input type="checkbox"/> 0: 5 良性肉芽が創面の10%未満を占める <input type="checkbox"/> 0: 6 良性肉芽が全く形成されていない	<input type="checkbox"/> M3: 柔らかい壊死組織あり <input type="checkbox"/> M5: 硬く厚い密着した壊死組織あり
	排便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 対象外 (8B)			
	過去3か月以内に褥瘡の既往があるか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

※1. 結算年度・短期入院等の場合 ※2. A1-A2等を使用もしくは自己帰院等の場合 ※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		肉芽形成		壊死組織		ポケット	
	深さ	対応	浸出液	対応	大きさ	対応	炎症/感染	対応	肉芽形成	対応	壊死組織	対応	ポケット	対応
	<input type="checkbox"/> 0: 皮膚損傷・発赤なし <input type="checkbox"/> 1: 持続する発赤 <input type="checkbox"/> 2: 真皮までの損傷	<input type="checkbox"/> 3: 皮下組織までの損傷 <input type="checkbox"/> 4: 皮下組織を加える損傷 <input type="checkbox"/> 5: 深筋膜、骨格に至る損傷 <input type="checkbox"/> 6D1: 深部損傷(深さ)深い <input type="checkbox"/> 6D2: 深部損傷で覆われ置き対応が不能	<input type="checkbox"/> 0: なし <input type="checkbox"/> 1: 少量: 毎日のドレッシング交換を要しない <input type="checkbox"/> 2: 中等量: 1日1回のドレッシング交換を要する	<input type="checkbox"/> 0: 皮膚損傷なし <input type="checkbox"/> 1: 4未満 <input type="checkbox"/> 2: 4以上16未満 <input type="checkbox"/> 3: 16以上36未満 <input type="checkbox"/> 4: 36以上64未満 <input type="checkbox"/> 5: 64以上100未満	<input type="checkbox"/> 0: 100以上	<input type="checkbox"/> 0: 発赤なし <input type="checkbox"/> 1: 発赤の明らかな感度機あり(圧痕機、腫、悪臭など)	<input type="checkbox"/> 0: 創面が出た場合、創の深い場合、深部損傷機(DF)疑いの場合 <input type="checkbox"/> 1: 良性肉芽が創面の90%以上を占める <input type="checkbox"/> 2: 良性肉芽が創面の90%以上を占める	<input type="checkbox"/> 0: 4 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める <input type="checkbox"/> 0: 5 良性肉芽が創面の10%未満を占める <input type="checkbox"/> 0: 6 良性肉芽が全く形成されていない	<input type="checkbox"/> 0: 壊死組織なし <input type="checkbox"/> 0: ポケットなし	<input type="checkbox"/> M3: 柔らかい壊死組織あり <input type="checkbox"/> M5: 硬く厚い密着した壊死組織あり	<input type="checkbox"/> P8: 4未満 <input type="checkbox"/> P9: 4以上16未満 <input type="checkbox"/> P12: 16以上36未満 <input type="checkbox"/> P24: 36以上			

褥瘡状態の評価については「添付 255(調)第30(20) 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。

留意事項	計画の内容
褥瘡の種類が異なる取り扱ふべき事項 評価を行う設備 (圧迫、スレカの排除 (体位変換、体位分断機 具、履穿機)方法、車椅子 手袋使用等)	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	

利用者及び家族の意向
説明と同意日 _____ 署名 _____ 経路 _____

※厚労省から示されている「参考様式」を一部変更したケアコネクタジャパン独自様式になります。
敬称を様へ変更し、同意欄を追加しています。

この帳票はCAREKARTE内に構築された帳票をPDF出力→貼付けたものです

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

評価日 年 月 日 計画作成日 年 月 日

氏名 _____ 種 別 男 女
 _____ 年 月 日 生 (歳)

記入者職種 _____
 記入者名 _____
 医 師 名 _____
 看護師名 _____

排せつの状態及び今後の見込み

	施設入所時	評価時	3か月後の見込み	
			支援を行った場合	支援を行わない場合
排便の状態	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
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) あり(夜間のみ) あり(経日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(経日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(経日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(経日)
ポータブル トイレ 使用の有無	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(経日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(経日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(経日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(経日)

※排便・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10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
------------------	----------

排せつに介護を要する要因

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 _____

※厚労省から示されている「参考様式」を一部変更したケアコネクトジャパン独自様式になります。
敬称を様へ変更し、署名欄を追加しています。

この帳票はCAREKARTE内に構築された帳票をPDF出力→貼付けたものです



- 特養
- 老健
- 医療院
- 施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング					
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	生 年 月 日	年齢
本人氏名	紹介課	病名・特記事項等	記入者名	作成年月日	有効期限(月/日)
利用者・受療の意向			家族構成と F-1(2) (支援者)		
実施日(職種:記入者名)	年 月 日 ()				
アセス					
低栄養状態のリスク	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高				
身長	cm				
体重 / BMI	kg / kg/m ²				
3%以上の体重減少率 (kg/1ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (kg/1ヶ月)				
2%以上の体重減少率 (kg/2ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (kg/2ヶ月)				
3%以上の体重減少率 (kg/6ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (kg/6ヶ月)				
血清TPA濃度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (g/dl)				
嚥達	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 経胃栄養法				
その他					
栄養摂取の状況	食事摂取量(割合) % 主食の摂取量(割合) 主食 % 主菜・副菜の摂取量(割合) 主菜 % 副菜 % その他(補助食など)				
摂取エネルギー	2447	〜	2500	kcal/日 (kcal/kg)	g/日 (g/kg)
摂取タンパク質	2447	〜	2500	g/日 (g/kg)	g/日 (g/kg)
必要エネルギー	2447	〜	2500	kcal/日 (kcal/kg)	g/日 (g/kg)
必要タンパク質	2447	〜	2500	g/日 (g/kg)	g/日 (g/kg)
嚥下調整の必要性	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
食事の形態(コト)					
とろみ	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い				
食事の留意事項の有無(嚥下食の指示、食事形態、嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
本人の意向					
食欲・食事の満足感					
食事に対する意識					
口腔関係	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下				
安定した正しい姿勢が自分で取れない	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
食事に集中することができない	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
食事中に嘔吐や意識変動がある	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
嚥(嚥下)のない状態で食事をしている	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
食べ物を口唇内に溜め込む	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
固形の食べ物をしっかりと噛み砕くことができない	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
食後、頬の内側や口腔内に残量がある	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
水分を吐き出す	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
食事中、食後に嘔吐することがある	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
その他、気が付いた点					
その他	褥瘡:生活機能低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 生活機能低下 <input type="checkbox"/> 陽気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 消化器障害:水分摂取 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 薬の影響 心理・精神:認知症関連 薬品				
特記事項					
総合評価	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない				
計画変更	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				

評価・嚥下の課題	摂食・嚥下機能検査	<input type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 顔面触診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咽頭能力・嚥物の検査 <input type="checkbox"/> 認知機能に課題あり <input type="checkbox"/> その他 () 実施日 年 月 日
	検査結果や観察等を通じて把握した課題の所在	<input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咽頭・口腔機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能
食事の観察	参加者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日 年 月 日
	参加者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日 年 月 日
多職種会議	①食事の形態・とろみ、補助食の活用	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	②食事の形態調整	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	③食事の介助の方法	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	④口腔のケアの方法	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	⑤歯磨又は歯科医療受療の必要性	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	特記事項	

※経口維持加算(目)を算定する場合は、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

※厚労省が示している様式は4回分入力できるようになっていますが、使いにくそうなので「1回版」を独自で用意させていただきました。
「1回版」に入力していただいた履歴を複写して使用していただくことで帳票管理が行いやすくなります。

この帳票はCAREKARTE内に構築された帳票をPDF出力→貼付けたものです

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング						
7桁ナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日 生まれ	年齢	歳
本人氏名	紹介課名		病名・特記事項等		記入者名	作成年月日 年 月 日
利用者・家族の意向			食事の準備状況		実施機材と そのほか (支援者)	
実施日(職種・記入者名)	年 月 日 ()					
アセス						
低栄養状態のリスク	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高					
低栄養状態のリスク状況	身長	cm				
	体重 / 体積	kg / m ³				
	2%以上の体重減少率 (kg/1ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(	kg/1ヶ月)		
	2%以上の体重減少率 (kg/2ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(	kg/2ヶ月)		
	2%以上の体重減少率 (kg/6ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(	kg/6ヶ月)		
	血清TAL値	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(	g/dl)		
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
	栄養補給法	<input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法				
	その他					
	栄養摂取の状況	食事摂取量(割合)	%			
主食の摂取量(割合)		主食 %				
主菜・副菜の摂取量(割合)		主菜 % 副菜 %				
その他(補助食品など)						
摂取栄養量: 24h ⁻¹ ~ 24h ⁻¹ g (固体量換算)		kcal (	kcal/kg)	g (	g/kg)	
摂取栄養量: 24h ⁻¹ ~ 24h ⁻¹ g (固体量換算)		kcal (	kcal/kg)	g (	g/kg)	
必要栄養量: 24h ⁻¹ ~ 24h ⁻¹ g (固体量換算)		kcal (	kcal/kg)	g (	g/kg)	
嚥下調整食の必要性		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
食事の形態(コト)						
とろみ		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い				
食事の留意事項の有無(糖質制限, 食事形態, 嗜好, 薬剤影響食品, 九折-など)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
本人の意思						
食欲・食事の満足感						
食事に対する意識						
多職種による栄養ケアの課題と改善関連問題	口腔関係	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下				
	安定した正しい姿勢が自分で取れない	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
	食事に集中できない	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
	食事中に嘔吐や意識障害がある	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
	歯(義歯)のない状態で食事をしている	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
	食べ物多口器内に溜め込む	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
	固形の食べ物をしっかりと噛み砕く	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
	食後、頬の内側や口唇内に残渣がある	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
	水分でむせる	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
	食事中、食後に咳をすることがある	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
その他、気が付いた点						
その他	褥瘡・生活機能低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 生活機能低下 <input type="checkbox"/> 呼吸・嚥下 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 消化器官障害 水分関係 代謝関係 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感寒 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 薬の影響 心理・精神・認知症関係 医薬品					
特記事項						
総合評価	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない					
今後の継続の必要性	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					

この帳票はCAREKARTE内に構築された帳票をPDF出力→貼付けたものです

※厚労省が示している様式は4回分入力できるようになっていますが、使いにくそうなので「1回版」を独自で用意させていただきました。
「1回版」に入力していただいた履歴を複写して使用していただくことで帳票管理が行いやすくなります。

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

バーセルインデックス (Barthel Index : 基本的生活動作)

事業所名: _____ 評価日: _____ 年 月 日 作成者: _____ 職種: _____ 初月対象 7ヶ月日対象

本人氏名	性別	生年月日	年 月 日	歳	介護度																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>設別</th> <th>質問内容</th> <th>回答</th> <th>得点</th> </tr> </thead> <tr> <td>1</td> <td>食事 * 自立、自動具などの装着可。標準的時間内に食べ終える * 部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) * 全介助</td> <td>10 5 0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>車椅子からベッドへの移動 * 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) * 軽度の部分介助または監視を要する * 座ることは可能であるがほぼ全介助 * 全介助または不可能</td> <td>15 10 5 0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>整容 * 自立(洗面、髪髪、歯磨き、ひげ剃り) * 部分介助 * 不可能</td> <td>5 0 0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>衣服動作 * 自立、衣服の操作、後始末を含む、ボタン・履帯などを使用している場合はその洗浄も含む * 部分介助、体を支える、衣類、後始末に介助を要する * 全介助または不可能</td> <td>10 5 0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>入浴 * 自立 * 部分介助 * 不可能</td> <td>5 0 0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>歩行 * 45m以上の歩行、輔具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わない * 45m以上の介助歩行、歩行器の使用含む * 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 * 上記以外</td> <td>15 10 5 0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>階段昇降 * 自立、手すりなどの使用の有無は問わない * 介助または監視を要する * 不能</td> <td>10 5 0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>着替え * 自立、靴、フリン、装具の着脱を含む * 部分介助、標準的な時間、半分以上は自分で行える * 上記以外</td> <td>10 5 0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>排便コントロール * 失禁なし、洗滌、坐薬の取り扱しも可能 * ときに失禁あり、洗滌、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外</td> <td>10 5 0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>排尿コントロール * 失禁なし、尿尿器の取り扱いも可能 * ときに失禁あり、尿尿器の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外</td> <td>10 5 0</td> <td>0</td> </tr> </table>							設別	質問内容	回答	得点	1	食事 * 自立、自動具などの装着可。標準的時間内に食べ終える * 部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) * 全介助	10 5 0	0	2	車椅子からベッドへの移動 * 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) * 軽度の部分介助または監視を要する * 座ることは可能であるがほぼ全介助 * 全介助または不可能	15 10 5 0	0	3	整容 * 自立(洗面、髪髪、歯磨き、ひげ剃り) * 部分介助 * 不可能	5 0 0	0	4	衣服動作 * 自立、衣服の操作、後始末を含む、ボタン・履帯などを使用している場合はその洗浄も含む * 部分介助、体を支える、衣類、後始末に介助を要する * 全介助または不可能	10 5 0	0	5	入浴 * 自立 * 部分介助 * 不可能	5 0 0	0	6	歩行 * 45m以上の歩行、輔具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わない * 45m以上の介助歩行、歩行器の使用含む * 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 * 上記以外	15 10 5 0	0	7	階段昇降 * 自立、手すりなどの使用の有無は問わない * 介助または監視を要する * 不能	10 5 0	0	8	着替え * 自立、靴、フリン、装具の着脱を含む * 部分介助、標準的な時間、半分以上は自分で行える * 上記以外	10 5 0	0	9	排便コントロール * 失禁なし、洗滌、坐薬の取り扱しも可能 * ときに失禁あり、洗滌、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外	10 5 0	0	10	排尿コントロール * 失禁なし、尿尿器の取り扱いも可能 * ときに失禁あり、尿尿器の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外	10 5 0	0
設別	質問内容	回答	得点																																															
1	食事 * 自立、自動具などの装着可。標準的時間内に食べ終える * 部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) * 全介助	10 5 0	0																																															
2	車椅子からベッドへの移動 * 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) * 軽度の部分介助または監視を要する * 座ることは可能であるがほぼ全介助 * 全介助または不可能	15 10 5 0	0																																															
3	整容 * 自立(洗面、髪髪、歯磨き、ひげ剃り) * 部分介助 * 不可能	5 0 0	0																																															
4	衣服動作 * 自立、衣服の操作、後始末を含む、ボタン・履帯などを使用している場合はその洗浄も含む * 部分介助、体を支える、衣類、後始末に介助を要する * 全介助または不可能	10 5 0	0																																															
5	入浴 * 自立 * 部分介助 * 不可能	5 0 0	0																																															
6	歩行 * 45m以上の歩行、輔具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わない * 45m以上の介助歩行、歩行器の使用含む * 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 * 上記以外	15 10 5 0	0																																															
7	階段昇降 * 自立、手すりなどの使用の有無は問わない * 介助または監視を要する * 不能	10 5 0	0																																															
8	着替え * 自立、靴、フリン、装具の着脱を含む * 部分介助、標準的な時間、半分以上は自分で行える * 上記以外	10 5 0	0																																															
9	排便コントロール * 失禁なし、洗滌、坐薬の取り扱しも可能 * ときに失禁あり、洗滌、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外	10 5 0	0																																															
10	排尿コントロール * 失禁なし、尿尿器の取り扱いも可能 * ときに失禁あり、尿尿器の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外	10 5 0	0																																															

| 合計得点 | | | | | | 0 / 100 |

注) 代表的なADL評価法である。100点だからといって無難可能というわけではない
Mansury, F. L. & Barthel, O. W. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Med. J. 14 (2): 81-85, 1965
高齢者の身体・認知機能評価ガイドライン、厚生労働省 2008
日本老年学協会編纂、発行、健康長寿協会・バリアンツ 2011
香川県立看護大学看護学部

この帳票はCAREKARTE内に構築された帳票をPDF出力→貼付けたものです

※厚労省等からADL維持等加算に必要な様式は示されておきませんが、LIFE出力は必要となります。
LIFE出力の内容がバーセルインデックスの内容だったため、デイサービス向けCAREKARTE標準マスタに含まれている「バーセルインデックス」をそのまま使用いただくことができるようになっています。



- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

ADL維持等情報							
評価日	年 月 日	記入者職種	記入者	□初月対象 □7ヶ月後対象			
施設名	種	性別	生年月日	年 月 日 (歳)	介護度		
設別	実施内容					所要	得点
1	食事 * 自立、自動具などの使用可、標準的時間内に食べ終える * 部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) * 全介助					10 5 0	0
2	車椅子からベッドへの移動 * 自立、ブレーキ、フットの操作も含む(非行自立も含む) * 軽度の部分介助または監視を要する * 応えることは可能であるがほぼ全介助 * 全介助または不可能					10 10 5 0	0
3	整容 * 自立(洗面、髪髪、歯磨き、ひげ剃り) * 部分介助 * 不可能					5 0 0	0
4	トイレ動作 * 自立、衣服の操作、後始末も含む、トイレ機器などを使用している場合はその操作も含む * 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する * 全介助または不可能					10 5 0	0
5	入浴 * 自立 * 部分介助 * 不可能					5 0 0	0
6	歩行 * 45m以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わない * 45m以上の介助歩行、歩行器の使用含む * 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 * 上記以外					15 10 5 0	0
7	階段昇降 * 自立、手すりなどの使用の有無は問わない * 介助または監視を要する * 不能					10 5 0	0
8	着替え * 自立、靴、フット、装具の着脱を含む * 部分介助、標準的な時間、半分以上は自分で行える * 上記以外					10 5 0	0
9	排便コントロール * 失禁なし、洗滌、坐薬の取り扱しも可能 * ときに失禁あり、洗滌、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外					10 5 0	0
10	排尿コントロール * 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 * ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外					10 5 0	0
注) 代表的な項目評価構成である。100満点だからといって満点取得というわけではない。						合計	0 / 100

 この帳票はCAREKARTE内に構築された帳票をPDF出力→貼付けたものです

※厚労省等からADL維持等加算に必要な様式は示されておりませんが、LIFE出力は必要となります。
LIFE出力の内容がバーセルインデックスの内容だったため、バーセルインデックスの内容を含めた帳票を弊社にて独自に用意させていただきました。

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

自立支援促進に関する評価・支援計画書

評価日 年 月 日 計画作成日 年 月 日

氏名 様 男 女

年 月 日生 (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(特定疾患または生活機能低下の直接の原因となっている疾患名については1人に記入)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患の経過及び治療内容(前回より変化が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) 自立 J1 J2 J1 J2 J1 J2 J1 J2

・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 1 2a 2b 3a 3b 4 5

(4) 基本動作

・寝廻り 自立 見守り 一部介助 全介助

・起き上がり 自立 見守り 一部介助 全介助

・座位の保持 自立 見守り 一部介助 全介助

・立ち上がり 自立 見守り 一部介助 全介助

・立位の保持 自立 見守り 一部介助 全介助

(5) ADL

自立	一部介助	全介助	
食事	10	5	0
椅子とベッド間の移乗	15	10	5
(履物が移れない) →			
散歩	5	0	0
トイレ動作	10	5	0
入浴	5	0	0
平地歩行	15	10	5
(車椅子操作が可能) →			
階段昇降	10	5	0
更衣	10	5	0
球技コントロール	10	5	0
球技コントロール	10	5	0

(6) 運用機能障害に対する自立支援の取組による機能回復・重症化防止の効果

期待できる (期待できる項目: 基本動作 ADL IADL 社会参加 その他)

期待できない 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 あり なし

・機能訓練の必要性 あり なし

(7) 尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画

尊厳の保持に資する取組 本人を尊重する個別ケア 寝たきり防止に資する取組 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 特になし あり ()・移動 特になし あり ()

・摂食 特になし あり ()・運動 特になし あり ()

・嚥下 特になし あり ()・その他(特になし) あり ()

(注) 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。

基本動作	ADL動作	日々の過ごし方等	訓練時間
<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	・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(注中) 〈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"/> 湯拭 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	・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 ・書替えの回数 1週間あたり()回 ・居場所作りの取組 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・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

(注) 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

・基本動作についての支援計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(具体的な計画)
・ADL動作についての支援計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(具体的な計画)
・日々の過ごし方等についての支援計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(具体的な計画)
・訓練の提供についての計画(訓練時間等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(具体的な計画)

上記計画の内容について説明を受けました。 年 月 日 上記計画書に基づきサービスの説明を行い内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 年 月 日

ご本人氏名: _____ 年 月 日

ご家族氏名: _____ 年 月 日

※厚労省から示されている「参考様式」を一部変更したケアコネク日本独自様式になります。LIFE出力に必要な項目の追加、敬称の変更、同意欄の追加をしています。

この帳票はCAREKARTE内に構築された帳票をPDF出力→貼付けたものです

- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

興味・関心チェックシート

記入日： 年 月 日
記入者： 職 種

本人氏名： 種 業 性別：

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・落字			
歯磨きをする				紙を折る・紙千紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときになる				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			
家や園の手入れ・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			
乗車・観戦との関わり				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				係仕事			
地域活動(町内会・老人クラブ)				賞金を作る仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他()				その他()			
その他()				その他()			

この帳票はCAREKARTE内に構築された帳票をPDF出力→貼付けたものです

特養
老健
医療院
在宅施設
グループホーム
通所介護
通所リハ
訪問リハ
小規模
多機能
看護
多機能

事業所番号: _____ リハビリテーション計画書 入院院 口外果 / 口訪問 口通所 口入院所 計画作成日: _____ 年 月 日

本人氏名: _____ 姓 性別: 男・女 生年月日: _____ 年 月 日 歳) 居住形態: _____

担当ケアマネジャー氏名: _____ 担当 _____ 所属 _____

本人の希望(したい又はできないことになりたくない)の希望事項) _____

家族の希望(本人にとって望まない内容で、家族が支援できること) _____

■健康状態、経過
現病名 _____ 療育科 _____ 療育科 受療日: _____ 年 月 日 退院日: _____ 年 月 日 退院の理由: _____ 年 月 日
治療経過(手術がある場合は手術日、術式等) _____
合併症等(心臓病、糖尿病、心臓病、呼吸器疾患、糖尿病、腎臓病等) _____
その他(リハビリの経過等) _____

■心身機能・経過
項目 現在の状況 活動への支障 特記事項(改善の基込み含む)

認知機能	→	→	
身体機能	→	→	
感覚機能	→	→	
運動機能	→	→	
言語機能	→	→	
社会生活機能	→	→	
生活機能	→	→	
心理機能	→	→	
生活リズム	→	→	
睡眠	→	→	
排便	→	→	
排尿	→	→	
食事	→	→	
入浴	→	→	
移動	→	→	
歩行	→	→	
足踏	→	→	
手操作	→	→	
身体機能	→	→	
感覚	→	→	
運動	→	→	
言語	→	→	
社会生活	→	→	
生活機能	→	→	
心理機能	→	→	
生活リズム	→	→	
睡眠	→	→	
排便	→	→	
排尿	→	→	
食事	→	→	
入浴	→	→	
移動	→	→	
歩行	→	→	
足踏	→	→	
手操作	→	→	

■活動(「能く」or「している」状況について記述する)

項目	与えられた状況	現在の状況	特記事項(改善の基込み含む)
認知	→	→	
身体	→	→	
感覚	→	→	
運動	→	→	
言語	→	→	
社会生活	→	→	
生活機能	→	→	
心理機能	→	→	
生活リズム	→	→	
睡眠	→	→	
排便	→	→	
排尿	→	→	
食事	→	→	
入浴	→	→	
移動	→	→	
歩行	→	→	
足踏	→	→	
手操作	→	→	

■生活(「能く」or「している」状況について記述する)

項目	与えられた状況	現在の状況	特記事項(改善の基込み含む)
認知	→	→	
身体	→	→	
感覚	→	→	
運動	→	→	
言語	→	→	
社会生活	→	→	
生活機能	→	→	
心理機能	→	→	
生活リズム	→	→	
睡眠	→	→	
排便	→	→	
排尿	→	→	
食事	→	→	
入浴	→	→	
移動	→	→	
歩行	→	→	
足踏	→	→	
手操作	→	→	

本人の氏名: _____ 実施年月日: _____ 計画書作成者: _____

計画作成日: _____ 年 月 日 計画士(担当者): _____

■健康状態(当該計画書の作成日時点、概況と既往の疾患について記述する)

項目	評価	経過
認知機能	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過
身体機能	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過
感覚機能	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過
運動機能	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過
言語機能	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過
社会生活機能	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過
生活機能	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過
心理機能	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過
生活リズム	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過
睡眠	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過
排便	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過
排尿	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過
食事	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過
入浴	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過
移動	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過
歩行	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過
足踏	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過
手操作	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 重度	経過

■活動(「能く」or「している」状況について記述する)

項目	与えられた状況	現在の状況	特記事項(改善の基込み含む)
認知	→	→	
身体	→	→	
感覚	→	→	
運動	→	→	
言語	→	→	
社会生活	→	→	
生活機能	→	→	
心理機能	→	→	
生活リズム	→	→	
睡眠	→	→	
排便	→	→	
排尿	→	→	
食事	→	→	
入浴	→	→	
移動	→	→	
歩行	→	→	
足踏	→	→	
手操作	→	→	

■生活(「能く」or「している」状況について記述する)

項目	与えられた状況	現在の状況	特記事項(改善の基込み含む)
認知	→	→	
身体	→	→	
感覚	→	→	
運動	→	→	
言語	→	→	
社会生活	→	→	
生活機能	→	→	
心理機能	→	→	
生活リズム	→	→	
睡眠	→	→	
排便	→	→	
排尿	→	→	
食事	→	→	
入浴	→	→	
移動	→	→	
歩行	→	→	
足踏	→	→	
手操作	→	→	

本人の氏名: _____ 実施年月日: _____ 計画書作成者: _____

※厚労省から示されている「参考様式」を一部変更したケアコネクタジャパン独自様式になります。
敬称を様へ変更し、署名欄を追加しています。

この帳票はCAREKARTE内に構築された帳票をPDF出力→貼付けたものです

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

(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 _____

令和03年04月02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				



この帳票はCAREKARTE内に構築された帳票をPDF出力→貼付けたものです



- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票

利用者氏名 _____ 様 作成年月日 _____ 年 月 日

No.	プロセス	参加者及び内容	備考
□	サービス開始時における情報収集	□医師 □介護支援専門員 () ()	
□	リハビリテーション会議の開催によるリハビリテーション計画書の作成	□参加者 (本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員 介護職員・介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護 その他 ()) □日付 _____ 年 月 日	
□	【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)】 計画作成に関与した理学療法士、作業療法士 又は言語聴覚士によるリハビリテーション計 画の利用者・家族への説明	□同意 □変更・意見 () []	
□	【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ) 又は(Ⅴ)】 医師によるリハビリテーション計画の利用者・ 家族への説明	□同意 □変更・意見 () []	
□	リハビリテーション計画書に基づくリハビリ テーションの提供	□リハビリテーションプログラムの内容 □短期集中(個別リハ) □生活行為向上リハ □認知症短期集中リハⅡ □理学療法 □作業療法 □言語聴覚療法 □その他 ()	
□	リハビリテーション会議の実施と計画の見直 し	□日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日)	
□	訪問介護の事業その他の居宅サービス事業に 係る従業者に対する日常生活上の留意点、介 護の工夫等の情報伝達	□日付(_____ 年 月 日) CM・CW・家族・その他() □日付(_____ 年 月 日) CM・CW・家族・その他() □日付(_____ 年 月 日) CM・CW・家族・その他() □日付(_____ 年 月 日) CM・CW・家族・その他() □日付(_____ 年 月 日) CM・CW・家族・その他() □日付(_____ 年 月 日) CM・CW・家族・その他() □日付(_____ 年 月 日) CM・CW・家族・その他() □日付(_____ 年 月 日) CM・CW・家族・その他() □日付(_____ 年 月 日) CM・CW・家族・その他() □日付(_____ 年 月 日) CM・CW・家族・その他()	
□	居宅を訪問して行う介護の工夫に関する指 導・助言の実施	□日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日) □日付(_____ 年 月 日)	
□	サービスを終了する1月前以内のリハビリ テーション会議の開催	□参加者 (本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員 介護職員・介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護 その他 ()) □日付 _____ 年 月 日	
□	終了時の情報提供	□医師 □介護支援専門員 □その他 ()	

※CM:介護支援専門員 CW:指定訪問介護のサービス責任者

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

生活行為向上リハビリテーション実施計画 (1/2)

利用者氏名: _____ 種 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人の生活行為の目標					
家族の目標					
実施期間	通所訓練期	年 月 日 ~ 年 月 日	社会適応訓練期	年 月 日 ~ 年 月 日	
	通所頻度	回/週	通所頻度	回/週	
活動	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり	
	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり	
	自己訓練		自己訓練		
	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり	
心身機能	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり	
	自己訓練		自己訓練		
	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり	
	自己訓練		自己訓練		

生活行為向上リハビリテーション実施計画 (2/2)

利用者氏名: _____ 種 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

参加	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり
	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり
	自己訓練		自己訓練	
	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり

【支援内容の評価】

上記計画の内容について説明を受けました。 年 月 日 ご本人氏名: _____ ご家族氏名: _____	上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 年 月 日
---	---

※厚労省から示されている「参考様式」を一部変更したケアコネクトジャパン独自様式になります。
LIFE出力に必要な項目の追加、敬称の変更、署名欄の追加をしています。



この帳票はCAREKARTE内に構築された
帳票をPDF出力→貼付けたものです



- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

生活機能チェックシート

利用者氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
評価日	年 月 日 ()	～		要介護度	
評価スタッフ	fda-stf		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 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	椅子とベッド 間の移乗	・自立 ・監視下 で座れるが移れない ・全介助	有・無		
	脱着	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	トイレ動作	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	入浴	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	平地歩行	・自立 ・歩行器等 ・車椅子が操作可能 ・全介助	有・無		
	階段昇降	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	更衣	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	排便 コントロール	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	排尿 コントロール	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
IADL	調理	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
	洗濯	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
	掃除	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
	項目	レベル	課題	状況・生活課題	
起立動作	座返り	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
	起き上がり	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
	座位	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
	立ち上がり	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
	立位	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		



この帳票はCAREKARTE内に構築された
帳票をPDF出力→貼付けたものです



特養
老健
医療院
特定施設
グループホーム
通所介護
通所リハ
訪問リハ
小規模多機能
看護多機能

【個別機能訓練計画書】

作成日： 年 月 日	前回作成日： 年 月 日	前回作成日： 年 月 日
氏名	性別	生 年 月 日
氏名	(歳)	要介護度
障害高齢者の日常生活自立度：		認知症高齢者の日常生活自立度：
種別		その他

Ⅰ 利用者の基本情報 ※別紙様式1・別紙様式2を別途活用すること。

利用者本人の希望	家族の希望
利用者本人の社会参加の状況	利用者の居住の環境(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	
短期目標(今週3ヶ月) 目標達成度(達成、一部、未達)	長期目標 目標達成度(達成、一部、未達)
機能	機能
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。

Ⅱ 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練項目

プログラム内容(何を目的に(一のために)一する)	留意点	頻度	時間	主な実施者
①		週	日 分	
②		週	日 分	
③		週	日 分	
④		週	日 分	

プログラム立案 職種 立案者：

※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処するよう、訓練項目を具体的に設定すること。

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もとに、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見直しを行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に係る最新の情報が必要できるようにすること。初回作成時には記載不要である。

上記計画の内容について説明を受けました。 年 月 日

ご本人氏名： 年 月 日

ご家族氏名： 年 月 日

事業所名： _____ Tel. _____ 管理者： _____

〒 _____ 住所： _____ Fax _____ 取組者： _____

※厚労省から示されている「参考様式」を一部変更したケアコネクトジャパン独自様式になります。
LIFE出力に必要な項目の追加、敬称の変更、同意欄の追加を行い2ページに変更しています。

この帳票はCAREKARTE内に構築された帳票をPDF出力→貼付けたものです

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

【個別機能訓練計画書】

作成日: 年 月 日	前回作成日: 年 月 日	前回作成日: 年 月 日
氏名	性別	生 年 月 日
氏名	(姓)	(名)
介護支援		計画作成者: 職種: その他
障害高齢者の日常生活自立度:		認知症高齢者の日常生活自立度:

I 利用者の基本情報 ※別紙様式1・別紙様式2を別途活用すること。

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

健康状態・経過

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

※①～④に加えて、介護実務専門員から、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

短期目標(今後2ヶ月) 目標達成度 (達成・一部・未達)	長期目標 目標達成度 (達成・一部・未達)
機能	機能
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。

II 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練項目

プログラム内容(何を目的に(一のための)一する)	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	

プログラム立案 職種: _____ 立案者: _____

※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。

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・訓練項目等に関する最新の情報が把握できるようにすること。前回作成時には目については記載不要である。

上記計画の内容について説明を受けました。 年 月 日	上記計画に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 年 月 日
ご本人氏名:	
ご家族氏名:	

事業所印: _____ Tel: _____ 管理者: _____
 〒 _____ 住所: _____ Fax: _____ 説明者: _____

※厚労省から示されている「参考様式」を一部変更したケアコネクトジャパン独自様式になります。
 LIFE出力に必要な項目の追加、敬称の変更、同意欄の追加を行い2ページに変更しています。

この帳票はCAREKARTE内に構築された帳票をPDF出力→貼付けたものです

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

薬剤変更等に係る情報提供書

令和03年04月02日

医療機関名:

担当医:

科 種

介護老人保健施設の名称: 【ケアアヤン】介護老人保健施設 富士(老健)
 住所: 静岡県駿河区南町1-8番1号サウスポット静岡15F
 電話番号:
 FAX:
 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	年 月 日生	(歳)

医療者

<入所時の処方>	<退所時の処方>

<検討した内容>

既往歴情報		
病名	ICD10J-1	発症年月日

服薬情報						
薬剤名	調剤年月日	薬品コード	剤形	理由	入所時情報	退所時情報

※厚労省から示されている「参考様式」を一部変更したケアコネクトジャパン独自様式になります。
 既往歴および服薬情報がたくさん入力できるよう2ページ目に配置してあります。

 この帳票はCAREKARTE内に構築された帳票をPDF出力→貼付けたものです



特養
老健
医療院
介護施設
グループホーム
通所介護
通所リハ
訪問リハ
小規模多機能
看護多機能

口腔衛生管理加算 様式 (1/2)

氏名(フリガナ)	()		
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日	年 月 日	生まれ	歳
要介護度・病名等			
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
食形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 常食 嚥下困難食 (<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0)) <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"/> なし <input type="checkbox"/> あり (発症日: 年 月 日 年 月 日 年 月 日)		
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"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 日		

※嚥下困難食の分類、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、8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施指導)を同一月内に3回以上請求された場合には、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 口腔に関する問題点(スクリーニング)

記入日	年 月 日	記入者	職種
口腔に関する問題点 (該当する項目をチェック)	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 (<input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 歯肉の赤れ <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭) <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"/> 歯数 () 歯 <input type="checkbox"/> 歯の問題 (<input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 歯の揺動 <input type="checkbox"/> 修復物脱落 <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"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 歯用薬 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥疾患(治療等)		

2 口腔衛生の管理内容(アセスメント)

記入日	年 月 日	記入者	職種
記入者	(除名を行った歯科医師名)		
実施目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患 (<input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> 悪化予防) <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 ()		

口腔衛生管理加算 様式 (2/2)

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	口腔衛生等の管理	介護職員への技術的助言等の内容
1 月 日 記入者 職種	<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	<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 月 日 記入者 職種	<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	<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
3 月 日 記入者 職種	<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	<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
4 月 日 記入者 職種	<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	<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
5 月 日 記入者 職種	<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	<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
6 月 日 記入者 職種	<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	<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
7 月 日 記入者 職種	<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	<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
4 その他の事項		

※厚労省から示されている「参考様式」を一部変更したケアコネクトジャパン独自様式になります。
LIFE出力に必要な項目の追加を行い2ページに変更しています。



この帳票はCAREKARTE内に構築された帳票をPDF出力→貼付けたものです



- 特養
- 老健
- 医療院
- 介護施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

口腔機能向上サービスに関する計画書

79870		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	歳
氏名	種			要介護度		
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"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 経咽頭栄養 <input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 常食 <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)					
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり 発症日: 年 月 日 発症日2: 年 月 日 発症日3: 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし 発症日4: 年 月 日 発症日5: 年 月 日					

※病下調査食の種類、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、3月以内の状況について記載すること。
1. 299-201', 78201', 8-3910'

	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日
実施日			
記入者			
職種	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<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 歯齦の汚れ <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 食べこぼし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	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 歯齦の汚れ <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 食べこぼし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	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 歯齦の汚れ <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 食べこぼし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能	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 咽がらみ <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	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 咽がらみ <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	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 咽がらみ <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	歯(う蝕、修復物脱落等)、歯肉(腫痛不適等)、歯周病、口腔粘膜(潰瘍等)の発症の可能性 <input type="checkbox"/> 発声、言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他	歯(う蝕、修復物脱落等)、歯肉(腫痛不適等)、歯周病、口腔粘膜(潰瘍等)の発症の可能性 <input type="checkbox"/> 発声、言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他	歯(う蝕、修復物脱落等)、歯肉(腫痛不適等)、歯周病、口腔粘膜(潰瘍等)の発症の可能性 <input type="checkbox"/> 発声、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: 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"/> 発声・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"/> 発声・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	1回目	2回目	3回目
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
発声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
その他	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
実施年月日	4回目	5回目	6回目
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
発声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
その他	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施

4. その他特記事項

上記計画の内容について説明を受けました。年 月 日	上記計画書に基づきサービスの提供を行い内容に同意しましたので、ご報告申し上げます。年 月 日
ご本人氏名:	
ご家族氏名:	

※厚労省から示されている「参考様式」を一部変更したケアコネクトジャパン独自様式になります。
LIFE出力に必要な項目の追加、敬称の変更、同意欄の追加を行い2ページに変更しています。

この帳票はCAREKARTE内に構築された帳票をPDF出力→貼付けたものです

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

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: _____ 様		入所(院)日: _____年__月__日
		初回作成日: _____年__月__日
作成者: _____	姓: _____	作成(変更)日: _____年__月__日
利用者及び 家族の意向		説明日: _____年__月__日
		同意日: _____年__月__日
		説明者: _____
		同意者: _____
	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}
解決すべき 課題 (ニーズ)		低栄養状態の強弱(<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高)
		口腔衛生状態 (<input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 歯肉の汚れ) (<input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭) 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) 歯の本数 ()本 歯の状態 (<input type="checkbox"/> うねり <input type="checkbox"/> 歯の破折 <input type="checkbox"/> 修復物脱落) (<input type="checkbox"/> その他 ()) 歯肉の状態 (<input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 破損) (<input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患(潰瘍等)
	長期目標・ 期間	
	参加	
短期目標・ 期間		
参加		
具体的な 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
算定加算等	<input type="checkbox"/> 在宅リハビリテーション(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"/> 栄養強化加算 <input type="checkbox"/> 経口移行加算 ^{※1} <input type="checkbox"/> 経口維持加算 ^{※2} (<input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input type="checkbox"/> 栄養加算 <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算(Ⅱ)	



- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

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: _____ 様		サービス開始日: _____年__月__日	
		初回作成日: _____年__月__日	
作成者: _____	氏名: _____	栄養: _____	口腔: _____
利用者及び家族の意向		作成(変更)日: _____年__月__日	
		説明日: _____年__月__日	同意日: _____年__月__日
		説明者: _____	同意者: _____
	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)		低栄養状態のあり方(<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"/> 歯肉の汚れ <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"/> 飲み込みが悪い <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 痰がらみ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥) 嚥(うたが、嚥食物碎屑等)、嚥前(嚥前不適合等)、嚥後(誤嚥、口腔粘膜炎等)の発生の可能性 <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)		<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)
短期目標・期間	(心身機能)		
	(活動)		<input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他(_____) 【針立業者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
具体的な取り組み内容			<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、口腔清浄に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他(_____)
	担当職種: 期間: _____ 頻度: 週 _____回 時間: _____分/回	担当職種: 期間: _____ 頻度: 週 _____回		【サービス提供者】 ☐ 看護職員 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士
算定加算			
<input type="checkbox"/> リハ・リハビリテーション/個別加算(A) イ <input type="checkbox"/> リハ・リハビリテーション/個別加算(A) ロ <input type="checkbox"/> リハ・リハビリテーション/個別加算(B) イ <input type="checkbox"/> リハ・リハビリテーション/個別加算(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・栄養支援/加算 <input type="checkbox"/> 栄養アシスト加算 <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)			

この帳票はCAREKARTE内に構築された帳票をPDF出力→貼付けたものです

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

事業所番号 _____ リハビリテーションアセスメントシート 記入者/日数 日数 計画作成日 令和3年 月 日

姓 名 _____ 種 _____ 性別 男 / 女 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (歳) _____ 算出日数 _____

■健康状態、経過
治療経過(手術がある場合は手術日～術後) _____

合併症等(2017年以降)高血圧、心臓病、呼吸器疾患、糖尿病 _____

ご家族の90分(10分)の観察状況(70分)の観察内容、観察、量等 _____

■90分(10分)観察上の留意点
「観察日」以降の観察事項、観察回数、観察時間 _____

■90分(10分)の経過し、継続理由 _____

■90分(10分)終了の留意点、継続
「終了」の目安となる所見 _____

日曜認定受支費、管理料 あり なし、訪問生活費(週) 自立、A、B、C、D、E、F、G、H、I、J、K、L、M、N、O、P、Q、R、S、T、U、V、W、X、Y、Z

■食事摂取(概算)
項目 摂取の状況 活動への支障 特記事項(摂食の状況も含む)

総エネルギー	→	→	
炭水化物	→	→	
蛋白質	→	→	
脂質	→	→	
食物繊維	→	→	
水分	→	→	
ビタミン	→	→	
ミネラル	→	→	
食物アレルギー	→	→	
栄養状態	→	→	
栄養管理	→	→	

■活動(継続)
活動項目 活動日時 状況 特記事項

日常生活			
食事			
排泄			
移動			
コミュニケーション			
入浴			
睡眠			
その他			

■活動と参加に必要となる身体機能の要否分析
活動と参加において必要な身体機能 _____

■活動と参加に必要となる身体機能の課題 _____

■活動と参加に必要となる身体機能以外の事項 _____

■環境の中(課題ありの場合) 環境と関与の状況について記載する

課題	状況	課題
服装	<input type="checkbox"/> 無着 <input type="checkbox"/> 半着 <input type="checkbox"/> 全着	課題 <input type="checkbox"/> 課題あり <input type="checkbox"/> 課題なし
福祉用具等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 簡易 <input type="checkbox"/> 多機能 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 杖・杖・杖 <input type="checkbox"/> その他	課題 <input type="checkbox"/> 課題あり <input type="checkbox"/> 課題なし
介助	<input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 車椅子等、座位助 <input type="checkbox"/> 簡易 <input type="checkbox"/> 杖・杖・杖 <input type="checkbox"/> 立位助 <input type="checkbox"/> 手すり(浴室等) <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> アームレス <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他	課題 <input type="checkbox"/> 課題あり <input type="checkbox"/> 課題なし
自立歩行	<input type="checkbox"/>	課題 <input type="checkbox"/> 課題あり <input type="checkbox"/> 課題なし
広場歩行	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	課題 <input type="checkbox"/> 課題あり <input type="checkbox"/> 課題なし
歩行	<input type="checkbox"/>	課題 <input type="checkbox"/> 課題あり <input type="checkbox"/> 課題なし
その他	<input type="checkbox"/>	課題 <input type="checkbox"/> 課題あり <input type="checkbox"/> 課題なし

■日常生活の状況と共有すべき事項 _____

■介護支援機関と共有すべき事項 _____

■その他、共有すべき事項 _____

※下記の■の欄や支援機関にこの記録を共有し、利用を希望しています。
【情報提供先】 介護支援専門員 医師 介護保険担当 その他 _____

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

【個別機能訓練アセスメントシート】

作成日: 令和03年04月21日		前回作成日: 年 月 日		初回作成日: 年 月 日	
氏名	性別	年 月 日生		要介護度	
		〈 歳 〉		計画作成者: 職種: その他	
障害高齢者の日常生活自立度			認知症高齢者の日常生活自立度		

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
-----------------------------	------

II 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。初回作成時には印については記載不要である。



- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

口腔衛生管理加算の実施記録			
氏名(フリガナ)		()	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日	年 月 日 生まれ 歳		
紹介医療・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"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0)		
顕性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (発症日: 年 月 日 年 月 日 年 月 日)		
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		
注1 指導の有無は、訪問歯科衛生指導について指導実施回数と指導を拒否するよう指示をふたともに、同一月内の状況について記載すること。 注2 医療保険により訪問歯科衛生指導(歯科衛生士によるお口のケア又は入れ歯の修理に関する実施加算)を同一月内に3回以上実施された場合には、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	口腔衛生等の管理	介護職員への技術的助言等の内容
()	年月日	<input type="checkbox"/> 口腔の清潔 <input type="checkbox"/> 口腔の清潔に関する指導 <input type="checkbox"/> 歯肉の清潔 <input type="checkbox"/> 歯肉の清潔に関する指導 <input type="checkbox"/> 唾液・唾下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 顕性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他	<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
	記入者		
	職種		
	年月日	<input type="checkbox"/> 口腔の清潔 <input type="checkbox"/> 口腔の清潔に関する指導 <input type="checkbox"/> 歯肉の清潔 <input type="checkbox"/> 歯肉の清潔に関する指導 <input type="checkbox"/> 唾液・唾下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 顕性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他	<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
	記入者		
	職種		
年月日	<input type="checkbox"/> 口腔の清潔 <input type="checkbox"/> 口腔の清潔に関する指導 <input type="checkbox"/> 歯肉の清潔 <input type="checkbox"/> 歯肉の清潔に関する指導 <input type="checkbox"/> 唾液・唾下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 顕性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他	<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	
記入者			
職種			
年月日	<input type="checkbox"/> 口腔の清潔 <input type="checkbox"/> 口腔の清潔に関する指導 <input type="checkbox"/> 歯肉の清潔 <input type="checkbox"/> 歯肉の清潔に関する指導 <input type="checkbox"/> 唾液・唾下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 顕性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他	<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	
記入者			
職種			
年月日	<input type="checkbox"/> 口腔の清潔 <input type="checkbox"/> 口腔の清潔に関する指導 <input type="checkbox"/> 歯肉の清潔 <input type="checkbox"/> 歯肉の清潔に関する指導 <input type="checkbox"/> 唾液・唾下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 顕性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他	<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	
記入者			
職種			
2 その他の事項			



- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

口腔機能向上加算の実施記録

No.		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日
氏名	様			要介護度	
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"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 特別栄養 <input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0)				
誤嚥性肺炎の 発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり 発症日1: 年 月 日 発症日2: 年 月 日 発症日3: 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし 発症日4: 年 月 日 発症日5: 年 月 日				

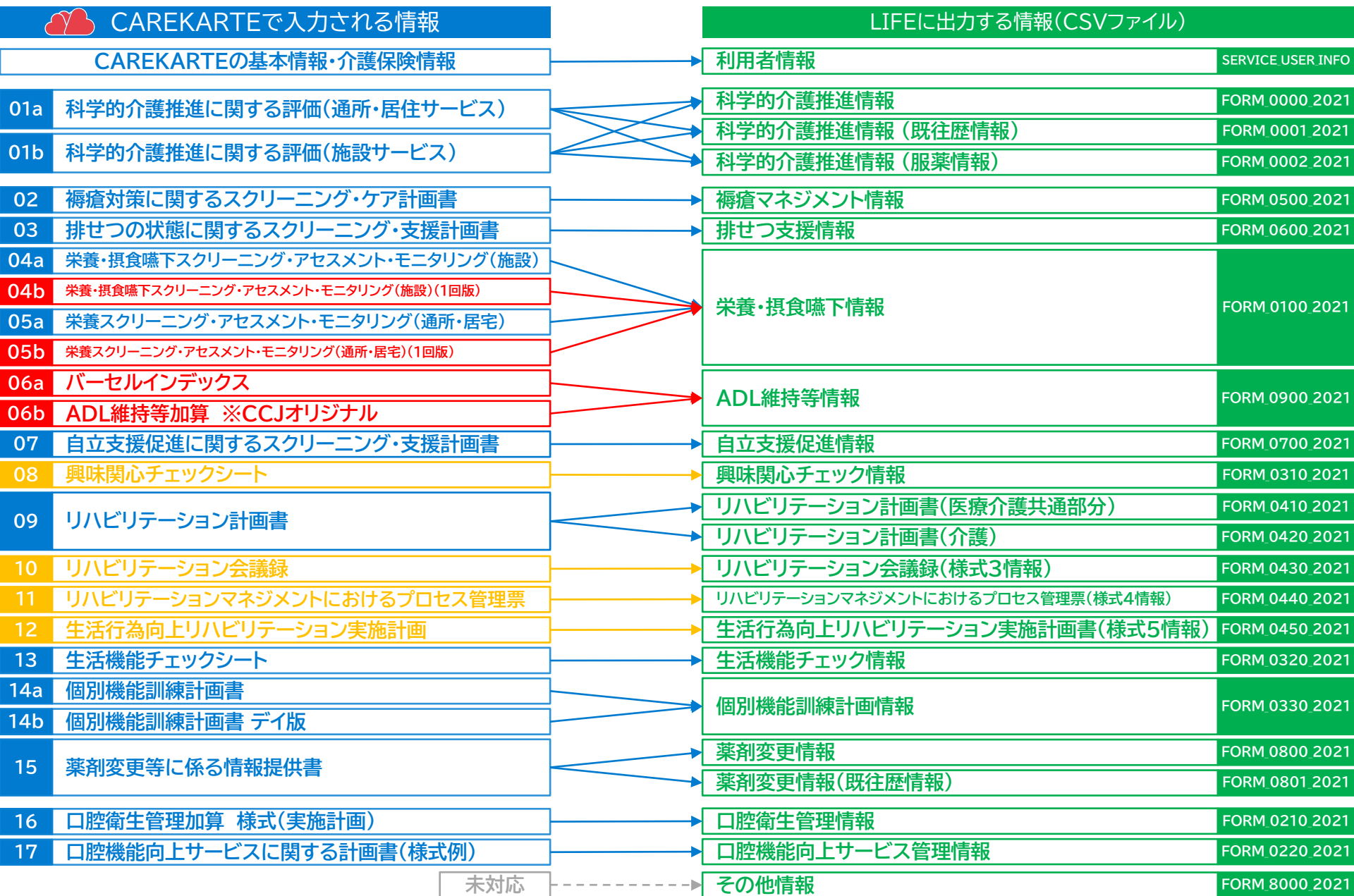
※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 実施記録

	1回目	2回目	3回目
実施年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する 指導	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
その他	[] <input type="checkbox"/> 実施	[] <input type="checkbox"/> 実施	[] <input type="checkbox"/> 実施
実施年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する 指導	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
その他	[] <input type="checkbox"/> 実施	[] <input type="checkbox"/> 実施	[] <input type="checkbox"/> 実施

2 その他特記事項





- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

- 常に必須
1
- 必須
33
- 条件により必須
6
- LIFE出力項目
24
- 出力しない項目
3

科学的介護推進に関する評価 (通所・居住サービス)

評価日: 年 月 日 記入者: 職

前評価日: 年 月 日 記入者: 名

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

氏名: 姓 名

基本情報 生年月日: 年 月 日 性別: 男 女

同居家族等 なし あり 配偶者 子 その他(複数選択可) (任意項目)
家族等が介護できる時間 ほとんど終日 半日程度 2~3時間程度 必要な時に平素がす程度 その他

ADL

評価日: 年 月 日	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
- 食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	- 平地歩行	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10
- 椅子とベッド間の移乗	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	- 階段昇降	<input type="checkbox"/> 10
- 入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	- 更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5
- 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
- 入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	- 排便コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5

在宅復帰の有無等 (任意項目) 退宅 介護老人福祉施設入所 介護老人保健施設入所
入所/待機中 介護施設入所 介護療養型医療施設入所 医療機関入院 死亡
中止 (中止日: 年 月 日) その他

※退宅/待機中を有する場合は(介護サービス)を利用しなくなった場合は、その旨に記す

評価日: 年 月 日 身長: cm 体重: kg 褥瘡の有無 (任意項目) なし あり

口腔の健康状態
- 噛むものを避け柔らかいものばかり食べる はい いいえ
- 入れ歯を使っている はい いいえ
- むせやすい はい いいえ

認知性肺炎の発症・既往 (※) なし 発症日1: 年 月 日 発症日2: 年 月 日 発症日3: 年 月 日
評価日: 年 月 日 あり 発症日4: 年 月 日 発症日5: 年 月 日

※初回の入力時は認知性肺炎の既往、二回目以降の入力時は前回の評価後の認知性肺炎の発症について記載

認知症の診断 診断日: 年 月 日 ADL/痴呆 血管性認知症 一小体病 その他
なし あり

【D1】(認知症の診断または疑いのある場合に記載) 全くない 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
- 特別な事情がないのに夜中起き出す
- 特別な理由もないのに人に言いがかりをつける
- やたらに歩きまわる
- 同じ動作をいつまでも繰り返す

【以下、任意項目】

- 同じ事を何度も何度も聞く
- 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
- 暴言、暴てばかりいる
- 口汚くのしる
- 不適切あるいは季節に合わない不適切な服装をする
- 世話をされるのを拒否する
- 物を貯め込む
- 引き出しや扉の中身をみんな出してしまふ

Vitality Index

- 意識清醒 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 起こさないとおぼしきことがある 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、全く食べようとしていない
- 排泄 いつも自ら便意伝達を伝える、あるいは自分で排泄、排便を行う 時々、尿意伝達を伝える
- 歩行 歩むことに全く関心がない
- 歩行・活動 自ら歩む方向、活動を進める 促されて向かう 拒否、無関心

LIFE 科学的介護推進情報 CSV

既往歴 (前回の評価時より変化があった場合は記載) (科学的介護推進体制加算【I】では任意項目)

病名	ICD10コード	発症年月日

服薬情報 (科学的介護推進体制加算【I】では任意項目)

薬剤名	調剤年月日	処方番号	薬品コード	用量	単位名	剤形	調剤数量	剤名

通所・居住サービスの場合、
既往歴情報・服薬情報は必須提出情報ではありません。
提出する場合の必須入力項目等を記載しています。

常に必須
0

必須
11

条件により必須
15

LIFE出力項目
3

出力しない項目
0

(注) 任意項目との記載のない項目は必須項目とする

LIFE 科学的介護推進情報(既往歴情報) CSV

LIFE 科学的介護推進情報(服薬情報) CSV

- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

- 常に必須
1
- 必須
41
- 条件により必須
18
- LIFE出力項目
21
- 出力しない項目
3

科学的介護推進に関する評価(施設サービス)

評価日: 年 月 日 記入者職種: _____

前回評価日: 年 月 日 記入者名: fdu-stf

障害高齢者の日常生活自立度: 自立・I1・I2・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

氏名: _____ 種: _____

基本情報: 生年月日: 年 月 日 性別: 男 女

同居家族等: なし あり 配偶者 子 その他(複数選択可) 【科学的介護推進体制加算(1)では任意項目】
家族等が介護できる時期: ほとんど終日 半日程度 2〜3時間程度 必要な時に手をかす程度 その他

ADL: 評価日: 年 月 日

自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	早歩歩行 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
椅子とベッド間の移動 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	歩行器具 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<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	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	排泄コトシキ <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	排泄コトシキ <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

在宅復帰の有無等【任意項目】 在宅 介護老人福祉施設入所 介護老人保健施設入所
入所/ベッド継続中 介護施設入所 介護療養型医療施設入院 医療機関入院 死亡
中止(中止日: 年 月 日) その他

※利用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、その他に記入)

評価日: 年 月 日 身長: cm 体重: kg 低栄養状態のリスク 軽 中 重

栄養補給法: 経口経食法 経腸栄養法 経鼻栄養法
食事摂取量: 全体 % 主食 % 副食 %
必要栄養量: 2347 kcal たんぱく質 8g
提供栄養量: 2347 kcal たんぱく質 8g
血糖740未満 なし あり (範囲: _____)

褥瘡の有無【任意項目】 なし あり
顕性肺炎の発症・既往 なし あり
評価日: 年 月 日 発症日1: 年 月 日 発症日2: 年 月 日 発症日3: 年 月 日
発症日4: 年 月 日 発症日5: 年 月 日

※転入の入力時には顕性肺炎の既往、二回目以降の入力時は前回の評価後の顕性肺炎の発症について記載

認知症の診断 診断日: 年 月 日 79547-病 高寛性認知症 2-小体病 その他

なし あり

【認知症の診断または疑いのある場合に記載】

全くない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
日常生活に支障をきたさない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特別な事情がないのに頻りに怒り出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特別な記憶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"/>
やたらに歩きまわる	<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"/>

【認知症の重症項目】

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
同じ事を何度も何度も聞く	<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、置いたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
昼間、夜ばかり起る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口づくのしる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
増減の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"/>
世話をされるのを拒否する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
物を野放し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
引き出しや扉の中身をみかんと出してしまふ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vitality Index

食事摂取 自分から摂取する、話し掛ける 誘導、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 起こさないで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、全く食べようとしていない
排泄 いつも自ら排泄意欲を伝える、あるいは自分で排泄、排便を行う 時々、排泄意欲を伝える
排便に全く関心がない
歩行・活動 自ら歩行に突がる、活動を求める 促されて向かう 閉居、無関心

LIFE 科学的介護推進情報 CSV

既往歴【前回の評価時より変化があった場合は記載】 【科学的介護推進体制加算(1)では任意項目】

病名	ICD10+J	発症年月日

服薬情報

薬剤名	調剤年月日	処方番号	薬品コード	用量	単位名	剤形	調剤数量	用途名称

服薬情報は、老健・医療院の場合必須提出情報です。

常に必須
1
必須
11
条件により必須
15
LIFE出力項目
3
出力しない項目
0

(注)任意項目との記載のない項目は必須項目とする

- LIFE 科学的介護推進情報(既往歴情報) CSV
- LIFE 科学的介護推進情報(服薬情報) CSV

- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

常に必須

1

必須

18

条件により必須

1

LIFE出力項目

5

出力しない項目

6



排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

評価日 年 月 日

計画作成日 年 月 日

氏名 種 男 女

年 月 日 生 (歳)

記入者職種

記入者名

医師名

看護師名

排せつの状態及び今後の見込み

	施設入所時	評価時	3か月後の見込み	
			支援を行った場合	支援を行わない場合
排便の状態	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
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) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)
ポータブル トイレ 使用の有無	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)	なし あり(日中のみ) あり(夜間のみ) あり(終日)

※排便・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

排せつに介護を要する要因

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 _____



LIFE

排せつ支援情報

CSV



- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

常に必須

1

必須

45

条件により必須

21

LIFE出力項目

55

出力しない項目

6

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング

2019年	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年月日	生年月日	年齢	歳
本人氏名	紹介医療	氏名・特記事項等	記入者名	作成年月日	令和23年04月02日		
利用者・家族の意向		家族構成とキーパーソン(支援者)					

実施日(職種) (記入者名)	年月日	
アセス		
栄養状態の33% ¹⁾	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	
身長	cm	
体重 / BMI	kg / kg/m ²	
3%以上の体重減少率 (kg/1ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(kg/1ヶ月)
3%以上の体重減少率 (kg/3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(kg/3ヶ月)
3%以上の体重減少率 (kg/6ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(kg/6ヶ月)
血漿TGF-β ₁ 値	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(g/dl)
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	
その他		
栄養摂取の状況		
食事摂取量 (割合)	%	
主食の摂取量 (割合)	主食 %	
主菜・副菜の摂取量 (割合)	主菜 % 副菜 %	
その他 (補助食品など)		
摂取栄養量: I&I ²⁾ → 30 ³⁾ (摂取量当たり)	kcal (kcal/kg)	g (g/kg)
提供栄養量: I&I ²⁾ → 30 ³⁾ (摂取量当たり)	kcal (kcal/kg)	g (g/kg)
必要栄養量: I&I ²⁾ → 30 ³⁾ (摂取量当たり)	kcal (kcal/kg)	g (g/kg)
嚥下調整の必要性	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
食事の形態(コト)		
とろみ	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 薄 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 濃い	
食事の管理事項の有無 (栄養士の指示、食事形態、嗜好、薬剤影響食品、I&I ²⁾ -など)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
本人の意欲		
食欲、食事の満足感		
食事に対する意識		
多職種による栄養ケアの課題		
口腔機能	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下	
安定した正しい姿勢が自分で取れない	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
食事に集中することができない	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
食事中に嘔吐や意識覚醒がある	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
歯(歯肉)のない状態で食事をしている	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
食べ物を口腔内に溜め込む	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
固形の食べ物をしっかりと中にむせる	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
水分でむせる	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
食事中、食後に咳をすることがある	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
その他・気が付いた点		
褥瘡・圧傷・褥瘡関係	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 圧傷 <input type="checkbox"/> 褥瘡関係	
消化器管関係 水分関係 代謝関係	<input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 尿閉 <input type="checkbox"/> 尿量減少 <input type="checkbox"/> 尿にこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 薬の影響	
心理・精神・認知症関係 医薬品		
特記事項		
総合評価	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	
計画変更	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	

経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)※ ※経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)※ ※経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)※	検査・嚥下の課題	<input type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 経口経管挿入 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 認知機能に課題あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能
食事の形態	参加者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日 年月日
	参加者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日 年月日
多職種連携	①食事の形態・とろみ、補助食の活用	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	②食事の咀嚼環境	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	③食事の介助の方法	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	④口腔ケアの方法	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
	⑤医療又は歯科医療受療の必要性	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
特記事項		

※経口維持加算(Ⅰ)を算定する場合は、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

- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

常に必須

1

必須

45

条件により必須

21

LIFE出力項目

55

出力しない項目

13

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)

性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年月日 生まれ	記
氏名	区分課長・病長・特記事項等	記入者名	作成年月日 令和03年04月05日
身体状況、栄養・食事に關する意向	食事の希望状況	家族構成とサポート(支援者)	

(以下は、利用者個々の状態に応じて作成。)

実施日	年月日	年月日	年月日	年月日
記入者名(記入者職種)				
アセスメント				
栄養状態のレベル	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
本人の同意				
健康感、生活環境、身体機能など				
身長	cm	cm	cm	cm
体重	kg	kg	kg	kg
BMI	kg/m ²	kg/m ²	kg/m ²	kg/m ²
3ヵ月以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
血糖値	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
栄養摂取法	経口のみ	経口のみ	経口のみ	経口のみ
その他				
食事摂取量	%	%	%	%
-主食の摂取量	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
-主菜、副菜の摂取量	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)				
摂取エネルギー	kcal	kcal	kcal	kcal
必要エネルギー	kcal	kcal	kcal	kcal
摂取エネルギー/必要エネルギー				
嚥下調整食の必要性の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
嚥下調整食コード分類	とろみ	とろみ	とろみ	とろみ
食事の留意事項の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
食慾・食事の満足感				
食事に対する量感				
その他(食習慣、生活習慣、実行態などの留意事項など)				

口腔機能	口腔衛生	口腔衛生	口腔衛生	口腔衛生	口腔衛生
規定した正しい咀嚼が自分で取れない	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
食事に乗ることができない	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
食事の咀嚼が満足できない	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
嚥下(嚥下)がない状態で食事をしている	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
食べ物を口腔内に溜め込む	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
咀嚼の食べ物を噛み砕くことができない	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
嚥下、嚥下の河原平口腔内に残量がある	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
水分でむせる	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
夜中、夜中に咳をする	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
その他、気が付いた点					
嚥下、生活機能低下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 生活機能低下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 生活機能低下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 生活機能低下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 生活機能低下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 生活機能低下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
嚥下、嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下		

- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

常に必須

1

必須

45

条件により必須

21

LIFE出力項目

55

出力しない項目

6

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング						
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	生まれ	年齢	歳
本人氏名	担当氏名	病名・特記事項等		記入者名	作成年月日	年 月 日
利用者・家族の意向		食事の準備状況		家族構成とキーパーソン(支援者)		
実施日(機種:記入者名)	年 月 日 ()					
性別	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高					
身長	cm					
体重 / BMI	kg / kg/m ²					
3%以上の体重減少率 (kg/3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(< kg/3ヶ月)				
3%以上の体重減少率 (kg/3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(< kg/3ヶ月)				
3%以上の体重減少率 (kg/6ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(< kg/6ヶ月)				
血清アルブミン値	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(< g/dl)				
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経口のみ					
その他	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法					
栄養摂取量(割合)	%					
主食の摂取量(割合)	主食 %					
主菜・副菜の摂取量(割合)	主菜 % 副菜 %					
その他(補助食品など)						
摂取栄養量: 24時間・9200kcal (現体重当たり)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)					
提供栄養量: 24時間・9200kcal (現体重当たり)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)					
必要栄養量: 24時間・9200kcal (現体重当たり)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)					
嚥下困難食の必要性	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
食事の形態(コト)	* <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い					
とろみ	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
本人の意欲	*					
食欲・食事の満足感	*					
食事に対する意識	*					
口腔関係	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下					
安定した正しい姿勢が自分で取れない	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
食事に集中することができない	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
食事中に睡眠や意識減退がある	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
歯(義歯)のない状態で食事をしている	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
食べ物を口腔内に溜め込む	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
固形の食べ物を嚥しやく中にむせる	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
食後、喉の内側や口腔内に残液がある	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
水分でむせる	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
食事中、食後に嘔吐をすることがある	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
その他、気が付いた点						
嚥下・生活機能低下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 生活機能低下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫					
消化器官関係	<input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 薬の影響					
心理・精神・認知症関係	医薬品					
特記事項						
総合評価	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない					
サビス継続の必要性	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					



LIFE

栄養・摂食嚥下情報

CSV



- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

常に必須

0

必須

15

条件により必須

0

LIFE出力項目

0

出力しない項目

19



バーセルインデックス (Barthel Index : 基本的生活動作)

事業所名: _____

評価日: 年 月 日 作成者: _____ 職種: _____

初月対象 7ヶ月日対象

氏名	性別	生年月日	年 月 日 (歳)	介護度	
本人氏名	様				
段階	質問内容			回答	得点
1	食事 * 自立、自防具などの装着可。標準的時間内に食べ終える * 部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) * 全介助			10 5 0	0
2	車椅子からベッドへの移動 * 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) * 軽度の部分介助または監視を要する * 座ることは可能であるがほぼ全介助 * 全介助または不可能			15 10 5 0	0
3	整容 * 自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) * 部分介助 * 不可能			5 0 0	0
4	トイレ動作 * 自立、衣服の操作、後始末も含む、ごみ箱を使用している場合はその洗浄も含む * 部分介助。体を支える、衣服、後始末に介助を要する * 全介助または不可能			10 5 0	0
5	入浴 * 自立 * 部分介助 * 不可能			5 0 0	0
6	歩行 * 45m以上の歩行、輔具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わない * 45m以上の介助歩行、歩行器の使用含む * 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 * 上記以外			15 10 5 0	0
7	階段昇降 * 自立、手すりなどの使用の有無は問わない * 介助または監視を要する * 不能			10 5 0	0
8	着替え * 自立、靴、フット、装具の着脱を含む * 部分介助。標準的な時間、半分以上は自分で行える * 上記以外			10 5 0	0
9	排便コントロール * 失禁なし。洗滌、坐薬の取り扱いも可能 * ときに失禁あり。洗滌、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外			10 5 0	0
10	排尿コントロール * 失禁なし。尿器の取り扱いも可能 * ときに失禁あり。尿器の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外			10 5 0	0
				合計得点	0 / 100

注) 代表的なADL評価法である。100満点だからといって熟習可能というわけではない
 Reeves F, LiBarthel: O.R Functional evaluation The Barthel Index Maryland State Med. J. 14(2): 41-45, 1965
 高田早之監修、高齢者総合的機能評価がイノベーション、厚生科学研究費 2003
 日本老年学協会編、発行、健康長寿評価ハンドブック 2011
 香林大学医学部看護学



LIFE
ADL維持等情報
CSV



- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

常に必須

0

必須

15

条件により必須

0

LIFE出力項目

0

出力しない項目

18



ADL維持等情報

評価日	令和03年04月02日	記入者職種	記入者	<input type="checkbox"/> 初月対象	<input type="checkbox"/> 7ヶ月目対象
710+					
本人氏名		性別	生年月日	年 月 日 (歳)	介護度
級別	質問内容	回答	得点		
1	食事 * 自立、自動具などの装着可、標準的期限内に食べ終える * 部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) * 全介助	10 5 0	0		
2	車椅子からベッドへの移動 * 自立、プーシ、フォレストの操作も含む(非行自立も含む) * 軽度の部分介助または監視を要する * 座ることは可能であるがほぼ全介助 * 全介助または不可能	15 10 5 0	0		
3	整容 * 自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) * 部分介助 * 不可能	5 0 0	0		
4	身体動作 * 自立、衣服の操作、後始末も含む、ガーゼ拭き器などを使用している場合はその洗浄も含む * 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する * 全介助または不可能	10 5 0	0		
5	入浴 * 自立 * 部分介助 * 不可能	5 0 0	0		
6	歩行 * 45m以上の歩行、輔器具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わない * 45m以上の介助歩行、歩行器の使用含む * 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 * 上記以外	15 10 5 0	0		
7	階段昇降 * 自立、手すりなどの使用の有無は問わない * 介助または監視を要する * 不能	10 5 0	0		
8	着替え * 自立、靴、フリース、装具の着脱を含む * 部分介助、標準的な時間、半分以上は自分で行える * 上記以外	10 5 0	0		
9	排便コントロール * 失禁なし、洗滌、坐薬の取り扱いも可能 * ときに失禁あり、洗滌、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外	10 5 0	0		
10	排尿コントロール * 失禁なし、尿管の取り扱いも可能 * ときに失禁あり、尿管の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外	10 5 0	0		
注) 代表的なADL評価法である。100満点だからといって独居可能というわけではない		合計	0 / 100		



LIFE
ADL維持等情報
CSV



- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
看護多機能
- 常に必須
1
- 必須
79
- 条件により必須
16
- LIFE出力項目
19
- 出力しない項目
7

自立支援促進に関する評価・支援計画書

評価日 年 月 日 計画作成日 年 月 日

氏名 姓 男 女
年 月 日 生 (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(特定疾患または生活機能低下の重症の原因となっている傷病者については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(範囲より変化が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(寝たきり後) 自立 A1 A2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度 自立 1 2a 2b 2c 2d 2e 2f 2g

(4) 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	(5) ADL [※]
・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 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 (転落下)
・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	(落ちが移れない) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <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	・着脱 <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 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 (歩行器等)
	(車椅子操作が可能) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <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) 演習性機能障害に対する自立支援の取組による機能回復・重症化防止の効果

期待できる (期待できる項目: 基本動作 ADL ADL 社会参加 その他)

期待できない (不図)

・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 あり なし

・機能訓練の必要性 あり なし

(7) 尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画

尊厳の保持に資する取組 本人を尊重する個別ケア 現状より防止に資する取組 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 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり

(※ 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

難床・基本動作	ADL動作	日々の過ごし方等	訓練時間
・起床 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「日あたり()」時間	・食事 <input type="checkbox"/> 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 ペッド上()時間 車椅子()時間 普通の椅子()時間 その他()時間	・本人の希望の確認 「月あたり()」回 ・外出 「回あたり()」回 ・居室以外(食堂・デイルームなど)における滞在 「時間あたり()」時間 「日あたり()」時間 ・その他職種 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「時間あたり()」時間	・リハビリ専門員による訓練 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「回あたり()」時間
・着衣保持 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「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	・排せつ(日中) <input type="checkbox"/> 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 個人の排まりズムへの対応 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・職員との会話・声かけ 「日あたり()」回 ・職員との会話・声かけ 「日あたり()」回 ・着替えの回数 「回あたり()」回 ・排泄物作りの取組 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・訓練の提供 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「時間あたり()」時間
・立ち上がり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「日あたり()」回	・排せつ(夜間) <input type="checkbox"/> 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 個人の排まりズムへの対応 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・職員との会話・声かけ 「日あたり()」回 ・着替えの回数 「回あたり()」回 ・排泄物作りの取組 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・訓練の提供 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「時間あたり()」時間
・入浴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「日あたり()」回	・入浴 <input type="checkbox"/> 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 「回あたり()」回 マンツーマン入浴ケア <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・職員との会話・声かけ 「日あたり()」回 ・着替えの回数 「回あたり()」回 ・排泄物作りの取組 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・訓練の提供 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「時間あたり()」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

・難床・基本動作についての支援計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(具体的な計画)
・ADL動作についての支援計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(具体的な計画)
・日々の過ごし方等についての支援計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(具体的な計画)
・訓練の提供についての計画(訓練時間等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(具体的な計画)

上記計画の内容について説明を受けました。 年 月 日
ご本人氏名: _____
ご家族氏名: _____

上記計画書に基づきサービスの説明を行い
内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 年 月 日

- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能
- 常に必須
1
- 必須
1
- 条件により必須
0
- LIFE出力項目
154
- 出力しない項目
5



興味・関心チェックシート

本人氏名		種	歳	性別	記入日	年	月	日
					記入者			
					職種			
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				紙を折る・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・演劇鑑賞				
料理を作る				お茶・お花				
買い物				歌を歌う・カラオケ				
家や車の手入れ、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・親戚との回らん				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				計仕事				
ボランティア				短仕事				
地域活動（町内会、老人クラブ）				賞金を伴う仕事				
お祭り・宗教活動				旅行・温泉				
その他（ ）				その他（ ）				
その他（ ）				その他（ ）				



LIFE
興味関心チェック情報
CSV



- 特養
- 老健
- 医療院
- 介護施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

常に必須

1

必須

11

条件により必須

11

LIFE
出力項目
100

出力しない
項目

31

LIFE リハビリテーション計画書(医療介護共通部分) CSV

LIFE リハビリテーション計画書(介護) CSV



- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
看護多機能
- 常に必須
1
- 必須
0
- 条件により必須
0
- LIFE出力項目
34
- 出力しない項目
15

(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 令和03年04月02日

開催日 年 月 日 開催場所 開催時間 : ~ : 開催回数

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



LIFE リハビリテーション会議録(様式3情報) CSV



- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能
- 常に必須
2
- 必須
37
- 条件により必須
0
- LIFE出力項目
8
- 出力しない項目
3

利用者氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
評価日	年 月 日 ()			要介護度	
評価スタッフ	fda-stf		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 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	椅子とベッド間の移乗	・自立 ・監視下 ・座れるが移れない ・全介助	有・無		
	整容	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	トイレ動作	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	入浴	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	平地歩行	・自立 ・歩行器等 ・車椅子が操作可能 ・全介助	有・無		
	階段昇降	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	更衣	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	排便コントロール	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	排尿コントロール	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
IADL	調理	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	洗濯	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	掃除	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
項目	レベル	課題	状況・生活課題		
起居動作	寝返り	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	起き上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	座位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立ち上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		



LIFE
生活機能チェック情報
CSV



- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

常に必須

1

必須

17

条件により必須

0

LIFE出力項目

53

出力しない項目

26

【個別機能訓練計画書】

作成日	年 月 日	前回作成日	年 月 日	初回作成日	年 月 日
氏名	性別	年 月 日生	要介護度	計画作成者	職種
障害高齢者の日常生活自立度			認知症高齢者の日常生活自立度		

I 利用者の基本情報 ※別紙様式1・別紙様式2を併用活用すること。

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 IFコードに關しては、LIFEのCSVデータ出力時の必須項目です。印刷はされません。

短期目標(今後3ヶ月) 目標達成度 (達成-一部-未達)	IFコード	長期目標 目標達成度 (達成-一部-未達)	IFコード
機転		機転	
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。

III 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練項目 支援コードに關しては、LIFEのCSVデータ出力時の必須項目です。印刷はされません。

プログラム内容(回を目的に(へのために)とする)	支援コード	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	

プログラム立案 職種: _____ 立案者: _____

※目標項目で設定した目標を達成するために必要な行為に対比するよう、訓練項目を具体的に設定すること。

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

IV 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修正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。初回作成時には筆については記載不要である。

上記計画の内容について説明を受けました。 上記計画書に基づきサービスの説明を行い内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。

ご本人氏名: _____ 年 月 日 年 月 日

ご家族氏名: _____

事業所No. _____ Tel. _____ 管理者 _____

〒 _____ 住所 _____ Fax. _____ 依頼者 _____

- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能
- 常に必須
0
- 必須
7
- 条件により必須
1
- LIFE出力項目
3
- 出力しない項目
16

薬剤変更等に係る情報提供書

令和02年04月02日

医療機関名: _____

担当医: _____ 科: _____ 棟: _____

介護老人保健施設の名等: 【ケアアヤン】介護老人保健施設 富士(老健)
住所: 静岡県駿河区南町1-8番1号サウスポット静岡15F
電話番号: _____
FAX: _____
医師氏名: _____
薬剤師氏名: _____

入所中の生活状況等を踏まえ、添葉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	年 月 日生	(歳)

病名

<入所時の処方>	→	<退所時の処方>
----------	---	----------

<検討した内容>

既往歴情報			
病名	JCD103-5'	発症年月日	

処方情報						
薬剤名	調剤年月日	薬品コード	剤型	理由	入用時情報	退用時情報

LIFE
薬剤変更情報
CSV

LIFE
薬剤変更情報(既往歴情報)
CSV



- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能
- 常に必須
- 1
- 必須
- 66
- 条件により必須
- 74
- LIFE出力項目
- 32
- 出力しない項目
- 5

口腔衛生管理加算 様式 (1/2)

氏名(フリガナ)			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日	年 月 日	生まれ	歳
要介護度・病名等			
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
食形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 経口栄養		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (発症日)	年 月 日	年 月 日
近一月内の訪問歯科衛生指導 (介護保険)の受給の有無(注)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()日		

*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、8月以内の状況について記載すること。
*介護保険により訪問歯科衛生指導(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)を近一月内に3回以上受取された場合には、近一月内においては、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. 口腔に関する課題点(スクリーニング)

口腔に関する課題点	記入日	年 月 日	記入者	職種
(該当する項目をチェック)	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 (<input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 歯垢の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭) <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"/> 歯がらみ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥) <input type="checkbox"/> 歯肉 ()歯 <input type="checkbox"/> 歯の問題 (<input type="checkbox"/> うねり <input type="checkbox"/> 歯の破折 <input type="checkbox"/> 補綴物脱落 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 歯茎の問題 (<input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 腫痛 <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(アセスメント)

記入者	記入日	年 月 日	記入者	職種
(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"/> 予防 <input type="checkbox"/> 重症化予防) <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"/> 食事・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"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 歯茎の清掃 <input type="checkbox"/> 歯茎の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 食事・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 ()			

口腔衛生管理加算 様式 (2/2)

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長等の内容

実施日	口腔衛生等の管理	介護職員への技術的助長等の内容
年月日	<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"/> 歯茎の清掃 <input type="checkbox"/> 歯茎の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 食事・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"/> 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
年月日	<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"/> 歯茎の清掃 <input type="checkbox"/> 歯茎の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 食事・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"/> 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
年月日	<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"/> 歯茎の清掃 <input type="checkbox"/> 歯茎の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 食事・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"/> 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
年月日	<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"/> 歯茎の清掃 <input type="checkbox"/> 歯茎の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 食事・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"/> 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
年月日	<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"/> 歯茎の清掃 <input type="checkbox"/> 歯茎の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 食事・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"/> 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
年月日	<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"/> 歯茎の清掃 <input type="checkbox"/> 歯茎の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 食事・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"/> 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

4. その他の事項

- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能
- 常に必須
- 1
- 必須
- 47
- 条件により必須
- 74
- LIFE出力項目
- 29
- 出力しない項目
- 4

口腔機能向上サービスに関する計画書

氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	歳
氏名	種	要介護度			
かかりつけ歯科	<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"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 特別栄養 <input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0)				
誤嚥性肺炎の発症・発地	<input type="checkbox"/> あり 発症日1: 年 月 日 発症日2: 年 月 日 発症日3: 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし 発症日4: 年 月 日 発症日5: 年 月 日				

※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. お名前、7. 性別、お住所

実施日	1回目	2回目	3回目
実施年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
記入者			
職種	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
歯茎の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能			
嚥下の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
咽がらみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	嚥(うたが、嚥下調整食等)、嚥下(嚥下調整食等)、発熱、口腔粘膜(潰瘍等)の発生の有無性 <input type="checkbox"/> 言語・言語機能に関する疾患の有無性 <input type="checkbox"/> その他	嚥(うたが、嚥下調整食等)、嚥下(嚥下調整食等)、発熱、口腔粘膜(潰瘍等)の発生の有無性 <input type="checkbox"/> 言語・言語機能に関する疾患の有無性 <input type="checkbox"/> その他	嚥(うたが、嚥下調整食等)、嚥下(嚥下調整食等)、発熱、口腔粘膜(潰瘍等)の発生の有無性 <input type="checkbox"/> 言語・言語機能に関する疾患の有無性 <input type="checkbox"/> その他

2. 口腔機能改善管理計画

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	作成日	年 月 日
主として提供	<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"/> 発声 (<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"/> 発声・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	1回目	2回目	3回目
実施年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
主として提供	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
発声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
その他	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
実施年月日	4回目	5回目	6回目
実施年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
主として提供	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
発声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
その他	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施

4. その他特記事項

--



CAREKARTE内の帳票は期間管理ができるようになっています。ある日付を境に新しい帳票に切り替えるといった運用が可能です。従来の帳票を複写して新しい帳票を作成する場合、一致している項目については内容がコピーされるようになっています。

LIFE対応帳票についても、従来の帳票と一致している項目については複写時に内容がコピーされます。

従来の帳票

期間が重ならなければ
同じ場所に異なる帳票を設定できる

新しい帳票(項目Fを追加)

個別機能訓練計画書

A
B
C
D
E

~3/31

4/1~

4/1になると
新しい帳票に
切り替わる

帳票複写にて
「同じ項目」は
コピーされる

個別機能訓練計画書

A	
B	
C	F
D	
E	

設定

設定

CAREKARTE V7.37.1.9915 - 【特別養護老人ホーム 新富士苑 MV2.4.0.0 : FDS-サポートスタッフ】 - 操作権限[書込:印刷:出力]

機能訓練計画管理 | 愛知七子 | 0000000016

興味・関心チェック | 居宅訪問チェック | 個別機能訓練計画書 | 機能訓練記録一覧

利用者 職員 | 愛知七子 | 個別機能訓練計画書 | 個別機能訓練(様式3)

氏名	入力	記録日	記録者
愛知七子			
愛知七子			
愛知七子			
愛知七子			
愛知七子			
愛知七子			
愛知七子			
愛知七子			
愛知七子			
愛知七子			

1/1

【個別機能訓練計画書】

作成日	令和03年03月18日	前回作成日	年月日	計画作成者	FDS-サポートスタッフ
フリガナ	アヰヰコ	性別	昭和02年03月26日生	要介護度	管理者 看護 介護 機能訓練 相談員
氏名	愛知七子	様	女	83歳	要介護2
本人の希望	家族の希望				障害高齢者 日常生活自立度 J1
					認知症高齢者 日常生活自立度 II a
病名、合併症(心疾患、呼吸器疾患等)	生活課題	在宅環境(生活課題に関連する在宅環境課題)			
運動時のリスク(血圧、不整脈、呼吸等)					

帳票内に基本情報・介護保険情報の項目(氏名、生年月日、要介護度等)がある場合は、リンク設定しておくことができます。
リンク設定されている項目は、帳票を新規作成した際に基本情報・介護保険情報から自動設定されます。

LIFE対応帳票についても、基本情報・介護保険情報の項目にはリンク設定を行いますので、帳票作成時には基本情報・介護保険情報から自動転記されます。

CAREKARTE V7.37.1.9915 - 【特別養護老人ホーム 新富士苑 MV2.4.0.0 : FDS-サポ-トスタッフ】 - 操作権限[書込:印刷:出力]

LIFE情報管理 | 愛知七子 | 0000000016

科学的介護推進に関する 各種帳票 LIFE出力 入力テスト タイトルマスク

利用者 職員 < 21/03/18 帳票形式 前頁 1 2 次頁 標準 大

科学的介護推進評価

科学的介護推進に関する評価

氏名: 愛知七子

生年月日: [基本情報] 性別: [基本情報]

保険者番号: [基本情報] 被保険者番号: [基本情報] 事業所番号: [基本情報]

同居家族等: なし あり 配偶者 子 その他 (複数選択可)

家族等が介護できる時間: ほとんど終日 半日程度 2~3時間程度 必要な時に手をかす程度 その他

自立: 自立 一部介助 全介助

平地歩行: 自立 15 10 5 0

歩行器等↑: なし あり

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

介護老人福祉施設入所 介護老人保健施設入所 介護医療院入所

型医療施設入院 医療機関入院 死亡 その他

kg [基本情報] 栄養状態の別レベル 低 中 高

嚥下調整食の必要性: なし あり

食事形態: 常食 4 3 2-2 2-1 1j 0t 0j

とろみ: 薄い 中 濃い

食事摂取量: 全体 % 生食 % 副食 %

必要栄養量: kcal たんぱく質 提供栄養量

血清アルブミン値: なし あり g/dl

褥瘡の有無: なし あり

歯: 入れ歯が汚れている はい いいえ 硬い

歯が少ないうえに入れ歯を使っていない: はい いいえ 入れ歯

むせやすい: はい いいえ むせ

誤嚥性肺炎の発症・既往: なし 発症日1: 年 月 日

評価日: 年 月 日 あり 発症日4: 年 月 日

ツール

設定表示

基本情報取込 事例から選択

記録データ取込 記録データ集計

関連帳票参照 関連帳票設定

26名

帳票画面にて「設定表示」を押すと帳票に水色のラベルが表示されます

CAREKARTEの基本情報・介護保険情報にある項目を自動取得するよう設定されています

帳票画面の「ツール」にある「基本情報取込」を押すと、最新の基本情報・介護保険情報が読み込まれます

CAREKARTEで管理されている帳票間でデータを転記するルールを組み込むことができます。帳票新規作成後に「記録データ取込」を押すと、転記ルール選択→実行することができ、ルールに沿って他の帳票に入力されている内容を転記します。 ※1つの帳票に複数の転記ルールを設定可能

LIFE対応帳票についても、基本情報・介護保険情報の項目にはリンク設定を行いますので、帳票作成時には基本情報・介護保険情報から自動転記されます。

転記ルールの内容を
この画面で確認する
ことができます

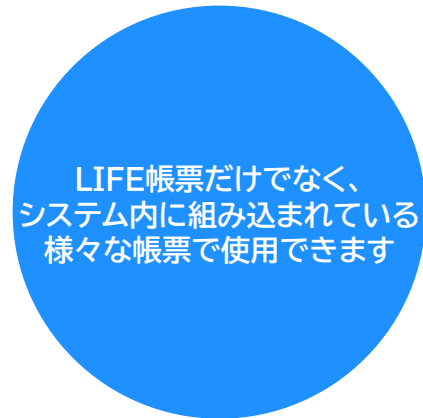
転記ルールに
あわせてデータ
を転記します

転記ルールが
複数ある場合は
複数選択して
実行できます



「記録データ取込」画面にて、ユーザー様(システム管理者様)にて帳票間の転記ルールの設定を行えるようになりました

※設定できるのは管理者のみ



科学的介護推進(施設) 転記ルール選択 科学的介護推進(施設)-療養対策ケア計画

転記ルール設定

フィールド名	ID	属性	入力形式	書式	転記方法	記録タイトル	フィールド名	ID	属性	入力形式	書式
評価日	1	日付エリア									
前日評価日	2	日付エリア									
記入者職種	3	外部マスタ参照									
記入者	4	テキストエリア	[あ]	日本語							
本人氏名	5	テキストエリア	[あ]	日本語							
障害者等の日常生活自立度	6	ラジオボタン									
認知症高齢者の日常生活自立度	7	ラジオボタン									
生年月日	8	日付エリア									
本人性別	9	ラジオボタン									
同居家族等	10	ラジオボタン									
同居家族等 詳細	11	ラジオボタン									
家族等が介護できる時間	12	ラジオボタン									
ADL 評価日	13	日付エリア									
ADL 食事	14	ラジオボタン									
ADL 椅子とベッド間の移乗	15	ラジオボタン									

設定名: 科学的介護推進(施設)-療養対策 設定名: 科学的介護推進(施設)-療養対策

設定方法: (ラジオボタン)の転記に有効な設定
ID一致 --- 記録項目のIDが一致したものを選択する。
文字一致 --- 記録項目の文字が一致したものを選択する。大文字・小文字、全角・半角の違いは問はず。

フィールド名	ID	属性	入力形式	書式	転記方法	記録タイトル	フィールド名	ID	属性	入力形式	書式
口腔-栄養 嚥下能力評価	44	テキストエリア	[9]	半角数字(0-9)	ID一致	療養対策ケア計画書 現在の状態	10	ラジオボタン			
口腔-栄養 嚥下の有無	45	ラジオボタン									
口腔-栄養 口腔の健康状態	46	ラジオボタン									
口腔-栄養 口腔の健康状態	47	ラジオボタン									
口腔-栄養 口腔の健康状態	48	ラジオボタン									
口腔-栄養 嚥下性肺炎の	49	日付エリア									
口腔-栄養 嚥下性肺炎の	50	ラジオボタン									
口腔-栄養 嚥下性肺炎の	51	日付エリア									
口腔-栄養 嚥下性肺炎の	52	日付エリア									
口腔-栄養 嚥下性肺炎の	53	日付エリア									
口腔-栄養 嚥下性肺炎の	54	日付エリア									
口腔-栄養 嚥下性肺炎の	55	日付エリア									
認知症 認知症の診断の有	56	ラジオボタン									
認知症 認知症の診断 詳細	57	日付エリア									
認知症 認知症の診断 詳細	58	ラジオボタン									
認知症 認知症の診断 詳細	59	テキストエリア	[あ]	日本語							
認知症 DED13 日間の注	60	ラジオボタン									
認知症 DED13 機能障害	61	ラジオボタン									

転記先項目で「…」をクリック

表示フィールド選択

記録タイトル: (全タイトル)

記録フィールド: (入力部品以外表示しない)

フィールド	ID	属性
保険情報: 医療機関ID	480	テキストエリア
保険情報: 身体障害者手帳 交付	482	テキストエリア
保険情報: 身体障害者手帳番号(号)	91	テキストエリア
保険情報: 身体障害者手帳(種)	93	テキストエリア
保険情報: 身体障害者手帳(種)	92	テキストエリア
保険情報: 身体障害者手帳 交付年月	90	日付エリア
保険情報: 身体障害者手帳 障害名	89	テキストエリア
保険情報: 身体障害者手帳 障害名	96	テキストエリア
ファイル管理	157	テキストエリア
利用者予定	158	テキストエリア
請求用タイトル	159	テキストエリア
ナースコール	160	テキストエリア
結果連携	161	テキストエリア
センター連携	162	テキストエリア
医療機関: 医療機関 所在地	163	テキストエリア
医療機関: せがくつけ 電話番号	164	テキストエリア
医療機関: 医療機関 電話番号	165	ラジオボタン
医療機関: 医療機関 その他	166	テキストエリア
医療機関: 医療機関の注意事項	167	テキストエリア
医療機関: 医療機関 主病名	168	テキストエリア
医療機関: 医療機関 病歴	169	テキストエリア

転記元の帳票と項目を選択

設定

他の帳票や記録からドラッグして転記する仕組み

CAREKARTEで帳票作成を行う際に、[他の帳票や記録を別画面に表示]→[内容をマウสดラッグで転記]を行うことができます。

LIFE対応帳票についても、この転記機能をご使用いただくことが可能です。

【個別機能訓練計画書】

作成日	令和6年09月18日	前回作成日	年月日	計画作成者	F05-14-3203
方針	777付3	性別	昭和40年09月26日生	要介護度	管理者
氏名	愛知七子	種別	女	88歳	要介護2
主人の希望	本人の希望 ご家族のきぼう				
病名・合併症(心疾患、呼吸器疾患等)	生活課題				
運動時の状況(血圧、心拍数、呼吸等)	近況環境(生活課)				

記録検索

記録検索 帳票検索

帳票タイトル選択 フェイスト(特養) 対象者選択 愛知七子

検索期間を指定する 2021年02月18日 2023年03月18日 削除済みの帳票も検索する

検索実行

氏名	愛知七子	性別	女	生年月日	昭和40年09月26日	要介護度	要介護2
氏名	愛知七子	性別	女	生年月日	昭和40年09月26日	要介護度	要介護2

ご家族のきぼう

ご家族のきぼう

関連帳票参照 (新機能)

マウสดラッグで転記

他の帳票や記録を検索

CAREKARTEにおけるLIFE出力機能では、「1つの帳票から1つのLIFE出力」が行われる仕組みになっています。
「一体実施版」の帳票を使用される場合、一体実施版帳票から直接LIFE出力することはできません。

「一体実施版」の帳票を使用される場合は、帳票転記機能(記録データ取込)を使用してください。

一体実施版ではない帳票

01a	科学的介護推進に関する評価 (通所・居住サービス)
01b	科学的介護推進に関する評価 (施設サービス)
02	褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書
03	排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書
04a	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)
04b	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)(1回版) ※CCJオリジナル
05a	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)
05b	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)(1回版) ※CCJオリジナル
06a	バーセルインデックス
06b	ADL維持等加算 ※CGJオリジナル
07	自立支援促進に関するスクリーニング・支援計画書
08	興味関心チェックシート
09	リハビリテーション計画書
10	リハビリテーション会議録
11	リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票
12	生活行為向上リハビリテーション実施計画
13	生活機能チェックシート
14a	個別機能訓練計画書
14b	個別機能訓練計画書 デイ版
15	薬剤変更等に係る情報提供書
16	口腔衛生管理加算 様式(実施計画)
17	口腔機能向上サービスに関する計画書(様式例)

一体実施版の帳票

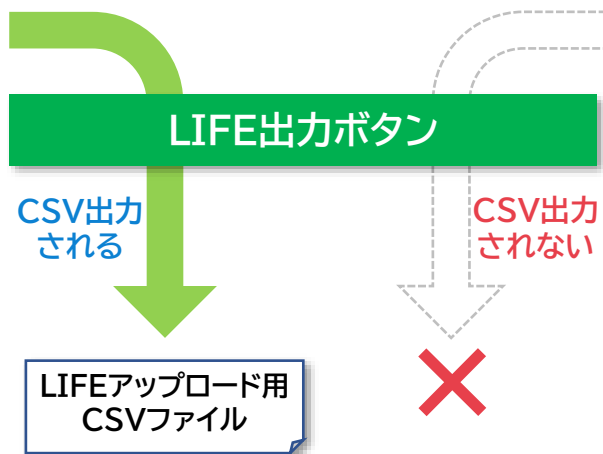
21a	リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(施設系)
21b	リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(通所系)
22	リハビリテーションアセスメントシート
23	個別機能訓練アセスメントシート
24	口腔衛生管理加算の実施記録
25	口腔機能向上加算の実施記録

「一体実施版」の帳票を
先に入力する場合

記録データ取込
(一体→通常)

記録データ取込
(通常→一体)

「一体実施版」ではない帳票を
先に入力する場合の流れ



- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能看護多機能
- 帳票内入力項目数 203
- LIFE出力項目数 78
- 旧帳票からリンク
- 基本情報等 30
- 記録データ 取込
- 転記 48
- されな

科学的介護推進に関する評価 (通所・居住サービス)

評価日: 年 月 日 記入者: 後

前回評価日: 年 月 日 記入者: 前

障害高齢者の日常生活自立度: 自立・I1・I2・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

氏名: 姓 名

基本情報: 生年月日 年 月 日 性別 男 女

同居家族等 なし あり 配偶者 子 その他(複数選択可) (任意項目)
家族等が介護できる時間 ほとんど終日 半日程度 2~3時間程度 必要な時に手をかす程度 その他

ADL: 評価日: 年 月 日 自立 一部介助 全介助 自立 一部介助 全介助
・食事 10 5 0 0 15 10 5 0
・椅子とベッド間の移乗 15 10 5 0 15 10 5 0
・着脱 5 0 0 0 10 5 0 0
・トイレ動作 10 5 0 0 10 5 0 0
・入浴 5 0 0 0 10 5 0 0

在宅復帰の有無等 (任意項目) 在宅 介護老人福祉施設入所 介護老人保健施設入所
入所/サービス継続中 介護医療院入所 介護療養型医療施設入所 医療機関入院 死亡
中止 (中止日: 年 月 日) その他

※在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、その他に記入)

身長: 年 月 日 身長 cm 体重 kg 褥瘡の有無 (任意項目) なし あり

口腔・栄養: 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 はい いいえ
・入れ歯を使っている はい いいえ
・むせやすい はい いいえ

誤嚥性肺炎の発症・既往 (有) なし 発症日1: 年 月 日 発症日2: 年 月 日 発症日3: 年 月 日
発症日4: 年 月 日 発症日5: 年 月 日
※初回の入力前には誤嚥性肺炎の既往、又は日毎の入力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 診断日 年 月 日 ()
なし あり ()

DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合のみ記載) 全くない ほとんどない ときどきある よくある 常にある
・日常的な物事に關心を示さない
・特別な事情がないのに夜中に起き出す
・特別な理由もないのに人に言いがかりをつける
・やたらに歩きまわる
・同じ動作をいつまでも繰り返す
【以下、任意項目】
・同じ事を何度も何度も聞く
・よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、漏したりする
・昼間、寝てばかりいる
・口角ののり
・壊滅的あるいは季節に合わない不適切な服装をする
・世話をされるのを拒否する
・物を貯め込む
・引き出しや箆の中身をみだり出してしまふ

Vitality Index
・意思疎通 自分から挨拶する、話しかける 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】
・歩行 いつも歩行に不安定している 歩行が不安定になることがある 自分から歩行することは少ない
・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 食事に興味がない、全く食べようとしていない
・排泄 いつも自ら排泄意欲を伝える、あるいは自分で排泄、排便を行う 時々、尿意便意を伝える
・排泄 排泄に全く関心がない
・歩行・活動 自ら歩行に向かう、活動を求める 促されて向かう 拒否、無関心

- パーセルインデックス
評価日・ADL
- ADL維持加算(CCJオリジナル)
評価日・ADL
- 自立支援促進情報
ADL
- リハビリテーション計画書
活動(ADL)
- 生活機能チェックシート
評価日・ADL
- 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書
- リハビリテーション計画書
褥瘡 現在の状況 / 現在の褥瘡
- 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)(1回版・4回版)
身長・体重
実施日
- 口腔機能向上サービスに関する計画書
入れ歯使用
誤嚥性肺炎の発症 発症日1~5

既往歴 [前回の評価時より変化があった場合は記載] (任意項目)

病名	ICD10コード	発症年月日

服薬情報 (任意項目)

薬剤名	調剤等年月日	処方番号	薬品コード	用量	単位名	剤形コード	調剤数量	用法名称

(注) 任意項目との記載のない項目は必須項目とする

- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能
- 帳票内
入力項目数
232
- LIFE
出力項目数
94
- 旧帳票
から転記
からリンク
基本情報等
41
- 記録データ
取込
され
ない
転記
53

科学的介護推進に関する評価 (施設サービス)

評価日: 年 月 日 記入者: fds-stf

前回評価日: 年 月 日 記入者: fds-stf

障害高齢者の日常生活自立度: 自立・I・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・IIIa・IIIb・IV・M

氏名: 様

基本情報

生年月日: 年 月 日 性別: 男/女

同居家族等 なし あり 配偶者 子 その他(複数選択可) (科学的介護推進体制加算(Ⅰ)では任意項目)

家族等が介護できる時間 ほとんど終日 半日程度 2~3時間程度 必要な時に手をおかず程度 その他

評価日: 年 月 日 自立 一部介助 全介助 車イス 一部介助 全介助

・食事 10 5 0 平地歩行 15 10 5 0

・椅子とベッド間の移乗 15 10 5 0 歩行器具 1 0 5 0

・整容 5 0 0 1座れるが起れない・階段昇降 10 5 0

・トイレ動作 10 5 0 更衣 10 5 0

・入浴 5 0 0 排泄の介助 10 5 0

在宅復帰の有無等 (任意項目) 在宅 介護老人福祉施設入所 介護老人保健施設入所

入所/サービス継続中 介護施設退所 介護療養型医療施設入所 要介護機関入所 死亡

中止 (中止日: 年 月 日) 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、その他に記入)

評価日: 年 月 日 身長 cm 体重 kg 気管炎状態のレベル 低 中 高

栄養補給法 経口経口法 経腸栄養法 静脈栄養法

・嚥下調整食の必要性 なし あり

・食事形態 常食 4 3 2 2 1 0

・経口摂取 完全 一部 とろみ 薄い 中間 濃い

食事摂取量 全体 % 主食 % 副食 % 口腔の嚥下状態

必要栄養量 kcal たんぱく質 g 嚥下調整食の必要性 はい いいえ

摂取栄養量 kcal たんぱく質 g 嚥下調整食の必要性 はい いいえ

血清アルブミン値 なし あり (g/dl) むせやすい はい いいえ

褥瘡の有無 (任意項目) なし あり

誤嚥性肺炎の発症・既往 (年 月 日) なし あり 発症日1: 年 月 日 発症日2: 年 月 日 発症日3: 年 月 日

評価日: 年 月 日 あり 発症日4: 年 月 日 発症日5: 年 月 日

※初期の入力時には誤嚥性肺炎の既往。二回以上隔の入力時以降の誤嚥性肺炎の既往について記載

認知症の診断 診断日: 年 月 日 74歳未満 血管性認知症 レビー小体病 その他

なし あり

DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載)

全くない ほとんどない ときどきある 頻りにある

・日常的な物事に関心を示さない

・特別な事情がないのに夜中起き出す

・特別な機嫌もないのに人に言いがかりをつける

・やたらに歩きまわる

・同じ動作をいつまでも繰り返す

【誤嚥・経腸栄養】

・同じ事を何度も何度も聞く

・よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、落としたりする

・経腸、胃でばかりいる

・口汚くのしる

・嚥下あるいは嚥下に合わない不適切な嚥下をする

・嚥下されるのを拒否する

・物を飲み込む

・引き出しや扉の中身をみんなくなしてしまう

Vitality Index

最良経過 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】

・褥瘡 いつも定時に起床している 起こさないこと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 促されることを食べようとする 食事に関心がない、全く食べようとしてない

・排泄 いつも自ら便意探知を伝える、あるいは自分で排便、排便を行う 時々、尿意探知を伝える

・排泄 排泄について全く関心がない 排泄について全く関心がない

・歩行・活動 自ら歩行に向かう、活動を求める 促されて向かう 無関心

- ADL維持加算(CCJオリジナル)
- 評価日・ADL
- 自立支援促進情報
- ADL
- リハビリテーション計画書
- 活動(ADL)
- 生活機能チェックシート
- 評価日・ADL
- 栄養・接触嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)(1回版・4回版)
- 口腔衛生管理情報
- 口腔機能向上サービスに関する計画書
- 栄養補給法・嚥下調整食の必要性(食形態等)
- 栄養・接触嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)(1回版・4回版)
- 身長・体重・リスクレベル
- 嚥下調整食の必要性
- 経口摂取・とろみ
- 栄養量・血清アルブミン値
- 実施日
- 口腔衛生管理加算 様式(実施計画)
- 誤嚥性肺炎の発症 発症日 1~5
- 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書
- リハビリテーション計画書
- 栄養量・血清アルブミン値

既往歴 (前回の評価時より変化があった場合は記載) (科学的介護推進体制加算(Ⅰ)では任意項目)

病名	ICD10コード	発症年月日

履歴情報 (科学的介護推進体制加算(Ⅰ)では任意項目)

薬剤名	調剤等年月日	処方番号	薬品コード	用量	単位名	剤形コード	調剤数量	用法名称

【注】任意項目との記載のない項目は必須項目とする

特養

老健

医療院

定施設

グループホーム

通所介護

通所リハ

訪問リハ

小規模多機能

看護多機能

帳票内
入力項目数
118

LIFE
出力項目数
45

旧帳票
から転記
からリンク
基本情報等
43

記録データ
取込
転記
され
ない
2

※旧帳票…
「褥瘡対策に関するケア計画書」

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

氏名		種	男女	評価日	年 月 日	計画作成日	年 月 日		
年 月 日 生 (歳)		記入担当者名		fdx-stf	記入担当者職種				
褥瘡の有無									
1. 現在 なし、あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、踵骨部、大転子部、踵部、その他 ())、褥瘡発生日 年 月 日									
2. 過去 なし、あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、踵骨部、大転子部、踵部、その他 ())									
危険因子の評価	ADLの状況	障害高齢者の日常生活自立度		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・G1・G2	対応				
		入浴	<input type="checkbox"/> 自分でやっている	<input type="checkbox"/> 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					<input type="checkbox"/> 自分でやっている	<input type="checkbox"/> 自分でやっていない	☐ 対象外 (※1)
		更衣	上着	<input type="checkbox"/> 自分でやっている				<input type="checkbox"/> 自分でやっていない	
			下着	<input type="checkbox"/> 自分でやっている				<input type="checkbox"/> 自分でやっていない	
	基本動作		電選り	<input type="checkbox"/> 自分でやっている				<input type="checkbox"/> 自分でやっていない	
	排便の状況		座位の保持	<input type="checkbox"/> 自分でやっている	<input type="checkbox"/> 自分でやっていない				
			扉位での乗り降り	<input type="checkbox"/> 自分でやっている	<input type="checkbox"/> 自分でやっていない				
			立位の保持	<input type="checkbox"/> 自分でやっている	<input type="checkbox"/> 自分でやっていない				
	歩行の状況		尿失禁	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 対象外 (※2)			
便失禁			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 対象外 (※3)				
パッド等使用の有無			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
過去3か月以内に褥瘡の既往があるか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり									
※1: 経管栄養・経静脈栄養等の場合 ※2: パッド等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	<input type="checkbox"/> d 0: 皮膚損傷・発赤なし	<input type="checkbox"/> d 3: 皮下組織までの損傷						
		<input type="checkbox"/> d 1: 持続する発赤	<input type="checkbox"/> d 4: 皮下組織を越える損傷						
	<input type="checkbox"/> d 2: 真皮までの損傷	<input type="checkbox"/> d 5: 関節腔、体腔に至る損傷							
	浸出液	<input type="checkbox"/> e 0: なし	<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						
		<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 2: 中等量: 1日1回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 15: 100以上						
		<input type="checkbox"/> s 3: 4未満							
		<input type="checkbox"/> s 6: 4以上16未満							
		<input type="checkbox"/> s 9: 16以上36未満							
<input type="checkbox"/> s 12: 36以上100未満									
炎症/感染	<input type="checkbox"/> i 0: 局所の炎症徴候なし	<input type="checkbox"/> i 10: 臨床的定着疑い(創面にぬりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、揮散性で悪臭など)							
	<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 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)							
肉芽形成	<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 4: 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める							
	<input type="checkbox"/> g 1: 良性肉芽が創面の90%以上を占める	<input type="checkbox"/> g 5: 良性肉芽が創面の10%未満を占める							
	<input type="checkbox"/> g 3: 良性肉芽が創面の50%以上90%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							
褥瘡状態の評価については「改定 DS19N-R(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、ズレカの排除 (体位変換、体位分散器具、頭部巻上方法、車輪子安保持等)		ベッド上						
	スキンケア		イス上						
栄養状態改善									
リハビリテーション									
その他									
利用者及び家族の意向									
説明と同意日		署名		続柄					

科学的介護推進に関する評価
(施設版)及び(通所・居住サービス)

● 褥瘡の有無

リハビリテーション計画書

● 褥瘡 現在の状況

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

帳票内
入力項目数
81

LIFE
出力項目数
25

旧帳票
から転記
基本情報等
からリンク
15

記録データ
取込
転記
されない
10

※旧帳票…「排せつ支援計画書」

排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

評価日 年 月 日 計画作成日 年 月 日

氏名	様 男 女	記入者職種	
	年 月 日 生 (歳)	記入者名	
		医師名	
		看護師名	

排せつの状態及び今後の見込み

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

排せつに介護を要する要因

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止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



特養

老健

医療院

施設

グループホーム

通所介護

通所リハビリ

訪問リハビリ

小規模多機能

看多機能

帳票内
入力項目数

725

LIFE
出力項目数

121

旧帳票
から転記

基本情報等

記録データ

取込

されな
ない

44

77

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (施設)

性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年月日 生まれ	歳
本人氏名	fda-stf		
利用者・ 家族の氏名	氏名と生年月日 令和03年04月02日		
家族構成と キーパーソン (支援者)			

(以下は、入所(入院)者個々の状態に応じて作成。)

実施日	年月日	年月日	年月日	年月日
記入者名(記入者職種)				
家族構成	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
本人の意欲②)				
健康感、生活機能、身体機能など				

身長	(cm)	(cm)	(cm)	(cm)
体重	kg/m ²	kg/m ²	kg/m ²	kg/m ²
3%以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
血清アルブミン値(g/dl)	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 経管栄養法 <input type="checkbox"/> 経管栄養法 <input type="checkbox"/> 経管栄養法 <input type="checkbox"/> 経管栄養法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 経管栄養法 <input type="checkbox"/> 経管栄養法 <input type="checkbox"/> 経管栄養法 <input type="checkbox"/> 経管栄養法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 経管栄養法 <input type="checkbox"/> 経管栄養法 <input type="checkbox"/> 経管栄養法 <input type="checkbox"/> 経管栄養法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 経管栄養法 <input type="checkbox"/> 経管栄養法 <input type="checkbox"/> 経管栄養法 <input type="checkbox"/> 経管栄養法
食事摂取量	%	%	%	%
必要栄養量	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg
提供栄養量	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg
嚥下調整食の必要性の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (10版) (施設サービス)

● 病名・特記事項等
● 家族構成とキーパーソン(支援者)
● 利用者・家族の意向
● 科学的介護推進に関する評価 (施設版)

● 口腔・栄養 評価日
● 低栄養状態のリスクレベル
● 身長・体重
● 血清アルブミン値、有無
● 経口摂取
● 栄養補給法
● 必要栄養量
● 提供栄養量
● 嚥下調整食の必要性
● 食事形態
● とろみ

オレンジ枠
栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)(10版)より、
本帳票の1回目~4回目の指定した列に転記できます。

多職種による栄養ケアの評価	口腔確保		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	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
安定したまじい姿勢が日分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嚥下中に嚥下や嚥下遅滞が	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嚥下時に口腔内に詰め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嚥下後、喉の痛みや口腔内に	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水分でむせる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他、気が付いた点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特記事項																		
総合評価	改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 悪化傾向 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>				改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 悪化傾向 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>				改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 悪化傾向 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>				改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 悪化傾向 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>					
計画変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)(10版)より、本帳票の1回目~4回目の指定した列に転記できます。	水分摂取		水分摂取		水分摂取		水分摂取		水分摂取		水分摂取		水分摂取		水分摂取		水分摂取	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水分摂取量	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g
経口摂取	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
栄養補給法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
必要栄養量	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg	kcal/kg
提供栄養量	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg
嚥下調整食の必要性の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事形態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
とろみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) 必要に応じてプロセス(スクリーニング、アセスメント、モニタリング)を記入する
5) 記入時必ず「記入」を記入し、必要事項があれば記載する。
6) 5)から7)まで記入し、必要事項があれば記載する。
7) 必要事項があれば記載する。

特養

老健

医療院

施設

グループホーム

通所介護

通所リハ

訪問リハ

小規模多機能

看護多機能

帳票内
入力項目数
189

LIFE
出力項目数
121

旧帳票
基本情報等
44
から転記
からリンク
記録データ
取込

転記
されない
77

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング						
7777	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日 生まれ	年齢	歳
本人氏名	要介護度		特記事項等	記入者名	fdo-stf	
利用者 家族の意向				作成年月日	令和03年04月02日	
				家族構成と 介護者 (支援者)		
英語日(職種:記入者名)	年月日					
了DeX						
低栄養状態のリスク	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高					
身長	cm	kg	/	kg/m ²		
体重 / BMI						
3%以上の体重減少率 (kg/1ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(	kg/1ヶ月)			
3%以上の体重減少率 (kg/3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(	kg/3ヶ月)			
3%以上の体重減少率 (kg/6ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(	kg/6ヶ月)			
血清7p値	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(	g/dl)			
嚥下	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経口のみ					
その他	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法					
栄養補給の状況	食事摂取量 (割合) % 主食の摂取量 (割合) 主食 % 副菜 % 主食 副菜 その他 (補助食品など) 摂取栄養量: ±14kJ・g ⁻¹ (摂取量当たり) kcal (kcal/kg) g (g/kg) 提供栄養量: ±14kJ・g ⁻¹ (摂取量当たり) kcal (kcal/kg) g (g/kg) 必要栄養量: ±14kJ・g ⁻¹ (摂取量当たり) kcal (kcal/kg) g (g/kg) 嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 食事の形態 (コード) とろみ <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 本人の意欲 食欲・食事の満足感 食事に対する意識					
多職種による栄養ケアの課題	口腔関係 <input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下 安定した正しい姿勢が自分で取れない <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 食事に集中することができない <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 食事中に嘔吐や意識減退がある <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 歯 (齧歯) のない状態で食事をしている <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 食べ物を口腔内に溜め込む <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 固形の食べ物を咀嚼しやく中にむせる <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 食後、舌の内側や口腔内に残渣がある <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 水分でむせる <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 食事中、食後に咳をすることがある <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り その他、気が付いた点					
その他	嚥下・生活機能低下 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 生活機能低下 <input type="checkbox"/> 嚥下・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 消化器関係 水分関係 代謝関係 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 薬の影響 心理・精神・認知症関係 医薬品					
特記事項						
総合評価	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない					
計画変更	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					

科学的介護推進に関する評価
(施設版)

- 口腔・栄養 評価日
- 低栄養状態のリスクレベル
- 身長・体重
- 血清アルブミン値、有無
- 経口摂取
- 栄養補給法
- 提供栄養量 エネルギー
- 提供栄養量 たんぱく質
- 必要栄養量 たんぱく質
- 必要栄養量 エネルギー
- 嚥下調整食の必要性
- 食事形態
- とろみ

オレンジ枠
栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)(4回版)の
1回目の列の内容が転記できます。

検査・嚥下の課題	<input type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 経口経口検査 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・嚥下の検査 <input type="checkbox"/> 認知機能に課題あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能
食事の観察	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日 年 月 日
参加者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日 年 月 日
①食事の形態・とろみ、補助食の活用	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
②食事の周囲環境	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
③食事の介助の方法	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
④口腔のケアの方法	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
⑤医療又は歯科医療受療の必要性	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
特記事項	

※経口維持加算(口)を算定する場合は、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



- 特養
- 老健
- 医療院
- 介護施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能
- 帳票内
入力項目数
559
- LIFE
出力項目数
80
- 旧帳票
基本情報等
44
- 記録データ
取込
44
- 転記
されない
36

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)

フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年月日 生まれ	歳	
氏名	要介護度・病名・特記事項等	記入者名	fdn-stf	
身体状況、栄養・食事に関する意向	食事の準備状況	家族構成とキーパーソン(支援者)	生成年月日	令和03年04月05日

(以下は、利用者個々の状態に応じて作成。)

実施日	年月日	年月日	年月日	年月日
記入者名(記入者職種)	()	()	()	()
アセスメント	()	()	()	()
低栄養状態の判定 ¹⁾	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
本人の意欲 ²⁾	[]	[]	[]	[]
健康感、生活機能、身体機能など ³⁾	()	()	()	()
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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
血漿アルブミン値(g/dl)	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経口のみ	<input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経口のみ	<input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経口のみ	<input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経口のみ
その他	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法
食事摂取量	%	%	%	%
・主食の摂取量	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
・主食、副食の摂取量	主食 % 副食 %	主食 % 副食 %	主食 % 副食 %	主食 % 副食 %
・その他(補助食品など)	()	()	()	()
摂取栄養量: 1日あたり (摂取量当たり)	kcal g	kcal g	kcal g	kcal g
提供栄養量: 1日あたり (提供量当たり)	kcal g	kcal g	kcal g	kcal g
必要栄養量: 1日あたり (必要量当たり)	kcal g	kcal g	kcal g	kcal g
嚥下調整食の必要性の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
コード ³⁾	[]	[]	[]	[]
とろみ	とろみ	とろみ	とろみ	とろみ
薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い <input type="checkbox"/>	薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い <input type="checkbox"/>	薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い <input type="checkbox"/>	薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い <input type="checkbox"/>	薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い <input type="checkbox"/>
食事の栄養管理の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
(療養食の指示、嗜好、禁忌、アレルギーなど)	()	()	()	()
食欲・食事の満足感 ⁴⁾	[]	[]	[]	[]
食事に対する意欲 ⁴⁾	[]	[]	[]	[]
その他(食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など)	()	()	()	()

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)

- 要介護度・氏名・特記事項等
- 家族構成とキーパーソン(支援者)
- 利用者・家族の意向

科学的介護推進に関する評価 (通所・居住サービス)

- 口腔・栄養 評価日
- 身長・体重

口腔機能	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下
認定した正しい姿勢が自分で取れない	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
食事に関する知識や意識が低い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
食事中に嚥下や誤嚥意識がある	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
嚥下(嚥下)のない状態で食事をしていない	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
嚥下の遅延や嚥下不全を繰り返している	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
嚥下、嚥下の遅延や嚥下不全に注意がある	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
水分を十分に取れている	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
嚥下の遅延や嚥下不全を繰り返している	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
その他、異常が付いた点					
嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 生活機能低下 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 生活機能低下 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 生活機能低下 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 生活機能低下 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 生活機能低下 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下
水分	<input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 水分
認知	<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 認知	<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 認知	<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 認知	<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 認知	<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 認知
その他					
特記事項					
総合評価	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
サブスクリプションの必要性	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り

- 1) 必要に応じてプロセス(スクリーニング、アセスメント、モニタリング)を記入する
- 2) 1よい 2まあよい 3ふつう 4まあよくない 5よくない から[]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。
- 3) 嚥下調整食が必要な場合は、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を記入する。
- 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 から[]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。

※ スクリーニングにおいては、把握可能な項目(嚥下、体重減少、血漿アルブミン値(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記録する。

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

オレンジ枠
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)(1回版)の
共通項目より、本帳票の1回目～4回目の指定した列に転記できます。

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能看護多機能
- 帳票内入力項目数 144
- LIFE出力項目数 80
- 旧帳票基本情報等記録データ 44
- 取込されな転記 36

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング						
フリガナ	性別	□男 □女	生年月日	年 月 日 生まれ	年齢	歳
本人氏名	要介護度		病名・特記事項等		記入者名	fdg-stf
利用者・家族の意向					作成年月日	令和03年04月02日
					家族構成とケアプラン(支援者)	
実施日(職種:記入者)			年 月 日			
70歳						
低栄養状態のリスク			□低 □中 □高			
低栄養状態のリスク状況	身長	cm				
	体重 / BMI	kg / m ²				
	3%以上の体重減少率 (kg/1ヶ月)	□無し □有り	(kg/1ヶ月)			
	3%以上の体重減少率 (kg/3ヶ月)	□無し □有り	(kg/3ヶ月)			
	3%以上の体重減少率 (kg/6ヶ月)	□無し □有り	(kg/6ヶ月)			
	血清アルブミン値	□無し □有り	(g/dl)			
	褥瘡	□無し □有り				
	栄養補給法	□一部経口 □経口のみ				
		□経腸栄養法 □静脈栄養法				
	その他					
栄養摂取の状況	食事摂取量 (割合)	%				
	主食の摂取量 (割合)	%				
	主菜、副菜の摂取量 (割合)	%				
	その他 (補助食品など)					
	摂取栄養量: 1日あたり・2週間あたり (現体重当たり)	kkal (kcal/kg)	g (g/kg)			
	提供栄養量: 1日あたり・2週間あたり (現体重当たり)	kkal (kcal/kg)	g (g/kg)			
	必要栄養量: 1日あたり・2週間あたり (現体重当たり)	kkal (kcal/kg)	g (g/kg)			
	嚥下調整食の必要性	□無し □有り				
	食事の形態 (コード)					
	とろみ	□無し □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)	□無し □有り					
本人の意欲						
食欲・食事の満足感						
食事に対する意識						
多職種による連携ケアの課題	口腔関係	□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	□無し □有り				
	食事に集中することができない	□無し □有り				
	食事中に嘔吐や意識障害がある	□無し □有り				
	歯 (義歯) のない状態で食事をしている	□無し □有り				
	食べ物を口腔内に溜め込む	□無し □有り				
	固形の食べ物を押しやく中にむせる	□無し □有り				
	食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	□無し □有り				
	水分でむせる	□無し □有り				
	食事中、食後に咳をすることがある	□無し □有り				
その他、気が付いた点						
褥瘡・生活機能低下	□褥瘡 □生活機能低下		□嚔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫			
その他	□脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響					
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					
計画変更	□無し □有り					

科学的介護推進に関する評価
(通所・居住サービス)

● 口腔・栄養 評価日

● 身長・体重

オレンジ枠
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)(4回版)の1回目の列の内容が転記できます。

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能
- 帳票内
入力項目数
69
- LIFE
出力項目数
14
- 旧帳票
から転記
からリンク
- 基本情報等
記録データ
- 取込
- され
ない
転記
- 3

バーセルインデックス (Barthel Index : 基本的生活動作)

事業所名: _____ 初月対象

評価日: 年 月 日 作成者: _____ 職種: _____ 7ヶ月目対象

氏名	性別	生年月日	年 月 日	職	介護度
本人氏名	種				
設問	質問内容	回答	得点		
1	食事 * 自立、自器具などの装着可、標準的納間に食べ終える * 部分介助(たとえば、おかずを切つて細かくしてもらう) * 全介助	10 5 0	0		
2	車椅子からベッドへの移動 * 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) * 軽度の部分介助または監視を要する * 座ることは可能であるがほぼ全介助 * 全介助または不可能	15 10 5 0	0		
3	整容 * 自立(洗面、整容、歯磨き、ひげ剃り) * 部分介助 * 不可能	5 0 0	0		
4	トイレ動作 * 自立、 Toilet の操作、後始末も含む、Wash 便器などを使用している場合はその洗浄も含む * 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する * 全介助または不可能	10 5 0	0		
5	入浴 * 自立 * 部分介助 * 不可能	5 0 0	0		
6	歩行 * 45m以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わない * 45m以上の介助歩行、歩行器の使用含む * 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 * 上記以外	15 10 5 0	0		
7	階段昇降 * 自立、手すりなどの使用の有無は問わない * 介助または監視を要する * 不能	10 5 0	0		
8	着替え * 自立、靴、フッター、装具の着脱も含む * 部分介助、標準的な時間、半分以上は自分で行える * 上記以外	10 5 0	0		
9	排便コントロール * 失禁なし、洗滌、坐薬の取り扱いも可能 * ときに失禁あり、洗滌、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外	10 5 0	0		
10	排尿コントロール * 失禁なし、尿器の取り扱いも可能 * ときに失禁あり、尿器の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外	10 5 0	0		
			合計得点	0 / 100	

注) 代表的なADL評価法である。100点だからといって独居可能というわけではない
McGrory, K. (Ed) Barthel - II. Bar Functional evaluation the Barthel Index Maryland State Med. J. 14(2): 41-45, 1965
鳥羽守二監修 高齢者総合的機能評価ガイドライン、厚生科学研究所 2003
日本老年医学協議会 発行 健康長寿診療ハンドブック 2011
自治医科大学 医学部 医学部

科学的介護推進に関する評価
(通所・居住サービス)

ADL評価日

科学的介護推進に関する評価
(通所・居住サービス)

総論 ADL

生活機能計画書

ADL

特養

老健

医療院

特定施設

グループホーム

通所介護

通所リハ

訪問リハ

小規模多機能

看護多機能

帳票内
入力項目数
68

LIFE
出力項目数
14

旧帳票
基本情報等
記録データ
11

転記
されない
3

ADL維持等情報

評価日	令和03年04月02日	記入者職種	記入者	□初月対象	□7ヶ月目対象	
本人氏名	種	性別	生年月日	年 月 日 (歳)	介護度	
設問	質問内容				回答	得点
1	食事 * 自立、自動具などの装着可、標準的時間内に食べ終える * 部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) * 全介助				10 5 0	0
2	車椅子からベッドへの移動 * 自立、ブレーキ、フットの操作も含む(非行自立も含む) * 軽度の部分介助または監視を要する * 運ぶことは可能であるがほぼ全介助 * 全介助または不可能				15 10 5 0	0
3	整容 * 自立(洗面、整容、歯磨き、ひげ剃り) * 部分介助 * 不可能				5 0 0	0
4	トイレ動作 * 自立、衣服の操作、後始末を含む、トイレ使用などを使用している場合はその洗浄も含む * 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する * 全介助または不可能				10 5 0	0
5	入浴 * 自立 * 部分介助 * 不可能				5 0 0	0
6	歩行 * 45m以上の歩行、輔器具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わない * 45m以上の介助歩行、歩行器の使用含む * 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 * 上記以外				15 10 5 0	0
7	階段昇降 * 自立、手すりなどの使用の有無は問わない * 介助または監視を要する * 不能				10 5 0	0
8	着替え * 自立、靴、フック、装具の着脱を含む * 部分介助、標準的な時間、半分以上は自分で行える * 上記以外				10 5 0	0
9	排便コントロール * 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 * ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外				10 5 0	0
10	排尿コントロール * 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 * ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む * 上記以外				10 5 0	0
注) 代表的なADL評価法である。100満点だからといって独居可能というわけではない					合計	0 / 100

科学的介護推進情報
(通所・居住サービス)

科学的介護推進情報
(施設サービス)

ADL 評価日

科学的介護推進情報
(施設版サービス)

総論 ADL

自立支援促進情報

ADL

生活機能チェックシート

ADL

特養

老健

医療院

施設

グループホーム

通所介護

通所リハ

訪問リハ

小規模多機能

看護多機能

帳票内
入力項目数
214

LIFE
出力項目数
115

旧帳票
から転記
からリンク
基本情報等
記録データ
取込

18

転記
されない

97

自立支援促進に関する評価・支援計画書

評価日 年 月 日 計画作成日 令和03年04月07日

氏名 様 男 女
年 月 日 生 (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(特定疾患または生活機能低下の直接の原因となっている疾患名については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(前回より変化が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) 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

(4) 基本動作

・寝廻り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
・起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
・座位の保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
・立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
・立位の保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

(5) ADL

・食事	自立 <input type="checkbox"/> 10 一部介助 <input type="checkbox"/> 5 全介助 <input type="checkbox"/> 0
・椅子とベッド間の移乗	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 (座るが移れない) <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 <input type="checkbox"/> 5 (歩行器等) <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
・排泄コントロール	<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) 有用性機能障害に対する自立支援の取組による機能回復・重症化防止の効果
期待できる (期待できる項目: 基本動作 ADL IADL 社会参加 その他)
期待できない 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 あり なし
 ・機能訓練の必要性 あり なし

(7) 尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画
尊厳の保持に資する取組 本人を尊重する個別ケア 寝たきり防止に資する取組 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 特になし あり ()、移動 特になし あり ()
 ・摂食 特になし あり ()、運動 特になし あり ()
 ・嚥下 特になし あり ()、その他 特になし あり ()

(※ 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。)

科学的介護推進情報
(施設版サービス)

総論 ADL

ADL維持加算(CCJオリジナル)

ADL

リハビリテーション計画書

活動(ADL)

生活機能チェックシート

ADL

リハビリテーション計画書

基本動作(リハビリ開始時点)

生活機能チェックシート

基本動作

支援実績

達成・基本動作	ADL動作	日々の過ごし方等	訓練時間
・起床 <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	・食事 (自立・見守り・一部介助・全介助)※ <input type="checkbox"/> 居室外(普通椅子) <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"/> 溝拭 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	・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・テイルームなど)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 ・番替えの回数 1週間あたり()回 ・居場所作りの取組 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・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

・起床・基本動作についての支援計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(具体的な計画)
・ADL動作についての支援計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(具体的な計画)
・日々の過ごし方等についての支援計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(具体的な計画)
・訓練の提供についての計画(訓練時間等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(具体的な計画)

上記計画書の内容について説明を受けました。

年 月 日

上記計画書に基づきサービスの説明を行い

内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。

ご本人氏名:

ご家族氏名:

年 月 日

年 月 日



- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能
- 帳票内
入力項目数
213
- LIFE
出力項目数
156
- 旧帳票
から転記
基本情報等
155
- 記録データ
取込
- 転記
されない
1

興味・関心チェックシート

使用法

本人氏名: _____ 種 歳 性別: _____

記入日: 令和03年04月02日
 記入者: fds-stf
 職種: _____

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			
好きなときに寝る				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・クラウンドゴルフ・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・親戚との関わり				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)				賞金を伴う仕事			
お祭り・宗教活動				旅行・温泉			
その他()				その他()			
その他()				その他()			

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能
- 帳票内入力項目数 213
- LIFE出力項目数 166
- 旧帳票から転記等
基本情報等
記録データ
取込
147
- 転記
され
ない
19

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

※CM:介護支援専門員 CW:指定訪問介護のサービス責任者

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能
- 帳票内
入力項目数
144
- LIFE
出力項目数
137
- 旧帳票
から転記
からリンク
基本情報等
19
- 記録データ
取込
- 転記
されない
118

生活行為向上リハビリテーション実施計画 (1/2)

利用者氏名: _____ 様 作成年月日: _____ 年 月 日

本人の生活行為の目標					
家族の目標					
実施期間	通所訓練期	年 月 日 ~ 年 月 日	社会適応訓練期	年 月 日 ~ 年 月 日	
	通所頻度	回/週	通所頻度	回/週	
活動	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり	
	支援コード (印刷されません)		支援コード (印刷されません)		
	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり	
	支援コード (印刷されません)		支援コード (印刷されません)		
	自己訓練				
	通所		<input type="checkbox"/> 該当あり	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり
	支援コード (印刷されません)		支援コード (印刷されません)		
	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり	
	支援コード (印刷されません)		支援コード (印刷されません)		
	自己訓練				
心身機能	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり	
	支援コード (印刷されません)		支援コード (印刷されません)		
	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり	
	支援コード (印刷されません)		支援コード (印刷されません)		
	自己訓練				
	通所		<input type="checkbox"/> 該当あり	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり
	支援コード (印刷されません)		支援コード (印刷されません)		
	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり	
	支援コード (印刷されません)		支援コード (印刷されません)		
	自己訓練				

生活行為向上リハビリテーション実施計画 (2/2)

利用者氏名: _____ 様 作成年月日: _____ 年 月 日

参加	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり	
	支援コード (印刷されません)		支援コード (印刷されません)		
	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり	
	支援コード (印刷されません)		支援コード (印刷されません)		
	自己訓練				
	通所		<input type="checkbox"/> 該当あり	通所	<input type="checkbox"/> 該当あり
	支援コード (印刷されません)		支援コード (印刷されません)		
	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり	訪問	<input type="checkbox"/> 該当あり	
	支援コード (印刷されません)		支援コード (印刷されません)		
	自己訓練				

【支援内容の評価】

上記計画の内容について説明を受けました。 年 月 日	上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 年 月 日
ご本人氏名:	
ご家族氏名:	



- 特養
- 老健
- 医療院
- 特定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

帳票内
入力項目数
125

LIFE
出力項目数
47

旧帳票
から転記
からリンク
基本情報等
32

記録データ
取込

転記
されない
15

※旧帳票…「居宅訪問チェックシート」

生活機能チェックシート					
利用者氏名	生年月日	年月日	性別	男・女	
評価日	年 月 日 ()			要介護度	
評価スタッフ	fds-attf		職種		
項目	レベル	課題	環境 (実施場所・補助員等)	状況・生活課題	
ADL	食事	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	椅子とベッド 間の移乗	・自立 ・座れるが移れない ・全介助	有・無		
	整容	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	トイレ動作	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	入浴	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	平地歩行	・自立 ・歩行器等 ・車椅子が操作可能 ・全介助	有・無		
	階段昇降	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	更衣	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	排泄 コントロール	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	排泄 コントロール	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
IADL	調理	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
	洗濯	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
	掃除	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
総運動作	項目	レベル	課題	状況・生活課題	
	搬送り	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
	起き上がり	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
	座り	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
	立ち上がり	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
立位	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無			

科学的介護推進情報
(施設版サービス)
(通所・居住サービス版)

- ADL 評価日
- 総論 ADL

パーセルインデックス
ADL

ADL維持加算(CJオリジナル)
ADL

自立支援促進情報
活動(ADL)

リハビリテーション計画書
ADL



特養

老健

医療院

特定施設

グループ
ホーム

通所介護

通所リハ

訪問リハ

小規模
多機能

看護
多機能

帳票内
入力項目数

135

LIFE
出力項目数

72

旧帳票
から転記
からリンク

基本情報等
記録データ

36

取込

され
ない
転記

36

【個別機能訓練計画書】

作成日: 年 月 日 前回作成日: 年 月 日 初回作成日: 年 月 日

フリガナ 氏名	性別	年 月 日生	巻介護度	計画作成者:
障害高齢者の日常生活自立度	(歳)		職種:	

障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度

I 利用者の基本情報 ※別紙様式1・別紙様式2を別途活用すること。

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

健康状態・経過

病名

発症日・受療日: 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)

※I～V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 JCFコードに関しては、LIFEのCSVデータ出力時の必須項目です。印刷はされません。

短期目標(今後3ヶ月)	目標達成度(達成・一部・未達)	JCFコード	長期目標	目標達成度(達成・一部・未達)	JCFコード
機能			機能		
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。

一体的個別機能訓練

- 前回作成日/初回作成日
- 利用者本人の社会参加状況
- 利用者の居宅の環境
- 健康状態・経過

一体的計画書(施設)
プログラム内容①

利用者本人・家族が
サービス利用時間外に実施すること

特記事項

個別機能訓練実施後の対応

一体的計画書(施設)

- 長期目標(機能・活動・参加)
- 短期目標(機能・活動・参加)

II 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練項目 支援コードに関しては、LIFEのCSV出力時の必須項目です。印刷はされません。

プログラム内容(何を目的に(へのために)~する)	支援コード	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	

プログラム立案 職種: 立案者:

※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。

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原因

※個別機能訓練の実施結果等もまた、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変更等を行い、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。

上記計画の内容について説明を受けました。 年 月 日 上記計画書に基づきサービスの説明を行い
内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 年 月 日

ご本人氏名: 年 月 日

ご家族氏名: 年 月 日

〒 住所 事業所No. Tel. 管理者: 管理室: 説明室: Fax. 説明室:



- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能
- 帳票内
入力項目数
135
- LIFE
出力項目数
72
- 旧帳票
基本情報等
36
- 記録データ
取込
36
- され
ない
転記

【個別機能訓練計画書】

作成日: 年 月 日	前回作成日: 年 月 日	初回作成日: 年 月 日	
利用者氏名	性別	生 年 月 日	要介護度
障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度	

Ⅰ 利用者の基本情報 ※別紙様式1・別紙様式2を別途活用すること。

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

健康状態・経過

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

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

Ⅱ 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練の目標 ICFコードに関しては、LIFEのCSVデータ出力時の必須項目です。印刷はされません。

短期目標(今後3ヶ月) 目標達成度(達成・一部・未達)	ICFコード	長期目標 目標達成度(達成・一部・未達)	ICFコード
機能		機能	
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。

一体的個別機能訓練

- 前回作成日/初回作成日
- 利用者本人の社会参加状況
- 利用者の居宅の環境
- 健康状態・経過

一体的計画書(通所)
プログラム内容①

利用者本人・家族が
サービス利用時間外に実施すること

特記事項

個別機能訓練実施後の対応

一体的計画書(通所)

- 長期目標(機能・活動・参加)
- 短期目標(機能・活動・参加)

Ⅱ 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練項目 支援コードに関しては、LIFEのCSVデータ出力時の必須項目です。印刷はされません。

プログラム内容(何を目的に(へのために)～する)	支援コード	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	

プログラム立案 職種: _____ 立案者: _____

※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。

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原因
----------------	---------------------

※個別機能訓練の実施結果等もふまえて、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更を行った場合は、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③については記載不要である。

上記計画の内容について説明を受けました。 年 月 日	上記計画書に基づきサービスの個別実行 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 年 月 日
ご本人氏名: _____	_____
ご家族氏名: _____	_____
〒 _____ 住所: _____	事業所No. _____ Tel. _____ 管理者: _____ Fax. _____ 説明者: _____

特養

老健

医療院

定施設

グループ
ホーム

通所介護

通所リハ

訪問リハ

小規模
多機能
看護
多機能

帳票内
入力項目数
48

LIFE
出力項目数
11

旧帳票
から転記
からリンク
基本情報等
4

記録データ
取込

転記
されない
7

薬剤変更等に係る情報提供書

令和03年04月02日

医療機関名: _____

提出医: _____ 科 _____ 様

介護老人保健施設の名称: 【ケアチャン】介護老人保健施設 富士(老健)
 住所: 静岡県駿河区南町1-8番1号サウスポット静岡15F
 電話番号: _____
 FAX: _____
 医師氏名: _____
 薬剤師氏名: _____

入所中の生体状況等を踏まえ、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	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>

科学的介護推進情報
(施設サービス)

既往歴情報

既往歴情報		
病名	ICD103-1*	発症年月日

服薬情報						
薬剤名	調剤年月日	薬品コード	X1-X3	理由	入所時情報	退所時情報

特養

老健

医療院

定施設

グループホーム

通所介護

通所リハ

訪問リハ

小規模多機能

看護多機能

看護多機能

帳票内

入力項目数

210

LIFE

出力項目数

173

旧帳票

基本情報等

記録データ

転記

取込

されない

0

口腔衛生管理加算 様式 (1/2)

氏名(フリガナ)	()		
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
生年月日	年 月 日	生まれ	歳
要介護度・病名等			
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
食形態	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0)		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし (発症日 年 月 日 年 月 日)	
同一月内の訪問歯科衛生指導 (新療養)の実施の有無(注)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし ()	回

※嚥下調整食の分給、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を取り実施するよう努めるとともに、4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科(歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実施指導)を同一月内に3回以上実施された場合には、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算出を請求することはできない。

1 口腔に関する問題点(スクリーニング)

記入日: 年 月 日 記入者: 職種:

口腔に関する問題点 (該当する項目をチェック)	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 (<input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 歯肉の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭) <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"/> 歯垢 () 歯 <input type="checkbox"/> 歯の問題 (<input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 歯の破折 <input type="checkbox"/> 修復物脱落 <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"/> 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(アセスメント)

記入日: 年 月 日 記入者: 職種:

(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"/> 予防 <input type="checkbox"/> 重症化予防) <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 ()

- 一体的口腔衛生管理
- 病名
- かかりつけ歯科医
- 入れ歯使用
- 食形態等
- 誤嚥性肺炎の発症・罹患
- 同一月内の訪問歯科衛生指導 (医療保険)の実施の有無
- 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 (1回目～6回目)
 - ・実施日・口腔衛生等の管理
 - ・介護職員への技術的助言等の内容
- 2 その他の事項
- 科学的介護推進に関する評価 (施設サービス)
- 誤嚥性肺炎の発症・発症日1～5
- 口腔・栄養 口腔の健康状態
- 口腔・栄養 栄養補給法
- 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)
- 栄養補給法
- 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 (1回)
- 栄養補給法
- 一体的計画書 (施設系)
- 口腔衛生状態・口腔機能の状態
- 歯の本数・歯の問題・義歯の問題 歯周病・口腔粘膜疾患
- 歯科疾患・口腔衛生 摂食嚥下機能・食形態 栄養状態・誤嚥性肺炎の予防
- その他
- 具体的なケア内容

口腔衛生管理加算 様式 (2/2)

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	口腔衛生等の管理	介護職員への技術的助言等の内容
(1回目) 年 月 日 記入者: 職種:	<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	<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回目) 年 月 日 記入者: 職種:	<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	<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
(3回目) 年 月 日 記入者: 職種:	<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	<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
(4回目) 年 月 日 記入者: 職種:	<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	<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
(5回目) 年 月 日 記入者: 職種:	<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	<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
(6回目) 年 月 日 記入者: 職種:	<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	<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
4 その他の事項		

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能
- 帳票内
入力項目数
243
- LIFE
出力項目数
152
- 旧帳票
基本情報等
記録データ
105
- 取込
転記
され
ない
47

口腔機能向上サービスに関する計画書

フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	歳	
氏名	種				要介護度			
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"/> 経絡栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0)							
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり 発症日1: 年 月 日 発症日2: 年 月 日 発症日3: 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし 発症日4: 年 月 日 発症日5: 年 月 日							

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について記載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 ストリーク、7枚以上、むちうけ

実施日	1回目		2回目		3回目	
	年	月 日	年	月 日	年	月 日
記入者						
職種	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士		<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士		<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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能	嚥下の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯(う蝕、歯槽膿漏等)、歯肉(腫痛不適合等)、歯周炎、口腔粘膜(潰瘍等)の改善の可能性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	音声・言語機能に関する疾患の可能性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	その他	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない

2 口腔機能改善管理計画 作成日: 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
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
	その他 ()

一体的口腔機能向上

- かかりつけ歯科医
- 入れ歯の使用
- 食形態等
- 誤嚥性肺炎の発症・罹患
- 1実施記録(1回目～6回目)
- 実施年月日・サービス提供者
- 口腔清掃・口腔清掃に関する指導
- 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導
- 音声・言語機能に関する指導
- その他
- 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)

- 口腔・栄養 口腔の健康状態
- 誤嚥性肺炎の発症・発症日1～5

栄養・摂食嚥下スクリーニング・
アセスメント・モニタリング
(通所・居宅)

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
(通所・居宅)※1回版

- 嚥下調整食の必要

一体的計画書(通所系)

- 口腔衛生状態
- 口腔機能の状態
- 歯、義歯、歯周病、口腔粘膜の疾患の可能性
- 音声・言語機能に関する疾患の可能性
- その他
- 口腔衛生
- 摂食・嚥下機能
- 食形態
- 音声・言語機能
- 誤嚥性肺炎の予防
- その他
- 具体的なケア内容

3 実施記録

実施年月日	1回目		2回目		3回目	
	年	月 日	年	月 日	年	月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士		<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士		<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	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
その他	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
実施年月日	4回目		5回目		6回目	
年 月 日	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士		<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士		<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	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
その他	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施

4 その他特記事項

上記計画の内容について説明を受けました。 年 月 日

ご本人氏名: _____ 年 月 日

ご家族氏名: _____ 年 月 日

上記計画書に基づきサービスの説明を行い内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 年 月 日

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

帳票内
入力項目数
107

LIFE
出力項目数
-

旧帳票
から転記
からリンク
基本情報等
74

記録データ
取込
され
ない
転記
33

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:	様	入所(受)日:	年 月 日			
		初回作成日:	年 月 日			
作成者:	氏名:	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:	同意日	
				年 月 日	年 月 日	
				説明者:	同意者:	
	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養、経口移行サポート	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"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 歯肉の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <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"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 歯がらみ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 歯の本数()本 <input type="checkbox"/> 歯の問題 <input type="checkbox"/> うねり <input type="checkbox"/> 歯の結核 <input type="checkbox"/> 歯肉炎 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 歯槽膿漏の問題 <input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患(潰瘍等)	● 生活機能チェックシート ● ADL 状況・生活課題 ● 栄養ケア計画書 ● 低栄養状態のリスク ● 解決すべき課題(ニーズ)			
長期目標・期間(参加)	(心身機能)		<input type="checkbox"/> 歯科疾患(予防 <input type="checkbox"/> 重症化予防) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 自立/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			● 口腔機能向上計画書 ● 口腔衛生状態 ● 口腔機能の状態 ● 歯の本数 ● 歯の問題/義歯の問題 ● 実施目標
短期目標・期間(参加)	(心身機能)		<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能(維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 表形態(維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 栄養状態(維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 歯槽性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他()			● 実施内容 ● 実施頻度
具体的な取り組み内容			<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"/> 歯肉の清掃 <input type="checkbox"/> 歯肉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"/> 歯槽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 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他()			● 個別機能訓練(様式3) ● 機能訓練の長期目標 ・心身機能 ・活動 ・参加 ● 機能訓練の短期目標 ・心身機能 ・活動 ・参加
算定加算等	<input type="checkbox"/> WLB(リハビリマシナ)付(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 <input type="checkbox"/> 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} (<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II) <input type="checkbox"/> 療養加算 <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算(I) <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算(II)					

- 生活機能チェックシート
- ADL 状況・生活課題
- 栄養ケア計画書
- 低栄養状態のリスク
- 解決すべき課題(ニーズ)
- 口腔機能向上計画書
- 口腔衛生状態
- 口腔機能の状態
- 歯の本数
- 歯の問題/義歯の問題
- 実施目標
- 実施内容
- 実施頻度
- 個別機能訓練(様式3)
- 機能訓練の長期目標
- 機能訓練の短期目標
- プログラム
- 主な実施者
- 頻度
- 時間

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

帳票内
入力項目数
93

LIFE
出力項目数
-

旧帳票
から転記
からリンク
基本情報等
62

記録データ
取込
転記
されない
31

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: 様		サービス開始日: 年 月 日
作成者: 氏名: 栄養: 口腔:		初回作成日: 年 月 日
利用者及び家族の意向		作成(変更)日: 年 月 日
		説明日: 同意日: 年 月 日 年 月 日
		説明者: 同意者:

解決すべき課題(ニーズ)	栄養	口腔
	低栄養状態の取崩(<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高)	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態(<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 嚥下の汚染 <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) 嚥下(<input type="checkbox"/> 嚥下困難等)、嚥下(嚥下 <input type="checkbox"/> 不適合等)、嚥下(嚥下、口腔乾燥(嚥下 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()
長期目標・期間 (参加)	(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() 【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
短期目標・期間 (参加)	(心身機能) (活動) (参加)	<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、口腔清拭に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他() 【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
具体的な取り組み内容		<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、口腔清拭に関する指導 <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

<input type="checkbox"/> リハビリテーションプログラム(Ⅰ)の加算(A) <input type="checkbox"/> リハビリテーションプログラム(Ⅱ)の加算(A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> リハビリテーションプログラム(Ⅰ)の加算(B) <input type="checkbox"/> リハビリテーションプログラム(Ⅱ)の加算(B) <input type="checkbox"/> <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・栄養ケア(Ⅰ)の加算 <input type="checkbox"/> 栄養ケア(Ⅰ)の加算 <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)
---	---

生活機能チェックシート

ADL 状況・生活課題

栄養ケア計画書

低栄養状態のリスク
解決すべき課題(ニーズ)

口腔機能向上計画書

口腔衛生状態
口腔機能の状態
特記事項
記入者職種
目標
計画立案者
実施内容
サービス提供者

個別機能訓練(様式3)

機能訓練の長期目標
・心身機能 ・活動 ・参加
機能訓練の短期目標
・心身機能 ・活動 ・参加

プログラム
主な実施者
頻度
時間

特養
老健
医療院
定施設
グループホーム
通所介護
通所リハ
訪問リハ
小規模多機能
看護多機能
帳票内
入力項目数
271
LIFE
出力項目数
-
旧帳票
基本情報等
記録データ
271
から転記
からリンク
取込
転記
されない
0

事業所番号: _____ リハビリテーションアセスメントシート

記入者/印刷機: _____ 印刷機/印刷日時: _____

氏名: _____ 性別: _____ 年齢: _____ 職業: _____

事業所番号・区分・計画作成日

健康状態、経過

環境因子

社会参加の状況

リハビリテーション実施上の留意点

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終了の目安・時期

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

情報提供先

目標設定等支援・管理シート

目標生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

活動(基本動作、活動範囲など)

活動(ADL)

心身機能・構造

活動(IADL)

活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

リハビリテーション計画書

事業所番号・区分・計画作成日

健康状態、経過

環境因子

社会参加の状況

リハビリテーション実施上の留意点

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終了の目安・時期

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

情報提供先

目標設定等支援・管理シート

目標生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

活動(基本動作、活動範囲など)

活動(ADL)

心身機能・構造

活動(IADL)

活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

■情報提供先(介護歴ありの専業主婦、施設および有業の見込みについて記載する)

■社会参加の状況(過去実施していたものと継続について記載する)

■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

以下記載の事項の種類や支援頻りにこの計画書をお示し、F4にて変更をいたします。

情報提供先: 介護支援専門員 医師 地域福祉委員 他

- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

帳票内
入力項目数
62

LIFE
出力項目数
-

旧帳票
から転記
基本情報等
記録データ
取込

62

転記
されない

0

【個別機能訓練アセスメントシート】

作成日: 令和03年04月21日	前回作成日: 年 月 日	初回作成日: 年 月 日	
フリガナ 氏名	性別 (歳)	生 年 月 日 生 要介護度	計画作成者: 職種: その他
障害高齢者の日常生活自立度:		認知症高齢者の日常生活自立度:	

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変更等を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に関する最新の情報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。

個別機能訓練計画書

- 作成日/前回作成日/初回作成日
- 障害高齢者の日常生活自立度/認知症高齢者の日常生活自立度
- 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
- 利用者本人・家族等がサービス利用時間外に実施すること
- 特記事項
- 個別機能訓練実施による変化
- 個別機能訓練実施における課題とその要因



特養

老健

医療院

定施設

グループホーム

通所介護

通所リハ

訪問リハ

小規模多機能

看護多機能

帳票内
入力項目数
145

LIFE
出力項目数
-

旧帳票
基本情報等
145

記録データ
取込

転記
されない
0

口腔衛生管理加算の実施記録

氏名(フリガナ)		〔 〕	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日	年 月 日	生まれ	歳
要介護度・病名等			
かかりつけ歯科医	<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"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j)		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (発症日: 年 月 日 年 月 日 年 月 日)		
同一月内の訪問歯科衛生指導(医療従事者の実施の有無(注))	<input type="checkbox"/> あり()回 <input type="checkbox"/> なし		

※補正調整後の分類、誤嚥性肺炎の発症等について各施設毎施設と連携を取り進めるよう努めることとし、6月以内の発症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回以上請求された場合は、同一月内においては、介護報酬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	口腔衛生等の管理	介護職員への技術的助言等の内容
年月日	<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"/> 歯垢の清掃 <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	<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
年月日	<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"/> 歯垢の清掃 <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	<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
年月日	<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"/> 歯垢の清掃 <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	<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
年月日	<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"/> 歯垢の清掃 <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	<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
年月日	<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"/> 歯垢の清掃 <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	<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
年月日	<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"/> 歯垢の清掃 <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	<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

口腔衛生管理情報

- 病名
- かかりつけ歯科医
- 入れ歯の使用
- 食形態
- 誤嚥性肺炎の発症・罹患
- 同一月内の訪問歯科衛生指導

- 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(1回目～6回目)
 - ・ 実施日
 - ・ 口腔衛生等の管理
 - ・ 介護職員への技術的助言等の内容

- 4 その他の事項



- 特養
- 老健
- 医療院
- 定施設
- グループホーム
- 通所介護
- 通所リハ
- 訪問リハ
- 小規模多機能
- 看護多機能

帳票内
入力項目数
99

LIFE
出力項目数
-

旧帳票
から転記
基本情報等
99
記録データ
取込

転記
されない
0

口腔機能向上加算の実施記録

7957	氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	歳	
	種			要介護度			
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"/> 経口栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1) <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j)						
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり	発症日1:	年 月 日	発症日2:	年 月 日	発症日3:	年 月 日
	<input type="checkbox"/> なし	発症日4:	年 月 日	発症日5:	年 月 日		

※横下調査の分類。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	1回目	2回目	3回目
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
その他	[]	[]	[]
	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
実施年月日	4回目	5回目	6回目
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<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	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
その他	[]	[]	[]
	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施

2 その他特記事項

口腔機能向上計画書

- かかりつけ歯科医
- 入れ歯の使用
- 食形態等
- 誤嚥性肺炎の発症・罹患

- 3 実施記録(1回目～6回目)
 - ・ 実施年月日
 - ・ サービス提供者
 - ・ 口腔清掃、口腔清掃に関する指導
 - ・ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導
 - ・ 音声・言語機能に関する指導
 - ・ その他

- 4 その他特記事項



2021年4月14日に「LIFEの外部インターフェース項目に2つの情報を追加」というメールが届きました。



<追加するインタフェース>

- ①栄養ケア計画等情報 【FORM_0110_2021】
- ②NPI評価尺度情報 【FORM_8010_2021】

※LIFEでの取込開始可能な時期は 令和3年6月の予定(令和3年6月時点の情報を7月10日までに提出 から開始)
※2種類とも加算算定のための必須情報ではなく「任意」の取扱い

①栄養ケア計画等情報 に対応する様式は？

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」の以下様式になります。

- ・別紙様式4-2(栄養ケア・経口移行・経口維持計画書(施設)(様式例))
- ・別紙様式5-2「栄養ケア計画書(通所・居宅)(様式例)」

②NPI評価尺度情報 に対応する様式は？

加算の算定要件に紐づかないので、通知により様式は示されていません。
ただ、BPSDの評価尺度の様式例は存在しますので、厚生労働省に最新版と、
そのご提供について確認するようにいたします。



上記については、4月のバージョンアップには間に合わないため、対応見送りとさせていただきます。
対応時期・対応方法については、今後通知される情報をもとに検討致します。ご了承ください。