別添４－２

※様式は現状案

科学的介護推進に関する評価

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

氏名　　殿

障害高齢者の日常生活自立度：自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2
認知症高齢者の日常生活自立度：自立、Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、M

基本情報	保険者番号 被保険者番号	生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日
	事業所番号	性別　□男　□女
総論	既往歴〔前回の評価時より変化のあった場合は記載〕	
	服薬情報 1.薬剤名（　　）（　　/日）（処方期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日） 2.薬剤名（　　）（　　/日）（処方期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日） ・ ・ ・	
	同居家族等　□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	
	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←（監視下） （座れるが移れない）→　□５　□０ ・整容　□５　□０　□０ ・トイレ動作　□10　□５　□０ ・入浴　□５　□０　□０ ・平地歩行　□15　□10←（歩行器等） （車椅子操作が可能）→　□５　□０ ・階段昇降　□10　□５　□０ ・更衣　□10　□５　□０ ・排便コントロール　□10　□５　□０ ・排尿コントロール　□10　□５　□０	
	在宅復帰の有無等 □入所継続中 □退所（退所日：　　） □居宅　□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院 □医療機関入院　□死亡　□その他	

口腔・栄養	身長　（　　cm）	体重（　　kg）	低栄養状態のリスクレベル　□低　□中　□高
	栄養補給法 ・栄養補給法□経腸栄養法　□静脈栄養法 ・経口摂取　□完全　□一部 ・嚥下調整食の必要性□なし　□あり ・食事形態　□常食　□嚥下調整食（コード　□4　□3　□2-2　□2-1　□1j　□0t　□0j） ・とろみ　□薄い　□中間　□濃い		
	食事摂取量　全体（　　%）　主食（　　%）　副食（　　%）		
	必要栄養量　エネルギー（　　kcal）たんぱく質（　　g）		提供栄養量　エネルギー（　　kcal）たんぱく質（　　g）
	血清アルブミン値　□なし　□あり（　　(g/dl)）		褥瘡の有無　□なし　□あり
	口腔の健康状態 （施設系サービス） ・歯・入れ歯が汚れている　□はい　□いいえ ・歯が少ないのに入れ歯を使っていない　□はい　□いいえ ・むせやすい　□はい　□いいえ （通所系・居住系サービス） ・硬いものを避け柔らかいものばかり食べる　□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（※）　□なし　□あり（発症日：　　年　　月　　日）（発症日：　　年　　月　　日）		

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

【認知症任意項目含む】

認知症

認知症の診断
□なし　□あり（診断日　　年　　月　　日：□ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ病　□血管性認知症　□ﾚﾋﾞｰ小体病　□その他（　　））

DBD13（認知症の診断または疑いのある場合に記載）

	まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある
・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	□	□	□	□	□
・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	□	□	□	□	□
・特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	□	□	□	□	□
・昼間、寝てばかりいる	□	□	□	□	□
・やたらに歩きまわる	□	□	□	□	□
・同じ動作をいつまでも繰り返す	□	□	□	□	□
・口汚くののしる	□	□	□	□	□
・場違い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	□	□	□	□	□
・引き出しや箪笥の中身をみんな出してしまう	□	□	□	□	□

Vitality Index
・起床　□いつも定時に起床している　□起こさないと起床しないことがある　□自分から起床することはない
・意思疎通　□自分から挨拶する、話し掛ける　□挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる　□反応がない
・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、全く食べようとしない
・排せつ　□いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う　□時々、尿意便意を伝える　□排せつに全く関心がない
・リハビリ・活動□自らリハビリに向かう、活動を求める　□促されて向かう　□拒否、無関心

【認知症必須項目】

認知症

認知症の診断
□なし　□あり（診断日　　年　　月　　日：□ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ病　□血管性認知症　□ﾚﾋﾞｰ小体病　□その他（　　））

DBD13（認知症の診断または疑いのある場合に記載）

	まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある
・日常的な物事に関心を示さない	□	□	□	□	□
・特別な事情がないのに夜中起き出す	□	□	□	□	□
・特別な根拠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	□	□	□	□	□

Vitality Index　□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

別紙様式１

興味・関心チェックシート

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

別紙様式２

生活機能チェックシート

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

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

別紙様式３

【個別機能訓練計画書】

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

Ⅰ　利用者の基本情報　※別紙様式１・別紙様式２を別途活用すること。

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

健康状態・経過

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

※①～⑤に加えて、介護支援専門員から、居宅サービス計画上の利用者本人等の意向、総合的な支援方針等について確認すること。

Ⅱ　個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練の目標

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

個別機能訓練項目

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

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

プログラム立案者：

利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること	特記事項

Ⅲ　個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練の実施による変化	個別機能訓練実施における課題とその要因

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

（地域密着型）通所介護 ○○○　事業所No. 000000000 住所○○○　電話番号○○○	説明日：　令和　○　年　○　月　○　日 説明者：

（別紙様式２－１）

事業所番号＿＿＿＿＿＿＿＿　リハビリテーション計画書　□入院　□外来 ／ □訪問　□通所 ／ □入所　計画作成日：令和　年　月　日

氏名：　様　性別：男・女　生年月日：　年　月　日（　歳）　□要支援　□要介護

リハビリテーション担当医　担当　（□PT　□OT　□ST　□看護職員　□その他従事者（　））

■本人の希望（したい又はできるようになりたい生活の希望等）

■家族の希望（本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等）

■健康状態、経過

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

治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）：

合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等）：

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

目標設定等支援・管理シート：□あり　□なし　日常生活自立度：自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2　認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：自立、Ⅰ、Ⅱａ、Ⅱｂ、Ⅲａ、Ⅲｂ、Ⅳ、M

■心身機能・構造

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

■活動（基本動作、活動範囲など）

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

■活動（ADL）（※「している」状況について記載する）

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

■リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月）

（心身機能）

（活動）

（参加）

■リハビリテーションの長期目標

（心身機能）

（活動）

（参加）

■リハビリテーションの方針（今後3ヶ月間）

■本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）

■リハビリテーション実施上の留意点

（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）

■リハビリテーションの見通し・継続理由

■リハビリテーションの終了目安

（終了の目安となる時期：　ヶ月後　）

利用者・ご家族への説明：　令和＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

特記事項：

（別紙様式２－２）

計画作成日：令和　　年　　月　　日　～　見直し予定時期　　月　　頃

■環境因子（※課題ありの場合 ☑ 現状と将来の見込みについて記載する）

	課題	状況	
家族	□	□独居 □同居（　　）	
福祉用具等	□	□杖 □装具 □歩行器 □車いす □手すり □ベッド □ポータブルトイレ その他（　　）	□調整済 □未調整
住環境	□	□一戸建 □集合住宅：居住階（　　階） □階段 □エレベータ □玄関前の段差 □手すり（設置場所：　　） 食卓：□座卓 □テーブル・いす トイレ：□洋式 □和式 □ポータブルトイレ その他（　　）	□調整済 □改修中 □未調整
自宅周辺	□		
交通機関の利用	□	□無 □有（　　）	
サービスの利用	□		
その他	□		

■社会参加の状況（過去実施していたものと現状について記載する）

家庭内の役割の内容

余暇活動（内容および頻度）

社会地域活動（内容および頻度）

リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組

■活動（IADL）

アセスメント項目	リハ開始時	現状	特記事項	評価内容の記載方法
食事の用意				0：していない　1：まれにしている 2：週に1～2回　3：週に3回以上
食事の片付け				
洗濯				0：していない 1：まれにしている 2：週に1回未満 3：週に1回以上
掃除や整頓				
力仕事				
買物				
外出				
屋外歩行				
趣味				
交通手段の利用				
旅行				
庭仕事				0：していない　1：時々 2 定期的にしている　3：植替等もしている
家や車の手入れ				0：していない 1：電球の取替、ねじ止めなど 2：ペンキ塗り、模様替え、洗車 3：家の修理、車の整備
読書				0：読んでいない、1：まれに 2：月1回程、　3：月2回程
仕事				0：していない　1：週1～9時間 2 週10～29時間　3 週30時間以上
合計点数				

■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

■活動と参加において重要性の高い課題

■活動と参加に影響を及ぼす機能障害の課題

■活動と参加に影響を及ぼす機能障害以外の要因

■リハビリテーションサービス

□訪問・通所頻度（　　）□利用時間（　　）□送迎なし

No.	目標（解決すべき課題）	期間	担当職種	具体的支援内容　（何を目的に（～のために）～をする）	頻度	時間
					週　回	分／回
					週　回	分／回
					週　回	分／回
					週　回	分／回
					週　回	分／回
					週合計時間	

□他事業所の担当者と共有すべき事項	□介護支援専門員と共有すべき事項	□その他、共有すべき事項（　　）

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

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

（別紙様式３）

リハビリテーション会議録 （訪問・通所リハビリテーション）

利用者氏名　　作成年月日　　年　　月　　日

開催日　　年　　月　　日　開催場所　　開催時間　　：　～　　：　開催回数

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

（別紙様式4）

リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票

利用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿　　作成年月日　　年　　月　　日

チェック	プロセス	参加者及び内容	備考
□	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:　・　・　）	
□	【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	□同意　□変更・意見（　　）	
	【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	□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:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　） □（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　） □（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　） □（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）	
□	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:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　） □（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　） □（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　） □（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　） □（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付:　・　・　）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:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　） □（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）	
□	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:　・　・　）	
□	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

（別紙様式5）

生活行為向上リハビリテーション実施計画

利用者氏名　　殿

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

【支援内容の評価】

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

評価日 令和　　年　　月　　日　計画作成日 令和　　年　　月　　日

氏名　　殿　　男　女

明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　歳）

記入担当者名

褥瘡の有無

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

2.過去 なし あり（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（　　））

危険因子の評価	障害高齢者の日常生活自立度			J（1，2） A(1、2) B(1、2) C(1、2)	対処
	ADL の状況	入浴		自分で行っている　自分で行っていない	「自分で行っていない」、「あり」に１つ以上該当する場合、褥瘡ケア計画を立案し実施する。
		食事摂取		自分で行っている　自分で行っていない　対象外（※１）	
		更衣	上衣	自分で行っている　自分で行っていない	
			下衣	自分で行っている　自分で行っていない	
	基本動作	寝返り		自分で行っている　自分で行っていない	
		座位の保持		自分で行っている　自分で行っていない	
		座位での乗り移り		自分で行っている　自分で行っていない	
		立位の保持		自分で行っている　自分で行っていない	
	排せつの状況	尿失禁		なし　あり　対象外（※２）	
		便失禁		なし　あり　対象外（※３）	
		バルーンカテーテルの使用		なし　あり	
	過去３か月以内に褥瘡の既往があるか			なし　あり	

※１：経管栄養・経静脈栄養等の場合　　※２：バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合　　※３：人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価	深さ	d 0： 皮膚損傷・発赤なし d 1： 持続する発赤 d 2： 真皮までの損傷	D 3： 皮下組織までの損傷 D 4： 皮下組織を越える損傷 D 5： 関節腔、体腔に至る損傷 DDTI: 深部損傷褥瘡（DTI)疑い D U： 壊死組織で覆われ深さの判定が不能
	浸出液	e 0： なし e 1： 少量:毎日のドレッシング交換を要しない e 3： 中等量:1 日 1 回のドレッシング交換を要する	E 6： 多量:1 日 2 回以上のドレッシング交換を要する
	大きさ	s 0： 皮膚損傷なし s 3： 4 未満 s 6： 4 以上 16 未満 s 8： 16 以上 36 未満 s 9： 36 以上 64 未満 s 12： 64 以上 100 未満	S 15： 100 以上
	炎症/感染	i 0： 局所の炎症徴候なし i 1: 局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	I3C: 臨床的定着疑い（創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など） I 3： 局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など) I 9： 全身的影響あり(発熱など)
	肉芽組織	g 0: 創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡(DTI)疑いの場合 g 1： 良性肉芽が創面の 90%以上を占める g 3： 良性肉芽が創面の 50%以上 90%未満を占める	G 4： 良性肉芽が創面の 10%以上 50%未満を占める G 5： 良性肉芽が創面の 10%未満を占める G 6： 良性肉芽が全く形成されていない
	壊死組織	n 0： 壊死組織なし	N 3： 柔らかい壊死組織あり N 6： 硬く厚い密着した壊死組織あり
	ポケット	p 0： ポケットなし	P 6： 4 未満 P 9： 4 以上 16 未満 P 12：16 以上 36 未満 P 24：36 以上

※褥瘡の状態の評価については「改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント」(一般社団法人　日本褥瘡学会）を参照。

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

説明日　令和　　年　　月　　日

説明者氏名

排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

評価日 令和　　年　　月　　日　計画作成日 令和　　年　　月　　日

氏名　　殿　　男　女

明・大・昭・平　　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・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）
ポータブル トイレ 使用の有無	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）

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

排せつの状態に関する支援の必要性

あり　　なし

支援の必要性をありとした場合、以下を記載。

排せつに介護を要する要因

支援計画

説明日　令和　　年　　月　　日

説明者氏名

自立支援促進に関する評価・支援計画書

評価日 令和　　年　　月　　日　　計画作成日 令和　　年　　月　　日

氏名　　殿　　男　女

明・大・昭・平　　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（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については１.に記入）及び発症年月日

１.　　発症年月日　（昭和・平成・令和　　年　　月　　日頃 ）

２.　　発症年月日　（昭和・平成・令和　　年　　月　　日頃 ）

３.　　発症年月日　（昭和・平成・令和　　年　　月　　日頃 ）

（2）生活機能低下の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び治療内容〔前回より変化のあった事項について記入〕

（3）日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)　□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

・寝返り　□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←（監視下）	
（座るが移れない）→		□５	□０
・整容	□５	□０	□０
・トイレ動作	□10	□５	□０
・入浴	□５	□０	□０
・平地歩行	□15	□10←（歩行器等）	
（車椅子操作が可能）→		□５	□０
・階段昇降	□10	□５	□０
・更衣	□10	□５	□０
・排便コントロール	□10	□５	□０
・排尿コントロール	□10	□５	□０

（6）廃用性機能障害に対する自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果

□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（　　）

（※　利用者が日常生活の中で「できる ADL 動作」について評価して下さい。）

支援実績

離床・基本動作	ADL 動作	日々の過ごし方等	訓練時間
・離床 □あり　□なし １日あたり（　）時間 ・座位保持 □あり　□なし １日あたり（　）時間 （内訳） ベッド上（　）時間 車椅子（　）時間 普通の椅子（　）時間 その他（　）時間 ・立ち上がり □あり　□なし １日あたり（　）回	・食事 （自立・見守り・一部介助・全介助）※ □居室外（普通の椅子） □居室外（車椅子） □ベッドサイド □ベッド上　□その他 食事時間や嗜好への対応 □有　□無 ・排せつ（日中） （自立・見守り・一部介助・全介助）※ □居室外のトイレ □居室内のトイレ □ポータブル □おむつ　□その他 個人の排泄リズムへの対応 □有　□無 ・排せつ（夜間） （自立・見守り・一部介助・全介助）※ □居室外のトイレ □居室内のトイレ □ポータブル □おむつ　□その他 個人の排泄リズムへの対応 □有　□無 ・入浴 （自立・見守り・一部介助・全介助）※ □大浴槽　□個人浴槽 □機械浴槽　□清拭 １週間あたり（　）回 マンツーマン入浴ケア □有　□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 ・着替えの回数 １週間当たり（　）回 ・居場所作りの取組 □有　□無	・リハビリ専門職による訓練 □あり　□なし １週間あたり（　）時間 ・看護・介護職による訓練 □あり　□なし １週間あたり（　）時間 ・その他職種 □あり　□なし １週間あたり（　）時間

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

支援計画

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

説明日　令和　　年　　月　　日
説明者氏名

（別紙様式●）

薬剤変更等に係る情報提供書

令和　　年　　月　　日

医療機関名：

担当医：　　科　　殿

介護老人保健施設の名称：
住所：
電話番号：
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	氏名		男・女
者	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生（　　歳）	

傷病名		
＜入所時の処方＞	⇒	＜退所時の処方＞

＜検討した内容＞

＜変更・減薬・減量があった場合＞

変更・減薬・ 減量薬剤名１	変更・減薬・減量の別： 薬剤名：
変更・減薬・ 減量理由	１　有害事象の発現　　２ 有害事象の発現リスク ３　非薬物的対応　　４　肝機能・腎機能 ５　同系統薬の重複投与　　６　後発医薬品への切り替え ７　配合剤への切り替え　　８　服薬アドヒアランスの低下 ９　症状改善　　10　その他（　　）
変更・減薬・減量後の状態・関連情報等	

変更・減薬・ 減量薬剤名２	変更・減薬・減量の別： 薬剤名：
変更・減薬・ 減量理由	１　有害事象の発現　　２ 有害事象の発現リスク ３　非薬物的対応　　４　肝機能・腎機能 ５　同系統薬の重複投与　　６　後発医薬品への切り替え ７　配合剤への切り替え　　８　服薬アドヒアランスの低下 ９　症状改善　　10　その他（　　）
変更・減薬・減量後の状態・関連情報等	

＜追加処方があった場合＞

追加処方 薬剤名１	
処方経緯等	

栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング　（施設）　（様式例）

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

（以下は、入所（入院）者個々の状態に応じて作成。）

実施日（記入者名）		年　月　日（　　）	年　月　日（　　）	年　月　日（　　）	年　月　日（　　）
プロセス		★プルダウン[1]	★プルダウン[1]	★プルダウン[1]	★プルダウン[1]
低栄養状態のリスクレベル		□低　□ 中　□ 高	□低　□ 中　□ 高	□低　□ 中　□ 高	□低　□ 中　□ 高
低栄養状態のリスク（状況）	身長	cm	cm	cm	cm
	体重　/　BMI	kg　/　kg/㎡	kg　/　kg/㎡	kg　/　kg/㎡	kg　/　kg/㎡
	3%以上の体重減少率　kg/１ヶ月	□無　□有(　kg/　ヶ月)	□無　□有(　kg/　ヶ月)	□無　□有(　kg/　ヶ月)	□無　□有(　kg/　ヶ月)
	3%以上の体重減少率　kg/3ヶ月	□無　□有(　kg/　ヶ月)	□無　□有(　kg/　ヶ月)	□無　□有(　kg/　ヶ月)	□無　□有(　kg/　ヶ月)
	3%以上の体重減少率　kg/6ヶ月	□無　□有(　kg/　ヶ月)	□無　□有(　kg/　ヶ月)	□無　□有(　kg/　ヶ月)	□無　□有(　kg/　ヶ月)
	血清アルブミン値	□無　□有(　g/dl)	□無　□有(　g/dl)	□無　□有(　g/dl)	□無　□有(　g/dl)
	褥瘡	□無　□有	□無　□有	□無　□有	□無　□有
	栄養補給法	□経口のみ　□一部経口	□経口のみ　□一部経口	□経口のみ　□一部経口	□経口のみ　□一部経口
		□経腸栄養法　□静脈栄養法	□経腸栄養法　□静脈栄養法	□経腸栄養法　□静脈栄養法	□経腸栄養法　□静脈栄養法
	その他				
食生活状況等	栄養補給の状態　食事摂取量（割合）	%	%	%	%
	栄養補給の状態　主食の摂取量（割合）	主食　%	主食　%	主食　%	主食　%
	栄養補給の状態　主菜、副菜の摂取量（割合）	主菜　%　副菜　%	主菜　%　副菜　%	主菜　%　副菜　%	主菜　%　副菜　%
	栄養補給の状態　その他（補助食品など）				
	摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）
	提供栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）
	必要栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）
	嚥下調整食の必要性	□無　□有	□無　□有	□無　□有	□無　□有
	食事の形態（コード）	（コード：★プルダウン[2]　）	（コード：★プルダウン[2]　）	（コード：★プルダウン[2]　）	（コード：★プルダウン[2]　）
	とろみ	□薄い　□中間　□濃い	□薄い　□中間　□濃い	□薄い　□中間　□濃い	□薄い　□中間　□濃い
	食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態 嗜好、 薬剤影響食品、アレルギーなど）	□無　□有 （　　）	□無　□有 （　　）	□無　□有 （　　）	□無　□有 （　　）
	本人の意欲	★プルダウン[3]	★プルダウン[3]	★プルダウン[3]	★プルダウン[3]
	食欲・食事の満足感	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]
	食事に対する意識	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）	口腔関係　口腔関係	□□腔衛生　□摂食・嚥下	□□腔衛生　□摂食・嚥下	□□腔衛生　□摂食・嚥下	□□腔衛生　□摂食・嚥下
	口腔関係　安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□
	口腔関係　食事に集中することができない	□	□	□	□
	口腔関係　食事中に傾眠や意識混濁がある	□	□	□	□
	口腔関係　歯（義歯）のない状態で食事をしている	□	□	□	□
	口腔関係　食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□
	口腔関係　固形の食べ物を咀しゃく中にむせる	□	□	□	□
	口腔関係　食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	□	□	□	□
	口腔関係　水分でむせる	□	□	□	□
	口腔関係　食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□
	口腔関係　その他・気が付いた点				
	その他　褥瘡・生活機能関係 消化器官関係 水分関係 代謝関係 心理・精神・認知症関係 医薬品	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
特記事項					
総合評価		□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない
計画変更		□無　□有	□無　□有	□無　□有	□無　□有

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

※経口維持加算（Ⅱ）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

★プルダウン[1]　スクリーニング／アセスメント／モニタリング

★プルダウン[2]　常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類（4 、3、2-2、2-1、1j、0t、0j）

★プルダウン[3]　1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない

★プルダウン[4]　1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング　（通所・居宅）　（様式例）

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

（以下は、入所（入院）者個々の状態に応じて作成。）

実施日（記入者名）		年　月　日（　）	年　月　日（　）	年　月　日（　）	年　月　日（　）
プロセス		★プルダウン[1]	★プルダウン[1]	★プルダウン[1]	★プルダウン[1]
低栄養状態のリスクレベル		□低　□中　□高	□低　□中　□高	□低　□中　□高	□低　□中　□高
低栄養状態のリスク（状況）	身長	cm	cm	cm	cm
	体重　/　BMI	kg　/　kg/㎡	kg　/　kg/㎡	kg　/　kg/㎡	kg　/　kg/㎡
	3%以上の体重減少率　kg/1ヶ月	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）
	3%以上の体重減少率　kg/3ヶ月	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）
	3%以上の体重減少率　kg/6ヶ月	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）	□無　□有（　kg/　ヶ月）
	血清アルブミン値	□無　□有（　g/dl）	□無　□有（　g/dl）	□無　□有（　g/dl）	□無　□有（　g/dl）
	褥瘡	□無　□有	□無　□有	□無　□有	□無　□有
	栄養補給法	□経口のみ　□一部経口	□経口のみ　□一部経口	□経口のみ　□一部経口	□経口のみ　□一部経口
		□経腸栄養法　□静脈栄養法	□経腸栄養法　□静脈栄養法	□経腸栄養法　□静脈栄養法	□経腸栄養法　□静脈栄養法
	その他				
食生活状況等	栄養補給の状態　食事摂取量（割合）	%	%	%	%
	栄養補給の状態　主食の摂取量（割合）	主食　%	主食　%	主食　%	主食　%
	栄養補給の状態　主菜、副菜の摂取量（割合）	主菜　%　副菜　%	主菜　%　副菜　%	主菜　%　副菜　%	主菜　%　副菜　%
	栄養補給の状態　その他（補助食品など）				
	摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）
	提供栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）
	必要栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）	kcal（　kcal/kg）　g（　g/kg）
	嚥下調整食の必要性	□無　□有	□無　□有	□無　□有	□無　□有
	食事の形態（コード）	（コード：★プルダウン[2]　）	（コード：★プルダウン[2]　）	（コード：★プルダウン[2]　）	（コード：★プルダウン[2]　）
	とろみ	□薄い　□中間　□濃い	□薄い　□中間　□濃い	□薄い　□中間　□濃い	□薄い　□中間　□濃い
	食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態 嗜好、 薬剤影響食品、アレルギーなど）	□無　□有 （　）	□無　□有 （　）	□無　□有 （　）	□無　□有 （　）
	本人の意欲	★プルダウン[3]	★プルダウン[3]	★プルダウン[3]	★プルダウン[3]
	食欲・食事の満足感	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]
	食事に対する意識	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]	★プルダウン[4]
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）	口腔関係　口腔関係	□□腔衛生　□摂食・嚥下	□□腔衛生　□摂食・嚥下	□□腔衛生　□摂食・嚥下	□□腔衛生　□摂食・嚥下
	口腔関係　安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□
	口腔関係　食事に集中することができない	□	□	□	□
	口腔関係　食事中に傾眠や意識混濁がある	□	□	□	□
	口腔関係　歯（義歯）のない状態で食事をしている	□	□	□	□
	口腔関係　食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□
	口腔関係　固形の食べ物を咀しゃく中にむせる	□	□	□	□
	口腔関係　食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	□	□	□	□
	口腔関係　水分でむせる	□	□	□	□
	口腔関係　食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□
	口腔関係　その他・気が付いた点				
	その他	□褥瘡・生活機能関係 □消化器官関係 □水分関係 □代謝関係 □心理・精神・認知症関係 □医薬品	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□褥瘡（再掲）□生活機能低下 □嘔気・嘔吐　□下痢　□便秘 □浮腫　□脱水 □感染　□発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
	特記事項				
	総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない
	サービス継続の必要性　注）栄養改善加算算定の場合	□無　□有	□無　□有	□無　□有	□無　□有

★プルダウン[1]　スクリーニング／アセスメント／モニタリング

★プルダウン[2]　常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類（4 、3、2-2、2-1、1j、0t、0j）

★プルダウン[3]　1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない

★プルダウン[4]　1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

口腔衛生管理加算　様式

氏名（ふりがな）	
性別	□男　□女
生年月日	□明□大□昭　●年●月●日生まれ　●歳
要介護度・病名等	
かかりつけ歯科医	□あり　□なし
入れ歯の使用	□あり　□なし
食形態	□経口摂取（□常食　□嚥下調整食（□4　□3　□2－2　□2－1　□1ｊ　□0ｔ　□0ｊ））□経腸栄養　□静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	□あり　（発症日：令和●年●月●日）　□なし
同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）の実施の有無（注）	□あり（　　）回　　□なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。
※医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に３回以上算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

1　口腔に関する問題点（スクリーニング）

記入日：令和　年　月　日　記入者：

口腔に関する問題点（該当する項目をチェック）	□口腔衛生状態（□歯の汚れ　□義歯の汚れ　□舌苔　□口臭） □口腔機能の状態（□食べこぼし　□舌の動きが悪い　□むせ　□痰がらみ　□口腔乾燥）
	□歯数（　　）歯 □歯の問題（□う蝕、□歯の破折、□修復物脱離、□その他（　　）） □義歯の問題（□不適合、□破損、□その他（　　）） □歯周病　　□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：令和●年●月●日　記入者：

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

3　歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日：　令和●年●月●日　（記入者：　　）

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

4　その他の事項

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

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

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

1　スクリーニング、アセスメント、モニタリング

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

2　口腔機能改善管理計画　　作成日　：　令和●年●月●日

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

3　実施記録

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

4　その他特記事項