

各都道府県介護保険主管部（局） 御 中  
← 厚生労働省 老健局 老人保健課

## 介 護 保 険 最 新 情 報

### 今回の内容

- ①「科学的介護情報システム（LIFE）」の活用等について
- ②「科学的介護情報システム（LIFE）」の活用等について（その2）

計 102 枚（本紙を除く）

Vol.931

令和3年3月12日

厚生労働省老健局

老人保健課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線 3944,3945)  
FAX：03-3595-4010

事 務 連 絡  
令和3年2月19日

各都道府県介護保険主管課（室） 御中

厚生労働省老健局老人保健課

### 「科学的介護情報システム（LIFE）」の活用等について

介護保険行政の円滑な実施につきましては、日頃から御尽力賜り厚く御礼申し上げます。

厚生労働省では、平成28年度より通所・訪問リハビリテーションデータ収集システム（VISIT）、令和2年5月より高齢者の状態やケアの内容等データ収集システム（CHASE）を運用しており、令和3年4月1日より、これらの一体的な運用を開始するとともに、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、名称を「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence; LIFE ライフ）」（以下「LIFE」という。）とする予定です。

また、令和3年度介護報酬改定において、科学的に効果が裏付けられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供の推進を目的とし、LIFE を用いた厚生労働省へのデータ提出とフィードバックの活用による、PDCA サイクル・ケアの質の向上を図る取組を推進することとなりました。

つきましては、LIFE を用いた厚生労働省へのデータ提出等が要件となる加算及びLIFE の利用申請の方法等について下記のとおり整理しましたので、管内の市町村ならびに介護サービス事業所等へ周知をお願い致します。

### 記

#### 1．LIFE の活用等が算定要件に含まれる加算について

令和3年度介護報酬改定において、科学的介護推進加算を始めとし、LIFE の活用等が要件に含まれる加算が設けられます（別添1参照）。詳細な要件等については、今後、通知・事務連絡等でお知らせいたします。

#### 2．加算の算定に必要な対応等について

1の加算を算定するためには、LIFE へのデータ提出とフィードバック機能の活用によるPDCA サイクルの推進・ケアの向上を図ることが求められます（具体的なPDCA サイクルの推進等のイメージについては別添2を参照）。介護事業所等においては、具体的には、LIFE への 利用申請手続き、 データ入力及びフィードバック機能の利用が必要です。

利用申請手続きについて

LIFE は web システムであるため、インターネットに接続できる環境が必要です。ま

た、利用するためには、以下の web サイトから利用申請を行い、ID・パスワードの発行を受けることが必要です（LIFE の利用申請等の方法については、別添 3 を参照して下さい。）。

利用申請後、事業所にパスワード等が記載された圧着はがきが、簡易書留で送付されます。時期については、通常、毎月 25 日までに利用申請があったものについて、翌月の上旬にはがきが発送されます。なお、介護報酬改定の前後の利用申請については、随時 はがきの送付をする予定ですが、令和 3 年 4 月前半に LIFE の利用を開始する場合は、令和 3 年 3 月 25 日までに利用申請を行う必要がありますので、ご留意ください。

また、令和 3 年 3 月までに CHASE 又は VISIT のいずれかを利用している場合は、ご利用の ID・パスワードを 4 月以降、引き続き利用することができます。なお、CHASE 及び VISIT の両方を利用している場合は、4 月以降、CHASE の ID・パスワードを引き続き利用することができます（VISIT の ID・パスワードについては、CHASE の ID・パスワードに統一されます。）。両システムのデータ等は LIFE に引き継がれます。

- CHASE（LIFE）の利用申請の URL

<https://chase.mhlw.go.jp>

令和 3 年 4 月以降は、以下の URL に切り替わる予定です。

<https://life.mhlw.go.jp>

- CHASE の操作マニュアル等の web サイト

<https://chase.mhlw.go.jp/help>

令和 3 年 4 月以降は、以下の URL に切り替わる予定です。

<https://life.mhlw.go.jp/manual.html>

#### データ提出及びフィードバック機能の利用について

各加算の詳細な要件は、今後通知等でお示しをする予定ですが、別添 4 - 1 及び 4 - 2 の様式案のうち、原則として、自由記載の箇所を除く項目についてデータ提出をお願いする予定です。

なお、別添 4 - 2 では LIFE へのデータ入力とフィードバック機能の活用による PDCA サイクルの推進・ケアの向上を図ることが求められている加算に関連する様式一式を示しています。これらの様式の中で、LIFE へのデータ登録が加算算定に必要な様式については、別添 4 - 1 に示しています。

データ提出については、別添 5 に示すとおり、

- ・ LIFE の web サイトに直接データを入力し、様式作成とデータ提出を行う方法
- ・ 様式作成のために介護ソフトに入力したデータを、LIFE への CSV 連携により提出を行う方法

があります。

「科学的介護情報システム（LIFE）と介護ソフト間における CSV 連携の標準仕様につ

いて」(令和3年2月19日付厚生労働省老健局老人保健課事務連絡)により、LIFE と介護ソフト間における CSV 連携の標準仕様について、お示しをしたところですが、各介護ソフトの LIFE への対応の有無、対応方法、時期等は異なりますので、ご利用のソフトのベンダー等にお問い合わせください。

また、データ提出は、サービス提供月の翌月の 10 日(4 月サービス分は、5 月 10 日)までに行っていただく予定であり、そのデータの解析結果等のフィードバックについては、サービス提供月の翌月中に、LIFE の web サイトを通じて実施予定です(PDF 形式でダウンロードしていただく予定です)。詳細は追ってお示しますが、介護事業所等においては、解析結果等のフィードバックの活用による、PDCA サイクルとケアの質の向上を図る取組を行っていただく必要があります。

○ データ提出の期限について

X 月分の情報は、(X + 1) 月の 10 日までに LIFE の web サイトを通じて提出してください。

なお、排泄支援加算、褥瘡マネジメント加算及び栄養マネジメント強化加算については、介護ソフト導入等に時間を要する場合のデータ提出の期限等について、別途お示しする予定です。

○ LIFE に対応した介護ソフト導入等に対する補助について

様式の作成のために介護ソフトに入力したデータを、LIFE へのデータ連携により提出する場合は、介護ソフトの導入やアップデート等にあたり、ICT 導入支援事業(地域医療介護総合確保基金)等の利用が可能な場合があります。今般、都道府県に対して令和3年度の介護報酬改定にあわせた積極的な過年度執行の活用について依頼をしていますので、都道府県へお問い合わせください。(別添 6)

### 3. LIFE の機能全般に関するご質問について

ご質問は、「CHASE ヘルプデスク」にて受付しますので、下記の E-mail 宛にお問い合わせいただきますようお願いいたします。なお、新規申請に係るご質問のみ「利用申請ヘルプデスク」にて電話で受け付けることが可能ですが、介護報酬改定の前後は、電話が混み合うことが予想されますので、2 でご案内している CHASE の操作マニュアル等の web サイトをご覧くださいの上で、可能な限り E-mail でのお問い合わせにご協力ください。

**【CHASE ヘルプデスク 連絡先】**

E-mail : [chase@toshiba-sol.co.jp](mailto:chase@toshiba-sol.co.jp)

**【利用申請ヘルプデスク 連絡先】**

電話番号 : 042-340-8819( 平日 10:00 ~ 16:00、4 月以降は別番号に変更予定 )

E-mail : [chase@toshiba-sol.co.jp](mailto:chase@toshiba-sol.co.jp)

# LIFEの活用等が要件として含まれる加算一覧（施設・サービス別）

別添1

|                      | 科学的介護<br>推進加算<br>（Ⅰ）<br>科学的介護<br>推進加算<br>（Ⅱ） | 個別機能訓<br>練加算（Ⅱ） | ADL維持等<br>加算（Ⅰ）<br>ADL維持等<br>加算（Ⅱ） | リハビリテー<br>ションマネジ<br>メント計画書<br>情報加算 | 理学療法、<br>作業療法及<br>び言語聴覚<br>療法に係る<br>加算 | 褥瘡マネジ<br>メント加算<br>（Ⅰ）<br>褥瘡マネジ<br>メント加算<br>（Ⅱ） | 褥瘡対策指<br>導管理（Ⅱ） | 排せつ支援<br>加算（Ⅰ）<br>排せつ支援<br>加算（Ⅱ）<br>排せつ支援<br>加算（Ⅲ） | 自立支援促<br>進加算 | かかりつけ<br>医連携薬剤<br>調整加算 | 薬剤管理指<br>導 | 栄養マネジ<br>メント強化加<br>算 | 口腔衛生管<br>理加算（Ⅱ） |
|----------------------|----------------------------------------------|-----------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------|--------------|------------------------|------------|----------------------|-----------------|
| 介護老人福祉施設             | ○                                            | ○               | ○                                  |                                    |                                        | ○                                              |                 | ○                                                  | ○            |                        |            | ○                    | ○               |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | ○                                            | ○               | ○                                  |                                    |                                        | ○                                              |                 | ○                                                  | ○            |                        |            | ○                    | ○               |
| 介護老人保健施設             | ○                                            |                 |                                    | ○                                  |                                        | ○                                              |                 | ○                                                  | ○            | ○                      |            | ○                    | ○               |
| 介護医療院                | ○                                            |                 |                                    |                                    | ○                                      |                                                | ○               | ○                                                  | ○            |                        | ○          | ○                    | ○               |

|                     | 科学的介護推進<br>加算 | 個別機能訓練加<br>算（Ⅱ） | ADL維持等加算<br>（Ⅰ）<br>ADL維持等加算<br>（Ⅱ） | リハビリテーショ<br>ンマネジメント加<br>算（A）ロ<br>リハビリテーショ<br>ンマネジメント加<br>算（B）ロ | 褥瘡マネジメント<br>加算（Ⅰ）<br>褥瘡マネジメント<br>加算（Ⅱ） | 排せつ支援加算<br>（Ⅰ）<br>排せつ支援加算<br>（Ⅱ）<br>排せつ支援加算<br>（Ⅲ） | 栄養アセスメント<br>加算 | 口腔機能向上加<br>算（Ⅱ） |
|---------------------|---------------|-----------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| 通所介護                | ○             | ○               | ○                                  |                                                                |                                        |                                                    | ○              | ○               |
| 地域密着型通所介護           | ○             | ○               | ○                                  |                                                                |                                        |                                                    | ○              | ○               |
| 認知症対応型通所介護（予防含む）    | ○             | ○               | ○<br>（予防を除く）                       |                                                                |                                        |                                                    | ○              | ○               |
| 特定施設入居者生活介護（予防含む）   | ○             | ○               | ○<br>（予防を除く）                       |                                                                |                                        |                                                    |                |                 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護    | ○             | ○               | ○                                  |                                                                |                                        |                                                    |                |                 |
| 認知症対応型共同生活介護（予防を含む） | ○             |                 |                                    |                                                                |                                        |                                                    |                |                 |
| 小規模多機能型居宅介護（予防含む）   | ○             |                 |                                    |                                                                |                                        |                                                    |                |                 |
| 看護小規模多機能型居宅介護       | ○             |                 |                                    |                                                                | ○                                      | ○                                                  | ○              | ○               |
| 通所リハビリテーション（予防含む）   | ○             |                 |                                    | ○<br>（予防を除く）                                                   |                                        |                                                    | ○              | ○               |
| 訪問リハビリテーション         |               |                 |                                    | ○<br>（予防を除く）                                                   |                                        |                                                    |                |                 |

# 令和3年度介護報酬改定における 改定事項について （LIFE関係抜粋）

本資料は改定事項の概要をお示しするものであり、算定要件等は主なものを掲載しています。  
詳細については、関連の告示等を御確認ください。

## 2.(3)⑫ 介護医療院の薬剤管理指導の見直し

### 概要

【介護医療院】

- 介護医療院の薬剤管理指導について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを新たに評価する。【告示改正】

### 単位数

|                                           |   |                                                        |
|-------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------|
| <p>＜現行＞<br/>薬剤管理指導 350単位／回（週1回、月4回まで）</p> | ⇒ | <p>＜改定後＞<br/>変更なし<br/>20単位／月（新設）<br/>※1月の最初の算定時に加算</p> |
|-------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------|

### 算定要件等

- 次に掲げる要件を満たす場合、同月の最初の薬剤管理指導算定時に限り加算。
  - ・ 入所者の服薬情報等を厚生労働省に提出し、処方にあたって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること

### 3.(1)② リハビリテーションマネジメント加算の見直し①

#### 概要

【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

- 自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、リハビリテーションマネジメント加算について以下の見直しを行う。
  - ・ 報酬体系の簡素化と事務負担軽減の観点から、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）及び介護予防のリハビリテーションマネジメント加算は廃止し、同加算の算定要件は基本報酬の算定要件とし、基本報酬で評価を行う。【告示改正】
  - ・ 訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの評価の整合性を図る観点から、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）の評価の見直しを行う。【告示改正】
  - ・ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）を廃止。定期的なリハビリテーション会議によるリハビリテーション計画の見直しが要件とされるリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）・（Ⅲ）において、事業所がCHASE・VISITへデータを提出しフィードバックを受けPDCAサイクルを推進することを評価する。【告示改正】
  - ・ CHASE・VISITへの入力負担の軽減やフィードバックにより適するデータを優先的に収集する観点から、リハビリテーション計画書の項目について、データ提供する場合の必須項目と任意項目を設定する。【通知改正】
  - ・ リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の一つである「定期的な会議の開催」について、利用者の了解を得た上で、テレビ会議等の対面を伴わない方法により開催することを可能とする。【通知改正】

### 3.(1)② リハビリテーションマネジメント加算の見直し②

#### 単位数

#### 【訪問リハビリテーション】

< 現行 >

リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅰ) 230単位/月

⇒

< 改定後 >

廃止

リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ  
180単位/月

リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅱ) 280単位/月

⇒

リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ  
213単位/月 (新設)

リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅲ) 320単位/月

⇒

リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ  
450単位/月  
リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ  
483単位/月

リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅳ) 420単位/月

⇒

廃止 (加算 (B) ロに組み替え)

(介護予防)

リハビリテーションマネジメント加算 230単位/月

⇒

廃止

### 3.(1)② リハビリテーションマネジメント加算の見直し③

| 単位数                                                                                      |                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>【通所リハビリテーション】</b>                                                                     |                                                                                                                                                                 |
| < 現行 >                                                                                   | < 改定後 >                                                                                                                                                         |
| リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅰ) 330単位/月                                                            | ⇒ 廃止                                                                                                                                                            |
| リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅱ)<br>同意日の属する月から6月以内 850単位/月<br>同意日の属する月から6月超 530単位/月                 | ⇒ リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ<br>同意日の属する月から6月以内 560単位/月<br>同意日の属する月から6月超 240単位/月<br>リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ (新設)<br>同意日の属する月から6月以内 593単位/月<br>同意日の属する月から6月超 273単位/月 |
| リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅲ)<br>同意日の属する月から6月以内 1,120単位/月<br>同意日の属する月から6月超 800単位/月               | ⇒ リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ<br>同意日の属する月から6月以内 830単位/月<br>同意日の属する月から6月超 510単位/月<br>リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ<br>同意日の属する月から6月以内 863単位/月<br>同意日の属する月から6月超 543単位/月      |
| リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅳ)<br>同意日の属する月から6月以内 1,220単位/月<br>同意日の属する月から6月超 900単位/月<br>(3月に1回を限度) | ⇒ 廃止 (加算 (B) ロに組み替え)                                                                                                                                            |
| (介護予防)                                                                                   |                                                                                                                                                                 |
| リハビリテーションマネジメント加算 330単位/月                                                                | ⇒ 廃止                                                                                                                                                            |

### 3.(1)② リハビリテーションマネジメント加算の見直し④

#### 算定要件等

##### 【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

##### ○リハビリテーションマネジメント加算の要件について

##### <リハビリテーション加算（A）イ>

- ・ 現行のリハビリテーション加算（Ⅱ）と同要件を設定

##### <リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ>

- ・ リハビリテーション加算（A）イの要件に加え、利用者毎のリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

##### <リハビリテーションマネジメント加算（B）イ>

- ・ 現行のリハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）と同要件を設定

##### <リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ>

- ・ 現行のリハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）と同要件を設定

##### ○CHASE・VISITへのデータ提供の内容について

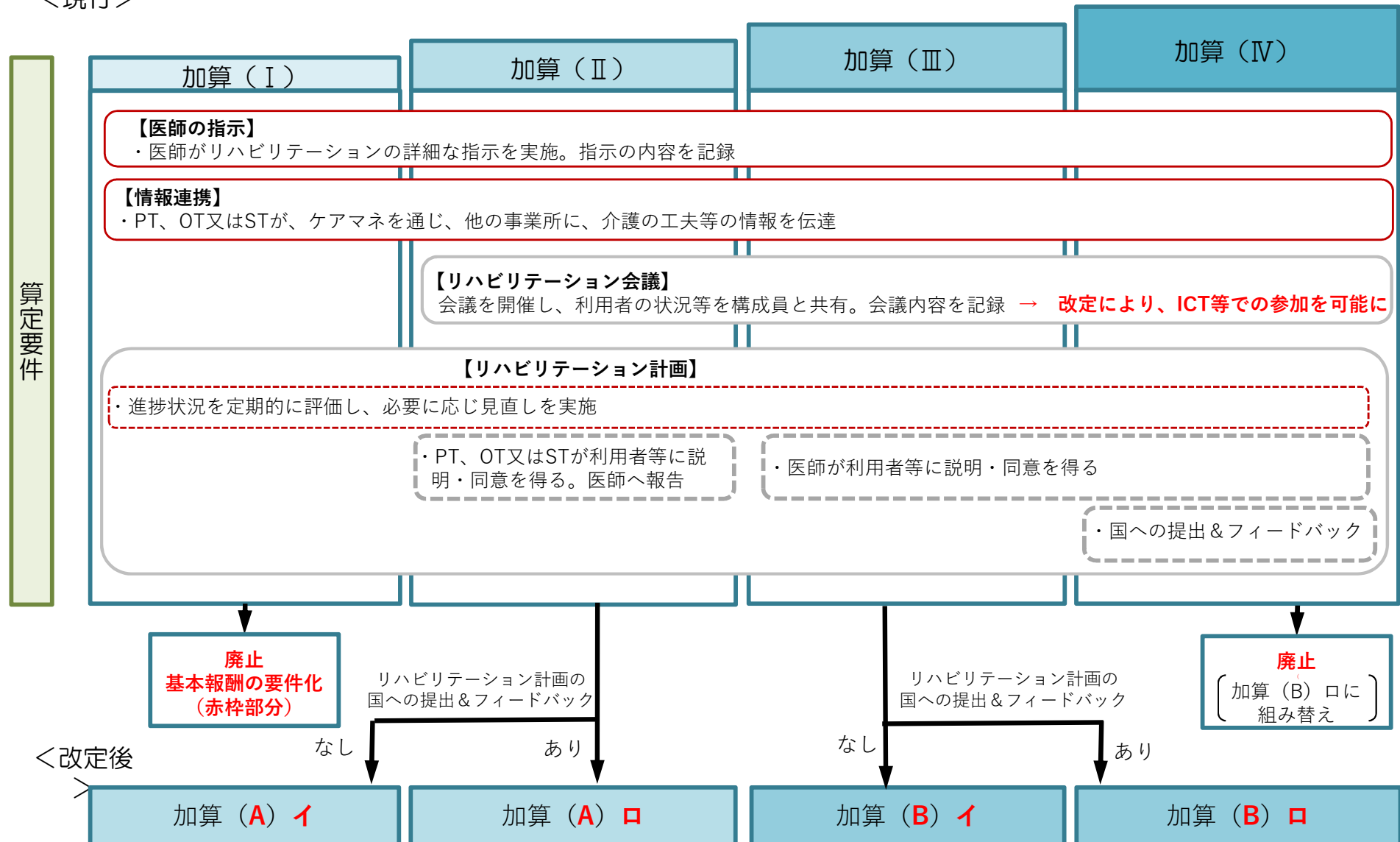
CHASE・VISITへの入力負担の軽減及びフィードバックにより適するデータを優先的に収集する観点から、リハビリテーション計画書の項目について、データ提出する場合の必須項目と任意項目を設定。

##### ○リハビリテーション会議の開催について

リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の一つである「定期的な会議の開催」について、利用者の了解を得た上で、テレビ会議等の対面を伴わない方法により開催することを可能とする。

# 訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の見直しイメージ

<現行>



### 3.(1)③ リハビリテーションマネジメント等の見直し

#### 概要

【介護老人保健施設、介護医療院】

- 介護老人保健施設（リハビリテーションマネジメント）及び介護医療院（特別診療費（理学療法・作業療法・言語聴覚療法）について、自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、訪問リハビリテーション等と同様に、CHASE・VISITへリハビリテーションのデータを提出しフィードバックを受けてPDCAサイクルを推進することを評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

#### 単位数

<現行>  
なし

<改定後>

⇒ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（老健） 33単位／月（新設）  
理学療法、作業療法又は言語聴覚療法に係る加算（医療院） 33単位／月（新設）

#### 算定要件等

- 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同し、リハビリテーション実施計画を入所者又はその家族等に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理していること。
- 入所者ごとのリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

### 3.(1)⑨ 通所介護における個別機能訓練加算の見直し

| 概要                                                                                                                                                            |                                                                                                          | 【通所介護、地域密着型通所介護】                                                                                                                                                    |       |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------|
| ○ 通所介護・地域密着型通所介護における個別機能訓練加算について、より利用者の自立支援等に資する個別機能訓練の提供を促進する観点から、加算の取得状況や加算を取得した事業所の機能訓練の実施状況等を踏まえ、従来の個別機能訓練加算（Ⅰ）と個別機能訓練加算（Ⅱ）を統合し、人員配置基準等算定要件の見直しを行う。【告示改正】 |                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |       |                                |
| 単位数                                                                                                                                                           |                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |       |                                |
| <div>&lt;現行&gt;</div> <div>個別機能訓練加算（Ⅰ）46単位／日</div> <div>個別機能訓練加算（Ⅱ）56単位／日</div>                                                                               |                                                                                                          | <div>&lt;改定後&gt;</div> <div>個別機能訓練加算（Ⅰ）イ56単位／日</div> <div>個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ85単位／日</div> <div>個別機能訓練加算（Ⅱ）20単位／月（新設）</div> <div>※イとロは併算定不可</div> <div>※加算（Ⅰ）に上乘せして算定</div> |       |                                |
| 算定要件等                                                                                                                                                         |                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |       |                                |
| ニーズ把握・情報収集                                                                                                                                                    | 通所介護・地域密着型通所介護事業所の機能訓練指導員等が、利用者の居宅を訪問し、ニーズを把握するとともに、居宅での生活状況を確認。                                         |                                                                                                                                                                     |       |                                |
| 機能訓練指導員の配置                                                                                                                                                    | (Ⅰ) イ                                                                                                    | 専従 1 名以上配置<br>(配置時間の定めなし)                                                                                                                                           | (Ⅰ) ロ | 専従 1 名以上配置<br>(サービス提供時間帯通じて配置) |
| ※人員欠如減算・定員超過減算を算定している場合は、個別機能訓練加算を算定しない。<br>※イは運営基準上配置を求めている機能訓練指導員により満たすこととして差し支えない。ロはイに加えて専従で 1 名以上配置する。                                                    |                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |       |                                |
| 計画作成                                                                                                                                                          | 居宅訪問で把握したニーズと居宅での生活状況を参考に、多職種共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成。                                                   |                                                                                                                                                                     |       |                                |
| 機能訓練項目                                                                                                                                                        | 利用者の心身の状況に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練項目を柔軟に設定。<br>訓練項目は複数種類準備し、その選択に当たっては利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助する。       |                                                                                                                                                                     |       |                                |
| 訓練の対象者                                                                                                                                                        | 5 人程度以下の小集団又は個別                                                                                          |                                                                                                                                                                     |       |                                |
| 訓練の実施者                                                                                                                                                        | 機能訓練指導員が直接実施（介護職員等が訓練の補助を行うことは妨げない）                                                                      |                                                                                                                                                                     |       |                                |
| 進捗状況の評価                                                                                                                                                       | 3 ヶ月に 1 回以上実施し、利用者の居宅を訪問した上で、居宅での生活状況を確認するとともに、当該利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行う。 |                                                                                                                                                                     |       |                                |

<加算(Ⅱ)>加算(Ⅰ)に加えて、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けていること（CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用）

### 3.(1)⑫ 介護付きホームにおける個別機能訓練加算の見直し

#### 概要

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護】

- (地域密着型)特定施設入居者生活介護（予防含む）における個別機能訓練加算について、より利用者の自立支援等に資する個別機能訓練の提供を促進する観点から、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

#### 単位数

|          |        |                        |
|----------|--------|------------------------|
| < 現行 >   |        | < 改定後 >                |
| 個別機能訓練加算 | 12単位／日 | ⇒ 個別機能訓練加算（Ⅰ） 12単位／日   |
|          |        | 個別機能訓練加算（Ⅱ） 20単位／月（新設） |
|          |        | ※（Ⅰ）と（Ⅱ）は併算可。          |

#### 算定要件等

< 個別機能訓練加算（Ⅱ） >

- 個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している利用者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること。

### 3.(1)⑬ 特別養護老人ホームにおける個別機能訓練加算の見直し

#### 概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

- （地域密着型）介護老人福祉施設における個別機能訓練加算について、より利用者の自立支援等に資する個別機能訓練の提供を促進する観点から、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

#### 単位数

|          |        |                        |
|----------|--------|------------------------|
| < 現行 >   |        | < 改定後 >                |
| 個別機能訓練加算 | 12単位／日 | ⇒ 個別機能訓練加算（Ⅰ） 12単位／日   |
|          |        | 個別機能訓練加算（Ⅱ） 20単位／月（新設） |
|          |        | ※（Ⅰ）と（Ⅱ）は併算可。          |

#### 算定要件等

< 個別機能訓練加算（Ⅱ） >

- 個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している入所者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること。

### 3.(1)⑭ 施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化

#### 概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設（一部除く）、介護医療院】

- 施設系サービスにおいて口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を更に充実させるため、口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、3年の経過措置期間を設け、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うことを求める。【省令改正、告示改正】
- 口腔衛生管理加算について、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

#### 単位数

| < 現行 >     |        | < 改定後 > |                                                             |
|------------|--------|---------|-------------------------------------------------------------|
| 口腔衛生管理体制加算 | 30単位/月 | ⇒       | 廃止                                                          |
| 口腔衛生管理加算   | 90単位/月 | ⇒       | 口腔衛生管理加算（Ⅰ）90単位/月（現行の口腔衛生管理加算と同じ）<br>口腔衛生管理加算（Ⅱ）110単位/月（新設） |

#### 基準・算定要件

< 運営基準（省令） >（※3年の経過措置期間を設ける）

- ・ 「入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない」ことを規定。
- ※ 「計画的に」とは、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施することとする。

< 口腔衛生管理加算（Ⅱ） >

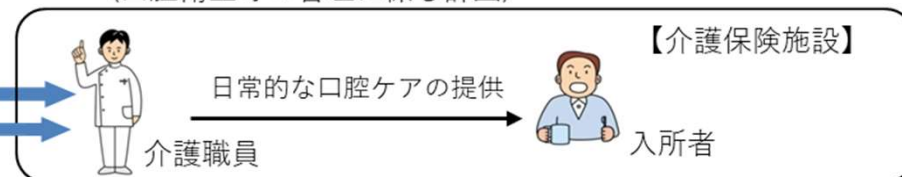
- ・ 加算（Ⅰ）の要件に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

< 運営基準等における対応 >



技術的助言・指導  
(年2回以上)

< 口腔衛生等の管理に係る計画 >



### 3.(1)⑮ 施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実

#### 概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設（一部除く）、介護医療院】

- 介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの取組を一層強化する観点から、栄養マネジメント加算等の見直しを行う。【省令改正、告示改正】

#### 単位数

|            |         |       |                                                 |
|------------|---------|-------|-------------------------------------------------|
| <現行>       |         | <改定後> |                                                 |
| 栄養マネジメント加算 | 14単位／日  | ⇒     | 廃止                                              |
|            |         |       | 栄養ケア・マネジメントの未実施 14単位／日減算（新設）<br>（3年の経過措置期間を設ける） |
| なし         |         | ⇒     | 栄養マネジメント強化加算 11単位／日（新設）                         |
| 低栄養リスク改善加算 | 300単位／月 | ⇒     | 廃止                                              |
| 経口維持加算     | 400単位／月 | ⇒     | 変更なし                                            |

#### 基準・算定要件等

##### <運営基準（省令）>

- （現行）栄養士を1以上配置 → （改定後）栄養士又は管理栄養士を1以上配置。
- 栄養マネジメント加算の要件を包括化することを踏まえ、「入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない」ことを規定。（3年の経過措置期間を設ける）

##### <栄養マネジメント強化加算>

- 管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50（施設に常勤栄養士を1人以上配置し、給食管理を行っている場合は70）で除して得た数以上配置すること
- 低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した、栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること
- 低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること
- 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

##### <経口維持加算>

- 原則6月とする算定期間の要件を廃止する

### 3. (1)⑪ 通所系サービス等における口腔機能向上の取組の充実

#### 概要

【通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★】

- 通所・居住系等のサービスについて、利用者の口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理等を行うことにより、口腔機能低下の重症化等の予防、維持、回復等につなげる観点から、介護職員等が実施可能な口腔スクリーニングを評価する加算を創設する。その際、栄養スクリーニング加算による取組・評価と一体的に行う。【告示改正】
- 口腔機能向上加算について、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

#### 単位数

| < 現行 >             | < 改定後 >                                                                                                             |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 栄養スクリーニング加算 5 単位／回 | ⇒ 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) 20 単位／回 (新設)<br>口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) 5 単位／回 (新設) (※6月に1回を限度)                                     |
| 口腔機能向上加算 150 単位／回  | ⇒ 口腔機能向上加算 (Ⅰ) 150 単位／回 (現行の口腔機能向上加算と同様)<br>口腔機能向上加算 (Ⅱ) 160 単位／回 (新設) (※原則 3 月以内、月 2 回を限度)<br>(※ (Ⅰ) と (Ⅱ) は併算定不可) |

#### 算定要件等

##### < 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) >

- 介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること (※栄養アセスメント加算、栄養改善加算及び口腔機能向上加算との併算定不可)

##### < 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ) >

- 利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること (※栄養アセスメント加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定しており加算 (Ⅰ) を算定できない場合にのみ算定可能)

##### < 口腔機能向上加算 (Ⅱ) >

- 口腔機能向上加算 (Ⅰ) の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること

### 3.(1)⑱ 通所系サービス等における栄養ケア・マネジメントの充実

#### 概要

【通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、看護小規模多機能型居宅介護】

- 通所系サービス等について、栄養改善が必要な者を的確に把握し、適切なサービスにつなげていく観点から、見直しを行う。【告示改正、通知改正】

#### 単位数

|                |   |                                 |                  |
|----------------|---|---------------------------------|------------------|
|                |   | ※ 通所系サービスに加え看護小規模多機能型居宅介護も対象とする |                  |
| <現行><br>なし     | ⇒ | <改定後><br>栄養アセスメント加算             | 50単位／月（新設）       |
| 栄養改善加算 150単位／回 | ⇒ | 栄養改善加算 200単位／回                  | （※原則3月以内、月2回を限度） |

#### 算定要件等

- <栄養アセスメント加算> ※口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）及び栄養改善加算との併算定は不可
- 当該事業所の従業者として又は外部（※）との連携により管理栄養士を1名以上配置していること
  - 利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること
  - 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- ※ 他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。
- <栄養改善加算>
- 栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じ居宅を訪問することを新たに求める。

### 3.(2)① CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進①

#### 概要

#### 【全サービス★】

- 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進し、介護サービスの質の向上を図る観点から、以下の見直しを行う。
  - ア 施設系サービス、通所系サービス、居住系サービス、多機能系サービスについて、CHASEの収集項目の各領域（総論（ADL）、栄養、口腔・嚥下、認知症）について、事業所の全ての利用者に係るデータを横断的にCHASEに提出してフィードバックを受け、それに基づき事業所の特性やケアの在り方等を検証し、利用者のケアプランや計画への反映、事業所単位でのPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上の取組を評価する加算を創設する。  
その際、詳細な既往歴や服薬情報、家族の情報等より精度の高いフィードバックを受けることができる項目を提出・活用した場合には、更なる評価を行う区分を設定する。【告示改正】  
※ 提出・活用するデータについては、サービスごとの特性や事業所の入力負担等を勘案した項目を設定。
  - イ CHASEの収集項目に関連する加算等において、利用者ごとの計画書の作成とそれに基づくPDCAサイクルの取組に加えて、データ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を図ることを評価・推進する。【告示改正】  
※ 認知症対応型通所介護について記載。このほか、通所介護や特別養護老人ホーム等の個別機能訓練加算における新たな区分の創設や、リハビリ、栄養関係の加算における要件化を実施。
  - ウ 介護関連データの収集・活用及びPDCAサイクルによる科学的介護を推進していく観点から、全てのサービス（居宅介護支援を除く）について、CHASE・VISITを活用した計画の作成や事業所単位でのPDCAサイクルの推進、ケアの質の向上の取組を推奨する。居宅介護支援については、各利用者のデータ及びフィードバック情報のケアマネジメントへの活用を推奨する。【省令改正】 **R3.1.13諮問・答申済**

※ 令和3年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を用いる予定。

**科学的介護情報システム**（Long-term care Information system For Evidence ; LIFE ライフ）

### 3. (2)① CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進②

#### 単位数（ア・イ）

|                                                                         |                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ア &lt;現行&gt;<br/>・施設系サービス<br/>なし</p> <p>・通所系・居住系・多機能系サービス<br/>なし</p> | <p>&lt;改定後&gt;</p> <p>⇒ 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 40単位／月 (新設)<br/>科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 60単位／月 (新設)<br/>(※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は50単位/月)</p> <p>⇒ 科学的介護推進体制加算 40単位 (新設)</p> |
| <p>イ &lt;現行&gt;<br/>・認知症対応型通所介護<br/>個別機能訓練加算 27単位／日</p>                 | <p>&lt;改定後&gt;</p> <p>⇒ 個別機能訓練加算(Ⅰ) 27単位／日 (現行と同じ)<br/>個別機能訓練加算(Ⅱ) 20単位／月 (新設)<br/>※(Ⅰ)・(Ⅱ)は併算定可。</p>                                                            |

#### 算定要件等（ア・イ）

- ア <科学的介護推進体制加算>  
○ 加算の対象は以下とする。

|                  |                                                                                                                                        |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設系サービス          | 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院                                                                                           |
| 通所系・居住系・多機能系サービス | 通所介護、通所リハビリテーション(※)、認知症対応型通所介護(※)、地域密着型通所介護、特定施設入居者生活介護(※)、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護(※)、小規模多機能型居宅介護(※)、看護小規模多機能型居宅介護<br>※予防サービスを含む |

- 以下のいずれの要件も満たすことを求める。
- ・ 入所者・利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報（科学的介護推進体制加算（Ⅱ）では、加えて疾病の状況や服薬情報等の情報）を、厚生労働省に提出していること。  
※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設については服薬情報の提出を求めない。
  - ・ 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

- イ <個別機能訓練加算(Ⅱ)（認知症対応型通所介護）>

- 個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している利用者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合。

### 3.(2)① CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進③

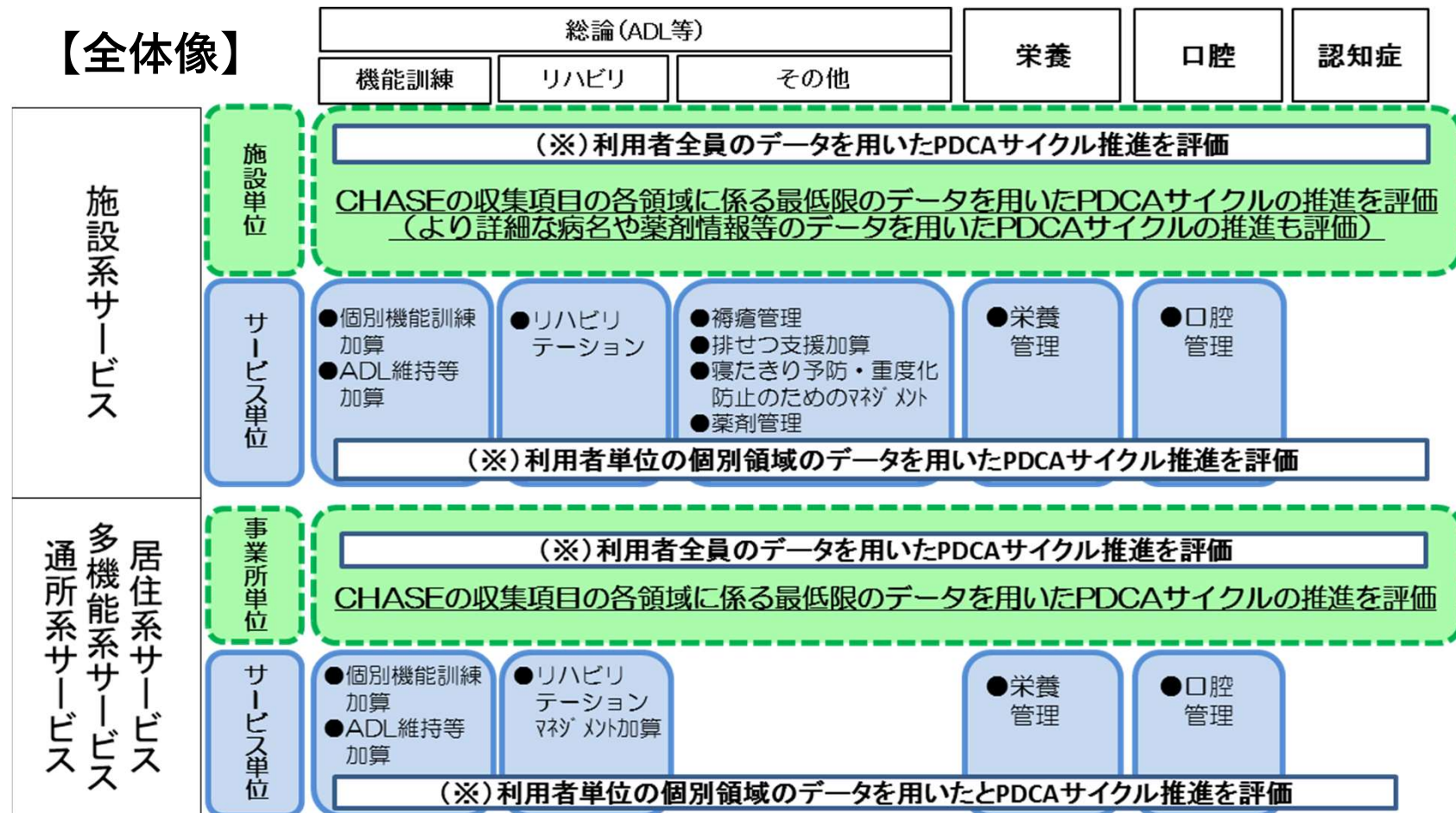
#### 基準（ウ）

<運営基準（省令）>

○ サービス毎に、以下を規定。（訪問介護の例）

指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供するに当たっては、法第百十八条の二第一項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に実施しなければならない。

#### 【全体像】



(※ 加算等による評価の有無に関わらず、すべてのサービスにおいてCHASEによるデータの利活用を進める。)

### 3.(2)④ ADL維持等加算の見直し①

#### 概要

【通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

- ADL維持等加算について、自立支援・重度化防止に向けた取組を一層推進する観点から、以下の見直しを行う。  
【告示改正】
- ・ 通所介護に加えて、認知症対応型通所介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を対象とする。
- ・ クリームスキミングを防止する観点や、現状の取得状況や課題を踏まえ、算定要件について、以下の見直しを行う。
  - － 5時間以上が5時間未満の算定回数を上回る利用者の総数を20名以上とする条件について、利用時間の要件を廃止するとともに、利用者の総数の要件を10名以上に緩和する。
  - － 評価対象期間の最初の月における要介護度3～5の利用者が15%以上、初回の要介護認定月から起算して12月以内の者が15%以下とする要件を廃止。
  - － 初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得たADL利得（調整済ADL利得）の平均が1以上の場合に算定可能とする。
  - － CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを求める。
- ※ ADL利得の提出率を9割以上としていた要件について、評価可能な者について原則全員のADL利得を提出を求めつつ、調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者をその平均の計算から除外する。また、リハビリテーションサービスを併用している者については、加算取得事業者がリハビリテーションサービスの提供事業者と連携して機能訓練を実施している場合に限り、調整済ADL利得の計算の対象にする。
- ※ 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護において、利用者の調整済ADL利得を算出する場合は、さらに一定の値を付加するものとする。
- ・ より自立支援等に効果的な取組を行い、利用者のADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価する新たな区分を設ける。

#### 単位数

< 現行 >

ADL維持等加算(Ⅰ) 3単位/月

ADL維持等加算(Ⅱ) 6単位/月

< 改定後 >

⇒ ADL維持等加算(Ⅰ) 30単位/月 (新設)

ADL維持等加算(Ⅱ) 60単位/月 (新設)

※ (Ⅰ)・(Ⅱ)は併算定不可。現行算定している事業所等に対する経過措置を設定。

### 3.(2)④ ADL維持等加算の見直し②

#### 算定要件等

< ADL維持等加算(Ⅰ) >

- 以下の要件を満たすこと
  - イ 利用者等(当該施設等の評価対象利用期間が6月を超える者)の総数が10人以上であること。
  - ロ 利用者等全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月)において、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること。
  - ハ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値(調整済ADL利得)について、利用者等から調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者を除いた者を評価対象利用者等とし、評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上であること。

< ADL維持等加算(Ⅱ) >

- ADL維持等加算(Ⅰ)のイとロの要件を満たすこと。
- 評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が2以上であること。

### 3.(3)① 寝たきり予防・重度化防止のためのマネジメントの推進

#### 概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 介護保険施設において、入所者の尊厳の保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきりの防止等の観点から、医師の関与の下、リハビリテーション・機能訓練、介護等を行う取組を推進するため、
  - ・ 定期的に全ての入所者に対する医学的評価と、それに基づくリハビリテーションや日々の過ごし方等についてのアセスメントを実施するとともに、
  - ・ 介護支援専門員やその他の介護職員が、日々の生活において適切なケアを実施するための計画を策定し、日々のケア等を行う取組を評価する加算を創設する。【告示改正】
- その際、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを求める。【告示改正】

#### 単位数

<現行>  
なし

⇒ <改定後>  
自立支援促進加算

300単位／月（新設）

#### 算定要件等

- 以下の要件を満たすこと。
  - イ 医師が入所者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行うとともに、少なくとも六月に一回、医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加していること。
  - ロ イの医学的評価の結果、特に自立支援のための対応が必要であるとされた者毎に、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員、その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。
  - ハ イの医学的評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに支援計画を見直していること。
- 二 イの医学的評価の結果等を厚生労働省に提出し、当該情報その他自立支援促進の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

### 3.(3)② 褥瘡マネジメント加算等の見直し①

#### 概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院、看護小規模多機能型居宅介護】

- 褥瘡マネジメント加算（介護医療院は褥瘡対策指導管理）について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、以下の見直しを行う。【告示改正】
- ・ 計画の見直しを含めた施設の継続的な取組を評価する観点から、毎月の算定を可能とする（介護医療院を除く）。
  - ・ 現行の褥瘡管理の取組（プロセス）への評価に加え、褥瘡の発生予防や状態改善等（アウトカム）について評価を行う新たな区分を設ける。その際、褥瘡の定義や評価指標について、統一的に評価することが可能なものを用いる。
  - ・ CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを求める。

#### 単位数

※看護小規模多機能型居宅介護を対象に加える。

<現行>

褥瘡マネジメント加算 10単位／月 ⇒  
(3月に1回を限度とする)

<改定後>

褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) 3単位／月 (新設)  
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) 13単位／月 (新設)

※ 加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算不可。現行の加算を算定する事業所への経過措置を設定

<現行>

褥瘡対策指導管理 6単位／日 ⇒

<改定後>

褥瘡対策指導管理(Ⅰ) 6単位／日 (現行と同じ)  
褥瘡対策指導管理(Ⅱ) 10単位／月 (新設)

※ (Ⅰ)(Ⅱ)は併算可。

### 3.(3)② 褥瘡マネジメント加算等の見直し②

#### 算定要件等

<褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）>

○ 以下の要件を満たすこと。

- イ 入所者等ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時等に評価するとともに、少なくとも三月に一回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用していること。
- ロ イの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等ごとに、医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。
- ハ 入所者等ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者等ごとの状態について定期的に記録していること。
- ニ イの評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者等ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

<褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）>

○ 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、施設入所時等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生のないこと。

<褥瘡対策指導管理（Ⅱ）>

○ 褥瘡対策指導管理（Ⅰ）に係る基準を満たす介護医療院において、施設入所時の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生のないこと。

### 3.(3)③ 排せつ支援加算の見直し①

#### 概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院、看護小規模多機能型居宅介護】

- 排せつ支援加算（介護療養型医療施設を除く）について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、以下の見直しを行う。【告示改正】
- ・ 排せつ状態の改善が期待できる入所者等を漏れなく支援していく観点から、全ての入所者等に対して定期的な評価（スクリーニング）の実施を求め、事業所全体の取組として評価する。
  - ・ 継続的な取組を促進する観点から、6か月以降も継続して算定可能とする。
  - ・ 入所者等全員に対する排せつ支援の取組（プロセス）への評価に加え、排せつ状態の改善（アウトカム）について評価を行う新たな区分を設ける。その際、定義や指標について、統一的に評価することが可能なものを用いる。
  - ・ CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを求める。

#### 単位数

< 現行 >

排せつ支援加算 100単位／月

⇒

< 改定後 >

排せつ支援加算（Ⅰ）10単位／月 **（新設）**

排せつ支援加算（Ⅱ）15単位／月 **（新設）**

排せつ支援加算（Ⅲ）20単位／月 **（新設）**

※看護小規模多機能型居宅介護を対象に加える。

※ 排せつ支援加算（Ⅰ）～（Ⅲ）は併算不可。現行の加算を算定する事業所への経過措置を設定

### 3.(3)③ 排せつ支援加算の見直し②

#### 算定要件等

<排せつ支援加算（Ⅰ）>

- 以下の要件を満たすこと。
  - イ 排せつに介護を要する入所者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時等に評価するとともに、少なくとも六月に一回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって当該情報等を活用していること。
  - ロ イの評価の結果、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、支援を継続して実施していること。
  - ハ イの評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者等ごとに支援計画を見直していること。

<排せつ支援加算（Ⅱ）>

- 排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、
  - ・ 施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がない
  - ・ 又はおむつ使用ありから使用なしに改善していること。

<排せつ支援加算（Ⅲ）>

- 排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、
  - ・ 施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がない
  - ・ かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。

# 科学的裏付けに基づく介護（科学的介護）とは

## 医療分野における「根拠（エビデンス）に基づく医療」（Evidence Based Medicine : EBM）

- 「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと」と定義できる実践的な手法。



(医療技術評価推進検討会報告書, 厚生省健康政策局研究開発振興課医療技術情報推進, 平成11年3月23日)  
(Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP J Club. 1991;114(suppl 2):A-16.)

1990年代以降、医療分野においては、「エビデンスに基づく医療」が実施されている。

## 介護分野における取組み

- 介護保険制度は、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというだけではなく、高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念とした制度。



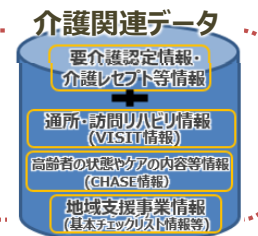
- 介護分野においても科学的手法に基づく分析を進め、エビデンスを蓄積し活用していくことが必要であるが、現状では、科学的に効果が裏付けられた介護が、十分に実践されているとは言えない。



- エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるためには、現場・アカデミア等が一体となって科学的裏付けに基づく介護を推進するための循環が創出できる仕組みを形成する必要がある。



介護関連データベースによる情報の収集・分析、現場へのフィードバックを通じて、科学的裏付けに基づく介護の普及・実践をはかる。

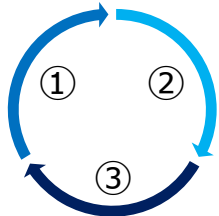


# 科学的介護にかかる検討の取りまとめ経過等①

## はじめに

- 介護サービスの需要増大が見込まれ、制度の持続可能性を確保できるよう、介護職員の働き方改革と利用者に対するサービスの質の向上を両立できる、新たな「介護」のあり方についての検討が必要である。
- 介護保険制度は、高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念とした制度であるが、介護サービスのアウトカム等について、科学的な検証に裏付けられた客観的な情報が十分に得られているとはいえない状況である。
- 介護分野でも、科学的手法に基づく分析を進め、エビデンスを蓄積し活用していくことが必要であり、分析成果のフィードバックによる介護サービスの質の向上も期待できる。

## 科学的裏付けに基づく介護（科学的介護）について

- エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるためには、以下の取組を実践しつつ、現場・アカデミア等が一体となって科学的裏付けに基づく介護を推進するための循環が創出できる仕組みを形成する必要がある。
  - ① エビデンスに基づいた介護の実践
  - ② 科学的に妥当性のある指標等の現場からの収集・蓄積および分析
  - ③ 分析の成果を現場にフィードバックすることで、更なる科学的介護を推進
- 介護分野では、医療における「治療効果」等の関係者間でコンセンサスの得られた評価指標が必ずしも存在するわけではなく、個々の利用者等の様々なニーズや価値判断が存在する。
- 科学的介護を実践していくためには、科学的に妥当性のある指標を用いることが様々なデータの取得・解析に当たっての前提とならざるを得ないが、科学的に妥当性のある指標等が確立していない場合もある。
- 科学的介護の推進にあたっては、介護保険制度が関係者の理解を前提とした共助の理念に基づく仕組みであることを踏まえつつ、様々な関係者の価値判断を尊重して検討を行っていくことが重要である。

# 科学的介護にかかる検討の取りまとめ経過等②

## CHASEにおける収集項目について

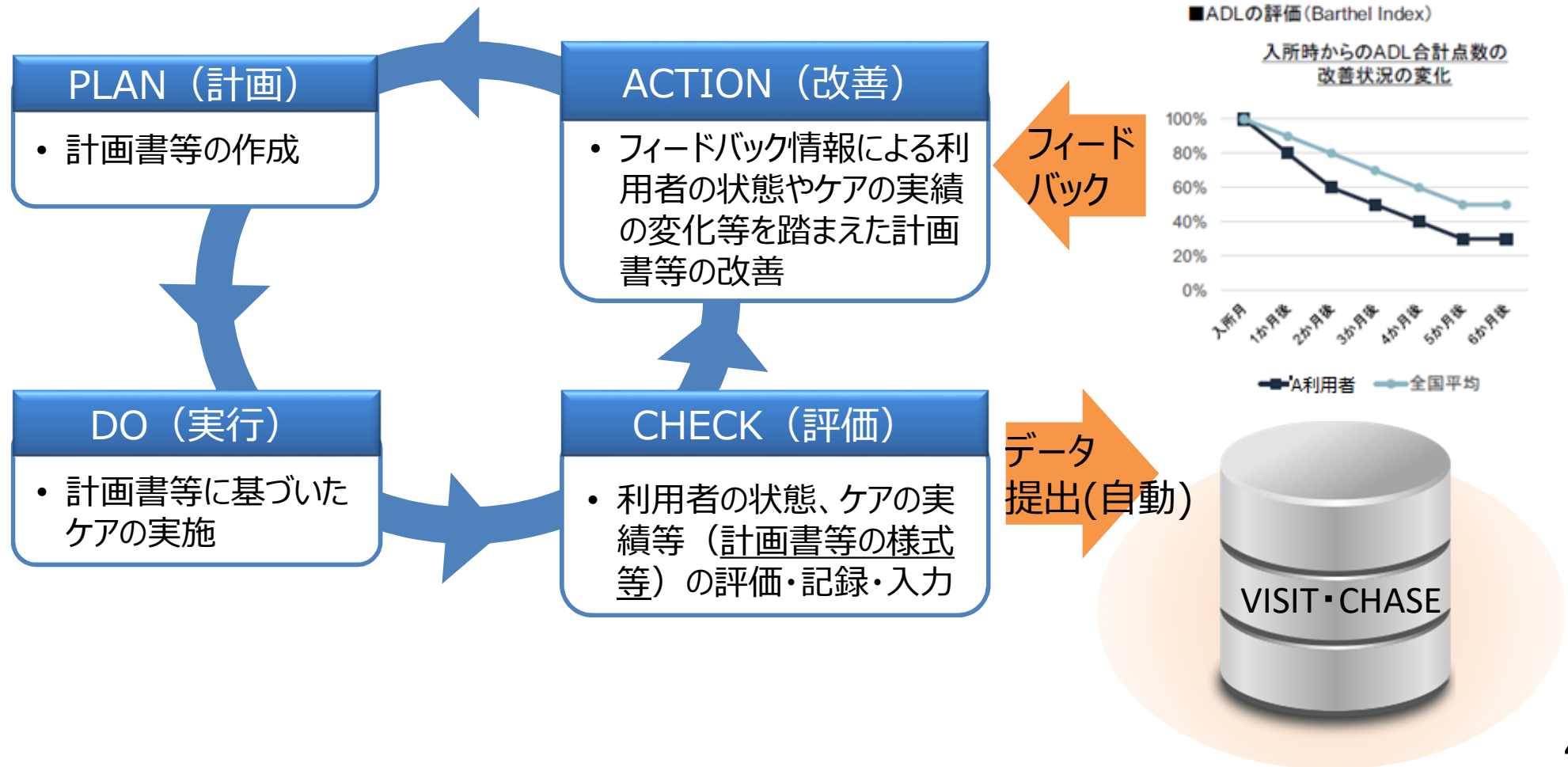
- 収集項目については、以下のような基準に準じて選定。
  - ・信頼性・妥当性があり科学的測定が可能なもの
  - ・データの収集に新たな負荷がかからないもの
  - ・国際的に比較が可能なもの
- 事業所等の負担等を考慮し、既に事業所等に集積されている情報等を踏まえて整理を実施。
  - ① 基本的な項目：できるだけ多くの事業所等で入力されるべき項目
  - ② 目的に応じた項目：介護報酬上の加算の対象となる事業所等において入力されるべき項目
  - ③ その他の項目：各事業所で任意に入力できるようにするべき項目、フーズビリティを検討した上で収集対象とすべき項目等
- 科学的介護の対象領域は、介護給付、予防給付、介護予防・日常生活支援総合事業等の介護保険制度がカバーする全領域であるが、どこまで評価・入力等を求めていくかは、フーズビリティを検証しつつ制度面を含めて検討する必要がある。
- 科学的介護の仕組みについて、関係者の理解を得るためには、サービスの利用者やデータ入力を行う事業所等がデータの分析結果の恩恵を享受できるようフィードバックできる仕組みが必要である。

## 将来的な方向性等について

- 新たに指標の科学的な妥当性が確保されるなど、収集のフーズビリティが検証された項目については、適宜、CHASEの収集項目に追加していくことが必要。
- アウトカムに関する情報等を分析・比較する場合、介入に係るデータの収集も必要であり、国際化も視野に入れICHI 等への対応を考慮し検討を進めていく。
- CHASEにおける収集に実効性を持たせていくためには、今後の介護保険制度改正や介護報酬改定に係る議論等において、CHASEを用いた解析結果等も生かしつつ、関係者の理解を得ながら、収集のための仕組みを検討していく必要がある。
- 介護の場は、高齢者等の生活の場でもあることから、より幸福感や人生の満足感等も含めた生活の視点を重視し、利用者の社会参加、食事の方法、排泄の方法、日中の過ごし方、本人の意思の尊重、本人の主体性を引き出すようなケアの提供方法等について、現場へのフィードバックも含めて検討を進めていく。
- 医療分野の個人単位被保険者番号の活用に係る議論やNDBと介護DB、その他の公的DB・人口動態統計（死亡票）など公的統計との今後の連携も見据え、厚生労働省全体で検討を進めていくが必要である。
- 今後、厚生労働省がCHASEを科学的介護に活かす仕組みを着実に整備し、アウトカム評価等による質の高い介護に対するインセンティブ措置を拡充していくことで、介護のパフォーマンスの向上が期待される。

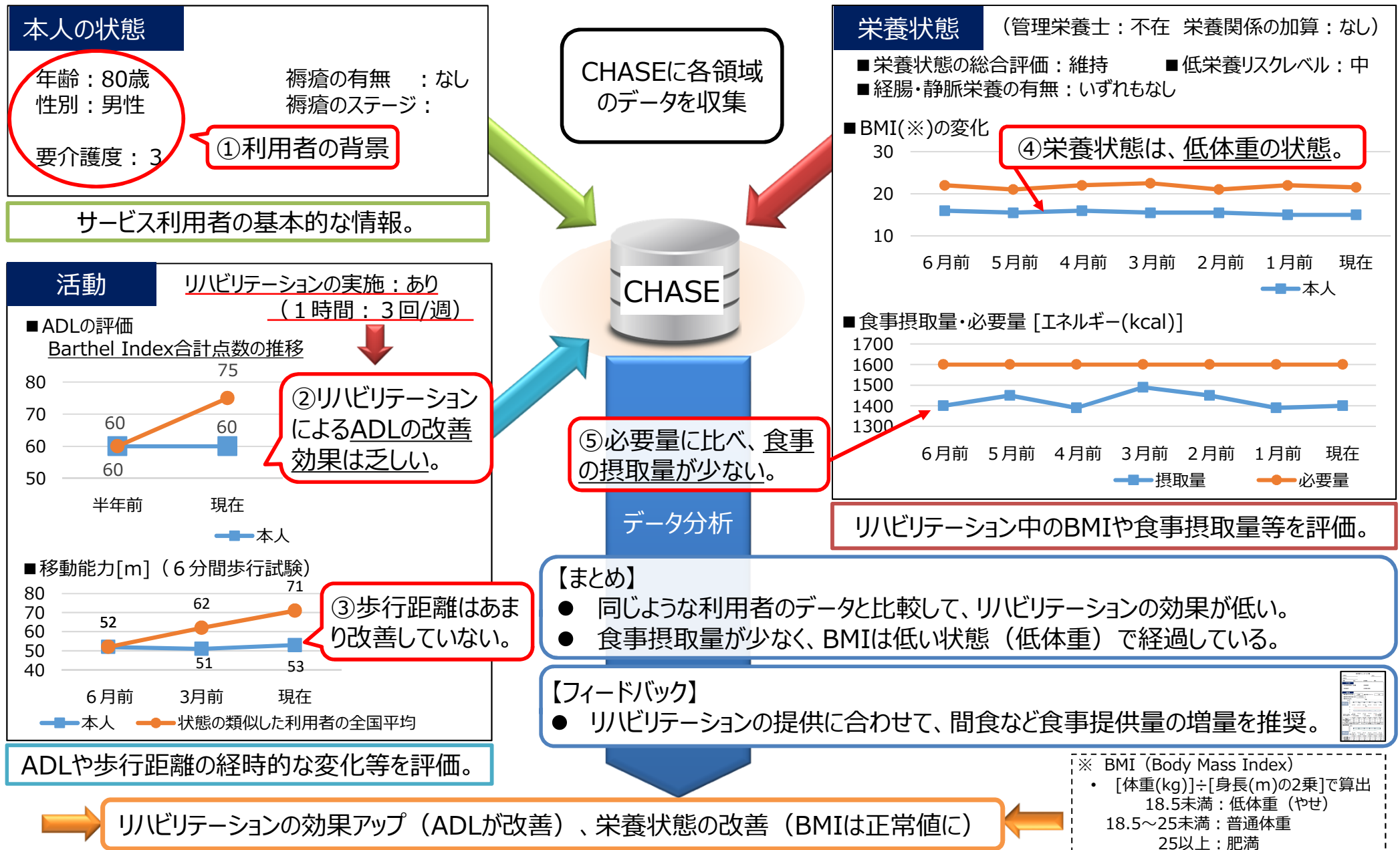
# VISIT・CHASEによる科学的介護の推進(イメージ)

- 計画書の作成等を要件とするプロセス加算において実施するPDCAサイクルの中で、
- ・ これまでの取組み等の過程で計画書等を作成し、ケアを実施するとともに、
  - ・ その計画書等の内容をデータ連携により大きな負荷なくデータを送信し、
  - ・ 同時にフィードバックを受けることにより、利用者の状態やケアの実績の変化等を踏まえた計画書の改善等を行うことで、
- データに基づくさらなるPDCAサイクルを推進し、ケアの質の向上につなげる。



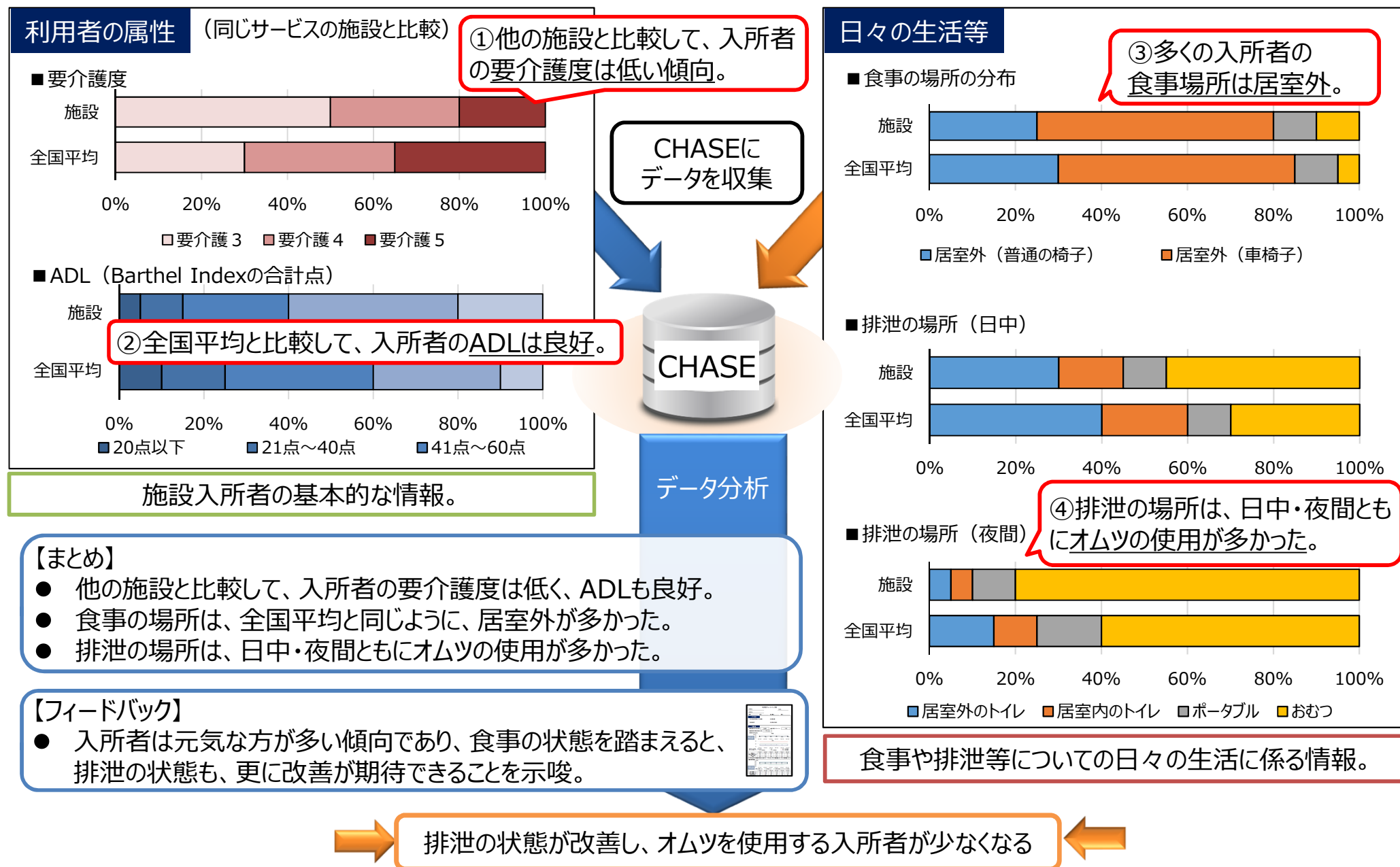
# 個別化された自立支援・科学的介護の推進例（イメージ）

## 例①：リハビリテーションの提供に応じた、最適な栄養の提供について評価（利用者単位）

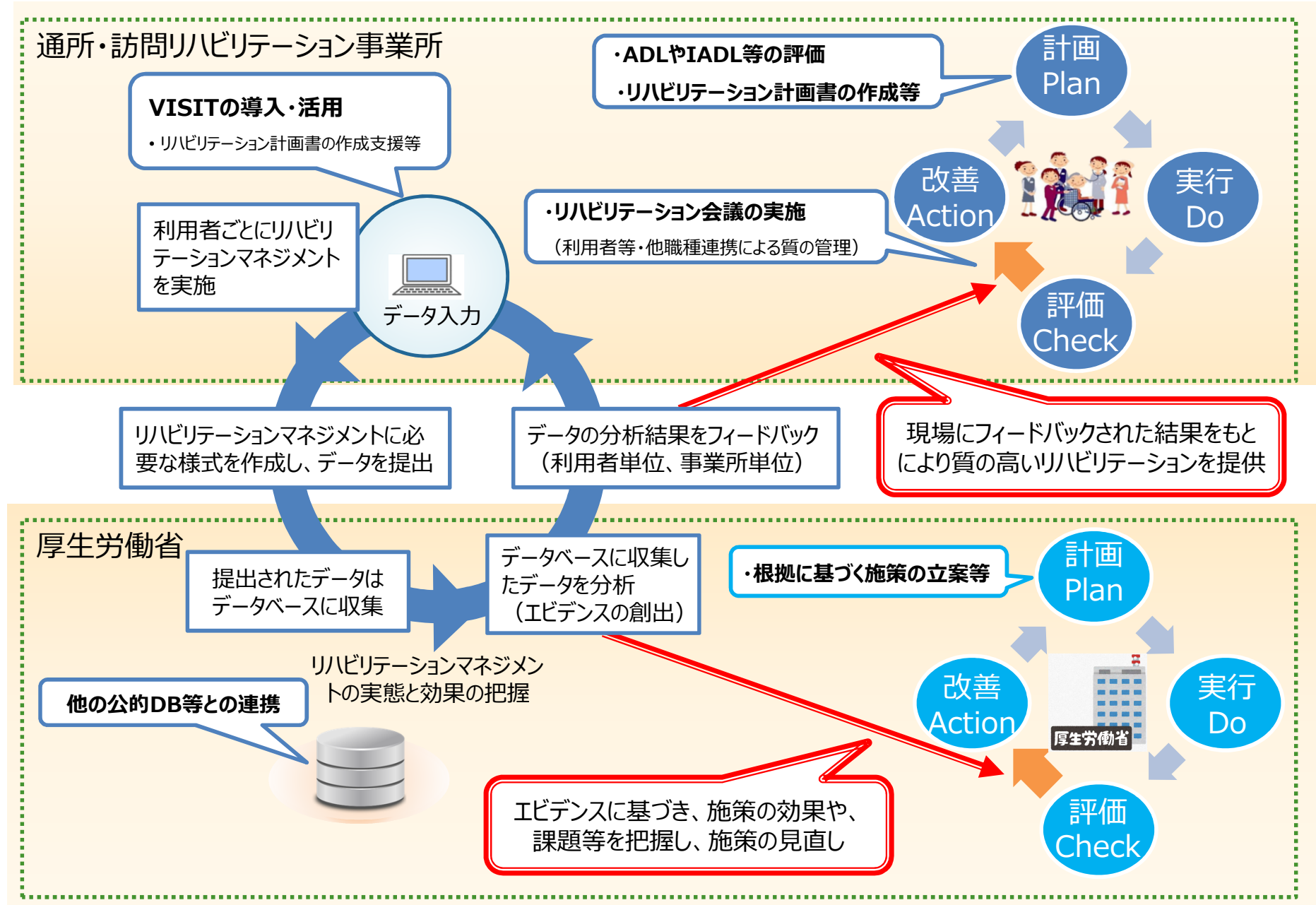


# 個別化された自立支援・科学的介護の推進例（イメージ）

## 例②：施設入所者の排せつ状態の改善に係る取組の評価（事業所単位）



# VISITを用いたPDCAサイクルの好循環のイメージ



## LIFEの利用について

# LIFEの運用開始について

- **令和3年4月1日**より、LIFEによるCHASE・VISITの一体的な運用が始まります。
- すでにCHASEまたはVISITを利用している場合、**ID・パスワードはLIFEでも引き続き利用可能**です。  
なお、CHASEとVISITを両方利用している場合、**CHASEのID・パスワードに統一**されます。

令和2年度まで



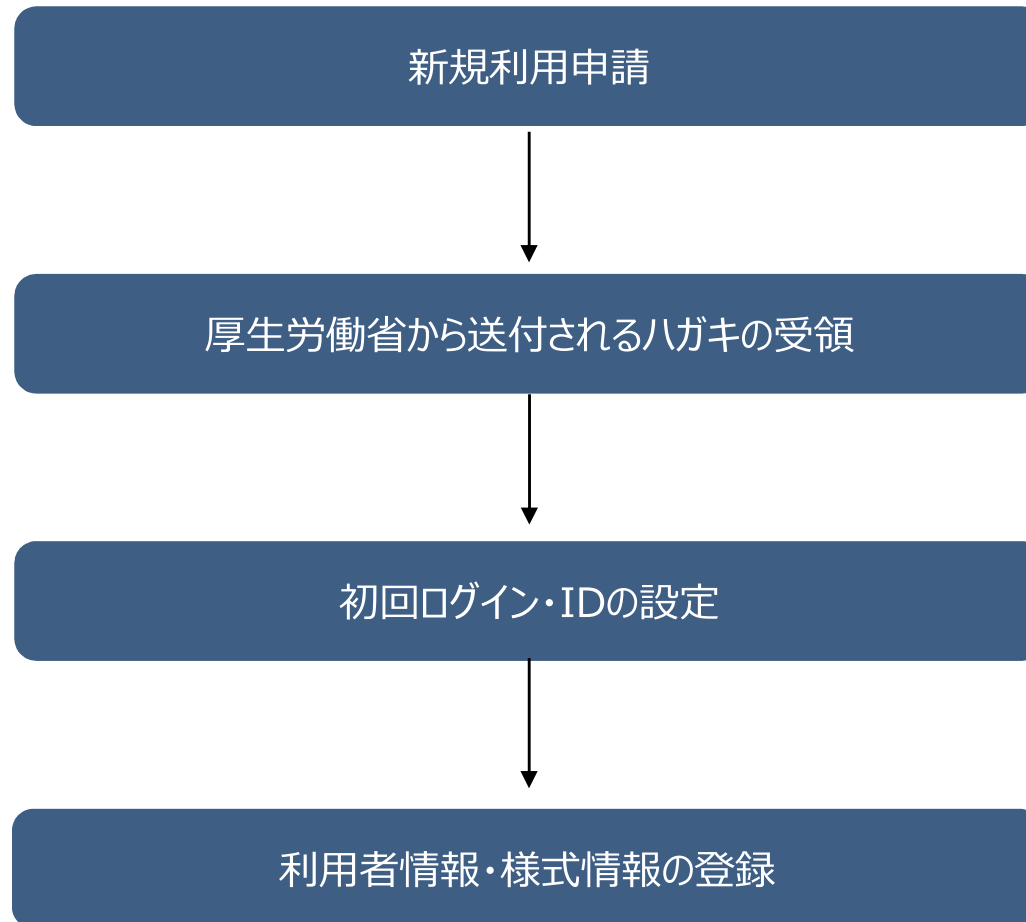
令和3年度から（予定）



- **LIFEの基本的な操作の流れは、CHASEと同じです。**
- 以降のページでは、CHASEの画面イメージを使って、操作の流れを説明します。

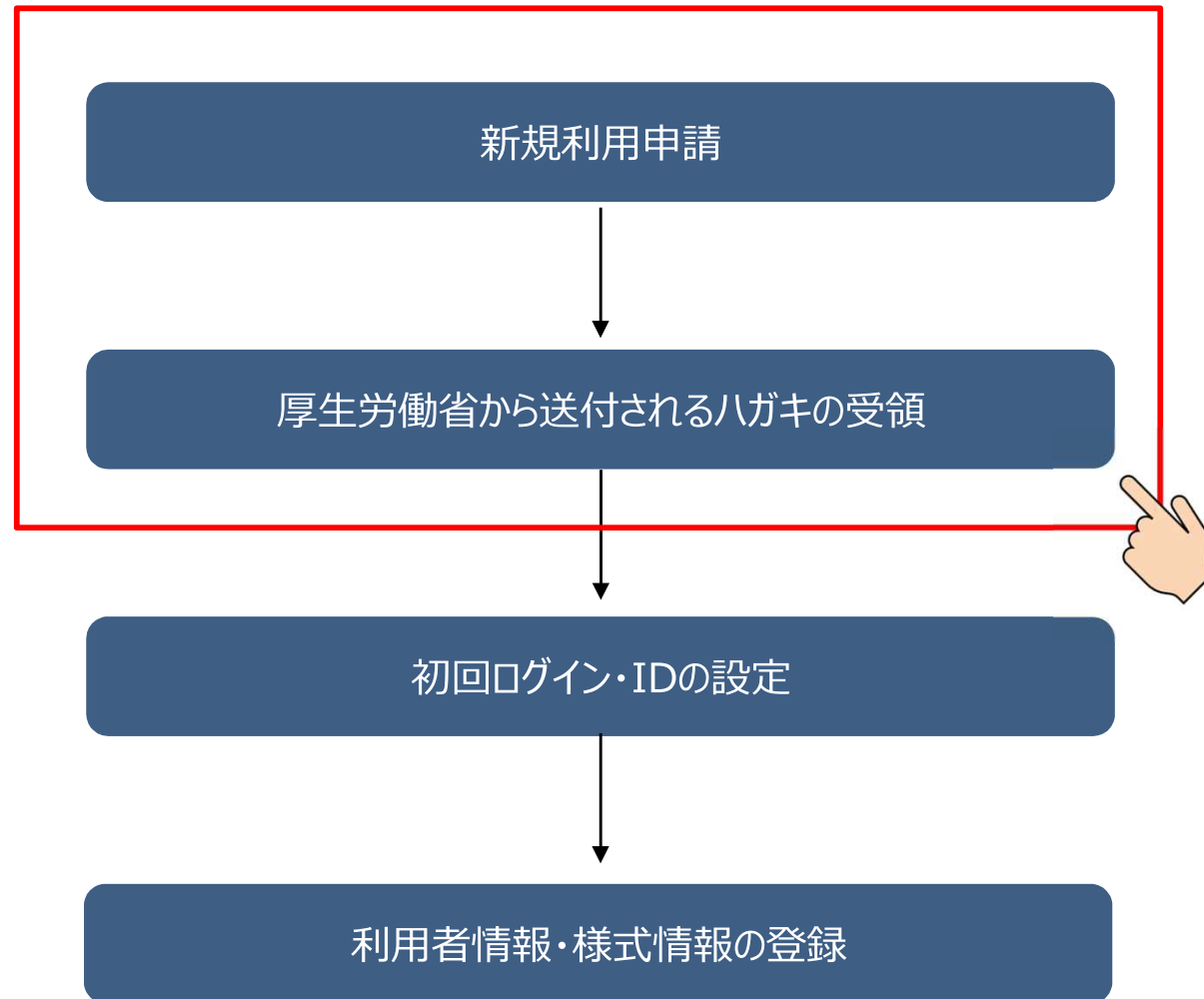
# CHASE (LIFE) の基本的な利用の流れ

○ CHASE(LIFE)の基本的な利用の流れは以下の通りです。



# CHASE (LIFE) の基本的な利用の流れ

○ 本セッションでは、「新規利用申請」から「厚生労働省から送付されるハガキの受領」までを説明します。



# LIFEの新規利用申請

- これまでにCHASEまたはVISITを利用していない場合、LIFEの利用には新規利用申請が必要となります。**新規利用申請は、令和2年度中はCHASEのホームページ（<https://chase.mhlw.go.jp>）にて受け付けています。**
- 新規利用申請を行うと、厚生労働省から利用開始に必要な情報が記載されたハガキが送付されます。ハガキの到着後にLIFEが利用可能となりますので、**新規利用申請は早めに行ってください。**



Internet ExplorerまたはMicrosoft Edgeを開いて、**画面上部のアドレスバー**にURLを入力し、キーボードの「Enter」を押します



「新規登録」をクリックし、新規利用申請を行います。

# LIFEの新規利用申請

- 画面に表示される説明に従い、必要事項を入力してください。
- 利用申請は事業所番号単位で行います。**同じ事業所番号で複数のサービスを提供している場合、利用申請は1回**で構いません。
- CHASE（LIFE）のアカウントは事業所番号単位で1つとなりますが、**計画書等の情報（＝「様式情報」）は、介護サービス利用者の利用しているサービスごとに登録することが可能**です。

三 CHASE新規利用登録

事業所番号を入力し、「参照」ボタンを押下してください。

事業所番号

はがきを送付する宛先を選択してください。

下記の宛先にはがきを送付します。ご確認の上、「次へ」を押してください。

|                                  | No. | 事業所番号      | サービス種類 | 事業所名            | 住所                        |
|----------------------------------|-----|------------|--------|-----------------|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> | 1   | 1234567890 | 46     | CHASE地域包括支援センター | 100-8916 東京都千代田区霞が関1丁目2-2 |
| <input type="radio"/>            | 2   | 1234567890 | AF     | CHASE地域包括支援センター | 100-8916 東京都千代田区霞が関1丁目2-2 |

※事業所名、住所が違う場合、表示が切れている場合は以下メールアドレスまでお問い合わせください。  
お問い合わせ先: xxx@xxxxxxxx.jp

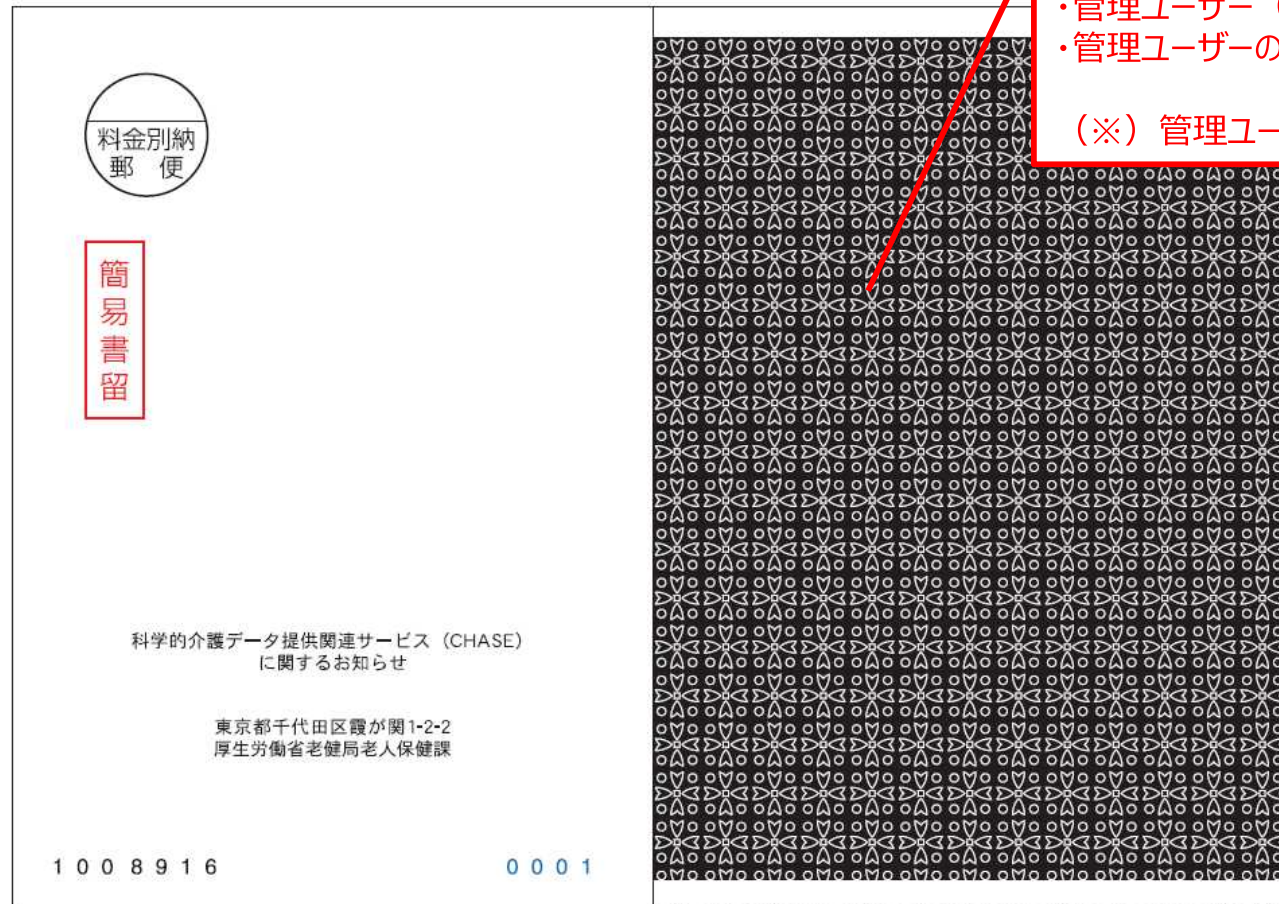
新規利用申請時には、**主要なサービスをひとつ選択**してください。表示されている住所へハガキが送付されます

※「事業所名」ははじめの20文字のみ表示されています。**事業所名が途中でしか表示されていない場合でも、CHASE(LIFE) の利用には問題ありません。**

# LIFEの新規利用申請

- 新規利用申請が完了すると、厚生労働省から利用開始に必要な情報が記載されたハガキが送付されます。ハガキの到着までしばらくお待ちください。

## ハガキのイメージ



利用開始に必要な以下情報が記載されています。

- ・「起動アイコン」のダウンロード用URLと、ダウンロードに時必要となるパスワード等の情報
- ・管理ユーザー（※）のID
- ・管理ユーザーの初期パスワード

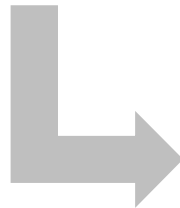
（※）管理ユーザーの詳細は、p.12を参照

# 利用マニュアルの取得

○ ホームページ（P4参照）の右上に表示されている「CHASEについて」をクリックすると、利用マニュアルを取得できます。



「CHASEについて」をクリックします



マニュアルがダウンロードできます

# ヘルプデスクの利用

- 操作に関する不明点は、ヘルプデスクへお問い合わせください。

## <CHASEヘルプデスク>

- ・メールアドレス：[chase@toshiba-sol.co.jp](mailto:chase@toshiba-sol.co.jp)

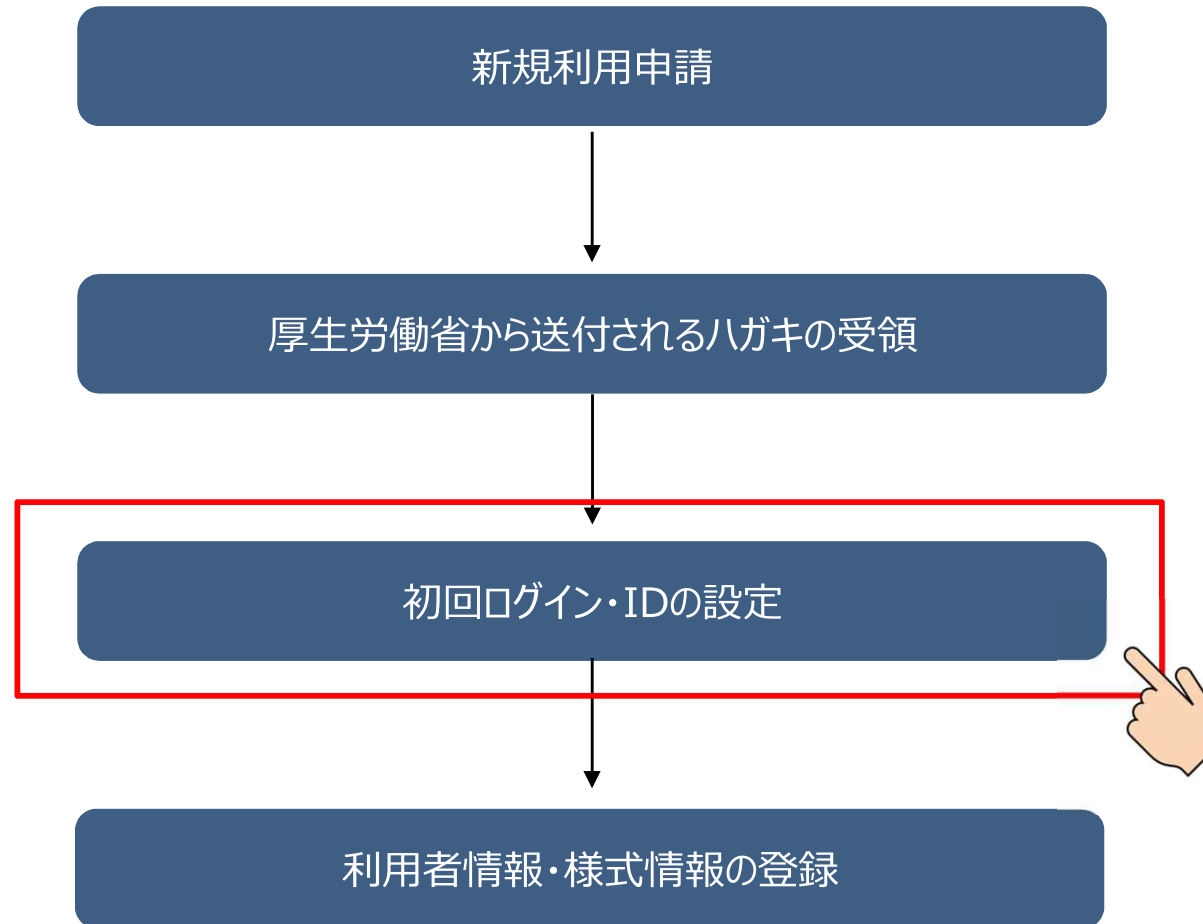
- ・新規申込みお問い合わせ用電話番号：042-340-8819（平日10:00から16:00まで）

※新規申し込み以外の操作等のお問い合わせにつきましては、ヘルプデスク用メールまでお願いします。

## 2. LIFEの利用開始のための準備について

# CHASE (LIFE) の基本的な利用の流れ

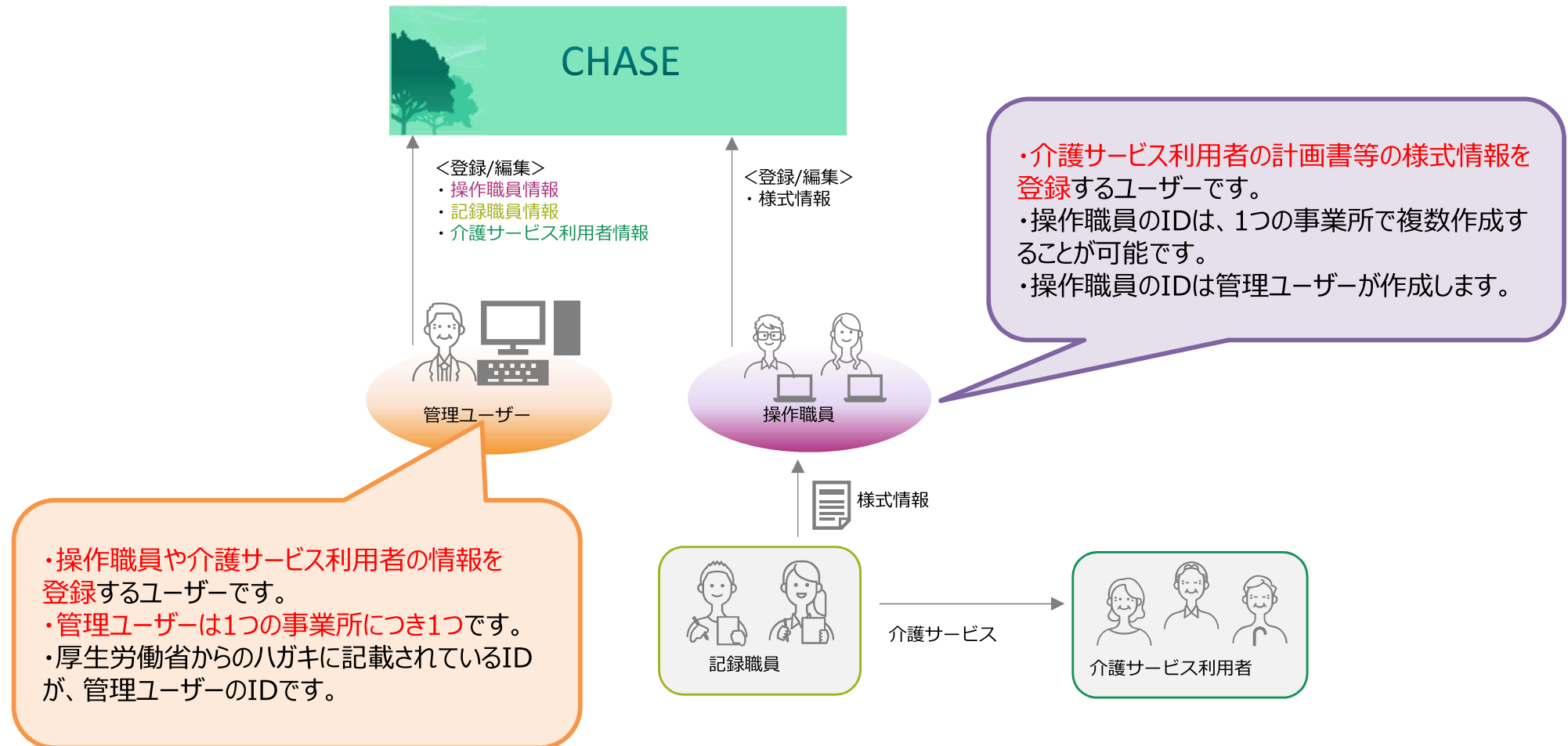
○ 本セッションでは、「初回ログイン・IDの設定」について説明します。



- CHASE（LIFE）を利用するためには、**インターネット接続が可能なパソコン（＝端末）**が必要です。
- 詳細な動作条件は、以下の表を参考にしてください。なお、利用開始前に**インターネットオプションの設定が必要**です。設定方法の詳細は導入手順書（取得方法はP7に記載しています）を参照してください。

| 項目     | 確認対象     | 条件                                        |
|--------|----------|-------------------------------------------|
| 機材     | パソコン本体   | CPU（1.5GHz以上推奨）                           |
|        |          | メモリ（2GB以上推奨）                              |
|        | モニタ      | 1024×768ドット以上推奨                           |
| ソフトウェア | OS       | Windows 8.1, 10<br>(.NET Framework 4.5以上) |
|        | ブラウザ     | Internet Explorer11, Microsoft Edge       |
|        | アプリケーション | Adobe Acrobat Reader DC                   |
|        |          | Microsoft Excel 2010, 2013, 2016          |
| その他    | -        | インターネット接続が可能であること                         |

- 厚生労働省からハガキが到着した後の、具体的な操作手順を説明します。
- まず、CHASE（LIFE）には「**管理ユーザー**」と「**操作職員**」の2種類のユーザーが存在することに留意してください。



- 「管理ユーザー」と「操作職員」の新規利用に伴う操作の流れは以下の通りです。  
※「③端末登録」を行っていないパソコンで、ユーザーがCHASE（LIFE）を利用する場合、新たに端末登録作業が必要です。  
詳細はP24を参照してください。
- これらの操作は、**初回ログイン時に必要な操作です。2回目以降はログインのみで利用できます。**



管理ユーザー

①起動アイコンのダウンロード



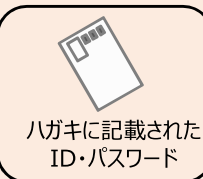
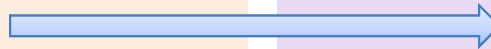
②ログイン



③端末登録



④操作職員の登録



操作職員

⑤ログイン

「操作職員の登録」により設定されたID・パスワード

- 初めに「管理ユーザー」の操作手順を説明します。

# ①管理ユーザー：起動アイコンのダウンロード

導入手順書  
P8-P9

- 厚生労働省から送付されたハガキに記載されているURLにアクセスし、「起動アイコン」をダウンロードします。



Internet ExplorerまたはMicrosoft Edgeを開いて、画面上部のアドレスバーに厚生労働省から送付されたハガキに記載されているURLを入力し、キーボードの「Enter」を押します

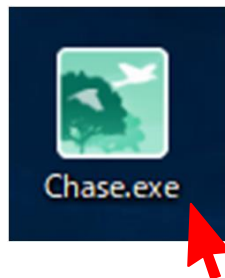


「起動アイコン」ボタンを押してダウンロードを行います。ダウンロードの際には、ハガキに記載されている「起動アイコンダウンロード用のパスワード」が必要です。

## ②管理ユーザー：ログイン

導入手順書  
P10

- 「起動アイコン」のダウンロードができれば、ダブルクリックをすると、ログイン画面が開きます。
- 厚生労働省から送付されたハガキに記載されている「ログインID」と「パスワード」を入力します。



ダウンロードした「起動アイコン」を  
ダブルクリックします



厚生労働省から送付され  
たハガキに記載されている  
「ログインID」と「パスワー  
ド」を入力します

「ログインID」と「パスワード」を入力  
したら、「ログイン」ボタンを押します

- 初回ログイン時は、端末登録（＝CHASE（LIFE）に利用するパソコンとしての登録）を行う画面へ進みます。
- 画面の説明に従い、一時パスコードを入力してください。

三 トップ画面 > CHASEクライアント端末情報登録

操作に困ったら 8888888888 ▼ ログアウト

✓ 一時パスコードを送信しました

ご利用ありがとうございます。  
CHASEシステムの利用には、利用PCの登録が必要となります。  
以下のボタンをクリックして、こちらのPCでシステム利用を開始するためのパスコードを送信します。

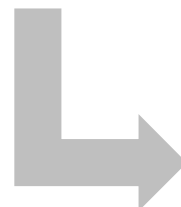
一時パスコード送信

一時パスコードを下記に入力し、右下の「認証」ボタンを押してください。

一時パスコード

※ご不明点は下記へお問合せください。（一時パスコードが受信できない等）  
xxx@xxx.xx

認証



初期パスワード変更画面へ進みます

- 初期パスワードの変更が完了すると、トップ画面が開きます。
- これで初回ログイン時の作業は完了です。
- 2回目以降にログインする際は、「起動アイコン」から「ログインID」と「パスワード」を入力することでトップ画面が開きます。

三 トップ画面

操作に困ったら 8888888888 ▼ ログアウト



**様式情報管理**  
介護サービス利用者の各様式情報を閲覧・登録・更新・削除します。



**操作職員情報登録更新**  
CHASEを利用するユーザの情報を閲覧・登録・更新・削除および利用端末の情報を登録・削除します。



**利用者情報登録更新**  
介護サービス利用者の情報を閲覧・登録・更新・削除します。



**記録職員情報登録更新**  
様式情報を記録する職員の情報を閲覧・登録・更新・削除します。



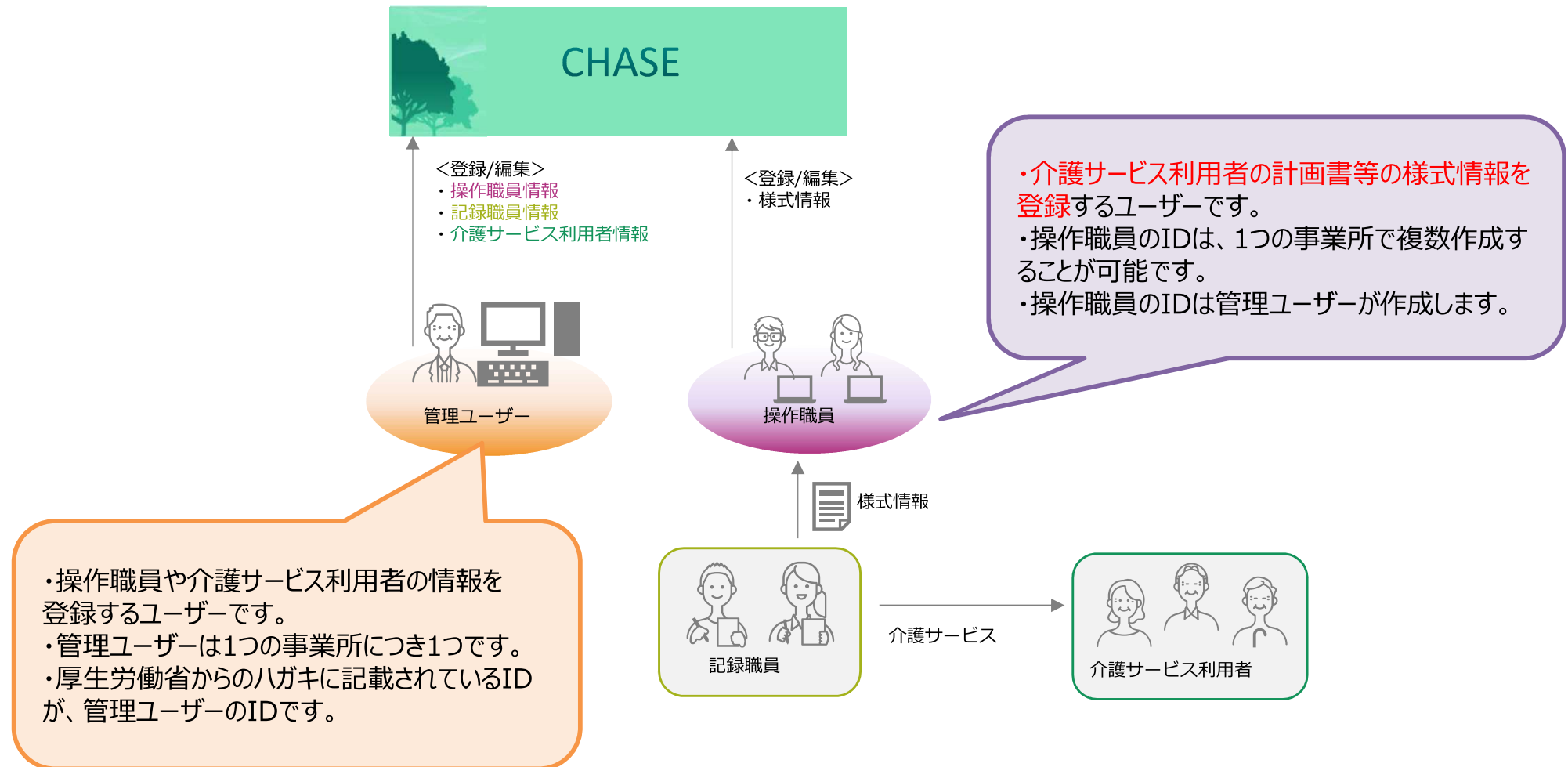
**個人情報入出力**  
端末にのみ保持される個人情報の入出力をします。個人情報を事業所内で別の端末へ共有するための機能です。



**外部データ取込**  
他システム等から出力した利用者情報および様式情報のCSVファイルを取り込みます。

お知らせ

○ 続いて、「操作職員」のログインに必要な手順を説明します。



○ まず、「管理ユーザー」が「操作職員の登録」を行います。

## ④管理ユーザー：操作職員の登録

操作説明書  
P12-P17

○ 「管理ユーザー」でログインし、トップ画面から「操作職員情報登録更新」を選択します。



## ④管理ユーザー：操作職員の登録

操作説明書  
P12-P17

○「新規登録」ボタンをクリックして、操作職員として登録する職員の情報を入力します。

≡ トップ画面 > 操作職員一覧

操作に困ったら 8888888888 ログアウト

検索 事業所番号 8888888888 事業所名 介護福祉施設CHASE 操作職員情報検索 検索

| No.                      | ユーザーID ↑ | 氏名 | 電話番号 | ステータス |
|--------------------------|----------|----|------|-------|
| 検索条件に一致するデータは見つかりませんでした。 |          |    |      |       |

表示件数 10 前の10件 0件中 0~0件表示 次の10件

クライアント端末管理 **新規登録**

電話番号、メールアドレスの入力に差し支えがある場合は、下記のようなデータを入力してください。

- ・電話番号例 : 0000000000
- ・メールアドレス例 : a@a

≡ トップ画面 > 操作職員一覧 > 登録

操作に困ったら 8888888888 ログアウト

操作職員情報を入力してください。

|         |    |                    |      |  |
|---------|----|--------------------|------|--|
| ユーザーID  | 必須 | ChaseUser1         |      |  |
| 氏名      | 必須 | 姓 厚労               | 名 太郎 |  |
| 職種      | 必須 | 看護師, 介護職員 ほかの場合    |      |  |
| 電話番号    | 必須 | 1111111111         |      |  |
| メールアドレス | 必須 | a-1111@chase.co.jp |      |  |

← 一覧に戻る 登録

## ④管理ユーザー：操作職員の登録

操作説明書  
P12-P17

- 必要情報の登録が完了すると、登録した操作職員情報の詳細と、「ユーザID」と「初期パスワード」が表示されます。
- 「ユーザID」と「初期パスワード」を操作職員へ伝えてください。

三 トップ画面 > 操作職員一覧 > 詳細

🔍 操作に困ったら 8888888888888888 ▼ ログアウト

|         |                          |
|---------|--------------------------|
| ユーザID   | ChaseUser1               |
| 氏名      | 厚労 太郎                    |
| 職種      | 看護師、介護職員                 |
| その他の場合  |                          |
| 電話番号    | 1111111111               |
| メールアドレス | a-1111@chase.co.jp       |
| 初期パスワード | R73ET552                 |
|         | <a href="#">パスワード初期化</a> |

「ユーザID」と「初期パスワード」を  
操作職員へ伝えてください

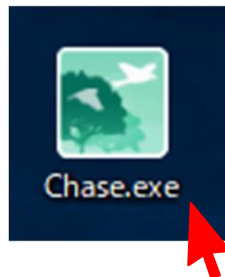
操作職員

削除 一覧に戻る 編集

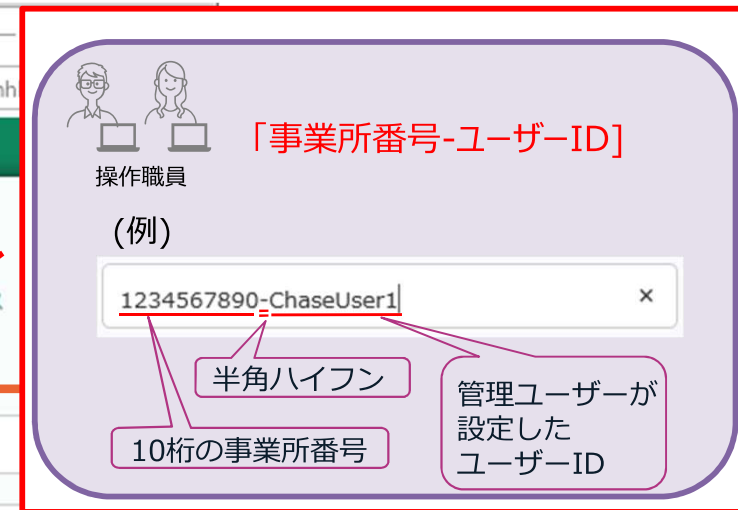
## ⑤操作職員：ログイン

導入手順書  
P10

- 「起動アイコン」をダブルクリックをすると、ログイン画面が開きます。  
※管理ユーザーとは別のパソコンを使用する場合、P14の手順で「起動アイコン」のダウンロードが必要です。
- **IDと「管理ユーザー」が設定した初期パスワードを入力してください。** **IDは「事業所番号-（管理ユーザーの設定した）ユーザーID」であることに注意**をしてください。



ダウンロードした「起動アイコン」を  
ダブルクリックします

A screenshot of a web browser showing the CHASE login page. The browser's address bar shows "https://mhlwchaseb2cdevelop.b2clogin.com/mh...". The page has a green header with the "CHASE" logo and the text "科学的介護データ提供連携サービス". Below the header is a login form with two input fields: "ID" and "パスワード". A red box highlights the "ID" field, and another red box highlights the "パスワード" field. A green "ログイン" button is at the bottom of the form. A red arrow points from the "起動アイコン" icon to the login screen. A red box highlights the "ログイン" button.A diagram showing the format of the login ID. It is labeled "「事業所番号-ユーザーID」" and "操作職員 (例)". The example ID is "1234567890-ChaseUser1". Callouts explain the parts: "10桁の事業所番号" (10-digit business number) points to "1234567890", "半角ハイフン" (half-width hyphen) points to "-", and "管理ユーザーが設定したユーザーID" (user ID set by the management user) points to "ChaseUser1".

管理ユーザーが操作職員を設定した際に表示される「初期パスワード」(P21)

「ログインID」と「パスワード」を入力したら、「ログイン」ボタンを押します

○ ログインが完了すると、下図のようなトップ画面が開きます。





## POINT !

- CHASE(LIFE)では、セキュリティの観点から、利用するパソコン（＝端末）の端末登録を実施します。
- 「管理ユーザー」の初回ログイン時に、一時パスコードの送信（P16）により、当該パソコンの端末登録は完了します。
- 別のパソコンを利用する場合、追加端末登録が必要です。詳細はCHASEの導入手順書（P15-18）を参照してください。

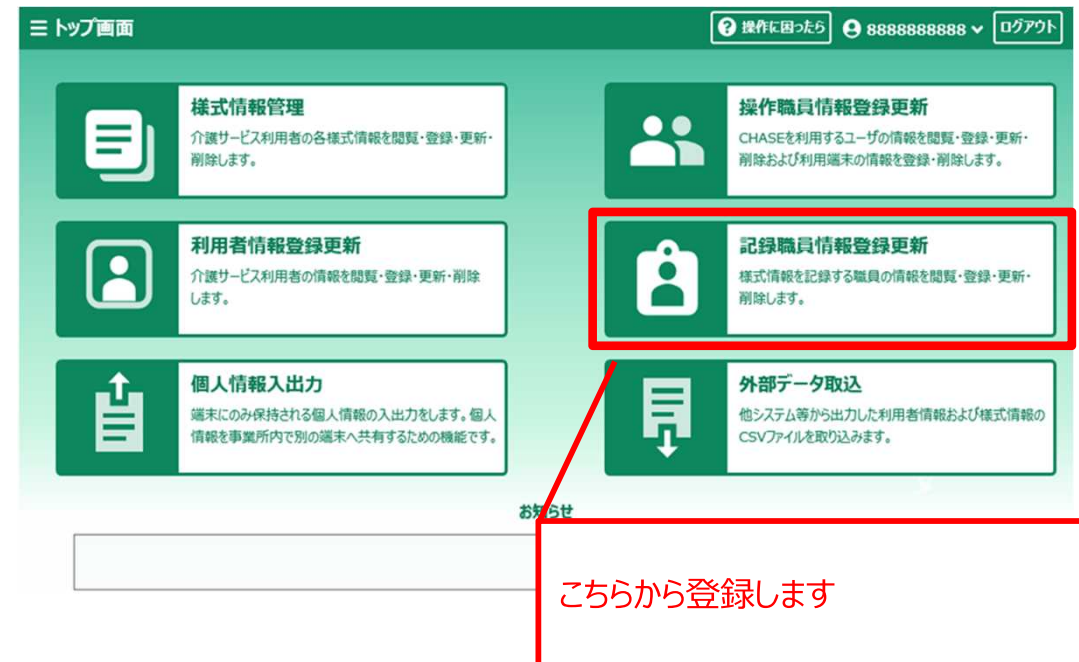
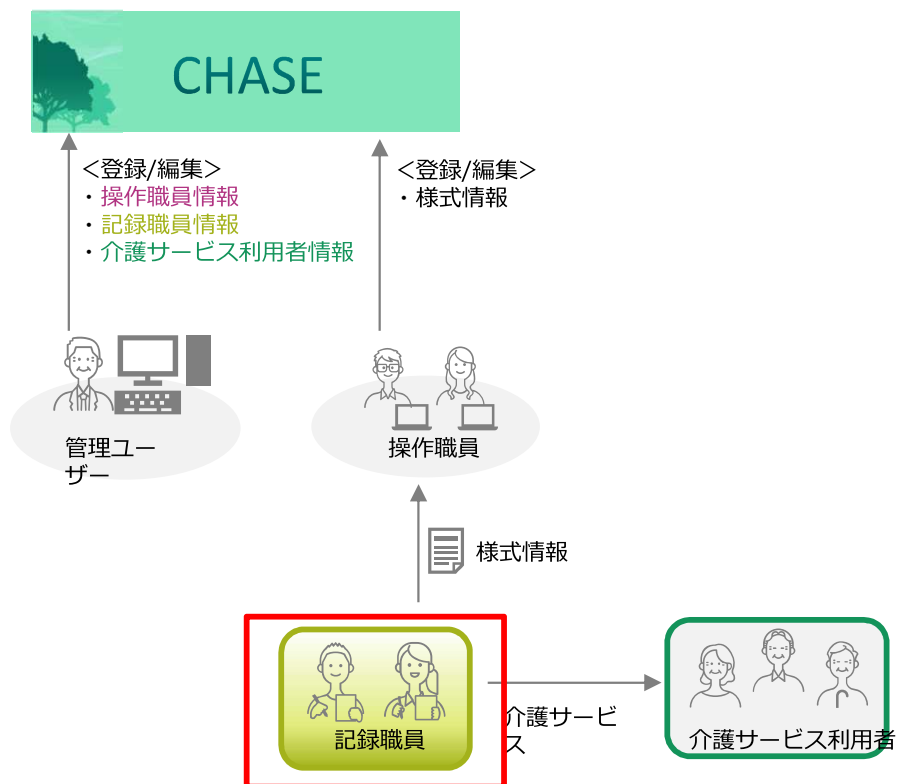


お知らせ



## POINT !

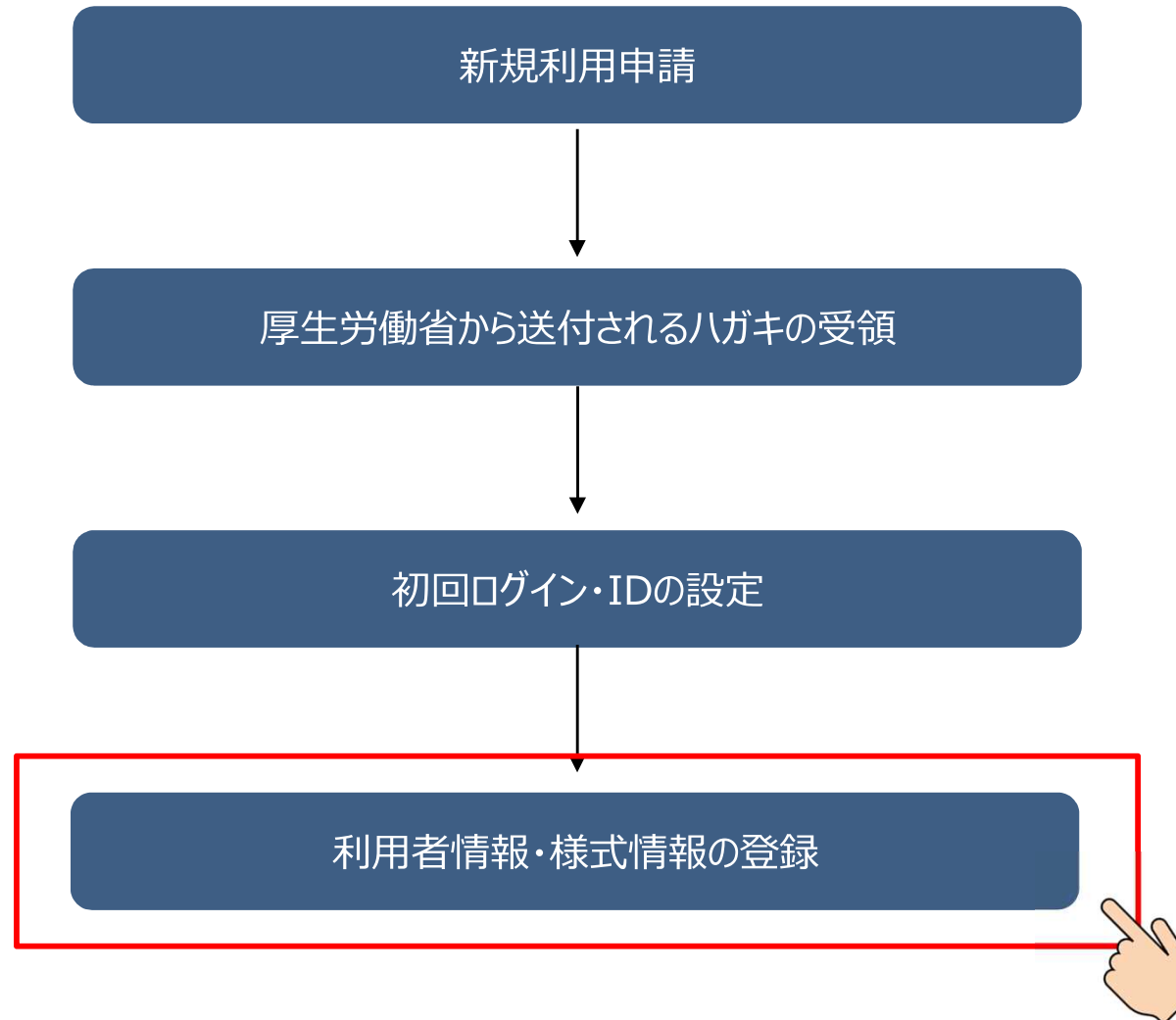
- CHASE(LIFE)では、介護サービス利用者の状態等を誰が評価したのかを管理・記録することができます。
- 介護サービス利用者の状態等の評価を行った職員のことを「記録職員」と呼びます。
- 「記録職員」の登録の際には、「管理ユーザー」でログインし、「記録職員情報登録更新」から必要な情報を登録してください。



### 3. 利用者情報・様式情報の登録について

# CHASE (LIFE) の基本的な利用の流れ

○ 本セッションでは、「利用者情報・様式情報の登録」について説明します。



- CHASE（LIFE）へ登録する介護サービス利用者の情報は、「利用者情報（介護サービス利用者の氏名等の基本的な情報）」と「様式情報（計画書等の各種様式の情報）」があります。
- **セキュリティの観点から、「利用者情報」は管理ユーザー、「様式情報」は操作職員が登録**することに注意してください

|             |        | 管理ユーザー | 操作職員 |
|-------------|--------|--------|------|
| 介護サービス利用者管理 |        | ○      | —    |
|             | 利用様式設定 | ○      | —    |
|             | 検索/閲覧  | ○      | ○    |
|             | 登録/編集  | —      | ○    |

- データの登録方法は、以下の2種類があります。

| 方法                          | 概要                                                                                                                                                                                                                                                  | 実施するユーザー                        |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| CSVファイルからの取り込み<br>(P29, 30) | <ul style="list-style-type: none"> <li>介護記録ソフト等で記録している情報をCSVファイル形式で出力し、CHASE（LIFE）への取り込みを行います。</li> <li>この方法を利用する場合、<b>介護記録ソフトがCHASE（LIFE）のフォーマットでのCSVファイル出力に対応</b>している必要があります。</li> <li>介護記録ソフトからのデータ出力方法は、利用している介護記録ソフトの説明書等を参照してください。</li> </ul> | 管理ユーザー（利用者情報のみ）<br>操作職員（様式情報のみ） |
| 入力フォームからの登録<br>(P31～35)     | <ul style="list-style-type: none"> <li>CHASE（LIFE）の画面から手入力を行います。</li> <li>この方法は、<b>介護記録ソフトの利用状況にかかわらず、全ての方</b>にご利用いただけます。</li> </ul>                                                                                                                | 操作職員                            |

- CSVファイルからの取り込みは、トップ画面の「外部データ取込」から行います。
- 複数のファイルを同時に取り込むことが可能です。

## 管理ユーザー：利用者情報の取込



## 操作職員：様式情報の取込





## POINT !

- CSVファイルのデータに誤りがある場合、取り込み後のCSVファイルの一覧画面にて、取り込んだファイル行が赤色表示され、エラーになります。エラーのあった様式情報は登録されません。
- また、様式情報は対応する利用者情報がないと取り込むことができません。必ず、管理ユーザにて利用者情報を取り込んでから様式情報を取り込むようにしてください。
- エラーを修正して再び取り込みを行うことも可能です。その際、修正していない箇所は上書きとなります。

| <div> <span>≡ トップ画面</span> <span>&gt; 外部データ取込ファイル選択</span> <span>&gt; 取り込み結果</span> </div> <div> <span>🔍 操作に困ったら</span> <span>👤 厚労 太郎</span> <span>🚪 ログアウト</span> </div> |                      |            |        |      |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|--------|------|-------|
| CSVファイルを取り込みました。                                                                                                                                                         |                      |            |        |      |       |
| No.                                                                                                                                                                      | ファイル名                | 様式名        | 新規登録件数 | 更新件数 | エラー件数 |
| 1                                                                                                                                                                        | ChaseData_FORM_A.csv | 栄養マネジメント情報 | 0      | 0    | 3     |

⬇ エラー出力

📋 様式一覧管理

エラー内容を確認できます。内容をご確認の上、不明点がある場合は「エラー詳細.csv」のファイルを添付し、ヘルプデスクへお問合せください。

- 利用者情報の登録は「管理ユーザー」が行います。

The screenshot displays the system's main menu and a subsequent user list screen. In the main menu, the '利用者情報登録更新' (Update User Information) option is highlighted with a red box and a red arrow. Below this, the '利用者一覧' (User List) screen is shown. The '利用者一覧' screen has a search bar and a table of users. The '新規登録' (New Registration) button is highlighted with a red box and a red arrow.

トップ画面

操作に困ったら 8888888888 ログアウト

様式情報管理  
介護サービス利用者の各様式情報を閲覧・登録・更新・削除します。

操作職員情報登録更新  
CHASEを利用するユーザの情報を閲覧・登録・更新・削除および利用端末の情報を登録・削除します。

**利用者情報登録更新**  
介護サービス利用者の情報を閲覧・登録・更新・削除します。

記録職員情報登録更新  
様式情報を記録する職員の情報を閲覧・登録・更新・削除します。

個人情報入出力  
端末にのみ保持される個人情報の入出力をします。個人情報情報を事業所内で別の端末へ共有するための機能です。

外部データ取込  
他システム等から出力した利用者情報および様式情報のCSVファイルを取り込みます。

お知らせ

トップ画面 > 利用者一覧

検索 事業所番号 8888888888 事業所名 介護福祉施設CHASE 利用者情報検索 検索

| No.                      | 利用者ID ↑ | 保険者番号 | 被保険者番号 | 氏名 | 要介護度 | ステータス |
|--------------------------|---------|-------|--------|----|------|-------|
| 検索条件に一致するデータは見つかりませんでした。 |         |       |        |    |      |       |

表示件数 10 前の10件 0件中 0～0件表示 次の10件 →

削除 新規登録

- 介護サービスの各利用者について、必要情報を入力してください。

三 トップ画面 > 利用者一覧 > 登録

操作に困ったら 管理者 ログイン ログアウト

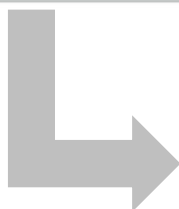
利用者情報を入力してください。

|        |    |                                                              |     |    |     |
|--------|----|--------------------------------------------------------------|-----|----|-----|
| 保険者番号  | 必須 | 000000                                                       |     |    |     |
| 被保険者番号 | 必須 | 0000000000                                                   |     |    |     |
| 氏名     | 必須 | 姓                                                            | 利用  | 名  | 太郎  |
|        |    | セイ                                                           | リョウ | メイ | タロウ |
| 性別     | 必須 | <input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性 |     |    |     |
| 生年月日   | 必須 | 1950/01/01                                                   |     |    |     |
| 認定日    |    | 2019/01/01                                                   |     |    |     |
| 介護認定期間 |    | 開始                                                           |     | ～  | 終了  |
| 要介護度   |    | 要介護 4                                                        |     |    |     |
| サービス種類 | 必須 | 15                                                           |     |    |     |
| 備考     |    |                                                              |     |    |     |

← 一覧に戻る

登録

- 様式情報の登録は、「**操作職員**」が行います。



三 トップ画面 > 様式一覧管理

検索 対象期間 [ ] ステータス 登録済み 利用者情報検索 検索

| No. | 利用者ID ↑  | 氏名    | 栄養情 | 経口情 | 口腔1 | 口腔2 | 認知症 | 興味情 | 居宅情 | アセス | 基本リ | 基本項 |
|-----|----------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1   | 00000115 | 利用 太郎 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 2   | 000002   | 介護 松子 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 3   | 00000315 | 利用    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 4   | 00000415 | 利用    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 5   | 00000517 | 介護    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 6   | 00000615 | 利用 梅子 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

表示件数 10 前10件 7件中 1~7件表示 次10件 利用様式設定

様式情報を登録する介護サービス利用者の利用者IDをクリックします。

○ 様式情報の登録は、「**操作職員**」が行います。

三 トップ画面 > 様式一覧管理 > 様式情報

操作に困ったら 厚労 太郎 ログアウト

| 利用番号     | 氏名(姓名) | 要介護度 | 年齢 | 性別 | ステータス |
|----------|--------|------|----|----|-------|
| 00000115 | 利用 太郎  |      | 70 | 男  | 登録済み  |

栄養マネジメント 経口移行・維持 口腔機能アセスメント 口腔機能管理記録 認知症 興味関心チェック 居宅訪問チェック 各アセスメント様式評価 基本チェックリスト CHASE基本項目

ステータス: 未作成 履歴

新規登録 修正

登録する様式の「タブ」をクリックして、「新規登録」ボタンを押します。

三 トップ画面 > 様式一覧管理 > 新規登録

操作に困ったら 厚労 太郎 ログアウト

| 利用番号     | 氏名(姓名) | 要介護度  | 年齢 | 性別 | ステータス |
|----------|--------|-------|----|----|-------|
| 00000115 | 利用 太郎  | 要介護 4 | 70 | 男性 | 登録済み  |

栄養マネジメント 経口移行・維持 口腔機能アセスメント 口腔機能管理記録 認知症 興味関心チェック 居宅訪問チェック 各アセスメント様式評価 基本チェックリスト CHASE基本項目

施設/通所・居宅区分 必須 施設

栄養マネジメント明細情報 必須

追加

| 実施日        | プロセス | 低栄養のリスクレベル | 本人の意欲 | 身長 | 体重 |       |
|------------|------|------------|-------|----|----|-------|
| 2020/01/01 |      | 低          | まあよい  |    |    | 編集 削除 |

一時保存 登録

様式に含まれる各項目の情報を入力します。

# 入力フォームからの登録：様式情報



## POINT !

- 入力時には適宜「一時保存」をしてください。「一時保存」をしないまま一定時間（20分程度）が経過すると、再度ログインが必要になり、入力したデータが消えてしまいます。

三 トップ画面 > 様式一覧管理 > 新規登録

操作に困ったら 厚労 太郎 ログアウト

利用者番号 氏名（姓名） 要介護度 年齢 性別 ステータス

00000115 利用 太郎 要介護 4 70 男性 登録済み

栄養マネジメント 経口移行・維持 口腔機能アセスメント 口腔機能管理記録 認知症 興味関心チェック 居宅訪問チェック 各アセスメント様式評価 基本チェックリスト CHASE基本項目

履歴

施設／通所・居宅区分 必須 施設

栄養マネジメント明細情報 必須

追加

| 実施日        | プロセス | 低栄養のリスクレベル | 本人の意欲 | 身長 | 体重 |       |
|------------|------|------------|-------|----|----|-------|
| 2020/01/01 |      | 低          | まあよい  |    |    | 編集 削除 |

一時保存 登録

- 三

トップ画面

様式一覧管理

?

操作に困ったら

👤

厚労 太郎

▼

🔑

ログアウト

🔍

検索 対象期間

🕒

ステータス

📝

登録済み

▼

🔍

利用者情報検索

🔍

検索

| No. | 利用者ID↑   | 氏名    | 栄養情                                 | 経口情 | 口腔1                                  | 口腔2 | 認知症 | 興味情 | 居宅情 | アセス | 基本リ | 基本項 |
|-----|----------|-------|-------------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1   | 00000115 | 利用 太郎 | <div>確定</div> <div>2020/02/04</div> |     |                                      |     |     |     |     |     |     |     |
| 2   | 00000217 | 介護 松子 | <div>確定</div> <div>2020/02/04</div> |     |                                      |     |     |     |     |     |     |     |
| 3   | 00000315 | 利用 次郎 | <div>確定</div> <div>2020/02/04</div> |     | <div>作成中</div> <div>2020/02/04</div> |     |     |     |     |     |     |     |
| 4   | 00000415 | 利用 三郎 |                                     |     |                                      |     |     |     |     |     |     |     |
| 5   | 00000517 | 介護 竹子 |                                     |     | <div>作成中</div> <div>2020/02/04</div> |     |     |     |     |     |     |     |
| 6   | 00000615 | 利用 梅子 |                                     |     | <div>作成中</div> <div>2020/02/04</div> |     |     |     |     |     |     |     |
| 7   | 00000617 | 介護 四郎 |                                     |     |                                      |     |     |     |     |     |     |     |

表示件数

10

▼

←

前の10件

7件中

1~7件表示

次の10件

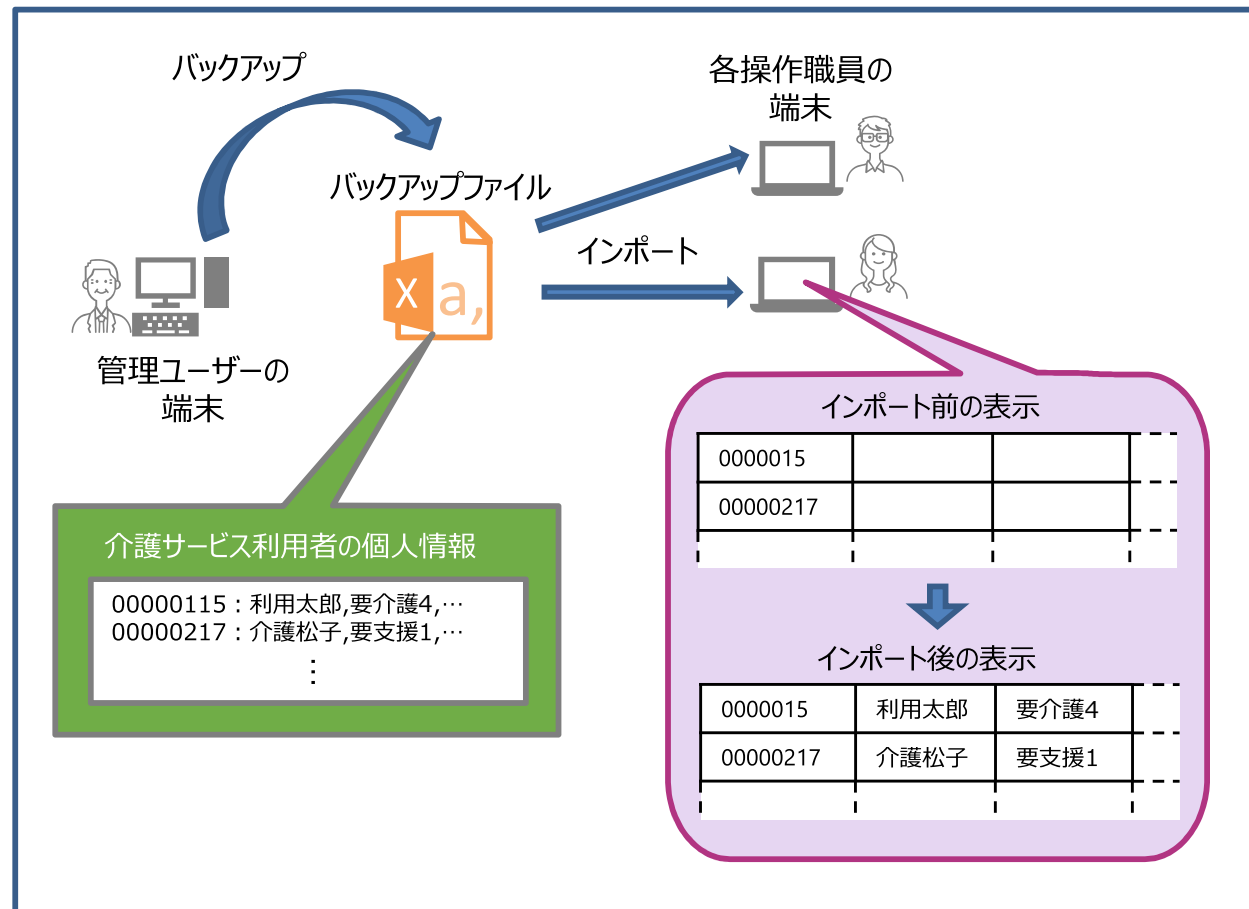
→

⚙️

利用様式設定

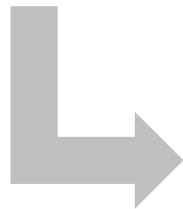
## 4. その他の操作

- CHASEでは、介護サービス利用者の氏名等の個人情報は、厚生労働省へは送信されず、施設・事業所のパソコンのブラウザー内に保存されています。
- そのため、利用者情報を登録する「管理ユーザー」が使用するパソコンとは別のパソコンで、利用者の氏名等の情報を表示するためには、ブラウザーに保存されている個人情報を共有する必要があります。
- 複数のパソコンを利用しない場合においても、介護サービス利用者の個人情報が消えてしまった場合に復元できるように、定期的にバックアップを行って下さい。



# 個人情報の入出力

- 介護サービス利用者の個人情報のパソコン間での共有やバックアップのために、個人情報を出力する操作は、「管理ユーザー」が行います。

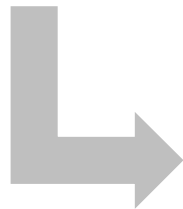


# 個人情報の入出力

- 出力したバックアップファイルをCHASEを利用している他のパソコンに取り込む操作は、「インポート」により行います。「インポート」操作は、「操作職員」も実施可能です。



こちらの画面イメージは、「管理ユーザー」の場合です。



| 加算名称                                                                          | 対応する様式（案）                                                                                 | LIFEへのデータ登録<br>(加算算定に必要) |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）<br>科学的介護推進体制加算                                              | 科学的介護推進に関する評価<br>※施設・事業所が加算において様式の作成を求めるものではなく、LIFEへの登録項目を示すためのイメージとしての様式                 | ○                        |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ）                                                                   | 別紙様式1：興味・関心チェックシート                                                                        | 任意                       |
|                                                                               | 別紙様式2：生活機能チェックシート                                                                         | ○                        |
|                                                                               | 別紙様式3：個別機能訓練計画書                                                                           | ○                        |
| ADL維持等加算                                                                      | 特定の様式はなし<br>※施設・事業所は、利用者のADLデータをLIFEへ登録<br>※LIFEでは、登録されたデータをもとに算定要件を満たしているかを判定し、結果を表示する予定 | ○                        |
| リハビリテーションマネジメント加算（A）□（B）□<br>リハビリテーションマネジメント計画書情報加算<br>理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算 | 別紙様式1：興味・関心チェックシート                                                                        | 任意                       |
|                                                                               | 別紙様式2：リハビリテーション計画書                                                                        | ○                        |
|                                                                               | 別紙様式3：リハビリテーション会議録                                                                        | 任意                       |
|                                                                               | 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                                                          | 任意                       |
|                                                                               | 別紙様式5：生活行為向上リハビリテーション実施計画書                                                                | 任意                       |
| 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）（Ⅱ）<br>褥瘡対策管理指導（Ⅱ）                                               | 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書                                                                     | ○                        |
| 排せつ支援加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）                                                              | 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書                                                                   | ○                        |
| 自立支援促進加算                                                                      | 自立支援促進に関する評価・支援計画書                                                                        | ○                        |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算<br>薬剤管理指導                                                      | 薬剤変更等に係る情報提供書                                                                             | ○                        |
| 栄養マネジメント強化加算                                                                  | 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）                                                          | ○                        |
| 栄養アセスメント加算                                                                    | 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）                                                            | ○                        |
| 口腔衛生管理加算                                                                      | 口腔衛生管理加算 様式（実施計画）                                                                         | ○                        |
| 口腔機能向上加算                                                                      | 口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）                                                                    | ○                        |

※ データの提出は、各加算の様式等における見直しの頻度等に応じたタイミングを予定（加算算定できる月とは必ずしも一致しない）

## 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、Ⅴ

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                          |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 基本情報 | 保険者番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日                                       |
|      | 被保険者番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                          |
|      | 事業所番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 総論   | 既往歴〔前回の評価時より変化のあった場合は記載〕                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |
|      | 服薬情報<br>1. 薬剤名 ( ) ( /日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日)<br>2. 薬剤名 ( ) ( /日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日)<br>・<br>・<br>・                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                          |
|      | 同居家族等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他) (複数選択可)<br>家族等が介護できる時間 <input type="checkbox"/> ほとんど終日 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 2～3時間程度 <input type="checkbox"/> 必要な時に手をかす程度 <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |
|      | ADL<br>・食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0<br>・椅子とベッド間の移乗 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (監視下)<br>(座れるが移れない) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0<br>・整容 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br>・トイレ動作 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0<br>・入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0<br>・平地歩行 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (歩行器等)<br>(車椅子操作が可能) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0<br>・階段昇降 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0<br>・更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0<br>・排便コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0<br>・排尿コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 |                                                          |
|      | 在宅復帰の有無等<br><input type="checkbox"/> 入所継続中<br><input type="checkbox"/> 退所 (退所日： )<br><input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 介護医療院入所 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設入院<br><input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
|       | 栄養補給法<br>・栄養補給法 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法<br>・経口摂取 <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 一部<br>・嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>・食事形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (コード <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j)<br>・とろみ <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い |  |  |
|       | 食事摂取量 全体 ( %)   主食 ( %)   副食 ( %)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
|       | 必要栄養量 エネルギー ( kcal) たんぱく質 ( g)   提供栄養量 エネルギー ( kcal) たんぱく質 ( g)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
|       | 血清アルブミン値 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( (g/dl))   褥瘡の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|       | 口腔の健康状態 (施設系サービス)<br>・歯・入れ歯が汚れている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>・歯が少ないのに入れ歯を使っていない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>・むせやすい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>(通所系・居住系サービス)<br>・硬いものを避け柔らかいものばかり食べる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>・入れ歯を使っている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>・むせやすい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                       |  |  |
|       | 誤嚥性肺炎の発症・既往 (※) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (発症日： 年 月 日) (発症日： 年 月 日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |

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

【認知症任意項目含む】

|     |                                                                 |                                                |        |        |      |      |
|-----|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------|--------|------|------|
| 認知症 | 認知症の診断<br>□なし □あり(診断日 年 月 日: □アルツハイマー病 □血管性認知症 □レビー小体病 □その他( )) |                                                |        |        |      |      |
|     | DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載)                                     |                                                |        |        |      |      |
|     |                                                                 | まったくない                                         | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある |
|     | ・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                                    | □                                              | □      | □      | □    | □    |
|     | ・日常的な物事に興味を示さない                                                 | □                                              | □      | □      | □    | □    |
|     | ・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                                                         | □                                              | □      | □      | □    | □    |
|     | ・引き出しや箆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 □起こさないで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                  |        |        |      |      |
|     | ・排せつ                                                            | □食事に関心がない、全く食べようとしない                           |        |        |      |      |
|     |                                                                 | □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<br>□なし □あり(診断日 年 月 日: □アルツハイマー病 □血管性認知症 □レビー小体病 □その他( )) |        |        |        |      |      |
|     | DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載)                                     |        |        |        |      |      |
|     |                                                                 | まったくない | ほとんどない | ときどきある | よくある | 常にある |
|     | ・日常的な物事に興味を示さない                                                 | □      | □      | □      | □    | □    |
|     | ・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    |        |        |        |      |      |

## 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<br>(町内会・老人クラブ) |      |       |       | 賃金を伴う仕事                    |      |       |       |
| お参り・宗教活動            |      |       |       | 旅行・温泉                      |      |       |       |
| その他 ( )             |      |       |       | その他 ( )                    |      |       |       |
| その他 ( )             |      |       |       | その他 ( )                    |      |       |       |

## 生活機能チェックシート

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

|       | 項目             | レベル                                              | 課題  | 環境<br>(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)<br>・全介助 (0)                   | 有・無 |                   |         |
|       | 椅子とベッド<br>間の移乗 | ・自立 (15) ・監視下 (10)<br>・座れるが移れない (5)<br>・全介助 (5)  | 有・無 |                   |         |
|       | 整容             | ・自立 (5) ・一部介助 (0)<br>・全介助 (0)                    | 有・無 |                   |         |
|       | トイレ動作          | ・自立 (10) ・一部介助 (5)<br>・全介助 (0)                   | 有・無 |                   |         |
|       | 入浴             | ・自立 (5) ・一部介助 (0)<br>・全介助 (0)                    | 有・無 |                   |         |
|       | 平地歩行           | ・自立 (15) ・歩行器等 (10)<br>・車椅子操作が可能 (5)<br>・全介助 (0) | 有・無 |                   |         |
|       | 階段昇降           | ・自立 (10) ・一部介助 (5)<br>・全介助 (0)                   | 有・無 |                   |         |
|       | 更衣             | ・自立 (10) ・一部介助 (5)<br>・全介助 (0)                   | 有・無 |                   |         |
|       | 排便<br>コントロール   | ・自立 (10) ・一部介助 (5)<br>・全介助 (0)                   | 有・無 |                   |         |
|       | 排尿<br>コントロール   | ・自立 (10) ・一部介助 (5)<br>・全介助 (0)                   | 有・無 |                   |         |
| I ADL | 調理             | ・自立 ・見守り<br>・一部介助 ・全介助                           | 有・無 |                   |         |
|       | 洗濯             | ・自立 ・見守り<br>・一部介助 ・全介助                           | 有・無 |                   |         |
|       | 掃除             | ・自立 ・見守り<br>・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<br>・一部介助 ・全介助                           | 有・無 |                   |         |
|       | 起き上がり          | ・自立 ・見守り<br>・一部介助 ・全介助                           | 有・無 |                   |         |
|       | 座位             | ・自立 ・見守り<br>・一部介助 ・全介助                           | 有・無 |                   |         |
|       | 立ち上がり          | ・自立 ・見守り<br>・一部介助 ・全介助                           | 有・無 |                   |         |
|       | 立位             | ・自立 ・見守り<br>・一部介助 ・全介助                           | 有・無 |                   |         |

【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<br>氏名                                               | 性別 | 大正      /      昭和         |                               |  | 要介護度                                                     | 計画作成者：<br>職種：                 |  |  |
|                                                          |    | 年      月      日生（      歳） |                               |  |                                                          |                               |  |  |
| 障害高齢者の日常生活自立度：自立   J1   J2   A1   A2   B1   B2   C1   C2 |    |                           |                               |  | 認知症高齢者の日常生活自立度：自立   I   IIa   IIb   IIIa   IIIb   IV   M |                               |  |  |

I    利用者の基本情報      ※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）<br>（機能）<br><br>（活動）<br><br>（参加） | 機能訓練の長期目標<br>（機能）<br><br>（活動）<br><br>（参加） | 目標達成度（達成・一部・未達） |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------|

※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<br>住所○○○    電話番号○○○ | 説明日：    令和    〇    年    〇    月    〇    日<br>説明者： |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

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<br>( _____ )                                                  | 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     |                |
| <input type="checkbox"/> 6分間歩行試験<br><input type="checkbox"/> TUG Test |       |        |                |
| 服薬管理                                                                  | 自立    |        |                |
| <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R          |       |        |                |
| コミュニケーション<br>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方針(今後3ヶ月間)

■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： \_\_\_\_\_

| ■リハビリテーションサービス                      |             |                                  |                               |                               |       |          |
|-------------------------------------|-------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------|----------|
| <input type="checkbox"/> 訪問・通所頻度( ) |             | <input type="checkbox"/> 利用時間( ) | <input type="checkbox"/> 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<br>(何を目的に(～のために)～をする) | 頻度    | 時間       |
|                                     |             |                                  |                               |                               | 週     | 回<br>分／回 |
|                                     |             |                                  |                               |                               |       |          |
|                                     |             |                                  |                               |                               |       |          |
|                                     |             |                                  |                               |                               | 週     | 回<br>分／回 |
|                                     |             |                                  |                               |                               |       |          |
|                                     |             |                                  |                               |                               |       |          |
|                                     |             |                                  |                               |                               | 週     | 回<br>分／回 |
|                                     |             |                                  |                               |                               |       |          |
|                                     |             |                                  |                               |                               |       |          |
|                                     |             |                                  |                               |                               | 週     | 回<br>分／回 |
|                                     |             |                                  |                               |                               |       |          |
|                                     |             |                                  |                               |                               |       |          |
|                                     |             |                                  |                               |                               | 週     | 回<br>分／回 |
|                                     |             |                                  |                               |                               |       |          |
|                                     |             |                                  |                               |                               |       |          |
|                                     |             |                                  |                               |                               | 週合計時間 |          |

|                                            |                                           |                                         |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 他事業所の担当者とは共有すべき事項 | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員とは共有すべき事項 | <input type="checkbox"/> 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    ☐（ ）

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

【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<br>構成員<br>不参加理由 | <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族( )<br><input type="checkbox"/> サービス担当者( ) ( )<br><input type="checkbox"/> サービス担当者( ) ( ) |     |        |     |
| 次回の開催予定と検討事項            |                                                                                                                                                   |     |        |     |

## 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 |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <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<br>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(                      ))<br><input type="checkbox"/> (日付:      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |
| <input type="checkbox"/> | 【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)】<br>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(                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |
|                          | 【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)又は(Ⅳ)】<br>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<br><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<br><input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法<br><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:      ) <input type="checkbox"/> (日付:      ) <input type="checkbox"/> (日付:      )<br><input type="checkbox"/> (日付:      ) <input type="checkbox"/> (日付:      ) <input type="checkbox"/> (日付:      )<br><input type="checkbox"/> (日付:      ) <input type="checkbox"/> (日付:      ) <input type="checkbox"/> (日付:      )<br><input type="checkbox"/> (日付:      ) <input type="checkbox"/> (日付:      ) <input type="checkbox"/> (日付:      )                                                                                                                                             |    |
| <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:      )CM・CW・家族・その他(                      ) <input type="checkbox"/> (日付:      )CM・CW・家族・その他(                      )<br><input type="checkbox"/> (日付:      )CM・CW・家族・その他(                      ) <input type="checkbox"/> (日付:      )CM・CW・家族・その他(                      )<br><input type="checkbox"/> (日付:      )CM・CW・家族・その他(                      ) <input type="checkbox"/> (日付:      )CM・CW・家族・その他(                      )<br><input type="checkbox"/> (日付:      )CM・CW・家族・その他(                      ) <input type="checkbox"/> (日付:      )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:      ) <input type="checkbox"/> (日付:      ) <input type="checkbox"/> (日付:      )<br><input type="checkbox"/> (日付:      ) <input type="checkbox"/> (日付:      ) <input type="checkbox"/> (日付:      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |
| <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<br>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(                      ))<br><input type="checkbox"/> (日付:      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |
| <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<br><input type="checkbox"/> その他(                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |

(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<br>の目標 |       |                                  |                                    |
| 家族の目標          |       |                                  |                                    |
| 実施期間           |       | 通所訓練期( . . ~ . . )<br>【通所頻度】 回/週 | 社会適応訓練期( . . ~ . . )<br>【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

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳 ) 評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日  
殿 男 女 記入担当者名

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

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

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

|          |       |                                                                                               |                                                                                                          |
|----------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 褥瘡の状態の評価 | 深さ    | d 0：皮膚損傷・発赤なし<br>d 1：持続する発赤<br>d 2：真皮までの損傷                                                    | D 3：皮下組織までの損傷<br>D 4：皮下組織を越える損傷<br>D 5：関節腔、体腔に至る損傷<br>DDTI：深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い<br>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<br>e 1：少量：毎日のドレッシング交換を要しない<br>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<br>s 3：4未満<br>s 6：4以上 16未満<br>s 8：16以上 36未満<br>s 9：36以上 64未満<br>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<br>i 1：局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)                                              | I 3C：臨床的定着疑い (創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など)<br>I 3：局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭など)<br>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<br>g 1：良性肉芽が創面の90%以上を占める<br>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<br>G 5：良性肉芽が創面の10%未満を占める<br>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<br>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<br>P 9：4以上16未満<br>P 12：16以上36未満<br>P 24：36以上                                                     |

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

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

説明日 令和 年 月 日  
説明者氏名

# 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

氏名  
明・大・昭・平

評価日 令和 年 月 日  
殿 男 女

計画作成日 令和 年 月 日

記入者名  
医 師 名  
看護師名

年 月 日生 ( 歳)

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<br>見守り等<br>一部介助<br>全介助 | 介助されていない<br>見守り等<br>一部介助<br>全介助 | 介助されていない<br>見守り等<br>一部介助<br>全介助 | 介助されていない<br>見守り等<br>一部介助<br>全介助 |
| 排便の状態                 | 介助されていない<br>見守り等<br>一部介助<br>全介助 | 介助されていない<br>見守り等<br>一部介助<br>全介助 | 介助されていない<br>見守り等<br>一部介助<br>全介助 | 介助されていない<br>見守り等<br>一部介助<br>全介助 |
| おむつ<br>使用の有無          | なし<br>あり（日中のみ・<br>夜間のみ・終日）      | なし<br>あり（日中のみ・<br>夜間のみ・終日）      | なし<br>あり（日中のみ・<br>夜間のみ・終日）      | なし<br>あり（日中のみ・<br>夜間のみ・終日）      |
| ポータブル<br>トイレ<br>使用の有無 | なし<br>あり（日中のみ・<br>夜間のみ・終日）      | なし<br>あり（日中のみ・<br>夜間のみ・終日）      | なし<br>あり（日中のみ・<br>夜間のみ・終日）      | なし<br>あり（日中のみ・<br>夜間のみ・終日）      |

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

排せつの状態に関する支援の必要性

あり                      なし

支援の必要性をありとした場合、以下を記載。

排せつに介護を要する要因

支援計画

説明日 令和 年 月 日

説明者氏名

# 自立支援促進に関する評価・支援計画書

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

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<br>・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2<br>・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M |       |                                                                                             |         |
| (4) 基本動作                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       | (5) ADL*                                                                                    |         |
| ・寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       | 自立 一部介助 全介助                                                                                 |         |
| ・起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       | ・食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0       |         |
| ・座位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       | ・椅子とベッド間の移乗 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (監視下)                  |         |
| ・立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       | (座るが移れない) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0                           |         |
| ・立位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       | ・整容 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       | ・トイレ動作 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0    |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       | ・入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       | ・平地歩行 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (歩行器等)                       |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       | (車椅子操作が可能) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0                          |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       | ・階段昇降 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0     |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       | ・更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0       |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       | ・排便コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       | ・排尿コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 |         |
| (6) 廃用性機能障害に対する自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果<br><input type="checkbox"/> 期待できる (期待できる項目: <input type="checkbox"/> 基本動作 <input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> IADL <input type="checkbox"/> 社会参加 <input type="checkbox"/> その他)<br><input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明<br>・リハビリテーション (医師の指示に基づく専門職種によるもの) の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>・機能訓練の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                                   |       |                                                                                             |         |
| (7) 尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画<br><input type="checkbox"/> 尊厳の保持に資する取組 <input type="checkbox"/> 本人を尊重する個別ケア <input type="checkbox"/> 寝たきり防止に資する取組 <input type="checkbox"/> 自立した生活を支える取組                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                                                                                             |         |
| (8) 医学的観点からの留意事項<br>・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 ( )<br>・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 ( )<br>・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ・その他 ( )                                                                                                                                                                                  |       |                                                                                             |         |

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

支援実績

| 離床・基本動作                                                                                                                                                                                                                              | ADL 動作                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 日々の過ごし方等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 訓練時間                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・離床<br/>□あり □なし<br/>1日あたり（ ）時間</li> <li>・座位保持<br/>□あり □なし<br/>1日あたり（ ）時間<br/>(内訳)<br/>ベッド上（ ）時間<br/>車椅子（ ）時間<br/>普通の椅子（ ）時間<br/>その他（ ）時間</li> <li>・立ち上がり<br/>□あり □なし<br/>1日あたり（ ）回</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事<br/>(自立・見守り・一部介助・全介助) ※<br/>□居室外（普通の椅子）<br/>□居室外（車椅子）<br/>□ベッドサイド<br/>□ベッド上 □その他<br/>食事時間や嗜好への対応<br/>□有 □無</li> <li>・排せつ（日中）<br/>(自立・見守り・一部介助・全介助) ※<br/>□居室外のトイレ<br/>□居室内のトイレ<br/>□ポータブル<br/>□おむつ □その他<br/>個人の排泄リズムへの対応<br/>□有 □無</li> <li>・排せつ（夜間）<br/>(自立・見守り・一部介助・全介助) ※<br/>□居室外のトイレ<br/>□居室内のトイレ<br/>□ポータブル<br/>□おむつ □その他<br/>個人の排泄リズムへの対応<br/>□有 □無</li> <li>・入浴<br/>(自立・見守り・一部介助・全介助) ※<br/>□大浴槽 □個人浴槽<br/>□機械浴槽 □清拭<br/>1週間あたり（ ）回<br/>マンツーマン入浴ケア<br/>□有 □無</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の希望の確認<br/>1月あたり（ ）回</li> <li>・外出<br/>1週間あたり（ ）回</li> <li>・居室以外（食堂・デイルームなど）における滞在<br/>1日あたり（ ）時間</li> <li>・趣味・アクティビティ・役割活動<br/>1週間あたり（ ）回</li> <li>・職員の居室訪問<br/>1日あたり（ ）回</li> <li>・職員との会話・声かけ<br/>1日あたり（ ）回</li> <li>・着替えの回数<br/>1週間あたり（ ）回</li> <li>・居場所作りの取組<br/>□有 □無</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリ専門職による訓練<br/>□あり □なし<br/>1週間あたり（ ）時間</li> <li>・看護・介護職による訓練<br/>□あり □なし<br/>1週間あたり（ ）時間</li> <li>・その他職種<br/>□あり □なし<br/>1週間あたり（ ）時間</li> </ul> |

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

支援計画

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

説明日 令和 年 月 日  
説明者氏名

## 薬剤変更等に係る情報提供書

令和 年 月 日

医療機関名：

担当医： 科 殿

介護老人保健施設の名称：

住所：

電話番号：

F A X：

医師氏名：

薬剤師氏名：

入所中の生活状況等を踏まえ、服薬内容について検討を行いました。検討の内容、薬剤変更後の状態等について連絡申し上げます。

|        |      |                  |     |
|--------|------|------------------|-----|
| 患<br>者 | 氏名   |                  | 男・女 |
|        | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日生（ 歳） |     |

傷病名

&lt;入所時の処方&gt;

⇒

&lt;退所時の処方&gt;

&lt;検討した内容&gt;

<変更・減薬・減量があった場合>

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

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

<追加処方があった場合>

|               |  |
|---------------|--|
| 追加処方<br>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           |       |   |
| 利用者の家族の意向 |  |      |       |          |       |     | 作成年月日          | 年 月 日 |   |
|           |  |      |       |          |       |     | 家族構成とパーソン（支援者） | 本人    | ー |

（以下は、入所（入院）者様々の状態に応じて作成。）

|                                          |                            |                            |                            |                            |                            |
|------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 実施日（記入者名）                                |                            | 年 月 日（ ）                   | 年 月 日（ ）                   | 年 月 日（ ）                   | 年 月 日（ ）                   |
| プロセス                                     | ★ブルダウン <sup>1</sup>        | ★ブルダウン <sup>1</sup>        | ★ブルダウン <sup>1</sup>        | ★ブルダウン <sup>1</sup>        | ★ブルダウン <sup>1</sup>        |
| 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 □中 □高                   |
| 身長                                       | cm                         | cm                         | cm                         | cm                         | cm                         |
| 体重 / BMI                                 | kg / kg/m <sup>2</sup>     | kg / kg/m <sup>2</sup>     | kg / kg/m <sup>2</sup>     | kg / kg/m <sup>2</sup>     | kg / kg/m <sup>2</sup>     |
| 3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月                        | □無 □有( kg/1ヶ月)             | □無 □有( kg/1ヶ月)             | □無 □有( kg/1ヶ月)             | □無 □有( kg/1ヶ月)             | □無 □有( kg/1ヶ月)             |
| 3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月                        | □無 □有( kg/3ヶ月)             | □無 □有( kg/3ヶ月)             | □無 □有( kg/3ヶ月)             | □無 □有( kg/3ヶ月)             | □無 □有( kg/3ヶ月)             |
| 3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月                        | □無 □有( kg/6ヶ月)             | □無 □有( kg/6ヶ月)             | □無 □有( kg/6ヶ月)             | □無 □有( kg/6ヶ月)             | □無 □有( kg/6ヶ月)             |
| 血清アルブミン値                                 | □無 □有( g/dl)               | □無 □有( g/dl)               | □無 □有( g/dl)               | □無 □有( g/dl)               | □無 □有( g/dl)               |
| 褥瘡                                       | □無 □有                      | □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                | □経口のみ □一部経口                |
| 栄養補給法                                    | □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              | □経腸栄養法 □静脈栄養法              | □経腸栄養法 □静脈栄養法              |
| その他                                      |                            |                            |                            |                            |                            |
| 栄養摂取量（割合）                                | %                          | %                          | %                          | %                          | %                          |
| 主食の摂取量（割合）                               | 主食 %                       | 主食 %                       | 主食 %                       | 主食 %                       | 主食 %                       |
| 主菜、副菜の摂取量（割合）                            | 主菜 % 副菜 %                  | 主菜 % 副菜 %                  | 主菜 % 副菜 %                  | 主菜 % 副菜 %                  | 主菜 % 副菜 %                  |
| その他（補助食品など）                              |                            |                            |                            |                            |                            |
| 摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）                | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)  | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)  | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)  | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)  | 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)  | 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)  | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)  |
| 嚥下調整食の必要性                                | □無 □有                      | □無 □有                      | □無 □有                      | □無 □有                      | □無 □有                      |
| 食事の形態（コード）                               | （コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ） | （コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ） | （コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ） | （コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ） | （コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ） |
| 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                | □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                      | □無 □有                      |
| 本人の意欲                                    | ★ブルダウン <sup>3</sup>        | ★ブルダウン <sup>3</sup>        | ★ブルダウン <sup>3</sup>        | ★ブルダウン <sup>3</sup>        | ★ブルダウン <sup>3</sup>        |
| 食意・食事の満足感                                | ★ブルダウン <sup>4</sup>        | ★ブルダウン <sup>4</sup>        | ★ブルダウン <sup>4</sup>        | ★ブルダウン <sup>4</sup>        | ★ブルダウン <sup>4</sup>        |
| 食事に対する意欲                                 | ★ブルダウン <sup>4</sup>        | ★ブルダウン <sup>4</sup>        | ★ブルダウン <sup>4</sup>        | ★ブルダウン <sup>4</sup>        | ★ブルダウン <sup>4</sup>        |
| 口腔関係                                     | □口腔衛生 □摂食・嚥下               | □口腔衛生 □摂食・嚥下               | □口腔衛生 □摂食・嚥下               | □口腔衛生 □摂食・嚥下               | □口腔衛生 □摂食・嚥下               |
| 安定した正しい姿勢が自分で取れない                        | □                          | □                          | □                          | □                          | □                          |
| 食事に集中することができない                           | □                          | □                          | □                          | □                          | □                          |
| 食事中に嚥下や意識減退がある                           | □                          | □                          | □                          | □                          | □                          |
| 歯（義歯）のない状態で食事をしている                       | □                          | □                          | □                          | □                          | □                          |
| 食べ物を口腔内に溜め込む                             | □                          | □                          | □                          | □                          | □                          |
| 固形の食べ物を咀嚼しやく中にむせる                        | □                          | □                          | □                          | □                          | □                          |
| 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある                        | □                          | □                          | □                          | □                          | □                          |
| 水分でむせる                                   | □                          | □                          | □                          | □                          | □                          |
| 食事中、食後に咳をすることがある                         | □                          | □                          | □                          | □                          | □                          |
| その他・気が付いた点                               |                            |                            |                            |                            |                            |
| 褥瘡・生活機能関係                                | □褥瘡（再発） □生活機能低下            | □褥瘡（再発） □生活機能低下            | □褥瘡（再発） □生活機能低下            | □褥瘡（再発） □生活機能低下            | □褥瘡（再発） □生活機能低下            |
| 消化器管関係                                   | □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘             | □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘             | □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘             | □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘             | □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘             |
| 水分関係                                     | □浮腫 □脱水                    | □浮腫 □脱水                    | □浮腫 □脱水                    | □浮腫 □脱水                    | □浮腫 □脱水                    |
| 代謝関係                                     | □感染 □発熱                    | □感染 □発熱                    | □感染 □発熱                    | □感染 □発熱                    | □感染 □発熱                    |
| 心理・精神・認知症関係                              | □閉じこもり □うつ □認知症            | □閉じこもり □うつ □認知症            | □閉じこもり □うつ □認知症            | □閉じこもり □うつ □認知症            | □閉じこもり □うつ □認知症            |
| 医薬品                                      | □薬の影響                      | □薬の影響                      | □薬の影響                      | □薬の影響                      | □薬の影響                      |
| 特記事項                                     |                            |                            |                            |                            |                            |
| 総合評価                                     | □改善 □改善傾向 □維持              | □改善 □改善傾向 □維持              | □改善 □改善傾向 □維持              | □改善 □改善傾向 □維持              | □改善 □改善傾向 □維持              |
| 計画変更                                     | □無 □有                      | □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・嚥下機能検査                                                                         | □水飲みテスト □頸部触診法 □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 □頸部触診法 □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 □頸部触診法 □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 □頸部触診法 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ） 実施日： 年 月 日 |
| 検査結果や観察等を通して把握した課題の所在      | □認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能                                                              | □認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能                                                                        | □認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能                                                                        | □認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能                                                                        | □認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能                                                                        |
| 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           | □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           |
| 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           | □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                                                                                   | □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                                                                                   | □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                                                                                   | □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                                                                                   | □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                                                                                   | □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

★ブルダウン<sup>1</sup>

★ブルダウン<sup>2</sup>

★ブルダウン<sup>3</sup>

★ブルダウン<sup>4</sup>

スクリーニング/アセスメント/モニタリング

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）

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

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 | 年齢                       | 歳    |
| 氏名           |  | 要介護度 |       | 病名・特記事項等                     |       | 記入者名                     |      |
| 利用者<br>家族の意向 |  |      |       | 食事の準備状況<br>（調理物、食事の支度、地域特性等） |       | 家族構成と<br>キーパーソン<br>（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                     | ★ブルダウン <sup>1</sup>                      | ★ブルダウン <sup>1</sup>         | ★ブルダウン <sup>1</sup>         | ★ブルダウン <sup>1</sup>         |                            |                 |
| 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/m <sup>2</sup>      | kg / kg/m <sup>2</sup>      | kg / kg/m <sup>2</sup>      | kg / kg/m <sup>2</sup>     |                 |
|                          | 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                   | 栄養摂取の状況                                  |                             |                             |                             |                            |                 |
|                          | 食事摂取量（割合）                                | %                           | %                           | %                           | %                          |                 |
|                          | 主食の摂取量（割合）                               | 主食 %                        | 主食 %                        | 主食 %                        | 主食 %                       |                 |
|                          | 主菜、副菜の摂取量（割合）                            | 主菜 % 副菜 %                   | 主菜 % 副菜 %                   | 主菜 % 副菜 %                   | 主菜 % 副菜 %                  |                 |
|                          | その他（補助食品など）                              |                             |                             |                             |                            |                 |
|                          | 摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）                | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)   | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)   | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)   | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)  |                 |
|                          | 提供栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）                | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)   | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)   | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)   | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)  |                 |
|                          | 必要栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）                | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)   | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)   | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)   | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)  |                 |
|                          | 嚥下調整食の必要性                                | □無 □有                       | □無 □有                       | □無 □有                       | □無 □有                      |                 |
|                          | 食事の形態（コード）                               | （コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ）  | （コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ）  | （コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ）  | （コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ） |                 |
|                          | とろみ                                      | □薄い □中間 □濃い                 | □薄い □中間 □濃い                 | □薄い □中間 □濃い                 | □薄い □中間 □濃い                |                 |
|                          | 食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど） | □無 □有                       | □無 □有                       | □無 □有                       | □無 □有                      |                 |
|                          | 本人の意欲                                    | ★ブルダウン <sup>3</sup>         | ★ブルダウン <sup>3</sup>         | ★ブルダウン <sup>3</sup>         | ★ブルダウン <sup>3</sup>        |                 |
|                          | 食欲・食事の満足感                                | ★ブルダウン <sup>4</sup>         | ★ブルダウン <sup>4</sup>         | ★ブルダウン <sup>4</sup>         | ★ブルダウン <sup>4</sup>        |                 |
| 食事に対する意識                 | ★ブルダウン <sup>4</sup>                      | ★ブルダウン <sup>4</sup>         | ★ブルダウン <sup>4</sup>         | ★ブルダウン <sup>4</sup>         |                            |                 |
| 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               |                 |
|                          | 口腔関係                                     | 安定した正しい姿勢が自分で取れない           | □                           | □                           | □                          | □               |
|                          |                                          | 食事に集中することができない              | □                           | □                           | □                          | □               |
|                          |                                          | 食事中に傾眠や意識混濁がある              | □                           | □                           | □                          | □               |
|                          |                                          | 歯（義歯）のない状態で食事をしている          | □                           | □                           | □                          | □               |
|                          |                                          | 食べ物を口腔内に溜め込む                | □                           | □                           | □                          | □               |
|                          |                                          | 固形の食べ物を咀嚼く中にむせる             | □                           | □                           | □                          | □               |
|                          |                                          | 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある           | □                           | □                           | □                          | □               |
|                          | 水分でむせる                                   | □                           | □                           | □                           | □                          |                 |
|                          | 食事中、食後に咳をすることがある                         | □                           | □                           | □                           | □                          |                 |
|                          | その他・気が付いた点                               |                             |                             |                             |                            |                 |
|                          | その他                                      | 褥瘡・生活機能関係                   | □褥瘡（再掲） □生活機能低下             | □褥瘡（再掲） □生活機能低下             | □褥瘡（再掲） □生活機能低下            | □褥瘡（再掲） □生活機能低下 |
|                          |                                          | 消化器官関係                      | □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘              | □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘              | □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘             | □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘  |
|                          |                                          | 水分関係                        | □浮腫 □脱水                     | □浮腫 □脱水                     | □浮腫 □脱水                    | □浮腫 □脱水         |
| 代謝関係                     |                                          | □感染 □発熱                     | □感染 □発熱                     | □感染 □発熱                     | □感染 □発熱                    |                 |
| 心理・精神・認知症関係<br>医薬品       |                                          | □閉じこもり □うつ □認知症<br>□薬の影響    | □閉じこもり □うつ □認知症<br>□薬の影響    | □閉じこもり □うつ □認知症<br>□薬の影響    | □閉じこもり □うつ □認知症<br>□薬の影響   |                 |
| 特記事項                     |                                          |                             |                             |                             |                            |                 |
| 総合評価                     | □改善 □改善傾向 □維持<br>□改善が認められない              | □改善 □改善傾向 □維持<br>□改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持<br>□改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持<br>□改善が認められない |                            |                 |
| サービス継続の必要性 注）栄養改善加算算定の場合 | □無 □有                                    | □無 □有                       | □無 □有                       | □無 □有                       |                            |                 |

★ブルダウン<sup>1</sup>

スクリーニング／アセスメント／モニタリング

★ブルダウン<sup>2</sup>

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）

★ブルダウン<sup>3</sup>

1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない

★ブルダウン<sup>4</sup>

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

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

1 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<br>（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"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭）<br><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<br><input type="checkbox"/> 歯の問題（ <input type="checkbox"/> う蝕、 <input type="checkbox"/> 歯の破折、 <input type="checkbox"/> 修復物脱離、 <input type="checkbox"/> その他（ ））<br><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（ ））<br><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：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 | <input type="checkbox"/> 歯科疾患（ <input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> 重症化予防）<br><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<br><input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等）<br><input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善）<br><input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善）<br><input type="checkbox"/> 栄養状態（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善）<br><input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防<br><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<br><input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導<br><input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導<br><input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導<br><input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 実施頻度 | <input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日： 令和●年●月●日 （記入者： ）

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 口腔衛生等の管理        | <input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導<br><input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導<br><input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導<br><input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 介護職員への技術的助言等の内容 | <input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施<br><input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性<br><input type="checkbox"/> 食事の状態、食形態等の確認<br><input type="checkbox"/> 現在の取組の継続<br><input type="checkbox"/> 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          | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 生年月日        | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> ●年●月●日生まれ ●歳                                                                                                                                                                                                                  |
| かかりつけ歯科医    | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 入れ歯の使用      | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 食形態等        | 経口摂取( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 ( <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1 j<br><input type="checkbox"/> 0 t <input type="checkbox"/> 0 j)) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 |
| 誤嚥性肺炎の発症・罹患 | <input type="checkbox"/> あり（発症日：令和●年●月●日） <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                      |

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

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

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

2 口腔機能改善管理計画

作成日：令和●年●月●日

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 計画立案者   | <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| サービス提供者 | <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 目標      | <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ））<br><input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ））<br><input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ））<br><input type="checkbox"/> 音声・言語機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ））<br><input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防<br><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<br><input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導<br><input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導<br><input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

3 実施記録

|                   |                                                                                             |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 実施年月日             | ●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 |
| 口腔清掃、口腔清掃に関する指導   | <input type="checkbox"/> 実施                                                                 |
| 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 | <input type="checkbox"/> 実施                                                                 |
| 音声・言語機能に関する指導     | <input type="checkbox"/> 実施                                                                 |
| その他（ ）            | <input type="checkbox"/> 実施                                                                 |

4 その他特記事項

|  |
|--|
|  |
|--|

# VISIT・CHASEにおけるデータ入力の省力化について(イメージ)

- 今後はVISIT（通所・訪問リハビリテーション）・CHASE（全サービス）へのデータ入力・フィードバックについては機能を統合する。
- 介護記録ソフトとのデータ連携により、統合したデータベースシステムへのデータ入力に係る現場の負担を軽減。
- 統合したデータベースシステムへの入力により、厚生労働省にデータを提出し、加算の算定に必要な様式も作成が可能。

## 従前のVISIT

様式等を作成



VISITに転記  
(再度PCに入力)



データ提出

匿名化



## 今後の入力方式

### ①介護記録ソフトを導入している場合

介護記録ソフト等で  
様式を作成（通常の業務）



データ連携  
(再度の入力不要)



データ提出

匿名化



### ②紙で運用している場合

統合したデータベース  
システム上でデータ入力



データ提出

匿名化



計画書



印刷

(再度の入力不要)

令和3年度予算案 地域医療介護総合確保基金 137.4億円の内数

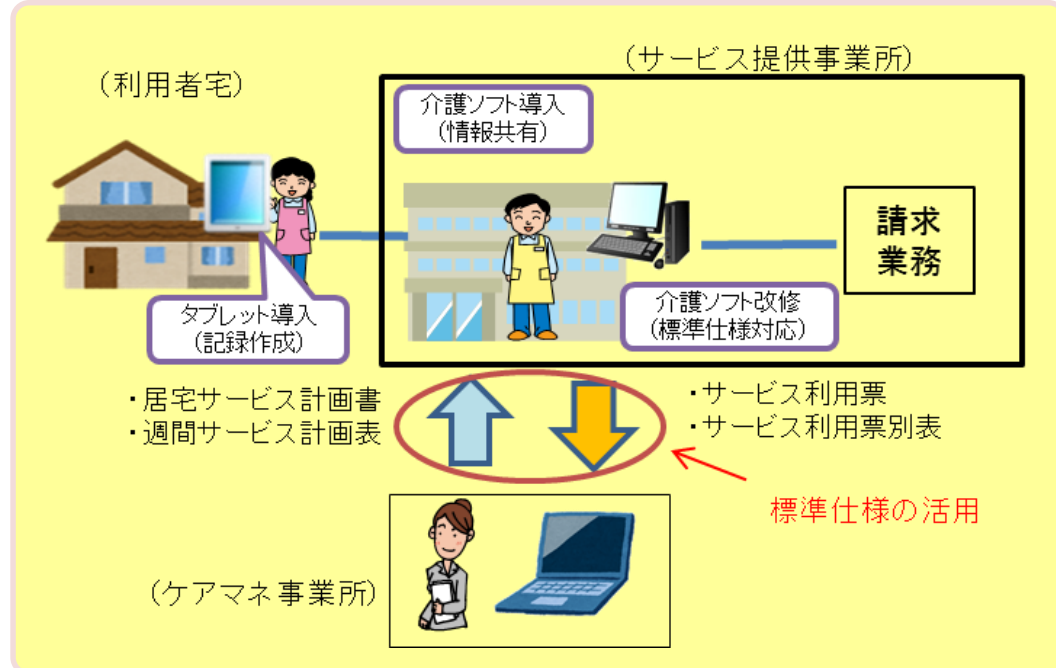
※ 令和2年度予算 82.4億円の内数

1. 目的…介護事業所の業務効率化を通じて、訪問介護員等の負担軽減を図る。
2. 対象…介護事業所(介護保険法に基づく全サービス)

3. 要件
  - ・ 記録、情報共有、請求の各業務が**一気通貫**になる
  - ・ ケアマネ事業所とのデータ連携に**標準仕様**の活用
  - ・ CHASEによる情報収集に対応
  - ・ 導入事業所による他事業者からの照会対応
  - ・ 事業所による**導入効果報告** 等

| 年度  | 補助上限額             | 補助率                                                                                                               | 補助対象                                                                                                                                                         |
|-----|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 元年度 | 30万円<br>(事業費60万円) | 1/2<br>国2/6<br>都道府県1/6<br>事業者3/6                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護ソフト</li> <li>● タブレット端末</li> <li>● スマートフォン</li> <li>● インカム</li> <li>● クラウドサービス</li> <li>● 他事業者からの照会経費 等</li> </ul> |
| 2年度 | 当初                | 事業所規模(職員数)に応じて設定<br>● 1～10人 50万円<br>● 11～20人 80万円<br>● 21～30人 100万円<br>● 31人～ 130万円                               | 都道府県が設定<br>※事業者負担を入れることが条件                                                                                                                                   |
|     | 1次補正              | 事業所規模(職員数)に応じて設定<br>● 1～10人 <b>100万円</b><br>● 11～20人 <b>160万円</b><br>● 21～30人 <b>200万円</b><br>● 31人～ <b>260万円</b> | 上記に加え<br>● Wi-Fi機器の購入設置<br>● 業務効率化に資するバックオフィスソフト(勤怠管理、シフト管理等)                                                                                                |
|     | 3次補正              | 一定の要件を満たす事業所は、 <b>3/4を下限</b> に都道府県の裁量により設定<br><br>それ以外の事業所は <b>1/2を下限</b> に都道府県の裁量により設定                           |                                                                                                                                                              |

事業所内のICT化(タブレット導入等)により、介護記録作成、職員の情報共有～請求業務までが一気通貫に



※令和2年度(当初予算)以降の拡充は令和5年度までの実施

&lt;例:訪問介護サービスの場合&gt;

事 務 連 絡  
令和3年3月10日

各都道府県介護保険主管課（室） 御中

厚生労働省老健局老人保健課

## 「科学的介護情報システム（LIFE）」の活用等について（その2）

介護保険行政の円滑な実施につきましては、日頃から御尽力賜り厚く御礼申し上げます。

令和3年度からの科学的介護情報システム（LIFE）の活用等については、「『科学的介護情報システム（LIFE）』の活用等について」（令和3年2月19日厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）等により随時お示ししているところですが、今般、下記のとおり新たにお知らせしますので、管内の市町村ならびに介護サービス事業所等へ周知をお願い致します。

### 記

#### 1．LIFE の利用申請と利用開始スケジュールについて

通常、毎月25日までに利用申請があったものについて、翌月の上旬にはがきが発送されますが、令和3年3月中のスケジュールの詳細については以下のとおりです。

なお、

- ・ 令和3年4月よりLIFEの利用を開始する場合は、以下のスケジュールにかかわらず、早期に申請頂くことや、
- ・ LIFEに係る加算の算定等を検討している場合にも、申請を検討頂くこと等の対応をいただけますようお願いいたします。

##### ○ 利用申請処理スケジュール

- ・ 令和3年3月11日までに利用申請した場合：令和3年3月末からLIFE利用開始可能
- ・ 令和3年3月18日までに利用申請した場合：令和3年4月上旬からLIFE利用開始可能
- ・ 令和3年3月25日までに利用申請した場合：令和3年4月前半からLIFE利用開始可能

#### 2．LIFE の機能全般に関するご質問について

ご質問は、「CHASE ヘルプデスク」にて受付しますので、下記のE-mail宛にお問い合わせいただきますようお願いいたします。なお、新規申請に係るご質問のみ「利用申請ヘルプデスク」にて電話で受け付けることが可能ですが、介護報酬改定の前後は、電話が混み

合うことが予想されますので、CHASE の操作マニュアル等の web サイトをご覧ください  
上で、可能な限り E-mail でのお問い合わせにご協力ください。

**【CHASE ヘルプデスク 連絡先】**

E-mail : [chase@toshiba-sol.co.jp](mailto:chase@toshiba-sol.co.jp)

**【利用申請ヘルプデスク 連絡先】**

電話番号：042-340-8819（平日 10:00～16:00、4 月以降は別番号に変更予定）

E-mail : [chase@toshiba-sol.co.jp](mailto:chase@toshiba-sol.co.jp)