

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体

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

科学的介護情報システム（LIFE）関連加算
に関する基本的な考え方並びに事務処理
手順及び様式例の提示について

計 20 枚（本紙を除く）

Vol.1216

令和6年3月15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
よろしくお願いいたします。 】

連絡先 TEL : 03-5253-1111(内 3944)

FAX : 03-3595-4010

各都道府県介護保険主管部（局）長宛

厚生労働省老健局老人保健課長
（ 公 印 省 略 ）

科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的な考え方並びに
事務処理手順及び様式例の提示について

科学的介護情報システムに関連する各加算の算定については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 1 日老企第 36 号。以下「訪問通所サービス通知」という。）、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 8 日老企第 40 号）、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 17 日老計発第 0317001 号、老振発第 0317001 号、老老発第 0317001 号）、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331005 号、老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 号）及び「特別診療費の算定に関する留意事項について」（平成 30 年 4 月 25 日老老発 0425 第 2 号）において示しているところであるが、今般、事務処理手順及び様式例を以下のとおりお示しする。

また、本課長通知の発出に伴い、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和 3 年 3 月 16 日老老発 0316 第 4 号）を廃するので、御了知の上、各都道府県におかれては、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その取扱いに当たっては遺漏なきよう期されたい。

記

第 1 科学的介護情報システム（LIFE）について

令和 3 年度より、介護施設・事業所が、介護サービス利用者の状態や行っているケアの計画・内容等を提出し、入力内容が集計され、当該施設等にフィードバックされる仕組みとして「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence）」（以下「LIFE」という。）の運用を開始した。令和 6 年度改定においては、これまでの取組の中で指摘されてきた入力負担等の課題に対応し、さらに科学的介護の取

組を推進する観点から入力項目の見直し等を行うこととした。

LIFE の利用申請手続等については、「令和 6 年度介護報酬改定を踏まえた科学的介護情報システム（LIFE）の対応について」（令和 6 年 3 月 15 日厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）を、データ提出に当たって、各項目の評価方法等については、「ケアの質の向上に向けた LIFE 利活用の手引き 令和 6 年度改定版（仮称）」（令和 6 年 3 月中に公開予定。）を参照されたい。

URL : https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html

第 2 LIFE への情報提出頻度及び提出情報について

LIFE へ提出された情報については、利用者又は入所者（以下、「利用者等」という。）単位若しくは事業所・施設単位で分析され、フィードバックされる。そのため、LIFE へのデータ提出が要件となっている加算において提出する情報は、フィードバックに活用する観点から、様式の各項目うち、記入者名や自由記載の箇所等については提出を求めないこととした。また、生年月日等の原則更新がない利用者の基本情報についても利用者情報登録の内容からデータ連携される。その他、各加算において提出する情報については、以下を参照されたい。

また、令和 6 年度改定においては、入力負担軽減や利便性向上の観点から、LIFE システムを更改し、令和 6 年 7 月末頃に新システムを運用開始する予定である。令和 6 年度改定に対応した介護記録ソフトを導入するために時間を要する等の事情のある場合は、以下の規定にかかわらず、令和 6 年 4 月～8 月サービス提供分の情報の提出については、令和 6 年 10 月 10 日までに提出することを可能とする。なお、やむを得ない事情がなく、提出すべき情報を令和 6 年 10 月 10 日までに提出していない場合、算定した当該加算については、遡り過誤請求を行うこと。

1 科学的介護推進体制加算

(1) LIFE への情報提出頻度について

利用者等ごとに、アからエまでに定める月の翌月 10 日までに提出すること。なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第 1 の 5 の届出を提出しなければならないが、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者等全員について本加算を算定できないこと（例えば、4 月の情報を 5 月 10 日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4 月サービス提供分から算定ができないこととなる。）。

ア 本加算の算定を開始しようとする月においてサービスを利用している利用者等

（以下「既利用者等」という。）については、当該算定を開始しようとする月

イ 本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降にサービスの利用を開始した利用者等（以下「新規利用者等」という。）については、当該サービスの利用を開始した日の属する月（以下、「利用開始月」という。）

ウ ア又はイの月のほか、少なくとも 3 月ごと

エ サービスの利用を終了する日の属する月

ただし、イの場合であって、月末よりサービスを利用開始した利用者等に係る情報を収集する時間が十分確保できない等のやむを得ない場合については、利用開始月の翌々月の10日までに提出することとしても差し支えない。その場合、当該利用者等に限り、利用開始月のサービス提供分は算定できない。

(2) LIFE への提出情報について

通所サービス、居住サービス及び多機能サービスにおいて科学的介護推進体制加算を算定する場合又は施設サービスにおいて科学的介護推進体制加算（Ⅰ）を算定する場合は、事業所又は施設の全ての利用者等について、別紙様式1（科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス））又は別紙様式2（科学的介護推進に関する評価（施設サービス））にある「基本情報」、「総論」、「口腔・栄養」及び「認知症（別紙様式3も含む。）」の任意項目を除く情報を、やむを得ない場合を除き提出すること。

施設サービスにおいて科学的介護推進体制加算（Ⅱ）を算定する場合は、上記に加えて「総論」の診断名・服薬情報についても提出すること。

上記以外の項目（「認知症」や「その他」の任意項目等）についても、必要に応じて提出することが望ましいこと。

また、提出情報は、利用者ごとに、以下の時点における情報とすること。

- ・（1）アに係る提出情報は、当該算定開始時における情報
- ・（1）イに係る提出情報は、当該サービスの利用開始時における情報
- ・（1）ウに係る提出情報は、前回提出時以降の評価時点の情報
- ・（1）エに係る提出情報は、当該サービスの利用終了時における情報

2 ADL 維持等加算

(1) LIFE への情報提出頻度について

利用者等ごとに、評価対象利用開始月及び評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月の翌月10日までに提出すること。

なお、情報を提出すべき月においての情報の提出を行っていない事実が生じた場合は、直ちに訪問通所サービス通知第1の5の届出を提出しなければならないこと。

(2) LIFE への提出情報について

事業所又は施設における利用者等全員について、利用者等のADL値（厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）第16号の2イ（2）のADL値をいう。）、別紙様式1（科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス））にある「基本情報」、及び「初月対象又は6月対象への該当」を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

ただし、評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目にサービスの利用がない場合については、当該サービスの利用があった最終の月の情報を提出すること。

3 個別機能訓練加算（Ⅱ）・（Ⅲ）

(1) LIFE への情報提出頻度について

利用者等ごとに、アからウまでに定める月の翌月 10 日までに提出すること。

ア 新規に個別機能訓練計画の作成を行った日の属する月

イ 個別機能訓練計画の変更を行った日の属する月

ウ ア又はイのほか、少なくとも 3 月に 1 回

(2) LIFE への提出情報について

ア 個別機能訓練加算(Ⅱ)においては、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」別紙様式 3—2 (生活機能チェックシート)にある「評価日」、「要介護度」、「障害高齢者の日常生活自立度」、「認知症高齢者の日常生活自立度」、「職種」、「ADL」、「IADL」及び「基本動作」、並びに別紙様式 3—3 (個別機能訓練計画書)にある「作成日」、「要介護度」、「障害高齢者の日常生活自立度」、「認知症高齢者の日常生活自立度」、「健康状態・経過(病名及び合併症に限る。）」、「個別機能訓練項目(プログラム内容、頻度及び時間に限る。）」の各項目に係る情報を提出すること。

イ 個別機能訓練加算(Ⅲ)については、栄養マネジメント強化加算及び口腔衛生管理加算(Ⅱ)を算定していることが要件であるため、上記アに加え、8(2)及び10(2)に示す情報を提出していること。

ウ 提出情報は、以下の時点における情報とすること。

- ・(1) ア及びイに係る提出情報は、当該情報の作成又は変更時における情報
- ・(1) ウに係る提出情報は、前回提出時以降の情報

4 リハビリテーションマネジメント加算(ロ)・(ハ)

(1) LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、3(1)を参照されたい。

(2) LIFE への提出情報について

ア 通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションにおいてリハビリテーションマネジメント加算(ロ)を算定する場合については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」別紙様式 2—2—1 及び 2—2—2 (リハビリテーション計画書)にある「評価日」、「介護度」、「担当職種」、「健康状態、経過(原因疾病及び発症日・受傷日、合併症に限る。）」、「障害高齢者の日常生活自立度」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」、「心身機能・構造」、「活動(基本動作)」、「活動(ADL)」、「リハビリテーションの終了目安」、「活動(IADL)」、「社会参加の状況」、及び「要因分析を踏まえた具体的なサービス内容(解決すべき課題、期間(月)、具体的支援内容、頻度及び時間に限る。）」の各項目に係る情報を提出すること。

イ また、上記に加えて、訪問リハビリテーションにおいては、診療未実施減算の算定の有無と、情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修の受講状況について情報を提出すること。

ウ 通所リハビリテーションにおいてリハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定する場合は、口腔の健康状態の評価及び栄養アセスメントが必要になることから、上記アに加え、以下の情報を提出すること。また、当該加算の算定にかかるリハビリテーションのアセスメント、口腔の健康状態の評価及び栄養アセス

メント情報の提出においては、当該加算を算定している旨の情報も併せて提出すること。

a 口腔に関しては、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」別紙様式6-4「口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）」の項目。

b 栄養に関しては、9(2)アに示す項目。

エ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、3(2)ウを参照されたい。

5 介護予防通所・訪問リハビリテーションの12月減算

(1) LIFEへの情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、3(1)を参照されたい。

(2) LIFEへの提出情報について

リハビリテーションマネジメント加算(ロ)と同様であるため、4(2)アを参照されたい。ただし、介護予防訪問リハビリテーションにおいては、上記に加えて、診療未実施減算の算定の有無と、情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修の受講状況について情報を提出すること。

6 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)・(Ⅱ)、理学療法及び作業療法注6並びに言語聴覚療法注4に掲げる加算、理学療法及び作業療法注7並びに言語聴覚療法注5に掲げる加算

(1) LIFEへの情報提出頻度について

個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、3(1)を参照されたい。

(2) LIFEへの提出情報について

ア リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)(Ⅱ)、理学療法注6、作業療法注6及び言語聴覚療法注4においては、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」別紙様式2-2-1及び2-2-2(リハビリテーション計画書)にある「評価日」、「介護度」、「担当職種」、「健康状態、経過(原因疾病及び発症日・受傷日、合併症に限る。）」、「日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」、「心身機能・構造」、「活動(基本動作)」、「活動(ADL)」、「リハビリテーションの終了目安」、「社会参加の状況」、及び「要因分析を踏まえた具体的なサービス内容(解決すべき課題、期間(月)、具体的支援内容、頻度及び時間に限る。）」の各項目に係る情報を提出すること。

イ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)、理学療法注7、作業療法注7及び言語聴覚療法注5においては、栄養マネジメント強化加算及び口腔衛生管理加算(Ⅱ)を算定していることが要件であるため、上記アに加え、8(2)及び10(2)に示す情報を提出していること。

ウ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算(Ⅱ)と同様であるため、3(2)ウを参照されたい。

7 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）

（１）LIFE への情報提出頻度について

入所者ごとに、ア及びイまでに定める月の翌月 10 日までに提出すること。

ア 施設に入所した日の属する月

イ アの月のほか、施設に入所した日の属する月から起算して 3 月目の月まで、少なくとも 1 月に 1 回

（２）LIFE への提出情報について

リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ）と同様であるため、6

（２）アを参照されたい。

8 栄養マネジメント強化加算

（１）LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（１）を参照されたい。

なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第一の 5 の届出を提出しなければならず、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者全員について本加算を算定できないこと（例えば、4 月の情報を 5 月 10 日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4 月サービス提供分から算定ができないこととなる。）。

（２）LIFE への提出情報について

ア 施設における入所者全員について、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」別紙様式 4-1-1（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））にある「要介護度」、「実施日」、「低栄養状態のリスクレベル」、「低栄養状態のリスク（状況）」、「食生活状況等」、「多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）」、「総合評価」及び「計画変更」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

イ 経口維持加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している入所者については、アの情報に加え、同様式にある「摂食・嚥下の課題」、「食事の観察」及び「多職種会議」の各項目に係る情報も提出すること。

ウ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（２）ウを参照されたい。

9 栄養アセスメント加算

（１）LIFE への情報提出頻度について

利用者ごとに、ア及びイに定める月の翌月 10 日までに提出すること。

ア 栄養アセスメントを行った日の属する月

イ アの月のほか、少なくとも 3 月に 1 回

なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第一の5の届出を提出しなければならず、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者全員について本加算を算定できないこと（例えば、4月の情報を5月10日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4月サービス提供分から算定ができないこととなる。）。

(2) LIFE への提出情報について

ア 利用者全員について、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」別紙様式4-3-1（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））にある「要介護度」、「実施日」「低栄養状態のリスクレベル」「低栄養状態のリスク（状況）」「食生活状況等」「多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）」及び「総合評価」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。ただし、食事の提供を行っていない場合など、「食生活の状況等」及び「多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）」の各項目に係る情報のうち、事業所で把握できないものまで提出を求めるものではないこと。

イ 提出情報は、利用者ごとに、以下の時点における情報とすること。

- ・（1）アに係る提出情報は、当該アセスメントの実施時点における情報
- ・（1）イにおける提出情報は、前回提出時以降における情報

10 口腔衛生管理加算（Ⅱ）

(1) LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（1）を参照されたい。

(2) LIFE への提出情報について

ア 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式3又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式1（口腔衛生管理加算 様式（実施計画））にある「要介護度」、「日常生活自立度」、「現在の歯科受診について」、「義歯の使用」、「栄養補給法」、「食事形態」、「誤嚥性肺炎の発症・既往」、「口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）」、「口腔衛生の管理内容（実施目標、実施内容及び実施頻度に限る。）」及び「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」の各項目に係る情報を提出すること。

イ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（2）ウを参照されたい。

11 口腔機能向上加算（Ⅱ）及び（Ⅱ）ロ

(1) LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（1）を参照されたい。

(2) LIFE への提出情報について

- ア 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」別紙様式6-4（口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例））にある「要介護度」、「日常生活自立度」、「現在の歯科受診について」、「義歯の使用」、「栄養補給法」、「食事形態」、「誤嚥性肺炎の発症・既往」、「口腔の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）」、「口腔機能改善管理指導計画」及び「実施記録」の各項目に係る情報を提出すること。
- イ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（2）ウを参照されたい。

12 口腔機能向上加算（Ⅱ）イ

(1) LIFE への情報提出頻度について

個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（1）を参照されたい。

(2) LIFE への提出情報について

- ア 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」別紙様式6-4（口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例））にある「要介護度・病名等」、「日常生活自立度」、「現在の歯科受診について」、「義歯の使用」、「栄養補給法」、「食事形態」、「誤嚥性肺炎の発症・既往」、「口腔機能改善管理指導計画」及び「実施記録」の各項目に係る情報を提出すること。
- イ 提出情報の時点は、個別機能訓練加算（Ⅱ）と同様であるため、3（2）ウを参照されたい。

13 褥瘡マネジメント加算

(1) LIFE への情報提出頻度について

利用者等ごとに、アからウまでに定める月の翌月10日までに提出すること。なお、情報を提出すべき月について情報の提出を行えない事実が生じた場合、直ちに訪問通所サービス通知第一の5の届出を提出しなければならず、事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、利用者等全員について本加算を算定できないこと（例えば、4月の情報を5月10日までに提出を行えない場合は、直ちに届出の提出が必要であり、4月サービス提供分から算定ができないこととなる。）。

ア 既利用者等については、当該算定を開始しようとする月

イ 新規利用者等については、当該サービスの利用を開始した日の属する月

ウ 褥瘡の発生と関係のあるリスクに係る評価を行った日の属する月（評価は少なくとも3月に1回行うものとする。）

ただし、イの場合であって、月末よりサービスを利用開始した利用者等に係る情報を収集する時間が十分確保できない等のやむを得ない場合については、利用開始月の翌々月の10日までに提出することとしても差し支えない。その場合、当該利

用者等に限り、利用開始月のサービス提供分は算定できない。

(2) LIFE への提出情報について

ア 事業所・施設における利用者等全員について、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式5又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式5（褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書）にある「基本情報」、「褥瘡の有無」及び「危険因子の評価」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

イ 褥瘡がある利用者等については、同様式にある「褥瘡の状態の評価」及び「褥瘡ケア計画」の自由記載を除く情報も提出すること。

ウ 提出情報は、利用者等ごとに、以下の時点における情報とすること。

- ・(1) アに係る提出情報は、介護記録等に基づき、既利用者等ごとの利用開始時又は施設入所時における評価の情報及び当該算定開始時における情報
- ・(1) イに係る提出情報は、当該サービスの利用開始時における情報
- ・(1) ウに係る提出情報は、当該評価時における情報

14 褥瘡対策指導管理（Ⅱ）

(1) LIFE への情報提出頻度について

褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（1）を参照されたい。

(2) LIFE への提出情報について

ア 「特別診療費の算定に関する留意事項について」別添様式3（褥瘡対策に関する診療計画書）にある「基本情報」、「褥瘡の有無」及び「危険因子の評価」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

イ また、褥瘡がある入所者については、同様式にある「褥瘡の状態の評価」及び「看護計画」の自由記載を除く情報も提出すること。

ウ 提出情報の時点は、褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（2）ウを参照されたい。

15 排せつ支援加算

(1) LIFE への情報提出頻度について

褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（1）を参照されたい。

(2) LIFE への提出情報について

ア 事業所・施設における利用者等全員について、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式6又は「指定地域密着型サービスに要

する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式6（排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書）にある「基本情報」、「排せつの状態」、「排せつ支援に係る取組」、「排せつに関する支援の必要性」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

イ 提出情報の時点は、褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（2）ウを参照されたい。

16 自立支援促進加算

（1）LIFE への情報提出頻度について

褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（1）を参照されたい。

（2）LIFE への提出情報について

ア 施設における入所者全員について、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式7又は「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式7（自立支援促進に関する評価・支援計画書）にある「基本情報」、「現状の評価」及び「支援実績」、「支援計画」の自由記載を除く各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

イ 提出情報の時点は、褥瘡マネジメント加算と同様であるので、13（2）ウを参照されたい。

17 かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）

（1）LIFE への情報提出頻度について

入所者ごとに、アからエまでに定める月の翌月10日までに提出すること。

ア 施設に入所した日の属する月

イ 処方内容に変更が生じた日の属する月

ウ ア又はイの月のほか、少なくとも3月に1回

エ 施設を退所する日の属する月

（2）LIFE への提出情報について

ア 入所期間が3月以上であると見込まれる入所者について、（1）ア、ウ及びエの月においては「診断名」及び「処方薬剤名（1日用量含む）」の情報をいずれも、（1）イの月においてはこれらの情報に加え、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式9（薬剤変更等に係る情報提供書）にある「変更・減薬・減量の別」及び「変更・減薬・減量理由」の各項目に係る情報を、やむを得ない場合を除き、提出すること。

- イ 提出情報は、以下の時点における情報とすること。
- ・(1) アに係る提出情報は、当該入所時における情報
 - ・(1) イに係る提出情報は、当該変更時における情報
 - ・(1) ウに係る提出情報は、前回提出時以降における情報
 - ・(1) エに係る提出情報は、当該退所時における情報

18 薬剤管理指導の注2の加算

(1) LIFE への情報提出頻度について

入所者ごとに、アからエまでに定める月の翌月10日までに提出すること。

ア 本加算の算定を開始しようとする月において施設に入所している入所者については、当該算定を開始しようとする月

イ 本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降に施設に入所した入所者については、当該施設に入所した日の属する月

ウ 処方内容に変更が生じた日の属する月

エ ア、イ又はウの月のほか、少なくとも3月に1回

(2) LIFE への提出情報について

ア (1) ア、イ及びエの月においては「診断名」及び「処方薬剤名(1日用量含む)」の情報をいずれも、(1)ウの月においてはこれらの情報に加え、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式9(薬剤変更等に係る情報提供書)にある「変更・減薬・減量の別」及び「変更・減薬・減量理由」の各項目に係る情報を提出すること。

イ 提出情報は、以下の時点における情報とすること。

- ・(1) アに係る提出情報は、当該算定を開始しようとする月時点における情報及び当該者の施設入所時における情報
- ・(1) イに係る提出情報は、当該入所時における情報
- ・(1) ウに係る提出情報は、当該変更時における情報
- ・(1) エに係る提出情報は、前回提出時以降における情報

科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）

（※）：任意項目

【利用者情報】

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

【基本情報】

| | |
|----------------|---|
| 要介護度 | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M |
| 評価日 | 年 月 日 |
| 評価時点 | <input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時 |

【総論】

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|------|-----|-----|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------|-----------------------------|-----------------------------------|--|--|--|-------------|---|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------|-----------------------------|------------------------------------|--|--|--|-------------|---|-------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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）（※） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 2. 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急入院の状況（※） | 入院日： 年 月 日 受療時の主訴： <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他（ ） 入院日： 年 月 日 受療時の主訴： <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他（ ） 入院日： 年 月 日 受療時の主訴： <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 服薬情報（※） | 薬剤名（ ） 薬剤名（ ） 薬剤名（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族の状況（※） | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADL | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>自立</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> </tr> <tr> <td>・食事</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・椅子とベッド間の移乗</td> <td><input type="checkbox"/>15</td> <td><input type="checkbox"/>10←（監視下）</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>（座れるが移れない）→</td> <td><input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・整容</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・トイレ動作</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・入浴</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・平地歩行</td> <td><input type="checkbox"/>15</td> <td><input type="checkbox"/>10←（歩行器等）</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>（車椅子操作が可能）→</td> <td><input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・階段昇降</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・更衣</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・排便コントロール</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・排尿コントロール</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> </table> | | 自立 | 一部介助 | 全介助 | ・食事 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | ・椅子とベッド間の移乗 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 10←（監視下） | | | | （座れるが移れない）→ | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 | ・整容 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | ・トイレ動作 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | ・入浴 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | ・平地歩行 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 10←（歩行器等） | | | | （車椅子操作が可能）→ | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 | ・階段昇降 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | ・更衣 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | ・排便コントロール | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | ・排尿コントロール | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |
| | 自立 | 一部介助 | 全介助 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・食事 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・椅子とベッド間の移乗 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 10←（監視下） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | （座れるが移れない）→ | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・整容 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・トイレ動作 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・入浴 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・平地歩行 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 10←（歩行器等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | （車椅子操作が可能）→ | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・階段昇降 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・更衣 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・排便コントロール | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・排尿コントロール | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス利用終了理由（※サービス終了時） | サービス利用終了日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用 <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"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用しなくなった <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【口腔・栄養】

| | | | |
|-------|---|----------|---|
| 身長 | cm | 体重 | kg |
| 義歯の使用 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | むせ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 歯の汚れ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 歯肉の腫れ・出血 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |

【認知症】

| | |
|--------|--|
| 認知症の診断 | <input type="checkbox"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー-小体病 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
|--------|--|

○生活・認知機能尺度 【別紙様式3】を活用した評価を実施すること

○Vitality index

| | |
|------------|---|
| 意思疎通 | <input type="checkbox"/> 自分から挨拶する、話し掛ける <input type="checkbox"/> 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる <input type="checkbox"/> 反応がない |
| 起床（※） | <input type="checkbox"/> いつも定時に起床している <input type="checkbox"/> 起こさないと起床しないことがある <input type="checkbox"/> 自分から起床することはない |
| 食事（※） | <input type="checkbox"/> 自分から進んで食べようとする <input type="checkbox"/> 促されると食べようとする <input type="checkbox"/> 食事に興味がない、全く食べようとしな |
| 排せつ（※） | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 時々、尿意便意を伝える <input type="checkbox"/> 排せつに全く興味がない |
| リハビリ・活動（※） | <input type="checkbox"/> 自らリハビリに向かう、活動を求める <input type="checkbox"/> 促されて向かう <input type="checkbox"/> 拒否、無関心 |

○DBD13（※） 【別紙様式4】を活用すること

【その他】

○ICF ステージング（※） 【別紙様式5】を活用すること

科学的介護推進に関する評価（施設サービス）

（※）：任意項目

【利用者情報】

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

【基本情報】

| | |
|----------------|---|
| 要介護度 | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M |
| 評価日 | 年 月 日 |
| 評価時点 | <input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時 |

【総論】

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|------|-----|-----|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------|-----------------------------|-----------------------------------|--|--|-------------|--|---|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------|-----------------------------|------------------------------------|--|--|-------------|--|---|-------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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）（※） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 2. 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急入院の状況（※） | 入院日： 年 月 日 受療時の主訴： <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他（ ） 入院日： 年 月 日 受療時の主訴： <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他（ ） 入院日： 年 月 日 受療時の主訴： <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 服薬情報（※） | 1. 薬剤名（ ） 2. 薬剤名（ ） 3. 薬剤名（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族の状況（※） | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADL | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>自立</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> </tr> <tr> <td>・食事</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・椅子とベッド間の移乗</td> <td><input type="checkbox"/>15</td> <td><input type="checkbox"/>10←（監視下）</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">（座れるが移れない）→</td> <td><input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・整容</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・トイレ動作</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・入浴</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・平地歩行</td> <td><input type="checkbox"/>15</td> <td><input type="checkbox"/>10←（歩行器等）</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">（車椅子操作が可能）→</td> <td><input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・階段昇降</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・更衣</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・排便コントロール</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・排尿コントロール</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> </table> | | 自立 | 一部介助 | 全介助 | ・食事 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | ・椅子とベッド間の移乗 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 10←（監視下） | | | （座れるが移れない）→ | | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 | ・整容 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | ・トイレ動作 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | ・入浴 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | ・平地歩行 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 10←（歩行器等） | | | （車椅子操作が可能）→ | | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 | ・階段昇降 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | ・更衣 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | ・排便コントロール | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | ・排尿コントロール | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |
| | 自立 | 一部介助 | 全介助 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・食事 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・椅子とベッド間の移乗 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 10←（監視下） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | （座れるが移れない）→ | | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・整容 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・トイレ動作 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・入浴 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・平地歩行 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 10←（歩行器等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | （車椅子操作が可能）→ | | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・階段昇降 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・更衣 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・排便コントロール | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・排尿コントロール | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス利用終了理由（※） （サービス終了時のみ） | サービス利用終了日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用 <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"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用しなくなった <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【口腔・栄養】

| | | | |
|-------|---|------------------|--|
| 身長 | cm | 低栄養状態の リスクレベル | <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 |
| 体重 | kg | | |
| 栄養補給法 | <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 | | |
| 食事形態 | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（コード□4 □3 □2-2 □2-1 □1j □0t □0j） | | |
| とろみ | <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い | | |
| 食事摂取量 | 全体（ ）% | 主食（ ）% | 副食（ ）% |
| 必要栄養量 | エネルギー（ kcal） たんぱく質（ g） | 提供栄養量 | エネルギー（ kcal） たんぱく質（ g） |
| 褥瘡 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| 義歯の使用 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | むせ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 歯の汚れ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 歯肉の腫れ・出血 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |

【認知症】

| | |
|--------|---|
| 認知症の診断 | <input type="checkbox"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー-小体病 <input type="checkbox"/> その他 () |
|--------|---|

○生活・認知機能尺度 【別紙様式3】を活用した評価を実施すること

○Vitality index

| | |
|------------|---|
| 意思疎通 | <input type="checkbox"/> 自分から挨拶する、話し掛ける <input type="checkbox"/> 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる <input type="checkbox"/> 反応がない |
| 起床(※) | <input type="checkbox"/> いつも定時に起床している <input type="checkbox"/> 起こさないと起床しないことがある <input type="checkbox"/> 自分から起床することはない |
| 食事(※) | <input type="checkbox"/> 自分から進んで食べようとする <input type="checkbox"/> 促されると食べようとする <input type="checkbox"/> 食事に関心がない、全く食べようとししない |
| 排せつ(※) | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 時々、尿意便意を伝える <input type="checkbox"/> 排せつに全く関心がない |
| リハビリ・活動(※) | <input type="checkbox"/> 自らリハビリに向かう、活動を求める <input type="checkbox"/> 促されて向かう <input type="checkbox"/> 拒否、無関心 |

○DBD13(※) 【別紙様式4】を活用すること

【その他】

○ICF ステージング(※) 【別紙様式5】を活用すること

生活・認知機能尺度

| | |
|----------------------------|--|
| ①-1 | 身近なもの（たとえば、メガネや入れ歯、財布、上着、鍵など）を置いた場所を覚えていますか ※介護者が一緒に探しているなど、一人で探す様子が分からない場合は、もし一人で探すとしたらどうかを想定して評価してください |
| <input type="checkbox"/> 5 | 常に覚えている |
| <input type="checkbox"/> 4 | たまに（週1回程度）忘れることはあるが、考えることで思い出せる |
| <input type="checkbox"/> 3 | 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある（思い出せることと思い出せないことが同じくらいの頻度） |
| <input type="checkbox"/> 2 | きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない |
| <input type="checkbox"/> 1 | 忘れたこと自体を認識していない |

| | |
|----------------------------|---|
| ①-2 | 身の回りに起こった日常的な出来事（たとえば、食事、入浴、リハビリテーションや外出など）をどのくらいの期間、覚えていますか ※最近1週間の様子を評価してください |
| <input type="checkbox"/> 5 | 1週間前のことを覚えている |
| <input type="checkbox"/> 4 | 1週間前のことは覚えていないが、数日前のことは覚えている |
| <input type="checkbox"/> 3 | 数日前のことは覚えていないが、昨日のことは覚えている |
| <input type="checkbox"/> 2 | 昨日のことは覚えていないが、半日前のことは覚えている |
| <input type="checkbox"/> 1 | 全く覚えていられない |

| | |
|----------------------------|---|
| ② | 現在の日付や場所等についてどの程度認識できますか ※上位レベルのことで下位レベルのことが両方でき、上位と下位の間の項目ができない場合には、上位レベルのほうを選び回答してください 例：1と3に該当し、2に該当しない場合⇒1を選択する |
| <input type="checkbox"/> 5 | 年月日はわかる（±1日の誤差は許容する） |
| <input type="checkbox"/> 4 | 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる |
| <input type="checkbox"/> 3 | 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる（家族であるか、介護者であるか、看護師であるか等） |
| <input type="checkbox"/> 2 | その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる |
| <input type="checkbox"/> 1 | 自分の名前がわからない |

| | |
|----------------------------|---|
| ③ | 誰かに何かを伝えたいと思っているとき、どれくらい会話でそれを伝えることができますか ※「会話ができる」とは、2者の意思が互いに疎通できている状態を指します |
| <input type="checkbox"/> 5 | 会話が支障がない（「○○だから、××である」といった2つ以上の情報がつながった話をする ことができる） |
| <input type="checkbox"/> 4 | 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる（「○○だから、××である」といった2つ以上の 情報がつながった話をすることはできない） |
| <input type="checkbox"/> 3 | 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる（「痛い」「お腹が空いた」などの具 体的な要求しか伝えられない） |
| <input type="checkbox"/> 2 | 会話が成り立たないが、発語はある（発語はあるが、簡単な質問に対して適切な回答ができなかつ たり、何を聞いても「うん」とだけ答える） |
| <input type="checkbox"/> 1 | 発語がなく、無言である |

| | |
|----------------------------|--|
| ④ | 一人で服薬ができますか ※服薬していなかったり、介護者が先に準備しているなど、実際の服薬能力が分からない場合は、一人で服薬する 場合を想定して評価してください |
| <input type="checkbox"/> 5 | 自分で正しく服薬できる |
| <input type="checkbox"/> 4 | 自分で用意して服薬できるが、たまに（週1回程度）服薬し忘れることがある |
| <input type="checkbox"/> 3 | 2回に1回は服薬を忘れる |
| <input type="checkbox"/> 2 | 常に薬を手渡しすることが必要である |
| <input type="checkbox"/> 1 | 服薬し終わるまで介助・みまもりが必要である |

| | |
|----------------------------|--|
| ⑤ | 一人で着替えることができますか ※まひ等により身体が不自由で介助が必要な場合は、障害がない場合での衣服の機能への理解度を想定して評価し てください |
| <input type="checkbox"/> 5 | 季節や気温に応じた服装を選び、着脱衣ができる |
| <input type="checkbox"/> 4 | 季節や気温に応じた服装選びはできないが、着る順番や方法は理解し、自分で着脱衣ができる |
| <input type="checkbox"/> 3 | 促してもらえれば、自分で着脱衣ができる |
| <input type="checkbox"/> 2 | 着脱衣の一部を介護者が行う必要がある |
| <input type="checkbox"/> 1 | 着脱衣の全てを常に介護者が行う必要がある |

| | |
|----------------------------|---|
| ⑥ | テレビやエアコンなどの電化製品を操作できますか ※テレビが無い場合は、エアコンで評価してください いずれもない場合は、電子レンジ、ラジオなどの電化製品 の操作で評価してください |
| <input type="checkbox"/> 5 | 自由に操作できる（「複雑な操作」も自分で考えて行うことができる） |
| <input type="checkbox"/> 4 | チャンネルの順送りなど普段している操作はできる（「単純な操作」であれば自分で行うことができ る） |
| <input type="checkbox"/> 3 | 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える（「単純な操作」が分からないことがあ るが、教えれば自分で操作することができる） |
| <input type="checkbox"/> 2 | リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全く分からない（何をやる電化製品かは分かるが、 操作を教えても自分で操作することはできない） |
| <input type="checkbox"/> 1 | リモコンが何をやるものか分からない |

| |
|----|
| 合計 |
| 点 |

DBD13

認知症の診断、または疑いのある場合に評価

| | | | | |
|----|--------------------------------------|--|--|---------------------------------|
| 1 | 忘れてしまうことが多いため、同じことを何度も聞いてしまう | <input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある | <input type="checkbox"/> ときどきある |
| 2 | よく物をなくしたり、置場所を間違えたりする | <input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある | <input type="checkbox"/> ときどきある |
| 3 | 日常的な物事に関心を持ってない | <input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある | <input type="checkbox"/> ときどきある |
| 4 | 特別な理由がないのに夜中に起きて布団から出てしまう | <input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある | <input type="checkbox"/> ときどきある |
| 5 | 他人が納得できる根拠がない状況で、他人に文句を言うてしまう | <input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある | <input type="checkbox"/> ときどきある |
| 6 | 昼間、寝ていることが多い | <input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある | <input type="checkbox"/> ときどきある |
| 7 | 過度に歩き回ることが多い | <input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある | <input type="checkbox"/> ときどきある |
| 8 | 同じ動作を何回も繰り返してしまう | <input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある | <input type="checkbox"/> ときどきある |
| 9 | 荒い口調で相手を責めるような言葉を出してしまう | <input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある | <input type="checkbox"/> ときどきある |
| 10 | 服装が場違いな、あるいは季節に合わない場合がある | <input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある | <input type="checkbox"/> ときどきある |
| 11 | 世話をしてもらおうことを受け入れられない | <input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある | <input type="checkbox"/> ときどきある |
| 12 | 周囲にわかってもらえるような理由なしに物を貯め込んでしまう | <input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある | <input type="checkbox"/> ときどきある |
| 13 | 引き出しやたんすの物を取り出そうとして、中身を全部出してしまうことがある | <input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> よくある | <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 常にある | <input type="checkbox"/> ときどきある |

ICF ステージング

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

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