

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 ☐ 男 ☐ 女
総論	既往歴〔前回の評価時より変化のあった場合は記載〕	
	服薬情報 1. 薬剤名 () (/日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日) 2. 薬剤名 () (/日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日) ・ ・ ・	
	同居家族等 ☐ なし ☐ あり (☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ その他) (複数選択可) 家族等が介護できる時間 ☐ ほとんど終日 ☐ 半日程度 ☐ 2～3時間程度 ☐ 必要な時に手をかす程度 ☐ その他	
	ADL 自立 一部介助 全介助 ・食事 ☐ 10 ☐ 5 ☐ 0 ・椅子とベッド間の移乗 ☐ 15 ☐ 10← (監視下) (座れるが移れない) → ☐ 5 ☐ 0 ・整容 ☐ 5 ☐ 0 ☐ 0 ・トイレ動作 ☐ 10 ☐ 5 ☐ 0 ・入浴 ☐ 5 ☐ 0 ☐ 0 ・平地歩行 ☐ 15 ☐ 10← (歩行器等) (車椅子操作が可能) → ☐ 5 ☐ 0 ・階段昇降 ☐ 10 ☐ 5 ☐ 0 ・更衣 ☐ 10 ☐ 5 ☐ 0 ・排便コントロール ☐ 10 ☐ 5 ☐ 0 ・排尿コントロール ☐ 10 ☐ 5 ☐ 0	
	在宅復帰の有無等 ☐ 入所継続中 ☐ 退所 (退所日：) ☐ 居宅 ☐ 介護老人福祉施設入所 ☐ 介護老人保健施設入所 ☐ 介護医療院入所 ☐ 介護療養型医療施設入院 ☐ 医療機関入院 ☐ 死亡 ☐ その他	

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

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

【認知症任意項目含む】

認知症	認知症の診断 □なし □あり(診断日 年 月 日: □アルツハイマー病 □血管性認知症 □レビー小体病 □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 □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 (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 (実施場所・補助具等)	状況・生活課題
ADL	食事	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	椅子とベッド 間の移乗	・自立 (15) ・監視下 (10) ・座れるが移れない (5) ・全介助 (5)	有・無		
	整容	・自立 (5) ・一部介助 (0) ・全介助 (0)	有・無		
	トイレ動作	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	入浴	・自立 (5) ・一部介助 (0) ・全介助 (0)	有・無		
	平地歩行	・自立 (15) ・歩行器等 (10) ・車椅子操作が可能 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	階段昇降	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	更衣	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	排便 コントロール	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	排尿 コントロール	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
I ADL	調理	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	洗濯	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	掃除	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	項目	レベル	課題	状況・生活課題	
起居動作	寝返り	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	起き上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	座位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立ち上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		

【個別機能訓練計画書】

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

I 利用者の基本情報 ※別紙様式1・別紙様式2を別途活用すること。

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

健康狀態・經過

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

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

II 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練の目標

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

※目標設定方法の詳細や生活機能の構成要素の考え方は、通知本体を参照のこと。 ※目標達成の目安となる期間についてもあわせて記載すること。
※短期目標（長期目標を達成するために必要な行為）は、個別機能訓練計画書の訓練実施期間内に達成を目指す項目のみを記載することとして差し支えない。

個別機能訓練項目

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

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

プログラム立案者：

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 住所〇〇〇 電話番号〇〇〇	事業所No. 000000000 〇〇〇	説明日: 令和 〇 年 〇 月 〇 日 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 (_____)	あり	あり	
栄養障害	あり	あり	
褥瘡	あり	あり	
疼痛	あり	あり	
精神行動障害(BPSD)	あり	あり	
☐ 6分間歩行試験 ☐ TUG Test			
服薬管理	自立		
☐ MMSE ☐ HDS-R			
コミュニケーション の状況			

■活動(基本動作、活動範囲など)

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

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

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

■リハビリテーションの短期目標(今後3ヶ月)

(心身機能)

(活動)

(参加)

■リハビリテーションの方針(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:

■環境因子（※課題ありの場合 ☒ 現状と将来の見込みについて記載する）

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

■社会参加の状況（過去実施していたものと現状について記載する）

家庭内の役割の内容

余暇活動（内容および頻度）

社会地域活動（内容および頻度）

リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組

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

■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

■活動と参加において重要性の高い課題

■活動と参加に影響を及ぼす機能障害の課題

■活動と参加に影響を及ぼす機能障害以外の要因

■リハビリテーションサービス									
□訪問・通所頻度() □利用時間() □送迎なし		No.	目標(解決すべき課題)	期間	担当職種	具体的支援内容 (何を目的に(～のために)～をする)	頻度	時間	
							週	回 分／回	
							週	回 分／回	
							週	回 分／回	
							週	回 分／回	
							週	回 分／回	
							週合計時間		

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

※下記の☑の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。
【情報提供先】 □介護支援専門員 □医師 □(地域密着型)通所介護 □()

(別紙様式 3)

リハビリテーション会議録（訪問・通所リハビリテーション）

利用者氏名 _____

作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催場所 _____

開催時間 _____ : _____ ~ _____ : _____

開催回数 _____

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

リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票

利用者氏名 殿

作成年月日 年 月 日

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

(別紙様式5)

生活行為向上リハビリテーション実施計画

利用者氏名 _____ 殿

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

【支援内容の評価】

--

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

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

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

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

説明日 令和 年 月 日
説明者氏名

排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

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

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

排せつの状態に関する支援の必要性

あり なし

支援の必要性をありとした場合、以下を記載。

排せつに介護を要する要因

支援計画

説明日 令和 年 月 日

説明者氏名

自立支援促進に関する評価・支援計画書

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

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

支援実績

離床・基本動作	ADL 動作	日々の過ごし方等	訓練時間
・離床 □あり □なし 1 日あたり () 時間 ・座位保持 □あり □なし 1 日あたり () 時間 (内訳) ベッド上 () 時間 車椅子 () 時間 普通の椅子 () 時間 その他 () 時間 ・立ち上がり □あり □なし 1 日あたり () 回	・食事 (自立・見守り・一部介助・全介助) ※ □居室外 (普通の椅子) □居室外 (車椅子) □ベッドサイド □ベッド上 □その他 食事時間や嗜好への対応 □有 □無 ・排せつ (日中) (自立・見守り・一部介助・全介助) ※ □居室外のトイレ □居室内のトイレ □ポータブル □おむつ □その他 個人の排泄リズムへの対応 □有 □無 ・排せつ (夜間) (自立・見守り・一部介助・全介助) ※ □居室外のトイレ □居室内のトイレ □ポータブル □おむつ □その他 個人の排泄リズムへの対応 □有 □無 ・入浴 (自立・見守り・一部介助・全介助) ※ □大浴槽 □個人浴槽 □機械浴槽 □清拭 1 週間あたり () 回 マンツーマン入浴ケア □有 □無	・本人の希望の確認 1 月あたり () 回 ・外出 1 週間あたり () 回 ・居室以外 (食堂・デイルームなど) における滞在 1 日あたり () 時間 ・趣味・アクティビティ・役割活動 1 週間あたり () 回 ・職員の居室訪問 1 日あたり () 回 ・職員との会話・声かけ 1 日あたり () 回 ・着替えの回数 1 週間あたり () 回 ・居場所作りの取組 □有 □無	・リハビリ専門職による訓練 □あり □なし 1 週間あたり () 時間 ・看護・介護職による訓練 □あり □なし 1 週間あたり () 時間 ・その他職種 □あり □なし 1 週間あたり () 時間

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

支援計画

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

説明日 令和 年 月 日
説明者氏名