

資料 1 の別添 1 ~ 4

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名：

TEL：

FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男	女
		生年月日	明・大・昭	年	月	日生
住所	〒	電話番号				
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅）、__階建て、居室__階、エレベーター（有・無）					
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請					
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					<input type="checkbox"/> 医師の判断
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					<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> __割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（身体・精神・知的）		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()					

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ） * <input type="checkbox"/> 日中独居					
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL			
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL	TEL		

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-----------------	--

5. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（ ）
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（ ）
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 続柄 ・ 年齢）
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部 ） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
特記事項	

6. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・ 具体的な要望（ ）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		無	有 _____本くらい/日		飲酒	無	有 _____合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項：				
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由： _____ 期間： H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： _____)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者： _____ ・管理方法： _____)		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)	
	氏名	様 男・女	歳	要支援 () ・要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし	
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日				
	入院原因疾患 (入所目的等)				
	入院・入所先	施設名	棟	室	
	今後の医学管理	医療機関名：	方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	*番号記入	安定 () 不安定 ()
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()			
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()			
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()			UDF等の食形態区分
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()			眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()			
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	<本人> 退院後の生活に関する意向				
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方				
	<家族> 退院後の生活に関する意向				

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()			
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)		
症状・病状の予後・予測	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
退院に際しての日常生活の障害要因(心身状況・環境等)	例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。				
在宅復帰のために整えなければならない要件					
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)		会議出席	
1	年 月 日			無・有	
2	年 月 日			無・有	
3	年 月 日			無・有	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

(別紙様式1)

(No. 5)

興味・関心チェックシート

事業所番号 999999998

作成年月日 2017年07月11日

利用者番号 0001

利用者氏名

様

確定年月日

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)				賞金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他()				その他()			
その他()				その他()			

(別紙様式2)

事業所番号 9999999998

リハビリテーション計画書(アセスメント)

訪問 通所 (No. 3)

作成年月日 2018年03月22日

確定年月日

利用者番号 0001 利用者氏名

様 性別 男

年齢 62 歳

要介護度

■ 居宅サービス計画の総合的援助の方針

■ 居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題

■ 利用者の希望

■ 医師の指示

■ ご家族の希望

■ 健康状態(介護・支援を要す原因となる疾患)

原疾患名・発症日

病名:

発症日:

直近の入院日:

直近の退院日:

経過:

■ 合併症・コントロール状況(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)

■ 廃用症候群: あり なし

■ リハビリテーションを実施する際の医学的管理(医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む)

■ 参加(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

■ 心身機能

項目	状況	活動へ支障	項目	状況	活動へ支障
運動機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	失語症 構音障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
感覚機能障害 (聴覚、視覚等)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	精神行動障害 (BPSD)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
関節拘縮	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	見当識障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
口腔機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	その他の高次 脳機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

■ 活動（※課題重要性は、「現状」と「改善の可能性」から取り上げる課題の優先順位をつける。）

アセスメント項目	現状	改善の可能性	課題重要性	モニタリング	備考	アセスメント項目	現状	改善の可能性	課題重要性	モニタリング	備考	環境因子（課題ありの場合のみ）
基本的動作						食事の用意						家族・介護者 <input type="checkbox"/>
						食事の片づけ						
						洗濯						福祉用具等 <input type="checkbox"/>
						掃除や整頓						
他						力仕事						住環境 <input type="checkbox"/>
						買物						
						外出						自宅周辺 <input type="checkbox"/>
						屋外歩行						
						I A D L						
						趣味						地域への社会参加等 <input type="checkbox"/>
						交通手段の利用						
						旅行						交通機関 <input type="checkbox"/>
						庭仕事						サービス <input type="checkbox"/>
						家や車の手入れ						
						読書						その他 <input type="checkbox"/>
						仕事						
						IADL合計						
						ADL合計						

■ 特記事項

※ADLは「している」状況について記載する。IADLも同様。

■ 活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

■ 支援内容の評価

■ 他利用サービス

(地域密着型)通所介護 (週 回) 訪問介護 (週 回) 訪問・通所リハ (週 回) 訪問看護 (週 回) その他 ()

■ 社会参加支援評価

訪問日 () 居宅サービス計画 (訪問しない理由:)

サービス等利用あり (地域密着型)通所介護 (週 回) 通所リハ (週 回) 市町村事業 (週 回) 地域活動へ参加 () 家庭で役割あり

■ 現在の生活状況

(別紙様式3)

事業所番号 999999998

リハビリテーション計画書

訪問 通所 (No. 4) 頃
 作成年月日 2017年07月11日 ~ 見直し予定時期
 確定年月日 () 利用時間 (週 回) 通所頻度 (週 回) 送迎なし

利用者番号 0001 利用者氏名

殿

リハビリテーションマネジメントⅠ リハビリテーションマネジメントⅡ 訪問頻度 (週 回) 利用時間 (週 回) 送迎なし

■リハビリテーションサービス

No	目標(解決すべき課題)	期間	リハビリテーション内容	具体的支援内容				頻度	時間	訪問の必要性
				□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択			
	第一水準	月	<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Ⅰ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他 ()	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	週 回	分	
	第二水準			□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	週 回	分	
	目標			□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	週 回	分	
	第一水準	月	<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Ⅰ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他 ()	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	週 回	分	
	第二水準			□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	週 回	分	
	目標			□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	週 回	分	
	第一水準	月	<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Ⅰ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他 ()	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	週 回	分	
	第二水準			□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	週 回	分	
	目標			□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	週 回	分	
	第一水準	月	<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Ⅰ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他 ()	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	週 回	分	
	第二水準			□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	週 回	分	
	目標			□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	週 回	分	
	第一水準	月	<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Ⅰ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他 ()	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	週 回	分	
	第二水準			□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	週 回	分	
	目標			□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	□ 未選択	週 回	分	

週合計時間 分

■ サービス提供中の具体的対応 ※訪問リハビリテーションで活用する場合は下記の記載は不要。

主体	開始～1時間	1時間～2時間	2時間～3時間	3時間～4時間	4時間～5時間	5時間～6時間	6時間～7時間	7時間～8時間	～時間
利用者									
看護職									
介護職									
PT									
OT									
ST									
その他 ()									
必要なケアと その方法									
<input type="checkbox"/> 訪問介護の担当者と共有すべき事項			<input type="checkbox"/> 訪問看護の担当者と共有すべき事項			<input type="checkbox"/> その他、共有すべき事項 ()			

※下記の☑の支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援していきます。

【情報提供先】 介護支援専門員 医師 (地域密着型) 通所介護 () ()

利用者・ご家族への説明 年 月 日

利用者サイン： _____ ご家族サイン： _____

医師サイン： _____

※なお当該計画の様式を持ってリハビリテーション計画とすることは利用者の同意を得るよう留意すること。

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)

(別紙様式4)

事業所番号 9999999998

利用者番号 0001 利用者氏名 様

(No. 3)

作成年月日 2017年07月11日

確定年月日

開催日	開催場所	開催時間	開催回数	回
会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
		入力対象外		
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 <input type="checkbox"/> 家族 () () () () ()	<input type="checkbox"/> サービス担当者 () () () () ()	<input type="checkbox"/> サービス担当者 () () () () ()	<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

(別紙様式5)

事業所番号 9999999998

作成年月日 2018年03月22日

利用者番号 0001 利用者氏名 殿

確定年月日

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"/> 参加者 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 () 日付 :	
<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"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見 () <input type="checkbox"/> リハビリテーションプログラムの内容 <input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハII <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/>	医師による通所リハビリテーション計画の利用者・家族への説明		
<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会議の実施と計画の見直し		
<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"/> CM <input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/>	居宅訪問して行う介護の工夫に関する指導等に関する助言の実施		
<input type="checkbox"/>	サービスを終了する1ヶ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 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 () 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 <input type="checkbox"/> その他 ()	

※CM:介護支援専門員 CW:指定訪問介護のサービスの責任者

生活行為向上リハビリテーション実施計画

事業所番号 999999998

作成年月日 2017年07月11日

利用者番号 0001 利用者氏名 殿

確定年月日

本人の生活行為の目標						
家族の目標						
実施期間		通所訓練期 【通所頻度】		社会適応訓練期 【通所頻度】		
活動	プログラム	<input type="checkbox"/> 通所	未選択	未選択	<input type="checkbox"/> 通所	未選択
			未選択	未選択		未選択
	未選択		未選択	未選択		
未選択	未選択		未選択			
<input type="checkbox"/> 訪問		未選択	未選択	<input type="checkbox"/> 訪問	未選択	
		未選択	未選択		未選択	
		未選択	未選択		未選択	
		未選択	未選択		未選択	
自己訓練						
心身機能	プログラム	<input type="checkbox"/> 通所	未選択	未選択	<input type="checkbox"/> 通所	未選択
			未選択	未選択		未選択
	未選択		未選択	未選択		
未選択	未選択		未選択			
<input type="checkbox"/> 訪問		未選択	未選択	<input type="checkbox"/> 訪問	未選択	
		未選択	未選択		未選択	
		未選択	未選択		未選択	
		未選択	未選択		未選択	
自己訓練						
参加	プログラム	<input type="checkbox"/> 通所	未選択	未選択	<input type="checkbox"/> 通所	未選択
			未選択	未選択		未選択
	未選択		未選択	未選択		
未選択	未選択		未選択			
<input type="checkbox"/> 訪問		未選択	未選択	<input type="checkbox"/> 訪問	未選択	
		未選択	未選択		未選択	
		未選択	未選択		未選択	
		未選択	未選択		未選択	
自己訓練						

【支援内容の評価】

介護分野における今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について

(中間とりまとめ)

平成30年3月30日
科学的裏付けに基づく介護に係る検討会

1. はじめに

科学的裏付けに基づく介護にかかる検討会（座長：鳥羽研二 国立長寿医療研究センター理事長）は、第2回（平成29年10月26日）、第3回（同年11月7日）、及び第4回（同年12月21日）において、介護分野における今後のエビデンス蓄積のために、介護現場等からどのような情報を収集すればよいか検討した。

介護領域には、介護保険総合データベース、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業によるデータベース（Monitoring & Evaluation for Rehabilitation Services for Long-term Care, VISIT）といった既存のデータベースがあるが、それらで収集されていないものを補完的に収集することによって、介護領域におけるエビデンス構築により資すると考えられる。この、既存のデータベースを補完するデータベースをCHASE（Care, Health Status & Events）と名付け、その具体的な内容を検討してきた。以下は、検討の経緯及び成果をとりまとめたものである。

2. これまでの検討の経緯について

平成29年10月26日 第2回開催	<ul style="list-style-type: none"> ・検討の前提となる情報、検討の方針及び枠組み ・栄養について
平成29年11月7日 第3回開催	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションについて ・（主に介護支援専門員による）アセスメントについて ・介護サービス計画（ケアプラン）について
平成29年12月21日 第4回開催	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症について ・利用者の満足度について ・リハビリテーション以外の介入の情報について

3. CHASEの仕様案について

(1) CHASEの仕様にかかる基本方針について

データベースを用いた研究の利便性、正確性を考慮すれば、CHASEに求められる情報は必然的に幅広くなる。一方、介護現場の業務負担の軽減が喫緊の課題とされている現状に鑑みれば、データ収集の負担は極力少なくすることが求められる。

これらのことから、まず、

- ・対象となる事業所の大部分で既に電子的に取得されている情報
- ・一定程度の事業所において既に電子的に取得されており、その方法が簡便であって、他の事業所でも容易に導入、実施できると思われるもの

を格納することを原則とした初期仕様を策定し、その後当該の初期仕様をバージョンアップしていくこととした。

(2) CHASE の初期仕様案の具体的な策定方法について

- ① 各開催において、構成員から提案された項目について、「研究利用の重要性」及び電子介護記録ベンダーへのヒアリング結果に基づく「データ利用の可能性」の2点から評価し、一定の基準を超えたものを収集することとした。
- ② 主に介護支援専門員によるアセスメントデータについては、比較的シェアが高い方式によるものを収集するとともに、研究において、異なるアセスメント方式によってとられたデータでも相互に比較できるよう、アセスメントデータを共通のフォーマットへ変換したものを格納することとした。
- ③ 介護報酬の加算等の算定において求められる様式は電子化されている割合が高いことから、それらのうち分析しやすいと思われる項目（数値を求めているもの、コード化されているもの等）を収集することとした。
- ④ 利用者に対するサービスの提供内容のうち、リハビリテーション以外の内容については、「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（平成12年3月17日老計発第10号）」における身体介護、生活援助のコード分類に基づいて、訪問介護事業所における電子記録等から収集することにした。

(3) CHASE の初期仕様案について

(1) の方針に基づき、(2) の方法によって策定した CHASE の初期仕様案を別紙1に示す。

(4) CHASE 初期仕様案で挙げた項目の収集の考え方について

初期仕様案の項目には、そもそも対象となる事業所が限られるものや、対象となる事業所でも電子化され提供可能になっているとは限らないものがあるため、各事業者に初期仕様案の項目全てについてデータ提出を求めるのではなく、各事業所で提出可能なものを提出してもらうこととする。

4. 今後の課題について

- (1) 3. (1) に述べたとおり、初期仕様案は随時バージョンアップを行っていく。これらのバージョンアップの中で、新たに必要と思われる項目の追加、必要性が低いと思われる項目の削除、測定目的が重複している項目の整理等を行っていく。
- (2) 各事業者からのデータ提出に対する動機付け（提出したデータに基づくフィードバック、データ提出に対するインセンティブ等）を行うことについて、検討していく。
- (3) 現時点では収集が困難であるが、将来的に収集が有意義と思われる項目について
検討会の構成員から提案されたデータ項目のうち、現時点では収集が困難であるものの、将来的に技術革新等によって収集が容易となれば収集すべきと思われる項目を別紙2に示す。本検討会では、技術革新等の状況を踏まえつつ、適時、今回作成した仕様案の更新について検討していく。
- (4) データベースの活用等にかかる事項について
CHASE を含めた介護分野のデータベースの活用に係る事項等、科学的裏付けに基づく介護を推進していく上で引き続き検討が必要な内容について、本検討会で検討を行っていく。

テーブル名	栄養マネジメントに関する情報			
項目名称	属性	備考	初期仕様に含める理由	分類 (図 1 参照)
実施日	文字列	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2018年4月1日→20180401	③	-
プロセス	文字列	1 スクリーニング 2 アセスメント 3 モニタリング	③	-
低栄養のリスクレベル	文字列	0 低 1 中 2 高	③	2-3-1 : 栄養・状態
本人の意欲	文字列	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	③	2-3-1 : 栄養・状態
身長	数値	センチメートル単位入力 例 156	① (1-1-1,1-1-3)、③	2-3-1 : 栄養・状態
体重	数値	キログラム単位入力 (小数点第一位まで) 例 52.5 53.0	① (1-1-2,1-1-3,1-1-4)、 ③	2-3-1 : 栄養・状態
3%以上の体重減少_有無	文字列	0 無し 1 あり	③	2-3-3 : 栄養・イベント
3%以上の体重減少_減少した体重	数値	キログラム単位入力 (小数点第一位まで) 例 2.5 3.0	③	2-3-3 : 栄養・イベント
3%以上の体重減少_期間	数値	月数 (整数) で入力 例 2	③	2-3-3 : 栄養・イベント
血清アルブミン値 ¹⁾	数値	小数点第一位まで入力 (g/dl)	③	2-3-1 : 栄養・状態
褥瘡	文字列	0 無し 1 あり	③	2-3-3 : 栄養・イベント
栄養補給法	文字列	10 の位 : 0 経腸栄養法なし 1 経腸 栄養法あり 1 の位 : 0 静脈栄養法なし 1 静脈 栄養法あり 例) 経腸栄養法なし かつ 静脈栄養	③	2-3-2 : 栄養・介入

		法あり 01		
食事摂取量 ³⁾	数値	%で入力（整数） 例 100 45	①（1-1-10, 1-1-11）、③	2-3-2：栄養・介入
主食の摂取量 ³⁾	数値	%で入力（整数） 例 100 45	①（1-1-10, 1-1-11）、③	2-3-2：栄養・介入
主菜の摂取量 ³⁾	数値	%で入力（整数） 例 100 45	①（1-1-10, 1-1-11）、③	2-3-2：栄養・介入
副菜の摂取量 ³⁾	数値	%で入力（整数） 例 100 45	①（1-1-10, 1-1-11）、③	2-3-2：栄養・介入
必要栄養量_エネルギー ¹⁾	数値	キロカロリーで入力（整数） 例 1800	①（1-1-10, 1-1-11）、③	2-3-2：栄養・介入
提供栄養量_エネルギー ¹⁾⁴⁾	数値	キロカロリーで入力（整数） 例 1800	①（1-1-10, 1-1-11）、③	2-3-2：栄養・介入
必要栄養量_たんぱく質 ¹⁾	数値	キロカロリーで入力（整数） 例 1800	①（1-1-10, 1-1-11）、③	2-3-2：栄養・介入
提供栄養量_たんぱく質 ¹⁾⁴⁾	数値	キロカロリーで入力（整数） 例 1800	①（1-1-10, 1-1-11）、③	2-3-2：栄養・介入
食事の留意事項の有無	文字列	0 無し 1 あり	③	2-3-1：栄養・状態
食事時の摂食・嚥下状況	文字列	以下の順に、該当しない場合は0、該当する場合は1とし、連続した10桁の数値を入力 <ul style="list-style-type: none"> ・安定した正しい姿勢が自分でとれない ・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 	③	2-3-1：栄養・状態

		<p>例 「固形の食べ物を咀嚼中にむせる」及び「食事中、食後に咳をすることがある」に該当する場合 0000010010</p> <p>摂食・嚥下状況が不明の場合は 9999999999 を入力する</p>		
食欲・食事の満足感	文字列	1 大いにある 2 ややある 3 ぶつ う 4 ややない 5 全くない	③	2-3-1 : 栄養・状態
食事に対する意識	文字列	1 大いにある 2 ややある 3 ぶつ う 4 ややない 5 全くない	③	2-3-1 : 栄養・状態
他サービスの使用の有無	文字列	0 なし 1 あり	③	2-3-2 : 栄養・介入

他職種による栄養ケアの課題	文字列	<p>以下の順に、問題がない場合は0、問題がある場合は1とし、連続した15桁の数値を入力</p> <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡 ・口腔及び摂食・嚥下 ・嘔気・嘔吐 ・下痢 ・便秘 ・浮腫 ・脱水 ・感染・発熱 ・経腸・静脈栄養 ・生活機能低下 ・閉じこもり ・うつ ・認知機能 ・医薬品 ・その他 <p>例 「生活機能低下」及び「閉じこもり」に該当する場合 000000000110000 不明の場合は 9999999999999999 を入力する</p>	③	2-3-1：栄養・状態
評価・判定	文字列	<p>以下の順に、問題点がない場合は0、問題点がある場合は1とし、連続した4桁の数値を入力</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事摂取・栄養補給の状況 ・身体機能・臨床症状 ・習慣・周辺環境 ・その他 <p>例 「身体機能・臨床症状」がある場合 0100 不明の場合は 9999 を入力する</p>	③	2-3-1：栄養・状態
総合評価	文字列	1 改善 2 改善傾向 3 維持 4 改善が認められない	③	2-3-1：栄養・状態
水分摂取量 ¹⁾	数値	一日の水分摂取量を記載する ミリリットル単位入力 例 1500	① (1-1-12)	2-3-2：栄養・介入

指輪つか試験	文字列	0 囲めない 1 ちょうど囲める 2 隙間ができる	① (1-1-8)	2-3-1 : 栄養・状態
握力 (右) ⁴⁾	数値	右手の握力をキログラム単位で入力する 例 34	① (1-1-9)	2-3-1 : 栄養・状態
握力 (左) ⁴⁾	数値	左手の握力をキログラム単位で入力する 例 34	① (1-1-9)	2-3-1 : 栄養・状態

テーブル名	経口移行・維持に関する情報			
項目名称	属性	備考	初期仕様に含める理由	分類
検査実施日	文字 列	摂食・嚥下機能検査を実施した日 を入力する 0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2018 年 4 月 1 日 → 20180401	③	-
経口摂取の状態 ¹⁾	文字 列	10 の位 : 0 歯又は使用中の義歯 がある 非該当 1 歯又は使用中の義歯がある 該当 1 の位 : 0 食事の介助が必要である 非該当 1 食事の介助が必要である 該当 例) 歯又は使用中の義歯がある 該当 かつ 食事の介助が必要である 該当 11	③	2-2-1 : 口腔・ 状態
算定加算 ¹⁾	文字 列	1 経口移行加算 2 経口維持加算 (I) 3 経口維持加算 (I) 及び (II)	③	2-2-2 : 口腔・ 介入
摂食・嚥下機能検査の実施 ¹⁾	文字 列	以下の順に、該当しない場合は 0、 該当する場合は 1 とし、連続した 7 桁の数値を入力 ・水飲みテスト ・頸部聴診法 ・嚥下内視鏡検査 ・嚥下造影検査 ・咀嚼能力・機能の検査 ・認知機能に課題あり (検査不可 のため食事の観察にて確認) ・その他 例 「嚥下内視鏡検査」を行った 場合 0010000 不明の場合は 9999999 を入力す る	① (1-1-19, 1-1-20)、③	2-2-2 : 口腔・ 介入

検査結果や観察などを通して把握した課題の所在	文字列	以下の順に、該当しない場合は0、該当する場合は1とし、連続した3桁の数値を入力 ・認知機能 ・咀嚼・口腔機能 ・嚥下機能 例 「嚥下機能」に問題がある場合 001 不明の場合は999を入力する	① (1-1-19, 1-1-20)、③	2-2-1：口腔・状態
食事の観察の実施日	文字列	食事の観察を実施した日を入力する。 0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2018 年 4 月 1 日 → 20180401	① (1-1-19, 1-1-20)、③	-
食事の観察者	文字列	以下の順に、該当しない場合は0、該当する場合は1とし、連続した10桁の数値を入力 ・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 例 「医師」及び「言語聴覚士」で実施した場合 1000100000 不明の場合は9999999999を入力する	① (1-1-19, 1-1-20)、③	-

気づいた点	<p>文字列</p> <p>以下の順に、該当しない場合は0、該当する場合は1とし、連続した23桁の数値を入力</p> <ul style="list-style-type: none"> ・上半身が左右や前後に動く傾向があり、座位の保持が困難である ・頸部が後屈しがちである ・食事を楽しみにしていない ・食事をしながら、寝てしまう ・食べ始められない、食べても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない ・食事又はその介助を拒否する ・食事に時間がかかり、疲労する ・次から次へと食べ物を口に運ぶ ・口腔内が乾燥している ・口腔内の衛生状態が悪い ・噛むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある） ・固いものを避け、軟らかいものばかり食べる ・上下の奥歯や義歯が咬み合っていない ・口から食物や唾液がこぼれる ・口腔内に植物残渣が目立つ ・食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる ・食事中や食後に濁った声になる ・一口あたり何度も嚥下する ・頻繁にむせたり、せきこんだりする ・食事中や食後に濁った声に変わる ・食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする ・観察時から直近一ヶ月以内で、食後又は食事中に嘔吐したことが 	③	2-2-1：口腔・状態
-------	--	---	-------------

		<p>ある</p> <p>・食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）</p> <p>例 「頸部が後屈しがちである」及び「一口あたり何度も嚥下する」が該当する場合 010000000000000000100000 不明の場合は 999999999999999999999999 を入力する</p>		
会議実施日	文字列	<p>多職種会議を行った日を入力する。</p> <p>0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2018 年 4 月 1 日 → 20180401</p>	③	-
会議参加者	文字列	(食事の観察者と同一)	③	-
支援の観点_食事の形態・とろみ、補助食の活用	文字列	0 現状維持 1 変更	③	2-2-2：口腔・介入
食事の周囲環境	文字列	0 現状維持 1 変更	③	2-2-2：口腔・介入
食事の介助の方法	文字列	0 現状維持 1 変更	③	2-2-2：口腔・介入
口腔のケアの方法	文字列	0 現状維持 1 変更	③	2-2-2：口腔・

	列			介入
医療又は歯科医療受療の必要性	文字 列	0 なし 1 あり	③	2-2-1 : 口腔・ 状態

テーブル名	口腔機能向上に関する情報			
項目名称	属性	備考	初期仕様に含める理由	分類
記入日	文字列	関連職種等により把握された課題等を記入した日を入力 0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2018年4月1日→20180401	③	-
かかりつけ歯科医	文字列	0 なし 1 あり	③	2-2-2：口腔・介入
入れ歯の使用	文字列	0 なし 1 あり	③	2-2-1：口腔・状態
課題等	文字列	以下の順に、該当しない場合は0、該当する場合は1とし、連続した10桁の数値を入力 ・かみにくさ ・むせ ・口のかわき ・口臭 ・歯みがき ・飲み込み ・会話 ・食べこぼし ・義歯（痛み・動揺・清掃状態・管理状態） ・その他 例 「むせ」及び「会話」が該当する場合 0100001000 不明の場合は 9999999999 を入力する	③	2-2-1：口腔・状態
アセスメント・モニタリング実施日	文字列	アセスメント・モニタリングを実施した日を入力する。 0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2018年4月1日→20180401	③	-
記入者	文	1 言語聴覚士 2 歯科衛生士 3	③	-

	字 列	看護師		
観察・評価等 ¹⁾	文 字 列	以下の順に、括弧内の値を選択し、 連続した7桁の数値として入力 ・固いもののかみにくさ (1 ない 2 ある) ・お茶や汁物等によるむせ (1 ない 2 ある) ・口のかわき (1 ない 2 ある) ・咬筋の触診 (咬合力) (1 強い 2 弱い 3 なし) ・歯や義歯のよごれ (1 ない 2 あ る 3 多い) ・舌のよごれ (1 ない 2 ある 3 多い) ・ブクブクうがい (空ブクブクで も可) (1 できる 2 やや不十分 3 不十分)	③	2-2-1 : 口腔・ 状態
RSST ¹⁾	数 値	30 秒間の回数を整数で入力 例 20	③	2-2-1 : 口腔・ 状態
オーラルディアドコキネシス_パ ¹⁾	数 値	30 秒間の回数を整数で入力 例 20	③	2-2-1 : 口腔・ 状態
オーラルディアドコキネシス_タ ¹⁾	数 値	30 秒間の回数を整数で入力 例 20	③	2-2-1 : 口腔・ 状態
オーラルディアドコキネシス_カ ¹⁾	数 値	30 秒間の回数を整数で入力 例 20	③	2-2-1 : 口腔・ 状態

問題点	文字列	以下の順に、該当しない場合は 0、該当する場合は 1 とし、連続した 9 桁の数値を入力 <ul style="list-style-type: none"> ・かむ ・飲み込み ・口のかわき ・口臭 ・歯みがき ・食べこぼし ・むせ ・会話 ・その他 例 「かむ」及び「飲み込み」が該当する場合 110000000 不明の場合は 999999999 を入力する	③	2-2-1：口腔・状態
サービスを継続しないことによる口腔機能の低下の恐れ	文字列	0 なし 1 あり	③	2-2-1：口腔・状態
サービス継続の必要性	文字列	0 なし 1 あり	③	2-2-1：口腔・状態
計画変更の必要性	文字列	0 なし 1 あり	③	2-2-1：口腔・状態
口腔機能改善管理指導計画作成日	文字列	口腔機能改善管理指導計画を作成した日を入力する 0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2018年4月1日→20180401	③	-
指導等	文字列	以下の順に、該当しない場合は 0、該当する場合は 1 とし、連続した 4 桁の数値を入力 <ul style="list-style-type: none"> ・口腔機能向上に関する情報提供 ・口腔体操・嚥下体操 ・歯みがき支援 ・食事姿勢や食環境の指導 例 口腔体操・嚥下体操及び歯み	③	2-2-2：口腔・介入

		がき支援が必要な場合 0110		
機能訓練	文字列	以下の順に、該当しない場合は0、該当する場合は1とし、連続した5桁の数値を入力 ・歯みがき実地指導 ・かむ ・飲み込み ・発音・発声 ・呼吸 例 かむ及び呼吸が必要な場合 01001	③	2-2-2：口腔・介入
本人実施項目	文字列	以下の順に、該当しない場合は0、該当する場合は1とし、連続した3桁の数値を入力 ・口腔体操・嚥下体操 ・歯みがきの実施 ・その他 例 歯みがきの実施が必要な場合 010	③	2-2-2：口腔・介入
介護者実施項目	文字列	以下の順に、該当しない場合は0、該当する場合は1とし、連続した3桁の数値を入力 ・歯みがき支援（確認・声かけ・介助） ・口腔体操等支援 ・その他 例 口腔体操等支援が必要な場合 010	③	2-2-2：口腔・介入

改定水飲みテスト_結果	文字列	1 嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫 2 嚥下あり、呼吸切迫 (silent aspiration 疑い) 3 嚥下あり、呼吸良好、むせる and/or 湿性嘔声 4 嚥下あり、呼吸良好、むせなし 5 4 に加え、追加空嚥下運動が 30 秒以内に 2 回可能	① (3-1-9)	2-2-1 : 口腔・状態
-------------	-----	---	-----------	---------------

テーブル名	個別機能訓練に関する情報			
項目名称	属性	備考	初期仕様に含める理由	分類
作成日	文字列	チェックシートの作成日を記載する	③	1-1：総論・状態
自分でトイレへ行く	文字列	興味・関心チェックシートの内容を記載する	③	1-1：総論・状態
一人でお風呂に入る	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
自分で服を着る	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
自分で食べる	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
歯磨きをする	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
身だしなみを整える	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
好きなときに眠る	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
掃除・整理整頓 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
料理を作る ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
買い物 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
家や庭の手入れ・世話 ²⁾	文字	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力	③	1-1：総論・状態

	列	する		
洗濯・洗濯物たたみ ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
自転車・車の運転 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
電車・バスでの外出 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
孫・子供の世話 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
動物の世話 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
友達とおしゃべり・遊ぶ ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
家族・親戚との団らん ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
デート・異性との交流 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
居酒屋に行く ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
ボランティア ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
地域活動（町内会・老人クラブ） ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
お参り・宗教活動 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態

生涯学習・歴史 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
読書 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
俳句 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
書道・習字 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
絵を描く・絵手紙 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
パソコン・ワープロ ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
写真 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
映画・観劇・演奏会 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
お茶・お花 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
歌を歌う・カラオケ ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
音楽を聴く・楽器演奏 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
体操・運動 ²⁾	文字	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態

	列	する		
散歩 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
ダンス・踊り ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
野球・相撲等観戦 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
競馬・競輪・競艇・パチンコ ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
編み物 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
針仕事 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
畑仕事 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
賃金を伴う仕事 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
旅行・温泉 ²⁾	文字列	興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する	③	1-1：総論・状態
訪問日	文字列	居宅訪問を行った日を記載する	③	-
食事	文字列	居宅訪問チェックシートの内容を記載する	③	1-1：総論・状態

排泄	文字列	10 の位 : 0 自立 1 見守り 2 一部介助 3 自立 1 の位 : 0 課題なし 1 課題あり 例) 見守り かつ 課題無し 10	③	1-1 : 総論・状態
入浴	文字列	10 の位 : 0 自立 1 見守り 2 一部介助 3 自立 1 の位 : 0 課題なし 1 課題あり 例) 見守り かつ 課題無し 10	③	1-1 : 総論・状態
更衣	文字列	10 の位 : 0 自立 1 見守り 2 一部介助 3 自立 1 の位 : 0 課題なし 1 課題あり 例) 見守り かつ 課題無し 10	③	1-1 : 総論・状態
整容	文字列	10 の位 : 0 自立 1 見守り 2 一部介助 3 自立 1 の位 : 0 課題なし 1 課題あり 例) 見守り かつ 課題無し 10	③	1-1 : 総論・状態
移乗	文字列	10 の位 : 0 自立 1 見守り 2 一部介助 3 自立 1 の位 : 0 課題なし 1 課題あり 例) 見守り かつ 課題無し 10	③	1-1 : 総論・状態
屋内移動	文字列	10 の位 : 0 自立 1 見守り 2 一部介助 3 自立 1 の位 : 0 課題なし 1 課題あり 例) 見守り かつ 課題無し 10	③	1-1 : 総論・状態
屋外移動	文字列	10 の位 : 0 自立 1 見守り 2 一部介助 3 自立 1 の位 : 0 課題なし 1 課題あり 例) 見守り かつ 課題無し 10	③	1-1 : 総論・状態
階段昇降	文字列	10 の位 : 0 自立 1 見守り 2 一部介助 3 自立 1 の位 : 0 課題なし 1 課題あり 例) 見守り かつ 課題無し 10	③	1-1 : 総論・状態
調理	文字列	10 の位 : 0 自立 1 見守り 2 一部介助 3 自立 1 の位 : 0 課題なし 1 課題あり 例) 見守り かつ 課題無し 10	③	1-1 : 総論・状態

洗濯	文字列	10 の位 : 0 自立 1 見守り 2 一部介助 3 自立 1 の位 : 0 課題なし 1 課題あり 例) 見守り かつ 課題無し 10	③	1-1 : 総論・ 状態
掃除	文字列	10 の位 : 0 自立 1 見守り 2 一部介助 3 自立 1 の位 : 0 課題なし 1 課題あり 例) 見守り かつ 課題無し 10	③	1-1 : 総論・ 状態
起き上がり	文字列	10 の位 : 0 自立 1 見守り 2 一部介助 3 自立 1 の位 : 0 課題なし 1 課題あり 例) 見守り かつ 課題無し 10	③	1-1 : 総論・ 状態
座位	文字列	10 の位 : 0 自立 1 見守り 2 一部介助 3 自立 1 の位 : 0 課題なし 1 課題あり 例) 見守り かつ 課題無し 10	③	1-1 : 総論・ 状態
立ち上がり	文字列	10 の位 : 0 自立 1 見守り 2 一部介助 3 自立 1 の位 : 0 課題なし 1 課題あり 例) 見守り かつ 課題無し 10	③	1-1 : 総論・ 状態
立位	文字列	10 の位 : 0 自立 1 見守り 2 一部介助 3 自立 1 の位 : 0 課題なし 1 課題あり 例) 見守り かつ 課題無し 10	③	1-1 : 総論・ 状態

テーブル名	アセスメント等に関する情報			
項目名称	属性	備考	初期仕様に含める理由	分類
評価日	文字列	「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」において検討されているデータ項目を記載した日を入力する。	②	1-1：総論・状態
入浴	文字列	0 自分でおこなっている 1 自分でおこなっていない	②	1-1：総論・状態
排泄_排尿	文字列	0 自分でおこなっている 1 自分でおこなっていない	②	1-1：総論・状態
排泄_排便	文字列	0 自分でおこなっている 1 自分でおこなっていない	②	1-1：総論・状態
食事摂取	文字列	0 自分でおこなっている 1 自分でおこなっていない	②	1-1：総論・状態
更衣_上衣	文字列	0 自分でおこなっている 1 自分でおこなっていない	②	1-1：総論・状態
更衣_下衣	文字列	0 自分でおこなっている 1 自分でおこなっていない	②	1-1：総論・状態
個人衛生（洗顔・洗髪・爪切り）	文字列	0 自分でおこなっている 1 自分でおこなっ	②	1-1：総論・状態

		ていない		
寝返り ¹⁾	文字列	0 自分でおこなっている 1 自分でおこなっていない	②	1-1：総論・状態
座位の保持 ¹⁾	文字列	0 自分でおこなっている 1 自分でおこなっていない	②	1-1：総論・状態
座位での乗り移り ¹⁾	文字列	0 自分でおこなっている 1 自分でおこなっていない	②	1-1：総論・状態
立位の保持 ¹⁾	文字列	0 自分でおこなっている 1 自分でおこなっていない	②	1-1：総論・状態
尿失禁	文字列	0 なし 1 あり 2 対象外	②	1-1：総論・状態
便失禁	文字列	0 なし 1 あり 2 対象外	②	1-1：総論・状態
バルーンカテーテルの使用	文字列	0 なし 1 あり	②	1-1：総論・状態
食事の回数	数値	一日の食事の回数を整数で入力する	②	2-3-1：栄養・状態
食事量の問題	文字列	0 問題なし 1 問題あり・過食 2 問題あり・小食 8 問題あり・その他	②	2-3-1：栄養・状態
視力の状況	文字列	0 問題なし 1 問題あり	②	1-1：総論・状態

服薬状況	文字列	0 薬をのんでいない 1 薬を飲んでいる 9 不明	① (1-1-24)、 ②	1-1：総論・介入
飲んでいる場合の薬の種類 ²⁾	文字列	以下の順に、服用していない場合は0、服用している場合は1とし、連続した8桁の数値を入力 ・抗生物質 ・ステロイド ・抗がん剤 ・向精神剤 ・降圧剤 ・鎮痛剤 ・睡眠薬 ・その他 ・不明 例 向精神剤と降圧薬、睡眠薬を服用している場合 000110100 服薬状況が不明の場合は 9999999999 を入力する	②	1-2：総論・介入
飲んでいる場合の薬の種類数 ²⁾	数値	薬の種類数を整数で入力する	②	1-2：総論・介入
義歯の有無	文字列	0 なし 1 あり	②	2-2-1：口腔・状態
歯磨きの実施状況 ¹⁾	文字列	0 自分でおこなっている 1 自分でおこなっていない	②	2-2-1：口腔・状態
自分の名前がわかりますか ¹⁾	文字列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	2-1-1：認知症・状態

その場にいる人が誰かわかりますか	文字列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	2-1-1 : 認知症・状態
どこにいるかわかりますか	文字列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	2-1-1 : 認知症・状態
年月日がわかりますか	文字列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	2-1-1 : 認知症・状態
相手が話していることを理解していますか	文字列	0 できない 1 できる 9 不明	②	2-1-1 : 認知症・状態
周囲の人（友人・知人やスタッフ等）と簡単な挨拶や会話はできますか	文字列	0 できない 1 できる 9 不明	②	2-1-1 : 認知症・状態
簡単な文章を読んで理解していますか	文字列	0 できない 1 できる 9 不明	②	2-1-1 : 認知症・状態
周囲の人（友人・知人やスタッフ等）と継続的にコミュニケーションが取れていますか	文字列	0 できない 1 できる 9 不明	②	2-1-1 : 認知症・状態
意識障害がありますか ¹⁾	文字列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	2-1-1 : 認知症・状態
長期記憶は保たれていますか	文字列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	2-1-1 : 認知症・状態
簡単な計算はできますか	文字列	0 できない 1 できる 9 不明	②	2-1-1 : 認知症・状態
時間管理はできますか	文字列	0 できない 1 できる 9 不明	②	2-1-1 : 認知症・状態
暴言・暴行はありますか	文字列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	2-1-1 : 認知症・状態

昼夜逆転はありますか	文字列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	2-1-1 : 認知症・状態
介護に対する抵抗はありますか	文字列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	2-1-1 : 認知症・状態
不適切な場所での排尿はありますか	文字列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	2-1-1 : 認知症・状態
屋内（施設や自宅内で居室から別の部屋へと）の移動をしていますか	文字列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	2-1-1 : 認知症・状態
安定した歩行を行っていますか	文字列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	1-1 : 総論・状態
階段昇降をおこなっていますか	文字列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	1-1 : 総論・状態
施設や自宅から外出していますか	文字列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	1-1 : 総論・状態
公共交通機関を利用して外出を行っていますか ²⁾	文字列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	1-1 : 総論・状態
移動用具の使用状況	文字列	以下の順に、該当しない場合は0、該当する場合は1とし、連続した4桁の数値を入力 ・車いす ・歩行器 ・杖 ・その他 例 移動に器具は用いていない場合 0000 「車いす」及び「歩行器」が該当する場合 1100	②	1-1 : 総論・状態

		不明の場合は 9999 を入力する		
過去 3 ヶ月間の入院の有無	文 字 列	0 なし 1 あり	②	1-3：総論・イ ベント
過去 3 ヶ月間の在宅復帰の有無 ¹⁾	文 字 列	0 なし 1 あり	②	1-3：総論・イ ベント
過去 3 ヶ月間の骨折の有無	文 字 列	0 なし 1 あり	②	1-3：総論・イ ベント
転倒しましたか	文 字 列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	1-3：総論・イ ベント
37.5 度以上の発熱がありましたか	文 字 列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	1-3：総論・イ ベント
誤嚥性肺炎の既往がありますか	文 字 列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	2-2-3：口腔・ イベント
(介護に注意が必要な) 嚥下機能の低下がありますか	文 字 列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	2-2-3：口腔・ イベント
(介護に注意が必要な) 摂食困難な状況がありますか	文 字 列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	2-2-3：口腔・ イベント
脱水状態になったことはありますか	文 字 列	0 いいえ 1 はい 9 不明	②	2-2-3：口腔・ イベント

褥瘡の既往がありますか	文	0 いいえ	① (1-3-17)、 ②	2-3-3 : 栄養・ イベント
	字	1 はい		
	列	9 不明		

テーブル名	各アセスメント様式等に関する情報			
項目名称	属性	備考	初期仕様に含める理由	分類
評価日	文字列	各アセスメント様式を用いて評価を行った日を入力する。	②	1-1:総論・状態
評価方法	文字列	H:包括的自立支援プログラム方式 K:居宅サービス計画ガイドライン方式 M:MDS方式又はMDS-HC方式 R:R4	②	1-1:総論・状態
入浴	文字列	入浴の状況について、各アセスメント様式の評価方法で結果を記載する	②	1-1:総論・状態
排尿	文字列	排尿の状況について、各アセスメント様式の評価方法で結果を記載する（評価方法がH/K/Rの場合のみ）	②	1-1:総論・状態
排便	文字列	排便の状況について、各アセスメント様式の評価方法で結果を記載する（評価方法がH/K/Rの場合のみ）	②	1-1:総論・状態
食事介助	文字列	食事介助の状況について、各アセスメント様式の評価方法で結果を記載する	②	1-1:総論・状態
更衣（上衣）	文字列	更衣（上衣）の状況について、各アセスメント様式の評価方法で結果を記載する	②	1-1:総論・状態
更衣（下衣）	文字列	更衣（下衣）の状況について、各アセスメント様式の評価方法で結果を記載する	②	1-1:総論・状態
個人衛生（洗顔・洗髪・爪切り）	文字列	個人衛生（洗顔・洗髪・爪切り）の状況について、各アセスメント様式の評価方法で結果を記載する	②	1-1:総論・状態
寝返り	文字列	寝返りの状況について、各アセスメント様式の評価方法で結果を記載する（評価方法がH/K/Rの場合のみ）	②	1-1:総論・状態
座位の保持	文字列	座位の保持の状況について、各アセスメント様式の評価方法で結果を記載する（評価方法がH/K/Rの場合のみ）	②	1-1:総論・状態
座位での乗り移り	文字列	座位での乗り移りの状況について、各アセスメント様式の評価方法で結果を記載する（評価方法がH/K/Rの場合のみ）	②	1-1:総論・状態
立位の保持	文字列	立位の保持の状況について、各アセスメント様式の評価方法で結果を記載する（評価方法がH/K/Rの場合のみ）	②	1-1:総論・状態

テーブル名	認知症に関する情報			
項目名称	属性	備考	初期仕様に含める理由	分類
改定長谷川式認知症スケール	数値	HDS-R の値を記載する	① (1-1-21)	2-1-1 : 認知症・状態
Vitality Index_起床 ¹⁾	文字列	0 自分から起床することがない 1 起こさないと起床しないことがある 2 いつも定時に起床している	① (3-1-1)	2-1-1 : 認知症・状態
Vitality Index_意思疎通	文字列	0 反応がない 1 挨拶、呼びかけに対し返答や笑顔がみられる 2 自分から挨拶する、話しかける	① (3-1-1)	2-1-1 : 認知症・状態
Vitality Index_食事 ¹⁾	文字列	0 食事に関心がない、全く食べようとしない 1 促されると食べようとする 2 自分で進んで食べようとする	① (3-1-1)	2-1-1 : 認知症・状態
Vitality Index_排泄 ¹⁾	文字列	0 排泄に全く関心がない 1 時々尿意、便意を伝える 2 いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排便、排尿を行う	① (3-1-1)	2-1-1 : 認知症・状態
Vitality Index_リハビリ、活動 ¹⁾	文字列	0 拒否、無関心 1 促されて向かう 2 自らリハビリに向かう、活動を求める	① (3-1-1)	2-1-1 : 認知症・状態
Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) _介護を受けている方の行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか ²⁾	文字列	0 思わない 1 たまに思う 2 時々思う 3 よく思う 4 いつも思う	① (3-1-5)	2-1-1 : 認知症・状態
Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) _介護を受けている方のそばにいと腹が立つことがありますか ²⁾	文字列	0 思わない 1 たまに思う 2 時々思う 3 よく思う 4 いつも思う	① (3-1-5)	2-1-1 : 認知症・状態
Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) _介護があるので、家族や友人と付き合いづらくなると思いますか ²⁾	文字列	0 思わない 1 たまに思う 2 時々思う 3 よく思う 4 いつも思う	① (3-1-5)	2-1-1 : 認知症・状態
Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) _介護を受けている方のそばにいと、気が休まらないと思いますか ²⁾	文字列	0 思わない 1 たまに思う 2 時々思う 3 よく思う 4 いつも思う	① (3-1-5)	2-1-1 : 認知症・状態

Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) _介護があるので、自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか ²⁾	文字列	0 思わない 1 たまに思う 2 時々思う 3 よく思う 4 いつも思う	① (3-1-5)	2-1-1 : 認知症・状態
Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) _介護を受けている方が家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思ったことがありますか ²⁾	文字列	0 思わない 1 たまに思う 2 時々思う 3 よく思う 4 いつも思う	① (3-1-5)	2-1-1 : 認知症・状態
Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) _介護を誰かに任せてしまいたいと思うことがありますか ²⁾	文字列	0 思わない 1 たまに思う 2 時々思う 3 よく思う 4 いつも思う	① (3-1-5)	2-1-1 : 認知症・状態
Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) _介護を受けている方に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか ²⁾	文字列	0 思わない 1 たまに思う 2 時々思う 3 よく思う 4 いつも思う	① (3-1-5)	2-1-1 : 認知症・状態
DBD13_同じことを何度も何度も聞く	文字列	0 全くない 1 ほとんどない 2 とまどきある 3 よくある 4 常にある	① (3-1-7)	2-1-1 : 認知症・状態
DBD13_よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりしている	文字列	0 全くない 1 ほとんどない 2 とまどきある 3 よくある 4 常にある	① (3-1-7)	2-1-1 : 認知症・状態
DBD13_日常的な物事に関心を示さない	文字列	0 全くない 1 ほとんどない 2 とまどきある 3 よくある 4 常にある	① (3-1-7)	2-1-1 : 認知症・状態
DBD13_特別な事情がないのに夜中起き出す	文字列	0 全くない 1 ほとんどない 2 とまどきある 3 よくある 4 常にある	① (3-1-7)	2-1-1 : 認知症・状態
DBD13_特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	文字列	0 全くない 1 ほとんどない 2 とまどきある 3 よくある 4 常にある	① (3-1-7)	2-1-1 : 認知症・状態
DBD13_昼間、寝てばかりいる	文字列	0 全くない 1 ほとんどない 2 とまどきある 3 よくある 4 常にある	① (3-1-7)	2-1-1 : 認知症・状態
DBD13_やたらに歩き回る	文字列	0 全くない 1 ほとんどない 2 とまどきある 3 よくある 4 常にある	① (3-1-7)	2-1-1 : 認知症・状態

DBD13_同じ動作をいつまでも繰り返す	文字列	0 全くない 1 ほとんどない 2 と きどきある 3 よくある 4 常にあ る	① (3-1-7)	2-1-1 : 認知症・ 状態
DBD13_口汚くののしる	文字列	0 全くない 1 ほとんどない 2 と きどきある 3 よくある 4 常にあ る	① (3-1-7)	2-1-1 : 認知症・ 状態
DBD13_場違いあるいは季節に合 わない不適切な服装をする	文字列	0 全くない 1 ほとんどない 2 と きどきある 3 よくある 4 常にあ る	① (3-1-7)	2-1-1 : 認知症・ 状態
DBD13_世話をされるのを拒否す る	文字列	0 全くない 1 ほとんどない 2 と きどきある 3 よくある 4 常にあ る	① (3-1-7)	2-1-1 : 認知症・ 状態
DBD13_明らかな理由なしに物を 貯め込む	文字列	0 全くない 1 ほとんどない 2 と きどきある 3 よくある 4 常にあ る	① (3-1-7)	2-1-1 : 認知症・ 状態
DBD13_引き出しやタンスの中身 を全部出してしまう	文字列	0 全くない 1 ほとんどない 2 と きどきある 3 よくある 4 常にあ る	① (3-1-7)	2-1-1 : 認知症・ 状態

テーブル名	訪問介護におけるサービス内容に関する情報			
項目名称	属性	備考	初期仕様に含める理由	分類
1010 健康チェック	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1020 環境整備	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1030 相談援助、情報収集・提供	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1040 サービス提供後の記録等	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1111 トイレ利用	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1112 ポータブルトイレ利用	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1113 おむつ交換	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1120 食事介助	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1130 特段の専門的配慮をもって行う調理	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1210 清拭（全身清拭）	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1221 手浴及び足浴	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1222 洗髪	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1230 全身浴	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1240 洗面等	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1250 身体整容	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1260 更衣介助	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1310 体位変換	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入

1321 移乗	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1322 移動	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1330 通院・外出介助	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1411 起床介助	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1412 就寝介助	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1500 服薬介助	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
1600 自立支援のための見守りの援助 (自立支援、ADL 向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等)	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
2010 健康チェック	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
2020 環境整備	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
2030 相談援助、情報収集・提供	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
2040 サービス提供後の記録等	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
2100 掃除	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
2200 洗濯	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
2300 ベッドメイク	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
2400 衣類の整理・被服の補修	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
2500 一般的な調理、配下膳	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入
2600 買い物・薬の受け取り	文字列	実施の有無を記載する	④	1-2: 総論・介入

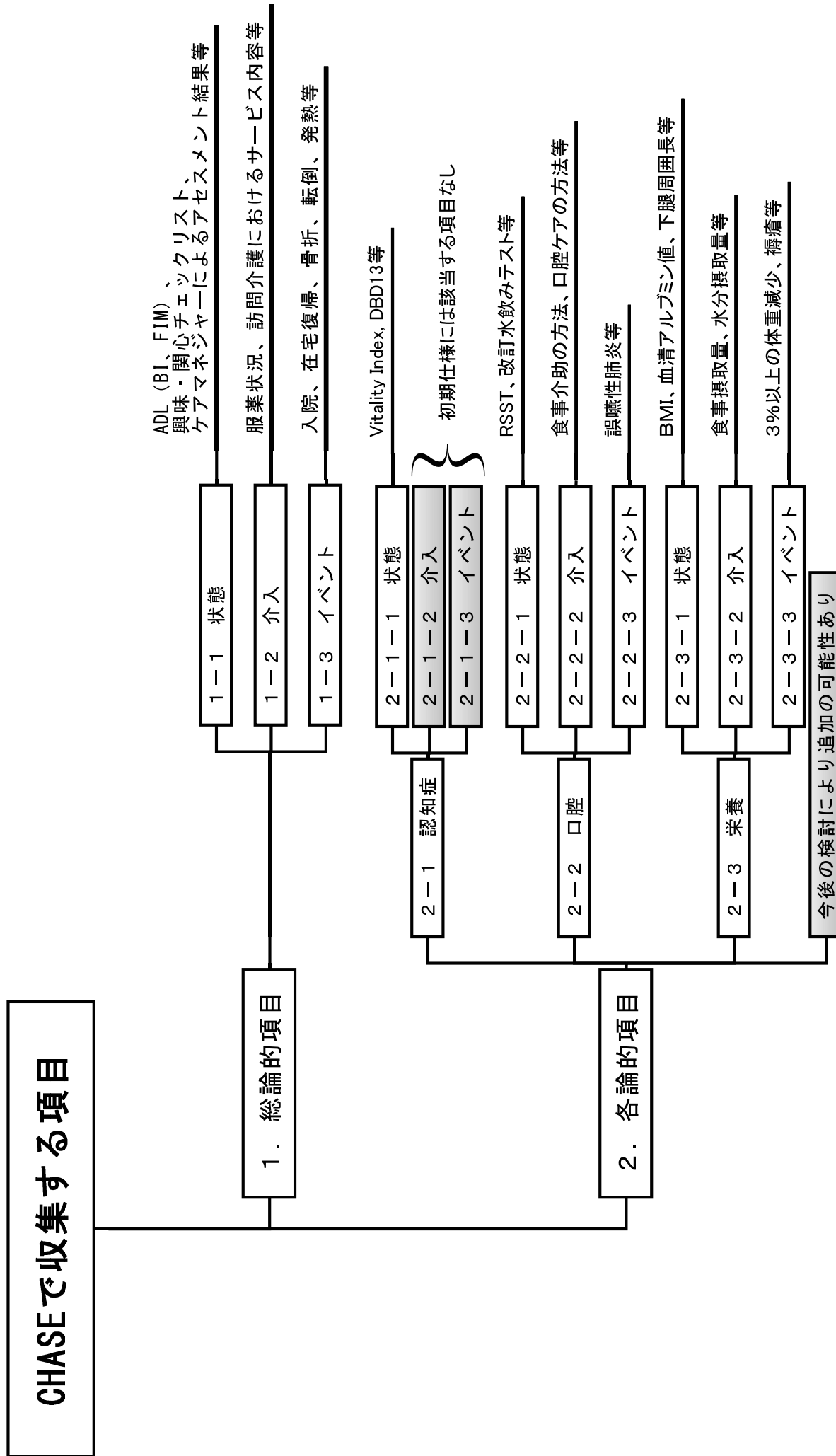
テーブル名	日常生活動作に関する情報			
項目名称	属性	備考	初期仕様に含める理由	分類
Barthel Index	文字列	<p>以下の順に、括弧内の該当する連続した 10 桁の数値を入力する。ただし、不明の場合は 9 を入力する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事 (2 自立 1 一部介助 0 全介助) ・移乗 (3 自立 2 軽度の介助で可能 1 高度の介助を必要とするが、座ってられる 0 座位バランス困難) ・整容 (1 自立 0 一部介助 0 全介助) ・トイレ動作 トイレの使用 (2 自立 1 一部介助 0 全介助) ・入浴 (1 自立 0 一部介助 0 全介助) ・平地歩行 (3 自立 2 一人介助で歩く 1 車いすで自立 0 全介助) ・階段 (2 自立 1 一部介助 0 全介助) ・更衣 (2 自立 1 一部介助 0 全介助) ・排便管理 (2 自立 1 時々失敗 0 失禁) ・排尿管理 (2 自立 1 時々失敗 0 失禁) <p>例 食事="1"、移乗="2"、整容="1"、トイレ動作="1"、入浴="1"、平地歩行="1"、階段="1"、更衣="1"、排便管理="0"、排尿管理="0" の場合は "1211111100" と入力する。</p>	① (2-1-44)	1-1 : 総論・状態
FIM	文字列	<p>以下の順に、全介助の場合は 1、最大介助の場合は 2、中等度介助の場合は 3、最小介助の場合は 4、監視又は準備の場合は 5、修正自立の場合は 6、完全自立の場合は 7、不明の場合は 9 とし、連続した 18 桁の数値を入力</p> <ul style="list-style-type: none"> ●食事 ●整容 ●清拭 ●更衣 (上半身) ●更衣 (下半身) ●トイレ ●排尿コントロール ●排便コントロール ●ベッド・車椅子 ●トイレ ●浴槽・シャワー ●歩行・車椅子 ●階段 ・理解 ・表出 ・社会的交流 ・問題解決 ・記憶 <p>例 食事=7、整容=6、清拭=7、更衣 (上半身)=6、更衣 (下半身)=6、トイレ=6、排尿コントロール=6、排便コントロール=5、ベッド・車椅子移乗=7、</p>	① (2-1-45)	1-1 : 総論・状態

		<p>トイレ移乗=7、浴槽・シャワー移乗=7、歩行・車椅子移動=5、階段移動=4、理解=5、表出=5、社会的交流=6、問題解決=5、記憶=5 の場合は”767666657775455655”と入力する。</p>		
--	--	---	--	--

注釈

- 1) 一般に、施設入所者において収集・分析の意義の高いデータである。
- 2) 一般に、在宅高齢者において収集・分析の意義の高いデータである。
- 3) 「〇割」で判断し、%表示に変換して記載してもよい。例えば、4割摂取したと判断し40と記載しても差し支えない。
- 4) 5kg刻みのハンドグリップを用いて測定した場合には、測定できた最大値をもって記載してよい。例えば15kgのハンドグリップが握れず10kgが握れた場合に10と記載して差し支えない。

図1 初期仕様に含めることとした項目の分類



No.	データ項目	定義、測定方法	研究利用の 重要性	データ利用の可能性 (施設サービス)	データ利用の可能性 (訪問サービス)	データ利用の可能性 (通所サービス)
1-2-25		形態調整	◎	x	x	x
1-2-26	食事 (栄養) 相談 (訪問栄養指導を含む)	調理法	◎	x	x	x
1-2-27		配食サービスの活用と工夫等についての説明内容とその効果	◎	x	x	x
1-3-7	窒息	発生の有無	○	x	x	x
1-3-12	うつ	発生の有無	○	x	x	x
1-3-21	褥瘡	浮腫等の状況	◎	△	△	△
2-1-43	睡眠時間	臥床時間と起床時間の差	◎	△	△	△
2-2-55	食べやすい食具の使用	使用したデバイス	◎	△	△	△
2-2-60	転倒予防に資する歩行補助具の提供・移動のための環境整備	提供した補助具	◎	△	△	△
2-3-3	転倒回数	入所中の記録、訪問に際しての聞き取り	◎	△	△	△
2-3-4	外傷受傷回数	入所中の記録、訪問に際しての聞き取り	◎	△	△	△
2-3-6	外出回数・時間	入所中の記録、訪問に際しての聞き取り	◎	△	△	△
3-1-2	交流、活動		○	△	△	△
3-1-3	サービス適応		◎	△	△	△
3-1-4	コミュニケーション		○	△	△	△
3-1-6	本人の思い	焦り、不安	○	△	△	△
3-1-8	転倒	転倒スコア FRI	○	x	x	x
3-1-11	難聴	聴力検査	○	△	△	△
3-1-12	視力低下	視力検査	○	△	△	△
3-1-13	膝関節痛	XP	○	x	x	x
3-1-15	高度障害	家族の顔、笑顔消失、座位不可	○	x	x	x