

- 様式情報の登録は、「**操作職員**」が行います。

三 トップ画面

操作に困ったら 厚労 太郎 ログアウト

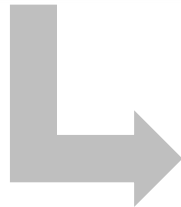
様式情報管理
介護サービス利用者の各様式情報を閲覧・登録・更新・削除します。

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

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

お知らせ

2020/01/29 こちらはテスト環境です。操作する環境が正しいか、ログイン前に確認してください。



三 トップ画面 > 様式一覧管理

操作に困ったら 厚労 太郎 ログアウト

検索 対象期間 [] ステータス 登録済み 利用者情報検索 検索

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

表示件数 10 前の10件 7件中 1~7件表示 次の10件 →

利用様式設定

様式情報を登録する介護サービス利用者の利用者IDをクリックします。

○ 様式情報の登録は、「**操作職員**」が行います。

三 トップ画面 > 様式一覧管理 > 様式情報

操作に困ったら 厚労 太郎 ログアウト

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

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

ステータス: 未作成 履歴

新規登録 修正

登録する様式の「タブ」をクリックして、「新規登録」ボタンを押します。

三 トップ画面 > 様式一覧管理 > 新規登録

操作に困ったら 厚労 太郎 ログアウト

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

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

履歴

施設/通所・居宅区分 **必須** 施設

栄養マネジメント明細情報 **必須**

追加

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

一時保存 登録

様式に含まれる各項目の情報を入力します。

入力フォームからの登録：様式情報

POINT !

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

三 トップ画面 > 様式一覧管理 > 新規登録

操作に困ったら 厚労 太郎 ログアウト

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

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

履歴

施設/通所・居宅区分 **必須** 施設

栄養マネジメント明細情報 **必須**

追加

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

一時保存 登録

- 様式情報の登録画面から、「様式一覧管理」をクリックすると、各介護サービス利用者の様式の作成状況が一覧形式で確認できます。

三 トップ画面 **様式一覧管理** > 新規登録

操作に困ったら 厚労 太郎 ログアウト

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

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

履歴

施設/通所・居宅区分 **必須** 施設

栄養マネジメント明細情報 **必須**

追加

実施日	プロセス	低栄養のリスクレベル	本人
2020/01/01		低	まあよい

三 トップ画面 > 様式一覧管理

操作に困ったら 厚労 太郎 ログアウト

検索 対象期間 [] [] ステータス 登録済み 利用者情報検索 検索

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

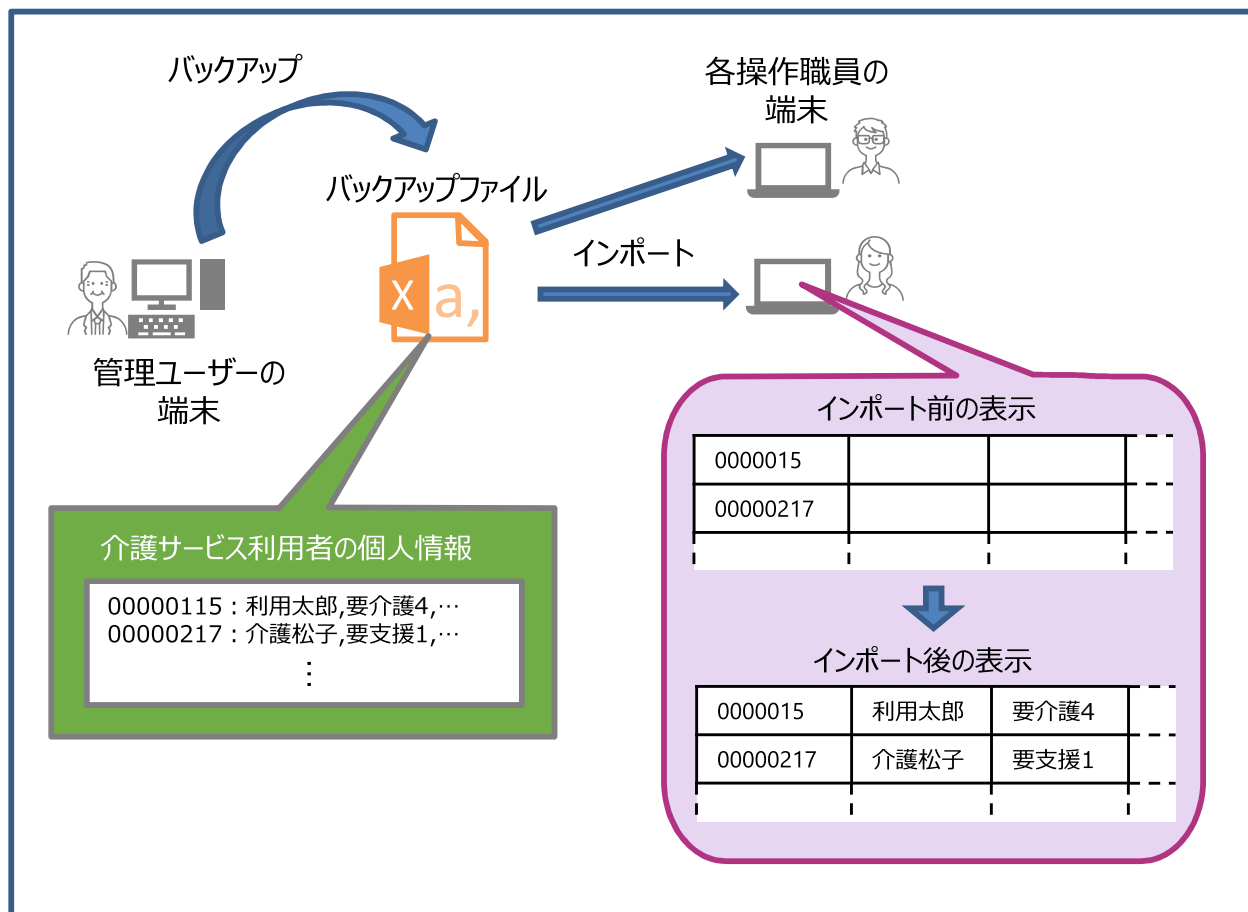
表示件数 10 前の10件 7件中 1~7件表示 次の10件

利用様式設定

4. その他の操作

個人情報の入出力

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



個人情報の入出力

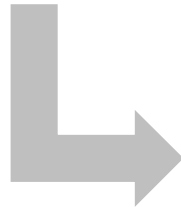
- 介護サービス利用者の個人情報のパソコン間での共有やバックアップのために、個人情報を出力する操作は、「管理ユーザー」が行います。

三 トップ画面

操作に困ったら 8888888888 ログアウト

- 様式情報管理**
介護サービス利用者の各様式情報を閲覧・登録・更新・削除します。
- 操作職員情報登録更新**
CHASEを利用するユーザの情報を閲覧・登録・更新・削除および利用端末の情報を登録・削除します。
- 利用者情報登録更新**
介護サービス利用者の情報を閲覧・登録・更新・削除します。
- 記録職員情報登録更新**
様式情報を記録する職員の情報を閲覧・登録・更新・削除します。
- 個人情報入出力**
端末にのみ保持される個人情報の入出力をします。個人情報情報を事業所内で別の端末へ共有するための機能です。
- 外部データ取込**
他システム等から出力した利用者情報および様式情報のCSVファイルを取り込みます。

お知らせ



三 トップ画面 > 個人情報入出力

操作に困ったら 8888888888 ログアウト

インポートするファイルを指定してください。

参照

インポート

バックアップボタンを押下すると、このブラウザに保存されている介護サービス利用者のデータをバックアップファイルとしてダウンロードします。

バックアップ

個人情報の入出力

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

三 トップ画面

操作に困ったら 8888888888 ログアウト

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

お知らせ

こちらの画面イメージは、「管理ユーザー」の場合です。

三 トップ画面 > 個人情報入出力

操作に困ったら 8888888888 ログアウト

インポートするファイルを指定してください。

参照

インポート

バックアップボタンを押下すると、このブラウザに保存されている介護サービス利用者のデータをバックアップファイルとしてダウンロードします。

バックアップ

加算名称	対応する様式（案）	LIFEへのデータ登録 (加算算定に必要)
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ） 科学的介護推進体制加算	科学的介護推進に関する評価 ※施設・事業所が加算において様式の作成を求めるものではなく、LIFEへの登録項目を示すためのイメージとしての様式	○
個別機能訓練加算（Ⅱ）	別紙様式1：興味・関心チェックシート	任意
	別紙様式2：生活機能チェックシート	○
	別紙様式3：個別機能訓練計画書	○
ADL維持等加算	特定の様式はなし ※施設・事業所は、利用者のADLデータをLIFEへ登録 ※LIFEでは、登録されたデータをもとに算定要件を満たしているかを判定し、結果を表示する予定	○
リハビリテーションマネジメント加算（A）□（B）□ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	別紙様式1：興味・関心チェックシート	任意
	別紙様式2：リハビリテーション計画書	○
	別紙様式3：リハビリテーション会議録	任意
	別紙様式4：リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票	任意
	別紙様式5：生活行為向上リハビリテーション実施計画書	任意
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）（Ⅱ） 褥瘡対策管理指導（Ⅱ）	褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書	○
排せつ支援加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）	排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書	○
自立支援促進加算	自立支援促進に関する評価・支援計画書	○
かかりつけ医連携薬剤調整加算 薬剤管理指導	薬剤変更等に係る情報提供書	○
栄養マネジメント強化加算	栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）	○
栄養アセスメント加算	栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）	○
口腔衛生管理加算	口腔衛生管理加算 様式（実施計画）	○
口腔機能向上加算	口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）	○

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

科学的介護推進に関する評価

評価日 令和 年 月 日
 前回評価日 令和 年 月 日
 記入者名

氏名 殿

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

基本情報	保険者番号	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
	被保険者番号	
	事業所番号	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
総論	既往歴〔前回の評価時より変化のあった場合は記載〕	
	服薬情報 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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他) (複数選択可) 家族等が介護できる時間 <input type="checkbox"/> ほとんど終日 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 2～3時間程度 <input type="checkbox"/> 必要な時に手をかす程度 <input type="checkbox"/> その他	
	ADL	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	
在宅復帰の有無等 <input type="checkbox"/> 入所継続中 <input type="checkbox"/> 退所 (退所日：) <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 介護医療院入所 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設入院 <input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他		

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

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

【認知症任意項目含む】

認知症の診断																																																																																																	
□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())																																																																																																	
認知症	DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載)																																																																																																
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>まったくない</td> <td>ほとんどない</td> <td>ときどきある</td> <td>よくある</td> <td>常にある</td> </tr> <tr> <td>・同じ事を何度も何度も聞く</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・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</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・日常的な物事に関心を示さない</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・特別な事情がないのに夜中起き出す</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・昼間、寝てばかりいる</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・やたらに歩きまわる</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・同じ動作をいつまでも繰り返す</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・口汚くののしる</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・世話をされるのを拒否する</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・物を貯め込む</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・引き出しや筆筒の中身をみんな出してしまう</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Vitality Index</td> </tr> <tr> <td>・起床</td> <td><input type="checkbox"/>いつも定時に起床している <input type="checkbox"/>起こさないで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</td> </tr> <tr> <td>・意思疎通</td> <td><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</td> </tr> <tr> <td>・食事</td> <td><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、全く食べようとしない</td> </tr> <tr> <td>・排せつ</td> <td><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</td> </tr> <tr> <td>・リハビリ・活動</td> <td><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</td> </tr> </table>		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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・日常的な物事に関心を示さない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・特別な事情がないのに夜中起き出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・昼間、寝てばかりいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・やたらに歩きまわる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・同じ動作をいつまでも繰り返す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・口汚くののしる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・世話をされるのを拒否する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・物を貯め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・引き出しや筆筒の中身をみんな出してしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitality Index		・起床	<input type="checkbox"/> いつも定時に起床している <input type="checkbox"/> 起こさないで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	・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	・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
		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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
	・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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
	・日常的な物事に関心を示さない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
	・特別な事情がないのに夜中起き出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
	・特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
	・昼間、寝てばかりいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
	・やたらに歩きまわる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
	・同じ動作をいつまでも繰り返す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
	・口汚くののしる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
	・場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
	・世話をされるのを拒否する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
	・物を貯め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
・引き出しや筆筒の中身をみんな出してしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Vitality Index																																																																																																	
・起床	<input type="checkbox"/> いつも定時に起床している <input type="checkbox"/> 起こさないで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																																																																																																
・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																																																																																																
・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																																																																																																

【認知症必須項目】

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())																																							
認知症	DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載)																																						
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>まったくない</td> <td>ほとんどない</td> <td>ときどきある</td> <td>よくある</td> <td>常にある</td> </tr> <tr> <td>・日常的な物事に関心を示さない</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・特別な事情がないのに夜中起き出す</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・やたらに歩きまわる</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・同じ動作をいつまでも繰り返す</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Vitality Index <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</td> </tr> </table>		まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある	・日常的な物事に関心を示さない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・特別な事情がないのに夜中起き出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・やたらに歩きまわる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・同じ動作をいつまでも繰り返す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitality Index <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	
		まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある																																	
	・日常的な物事に関心を示さない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
	・特別な事情がないのに夜中起き出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
	・特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
・やたらに歩きまわる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
・同じ動作をいつまでも繰り返す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Vitality Index <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																																							

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		
IADL	調理	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	洗濯	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	掃除	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	項目	レベル	課題	状況・生活課題	
起居動作	寝返り	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	起き上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	座位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立ち上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		

【個別機能訓練計画書】

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

I 利用者の基本情報 ※別紙様式1・別紙様式2を別途活用すること。

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

健康状態・経過

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

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

II 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練の目標

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

利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること	特記事項
-----------------------------	------

III 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練の実施による変化	個別機能訓練実施における課題とその要因
----------------	---------------------

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

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