

○ 居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例の提示について（抄）  
 （平成 21 年 3 月 13 日老振発第 0313001 号厚生労働省老健局振興課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧																																																																							
<b>7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について</b>																																																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>麻痺の状況</td> <td>なし</td> <td>軽度</td> <td>中度</td> <td>重度</td> <td>褥瘡の有無</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（ ）</td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">A D L</td> <td>移動</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> <td>移動(室内)</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>杖 <input type="checkbox"/>歩行器 <input type="checkbox"/>車いす <input type="checkbox"/>その他</td> </tr> <tr> <td>移動</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> <td>移動(屋外)</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>杖 <input type="checkbox"/>歩行器 <input type="checkbox"/>車いす <input type="checkbox"/>その他</td> </tr> <tr> <td>更衣</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> <td>起立動作</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> </tr> <tr> <td>整容</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>食事</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>		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				移動	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	起立動作	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					
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																																																																	
	移動	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	起立動作	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																																																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">食 事 内 容</td> <td>食事回数</td> <td colspan="3">（ ）回/日（朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃）</td> <td>食事制限</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>あり（ ）<input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>不明</td> </tr> <tr> <td>食事形態</td> <td colspan="3"><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</td> <td>UDF等の食形態区分</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>摂取方法</td> <td><input type="checkbox"/>経口</td> <td><input type="checkbox"/>経管栄養</td> <td>水分とろみ</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td> <td>水分制限</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>あり（ ）<input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>不明</td> </tr> </table>		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																																													
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																																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">口 腔</td> <td>嚥下機能</td> <td>むせない</td> <td>時々むせる</td> <td>常にむせる</td> <td>義歯</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(部分・総)</td> </tr> <tr> <td>口腔清潔</td> <td>良</td> <td>不良</td> <td>著しく不良</td> <td>口臭</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td> </tr> </table>		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																																																							
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																																																																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">排 泄 ・</td> <td>排尿</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> <td>ボックルトイレ</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>夜間 <input type="checkbox"/>常時</td> </tr> <tr> <td>排便</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> <td>オムツ/パッド</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>夜間 <input type="checkbox"/>常時</td> </tr> </table>		排 泄 ・	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ボックルトイレ	<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																																																					
排 泄 ・	排尿		自立	見守り	一部介助	全介助	ボックルトイレ	<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																																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>睡眠の状態</td> <td>良</td> <td>不良（ ）</td> <td>眠剤の使用</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td> </tr> <tr> <td>喫煙</td> <td>無</td> <td>有</td> <td>本くらい/日</td> <td>飲酒</td> <td>無</td> <td>有</td> <td colspan="4">合くらい/日あたり</td> </tr> </table>		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																																																							
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																																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">コ ミュ ニ ケー シ ョ ン 能 力</td> <td>視力</td> <td>問題なし</td> <td>やや難あり</td> <td>困難</td> <td>眼鏡</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（ ）</td> </tr> <tr> <td>聴力</td> <td>問題なし</td> <td>やや難あり</td> <td>困難</td> <td>補聴器</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td> </tr> <tr> <td>言語</td> <td>問題なし</td> <td>やや難あり</td> <td>困難</td> <td colspan="5">コミュニケーションに関する特記事項：</td> </tr> <tr> <td>意思疎通</td> <td>問題なし</td> <td>やや難あり</td> <td>困難</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>		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																																							
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																																																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>精神面における療養上の問題</td> <td colspan="10"> <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（ ）                 </td> </tr> <tr> <td>疾患歴*</td> <td colspan="10"> <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（ ）                 </td> </tr> </table>		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（ ）																																																										
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（ ）																																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">入 院 歴 ・</td> <td>最近半年間での入院</td> <td colspan="9"><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</td> </tr> <tr> <td>入院頻度</td> <td colspan="9"> <input type="checkbox"/>頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/>頻度は低い/これまでにもある <input type="checkbox"/>今回が初めて                 </td> </tr> </table>		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/これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて																																																										
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/これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて																																																																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>入院前に実施している医療処置*</td> <td colspan="10"> <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"/>尿管ストーマ <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（ ）                 </td> </tr> </table>		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"/> 尿管ストーマ <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（ ）																																																																					
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"/> 尿管ストーマ <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（ ）																																																																							
<b>8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付</b>																																																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>内服薬</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（ ）</td> <td>居宅療養管理指導</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（職種： ）</td> </tr> <tr> <td>薬剤管理</td> <td colspan="10"> <input type="checkbox"/>自己管理 <input type="checkbox"/>他者による管理（・管理者： -管理方法： ）                 </td> </tr> <tr> <td>服薬状況</td> <td colspan="10"> <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                 </td> </tr> <tr> <td colspan="11">お薬に関する、特記事項</td> </tr> </table>		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																																						
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																																																																								
<b>9. かかりつけ医について</b>																																																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>かかりつけ医機関名</td> <td colspan="3"></td> <td>電話番号</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>医師名</td> <td colspan="3">（フリガナ）</td> <td>診察方法・頻度</td> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>訪問診療                      ・頻度 = （ ）回 / 月                 </td> </tr> </table>		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																																																							
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																																																																			
<p>* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の費用」に関連</p>																																																																								