

令和6年9月9日(月)13:00～
ステーションコンファレンス東京

「第13回認知症医療介護推進会議」

認知症基本法施行を受けた 取組と課題



公益社団法人全国老人保健施設協会

副会長 三根 浩一郎



ROKENくん

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

令和5年法律第65号
6月14日成立、6月16日公布

1.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

⇒ **認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進**

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、**基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。**
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識**及び認知症の人に関する**正しい理解**を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で**障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができる**とともに、自己に直接関係する事項に関して**意見を表明する機会**及び社会のあらゆる分野における活動に**参画する機会**の確保を通じてその**個性と能力を十分に発揮**することができる。
- ④ 認知症の人の**意向を十分に尊重**しつつ、**良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービス**が切れ目なく提供される。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する**支援**により、認知症の人及び家族等が**地域において安心して日常生活を営むことができる。**
- ⑥ **共生社会の実現に資する研究等を推進**するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る**予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法**、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための**社会参加の在り方**及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる**社会環境の整備**その他の事項に関する科学的知見に基づく**研究等の成果**を広く国民が享受できる環境を整備。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の**各関連分野における総合的な取組**として行われる。

3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を**策定・実施する責務**を有する。国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識**及び認知症の人に関する**正しい理解**を深め、共生社会の実現に**寄与**するよう努める。政府は、認知症施策を実施するため必要な**法制上又は財政上の措置**その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

4.認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定（認知症の人及び家族等により構成される**関係者会議**の意見を聴く。）

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定（認知症の人及び家族等の意見を聴く。）（努力義務）

そのためには・・・

認知症の方の現存する能力を適切に評価することが重要

令和6年度介護報酬改定におけるLIFEの見直しのポイント

【科学的介護推進体制加算の見直し】

改変① 生活・認知機能尺度が“必須項目”として導入

(DBD13は一部必須項目があったが全て任意項目と整理)

改変② ICFステージングが任意項目として導入

別紙様式2

科学的介護推進に関する評価（施設サービス）

（※）：任意項目

別紙様式2

【利用者情報】																																																							
氏名																																																							
生年月日	年 月 日	保険者番号																																																					
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号																																																					
【基本情報】																																																							
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5																																																						
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2																																																						
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> DM																																																						
評価日	年 月 日																																																						
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時																																																						
【総論】																																																							
診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）（※）	1. 2. 3.																																																						
緊急入院の状況（※）	入院日：年 月 日 入院日：年 月 日 入院日：年 月 日	受療時の主訴： <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他（ ）																																																					
服薬情報（※）	1. 薬剤名（ ） 2. 薬剤名（ ） 3. 薬剤名（ ）																																																						
家族の状況（※）	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居																																																						
ADL	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>自立</th> <th>一部介助</th> <th>全介助</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・食事</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・椅子とベッド間の移乗</td> <td><input type="checkbox"/>15</td> <td><input type="checkbox"/>10-（監視下）</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> </tr> <tr> <td>（座れるが移れない）</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・整容</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・トイレ動作</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・入浴</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・平地歩行</td> <td><input type="checkbox"/>15</td> <td><input type="checkbox"/>10-（歩行器等）</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> </tr> <tr> <td>（車椅子操作が可能）</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・階段昇降</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・更衣</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・排便コントロール</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td>・排尿コントロール</td> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> </tbody> </table>				自立	一部介助	全介助	・食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	・椅子とベッド間の移乗	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10-（監視下）	<input type="checkbox"/> 5	（座れるが移れない）	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<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）	<input type="checkbox"/> 5	（車椅子操作が可能）	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	・階段昇降	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	・更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	・排便コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	・排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
	自立	一部介助	全介助																																																				
・食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0																																																				
・椅子とベッド間の移乗	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10-（監視下）	<input type="checkbox"/> 5																																																				
（座れるが移れない）	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<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）	<input type="checkbox"/> 5																																																				
（車椅子操作が可能）	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0																																																				
・階段昇降	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0																																																				
・更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0																																																				
・排便コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0																																																				
・排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0																																																				
サービス利用終了理由（※） （サービス終了時のみ）	サービス利用終了日：年 月 日 <input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 介護医療院入所 <input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用しなくなった <input type="checkbox"/> その他																																																						
【口腔・栄養】																																																							
身長	cm	低栄養状態のリスクレベル	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高																																																				
体重	kg																																																						
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養																																																						
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（コード） <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）																																																				
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																																																						
義歯の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																																																						
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																																																						

【認知症】

認知症の診断	<input type="checkbox"/> AD7ハイ-病 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> Lレ-小体病 <input type="checkbox"/> その他（ ）
--------	--

○生活・認知機能尺度【別紙様式3】を活用した評価を実施すること

○Vitality index

意思疎通	<input type="checkbox"/> 自分から挨拶する、話し掛ける <input type="checkbox"/> 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる <input type="checkbox"/> 反応がない
起床（※）	<input type="checkbox"/> いつも定時に起床している <input type="checkbox"/> 起こさない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
食事（※）	<input type="checkbox"/> 自分から進んで食べようとする <input type="checkbox"/> 促されると食べようとする <input type="checkbox"/> 食事に興味がない、全く食べようとしていない
排せつ（※）	<input type="checkbox"/> いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う <input type="checkbox"/> 時々、尿意便意を伝える <input type="checkbox"/> 排せつに全く関心がない
リハビリ・活動（※）	<input type="checkbox"/> 自らリハビリに向かう、活動を求める <input type="checkbox"/> 促されて向かう <input type="checkbox"/> 拒否、無関心

○DBD13（※）【別紙様式4】を活用すること

【その他】

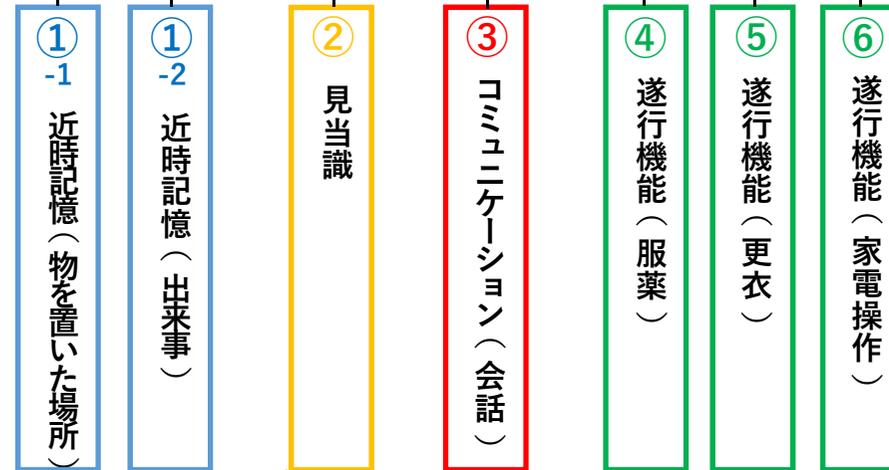
○ICFステージング（※）【別紙様式5】を活用すること

ICFステージングは、老健施設の「自立支援促進加算」においては“必須項目”となっている。

令和6年度介護報酬改定におけるLIFEの見直しのポイント

生活・認知機能尺度

事前質問 (意識レベル)
事前質問 (みまもりの必要性)



2 見当識

現在の日付や場所等についてどの程度認識できますか。
※ 上位レベルのことと下位レベルのことが両方で、上位と下位の順の項目ができない場合には、上位レベルのほうを選び回答してください。
例1と3に該当し、2に該当しない場合⇒ 3を選択する

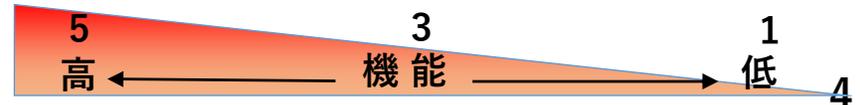
5 今日は ○月○日	4 何月? 何日? 病院に いる	3 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる (家族であるか、介護者であるか、看護士であるか等)	2 誰? お茶 飲みましょう	1 お名前は 言えますか?
年月日はわかる (±1日の誤差は許容する)	年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる		その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前がわかる	自分の名前がわからない



3 コミュニケーション (会話)

誰かに何かを伝えたいと思っているとき、どれくらい会話でそれを伝えることができますか。
※「会話ができる」とは、2者の意思が互いに融通できている状態を指します。

5 誰か 孫 電話	4 痛い どうしたの?	3 何を食べたい? 散歩に行く? 寝れてない?	2 ……	1 ……
会話に支障がない (「100だから、xxである。」といった2つ以上の情報が伝わった話をする事ができる)	複雑な会話はできないが、普通に会話ができる (「100だから、xxである。」といった2つ以上の情報が伝わった話をする事はできない)	普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる (「痛い」「お腹が空いた」などの具体的要求しか伝えられない)	会話が成り立たないが、発語はある (発語はあるが、簡単な質問に対して適切な回答ができなかったり、何を聞いても「うん」とだけ答える)	発語がなく、無音である



(令和4年度老健事業) 「認知症の評価尺度のあり方に関する調査研究」

※令和5年度においても引き続き調査を実施

評価表について

事業結果の概要

検証調査では最終的に**82施設**にご協力いただき、検証対象高齢者数は**358名**、評価者は**216名**であった。認知機能に関する各項目の評価結果は、評価者間の**一致率は69.7%~93.8%**、「**回答しやすかった**」人の割合は**50.8%~88.9%**であった。また、各項目の合計点数については、認知機能が高いほど点数が高くなるように設定したところ、要介護度別、認知症高齢者の日常生活自立度別に重度化するにつれて、点数が低下していた。

信頼性・妥当性について検証したところ、各検証項目について信頼性・妥当性があることを確認できた。

評価表案による評価についての検証結果では、**評価に要した時間は平均7.2分**であり、簡便に評価できるものとなっていた。また「今回の評価表案による評価結果が、今後ケア方針や内容を見直すにあたって役立つと思うか」については、「**2. ある程度そう思う**」が44.7%であった。

今年度の事業では、施設入所者を対象に信頼性・妥当性の検証を行い、事前設問2項目（意識混濁の有無、みまもりの必要性）、認知機能を測る項目6項目（近時記憶（場所）、近時記憶（出来事）、見当識、コミュニケーション、服薬、更衣）の評価表の開発を行った。

【施設種類別検証調査対象者数】

		計	老人保健施設	特別養護老人ホーム	グループホーム
依頼時点	協力施設	107施設	47施設	38施設	22施設
	施設当たりの協力利用者数	—	5人	5人	2~5人
	検証対象高齢者数	500人	200人	200人	100人
回収時点	協力施設	82施設	34施設	29施設	19施設
	検証対象	358/500人	154/200人	132/200人	72/100人
	高齢者数	71.6%	77.0%	66.0%	72.0%

【評価表案（一部抜粋）】

認知機能に関する評価表案

認知機能の評価が難しく、以下の項目について、事例にご確認ください。

①-1 事前設問（実施レベル）

意識混濁（意識レベルが変動し、日中もうとうとしたり、極度に注意力・集中力の低下（昏昧）がある）にありませんか。

1. いいえ

2. はい（この場合は、せん妄やレビー型認知症等のため、要介護者である場合もありますので、別の機会に再度評価を依頼いたします。また、別途要領等に注意についてご説明をすることもお勧めします。

①-2 事前設問（みまもりの必要性）

日常生活で安全に過ごすためには、この程度のお人によるみまもりが必要ですか。

必要時以外にみまもりを必要としていない

1. みまもらなくても必要なく過ごすことができる

2. 1日1回様子を見ることが必要

3. 半日（3時間）程度であれば、みまもらなくても済みます

4. 30分程度ならみまもらなくても済みます

5. 常にみまもりが必要

2. 認知機能に関する評価表案

認知機能を測るための評価表案の一部抜粋です。評価表案は、認知機能を測るための評価表案の一部抜粋です。

1. 近時記憶（場所）

2. 近時記憶（出来事）

3. 見当識

4. コミュニケーション

5. 服薬

6. 更衣

1. 近時記憶（場所）

2. 近時記憶（出来事）

3. 見当識

4. コミュニケーション

5. 服薬

6. 更衣

1. 近時記憶（場所）

2. 近時記憶（出来事）

3. 見当識

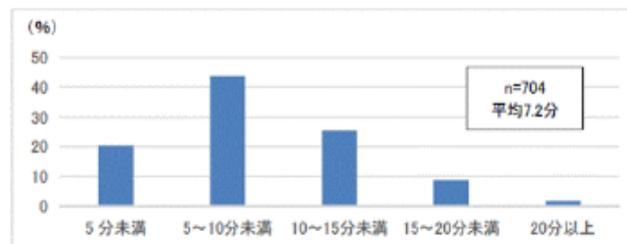
4. コミュニケーション

5. 服薬

6. 更衣

※施設数の構成比は、依頼施設数に対する割合、検証対象高齢者数は、目標に対する割合

【評価に要した時間】



令和6年度介護報酬改定におけるLIFEの見直しのポイント

退所時情報提供加算

記入日： 年 月 日
 退所日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

別紙様式13

医療機関名： ご担当者名：	←	施設名： 担当者名： TEL： FAX：
------------------	---	----------------------------

利用者(患者)/家族の同意に基づき、____年 月 ____日時点の施設生活における利用者情報(身体・生活機能など)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

氏名 (フリガナ)	生年月日	西暦	年	月	日生
退所時の要介護度	<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				
障害等級者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI				
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 障害手帳の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的)				
年金などの種別	<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. 家族連絡先について

主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	電話番号
意思決定支援者(代報告)	(続柄・才)	(同居・別居)	電話番号

3. 家族疎遠について

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎遠 <input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 標準的な会話はできるが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な要求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無音である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	
視覚	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

4. 口腔・栄養について

摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い)
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ()	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ()
嚥器使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)	左右両方の歯茎でしっかりかみ砕かれる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
特記事項			

5. 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"/> 自己管理以外 (管理方法：)		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容：) <input type="checkbox"/> 全介助		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

6. 人生の最終段階における医療・ケアに関する権利

※本人の意思は変わらうものもあり、本記載が最新の意向を反映しているとは限りません。常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない (<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外)
---------	---

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照 (入所中に記載した書類等：)
話し合いへの参加者	本人 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： 続柄：) (氏名： 続柄：) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ()
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容	
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有した内容

7. 退所前の身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位・深さ・大きさ等)
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> 体位変換 (時間毎) <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> なし
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他	移動(屋内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
退所前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート(フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 ()		
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

認知機能の状況

みまりの必要性：日常生活で安全に過ごすための程度はかの人によるみまもりが必要か

見守ってもらうことなく過ごすことができる 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる

半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる 30分程度ならみまもりをもらって過ごすことができる

常にみまもりが必要である

見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか

年月日はわかる 年月日はわからないが、現在の場所の種別はわかる

場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前がわかる

自分の名前がわからない

近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか

常に覚えている たまたま(1週1回程度)忘れることがあるが、考えることで思い出せる

思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出せる きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない

忘れたこと自体を認識していない

遂行能力：テレビや電動ベッド等の電化製品を操作できるか

自由に操作できる チャンネルの選り取りなど監視している操作はできる

操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえば使える リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない

リモコンが何をやるものかわからない

8. 退所前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況、本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 施設サービス計画(1)~(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート(フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 () 特記事項：
-----------------	--

9. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関 1	かかりつけ医療機関 2
医師名	医師名
かかりつけ歯科医療機関	かかりつけ薬局
歯科医師名	

10. カンファレンス等について(ケアマネジャー、支援相談員等からの希望) ※医療機関への入院時のみ記入

「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 具体的な要望 ()
------------------	--

入所者が退所して医療機関に入院する場合の「情報提供書」に、LIFEと同様の「生活・認知機能尺度」が入った。

認知症基本法の目的を達成するために、
認知症の方の現存する機能を適切に評価
することが重要。

介護側では今回の報酬改定で認知機能
の評価尺度が入った。さらに介護施設か
ら医療機関へ送る際の情報提供の項目
にも位置付けられた。

今後は、医療と介護も同じ指標で
認知機能を評価する必要がある。

