

**函館市医療・介護連携推進協議会**  
**臨時会議 情報共有ツール作業部会**

日時：令和8年6月1日（月） 19：00～

場所：函館市医師会病院 5階講堂

**【次 第】**

1 開 会

2 議 事

○「LIFE 情報と連動した連携サマリーについて」

・高橋病院 滝沢様からのご説明

・質疑応答

3 その他

・次回の第2回もしもノート研修会について

4 閉 会

**【配付資料】**

- 1 基本シート，科学的介護推進に関する評価（施設サービス）  
排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書  
自立支援促進に関する評価・支援計画書
- 2 様式 8種類
- 3 函館市加算算定率

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

資料1

情報提供先 施設名称	〇〇訪問看護ステーション 御中	情報提供先 担当者名	テスト看護師 様
---------------	-----------------	---------------	----------

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	時任 花子	生年・性別等	昭和30年1月1日 生 女 (満 71 歳)	生活保護	無	障害等 認定	無し ( ) ( ) ( )	
現住所	函館市時任町1番2号			電話番号	1381234567			
居住	戸建 ( )	※居住階、施設名等下記に記載		※エレベーター	無	医療保険種類	健康保険 その他 ( )	
要介護度	要支援1	認定有効期間	~	障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	J1	認知症高齢者日常生活自立度	II a	
同居家族	・配偶者 ( ) その他 ( )							
連絡先①	時任 太郎	続柄	夫	同居	電話	0138-78-7878	関係	キーパーソン ( )
連絡先②		続柄			電話		関係	( )

● 医療情報等 \*歯科医師等が摂食や口腔ケアに介入されている場合は、応用ツール④を作成下さい。

主病名	医療機関等名称	診療科名等	担当医	受診状況等	*特記
左大腿骨頸部骨折術後	高橋病院	整形外科	テスト医師	継続	<input checked="" type="checkbox"/>
高血圧	〇〇クリニック	内科	クリニック医師	継続	<input type="checkbox"/>
糖尿病	同上				<input type="checkbox"/>

\*特記☑の付く場合は応用ツール⑩を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

評価日	令和8年5月22日		退院時	( )			
*食事	自立	*食事・水分制限	なし				
*椅子とベッド間の移乗	一部介助(監視下)	移動	介助 ⇒ 杖 ・その他( )				
整容	自立	オムツ使用(パッド含む)	なし				
トイレ動作	一部介助 見守り程度	PTトイレ使用	なし				
入浴	一部介助	*認知症症状	記憶障害				
平地歩行	一部介助(歩行器等)						
階段昇降	一部介助						
更衣	自立	意思の伝達	可				
排便コントロール	自立	失語症	なし				
排尿コントロール	自立	*服薬管理	見守り 時々飲み忘れ				
口腔・栄養	身長	体重	歯の汚れ	*むせ	*水分ロミ	歯肉の出血・腫れ	義歯使用
	155 cm	45 kg	なし	なし	なし	なし	あり
麻痺の状況	なし	麻痺の部位		その他( )			
視力【日常生活に支障】	なし ( )	・眼鏡		あり			
聴力【日常生活に支障】	なし ( )	・補聴器		なし			
*特別な医療等	・ 本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報(応用ツール⑩作成) ・ 認知症 (応用ツール③ 作成) ・ ・						
在宅介護サービス等	・ 訪問リハビリ ・ ・ その他 ( )						
*介護上、特に注意すべき点等 ([有]の場合応用ツール⑩ 作成)	なし		*医療・ケアに関する本人・家族の意向等 ([有]の場合応用ツール⑩ 作成)		あり		

\*食事の項目で[自立]以外、食事・水分制限の項目で[有]、口腔・栄養欄のむせと水分ロミの項目で[有]を選択した場合は応用ツール④を作成下さい。  
\*椅子とベッド間の移乗の項目で[自立]以外は応用ツール⑩を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を、服薬管理[自立]以外は応用ツール⑩を作成下さい。

本サマリーの記入者	所属名	高橋病院					
電話	0138-78-1230	FAX	0138-78-1231	記入者	テスト 担当看護師	作成日	令和8年5月22日

\*応用ツール以外の書式を添付する場合は応用ツール①を必ず作成下さい。

## 科学的介護推進に関する評価（施設サービス）

（※）：任意項目

## 【利用者基本】

氏名	時任 花子		
生年月日	昭和30年1月1日	保険者番号	
性別	女	被保険者番号	

## 【基本情報】

要介護度	要支援 1
障害高齢者の日常生活自立度	J1
認知症高齢者の日常生活自立度	II a
評価日	
評価時点	

## 【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. 左大腿骨頸部骨折術後 2. 高血圧 3. 糖尿病		
緊急入院の状況（※）	入院日： 入院日： 入院日：	受療時の主訴： 受療時の主訴： 受療時の主訴：	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他（ ） ） ）
服薬情報（※）			
家族の状況（※）	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居		
ADL	自立	一部介助	全介助
・食事	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 10←（監視下） （座れるが移れない）→	<input type="checkbox"/> 0
・整容	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・平地歩行	<input type="checkbox"/> 15	<input checked="" type="checkbox"/> 10←（歩行器等） （車椅子操作が可能）→	<input type="checkbox"/> 0
・階段昇降	<input type="checkbox"/> 10	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・更衣	<input checked="" type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排便コントロール	<input checked="" type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排尿コントロール	<input checked="" 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： <input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> 医療機関入所	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <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	155 cm	低栄養のリスクレベル	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
体重	45 kg		
栄養補給法	<input type="checkbox"/> <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 ）		
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			
義歯の使用	あり	むせ	なし
歯の汚れ	なし	歯肉の腫れ・出血	なし

## 【認知症】

認知症の診断	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体病 <input type="checkbox"/> その他（ ）
--------	---

## ○Vitality index

意思疎通	<input type="checkbox"/> 自分から挨拶する、話しかける <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くる <input type="checkbox"/> 起こさないと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"/> 食事に関心がない、全く食べようとしていない
排泄（※）	<input type="checkbox"/> いつも定時に起床してくる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"/> 排泄に全く関心がない
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

生活・認知機能尺度

合計点  
0

①-1	<p><b>身近なもの（たとえば、メガネや入れ歯、財布、上着、鍵など）を置いた場所を覚えていますが</b> ※介護者が一緒に探しているなど、一人で探す様子が分からない場合は、もし一人で探すとしたらどうかを想定して評価してください</p>
<input type="checkbox"/> 5	常に覚えている
<input type="checkbox"/> 4	たまに（週1回程度）忘れることはあるが、考えることで思い出せる
<input type="checkbox"/> 3	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すこともある (思い出せることと思い出せないことが同じくらいの頻度)
<input type="checkbox"/> 2	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
<input type="checkbox"/> 1	忘れたこと自体を認識していない

①-2	<p><b>身の回りに起こった日常的な出来事（たとえば、食事、入浴、リハビリテーションや外出など）をどのくらいの期間、覚えていますが</b> ※最近1週間の様子を評価してください</p>
<input type="checkbox"/> 5	1週間前のことを覚えている
<input type="checkbox"/> 4	1週間前のことは覚えていないが、数日前のことは覚えている
<input type="checkbox"/> 3	数日前のことは覚えていないが、昨日のことは覚えている
<input type="checkbox"/> 2	昨日のことは覚えていないが、半日前のことは覚えている
<input type="checkbox"/> 1	全く覚えていられない

②	<p><b>現在の日付や場所等についてどの程度認識できますか</b> ※上位レベルのものと下位レベルのものが両方でき、上位と下位の間の項目ができない場合には、</p>
<input type="checkbox"/> 5	年月日はわかる（±1日の誤差は許容する）
<input type="checkbox"/> 4	年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる
<input type="checkbox"/> 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、看護師であるか等）
<input type="checkbox"/> 2	その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる
<input type="checkbox"/> 1	自分の名前がわからない

③	<p><b>誰かにか何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</b> ※「会話ができる」とは、2者の意思が互いに疎通できている状態を指します</p>
<input type="checkbox"/> 5	会話に支障がない (「○○だから、××である」といった2つ以上の情報がつながった話をすることができる)
<input type="checkbox"/> 4	複雑な会話はできないが、普通に会話はできる (「○○だから、××である」といった2つ以上の情報がつながった話をすることはできない)
<input type="checkbox"/> 3	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」などの具体的な要求しか伝えられない)
<input type="checkbox"/> 2	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)
<input type="checkbox"/> 1	発語がなく、無言である

④	<p><b>一人で服薬ができますか</b> ※服薬していなかったり、介護者が先に準備しているなど、実際の服薬能力が分からない場合は、一人で服薬する場合を想定して評価してください</p>
<input type="checkbox"/> 5	自分で正しく服薬できる
<input type="checkbox"/> 4	自分で用意して服薬できるが、たまに（週1回程度）服薬し忘れることがある
<input type="checkbox"/> 3	2回に1回は服薬を忘れる
<input type="checkbox"/> 2	常に薬を手渡しすることが必要である
<input type="checkbox"/> 1	服薬し終わるまで介助・みまもりが必要である

⑤	<p><b>一人で着替えることができますか</b> ※まひ等により身体が不自由で介助が必要な場合は、障害がない場合での衣服の機能への理解度を想定して評価してください</p>
<input type="checkbox"/> 5	季節や気温に応じた服装を選び、着脱衣ができる
<input type="checkbox"/> 4	季節や気温に応じた服装選びはできないが、着る順番や方法は理解し、自分で着脱衣ができる
<input type="checkbox"/> 3	促してもらえれば、自分で着脱衣ができる
<input type="checkbox"/> 2	着脱衣の一部を介護者が行う必要がある
<input type="checkbox"/> 1	着脱衣の全てを常に介護者が行う必要がある

⑥	<p><b>テレビやエアコンなどの電化製品を操作できますか</b> ※テレビが無い場合は、エアコンで評価してください。いずれもない場合は、電子レンジ、ラジオなどの電化製品の操作で評価してください</p>
<input type="checkbox"/> 5	自由に操作できる（「複雑な操作」も自分で考えて行うことができる）
<input type="checkbox"/> 4	チャンネルの順送りなど普段している操作はできる（「単純な操作」であれば自分で行うことができる）
<input type="checkbox"/> 3	操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える (「単純な操作」が分からないことがあるが、教えれば自分で操作することができる)
<input type="checkbox"/> 2	リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全く分からない (何をやる電化製品かは分かるが、操作を教えても自分で操作することはできない)
<input type="checkbox"/> 1	リモコンが何をやるものか分からない

## 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

記入者名： \_\_\_\_\_

医師名： \_\_\_\_\_

看護師名： \_\_\_\_\_

(※)：任意項目

## 【利用者基本】

氏名	時任 花子		
生年月日	昭和30年1月1日	保険者番号	
性別	女	被保険者番号	

## 【基本情報】

要介護度	要支援 1
障害高齢者の日常生活自立度	J1
認知症高齢者の日常生活自立度	II a
評価日	
評価時点	

## 【排せつの状態】

ADL	自立	一部介助	全介助
・トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排便コントロール	<input checked="" type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排尿コントロール	<input checked="" type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
(上記のいずれかで一部介助の場合) 見守りや声かけ等のみで「排便・排尿」が可能		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## 【排せつ支援に関わる取組】

おむつ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 夜間のみあり	<input type="checkbox"/> 日中のみあり	<input type="checkbox"/> 終日あり
ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 夜間のみあり	<input type="checkbox"/> 日中のみあり	<input type="checkbox"/> 終日あり
尿道カテーテル	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
人工肛門	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
トイレへの誘導・促し	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		

## 【排せつに関する支援の必要性】

排せつの状態に関する支援の必要性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
------------------	-----------------------------	-----------------------------

支援の必要性をありとした場合、以下を記載。

排せつに介護を要する要因 (※)

計画作成日

支援計画 (※)

上記の内容、及び支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断又は中止できることについて説明を受け、理解した上で、支援計画にある支援の実施を希望します。

日付： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

## 自立支援促進に関する評価・支援計画書

医師名： 介護支援専門員名： (※)：任意項目

## 【利用者基本】

氏名	時任 花子		
生年月日	昭和30年1月1日	保険者番号	
性別	女	被保険者番号	

## 【基本情報】

要介護度	要支援 1
障害高齢者の日常生活自立度	J1
認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱa
評価日	
評価時点	

## 【現状の評価】

(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日

1	発症年月日：	頃
2	発症年月日：	頃
3	発症年月日：	頃

(2) 生活機能低下の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び治療内容（前回より変化のあった事項について記入）

(3) 医学的観点からの留意事項

・ 血圧	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	( )	・ 移動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	( )
・ 摂食	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	( )	・ 運動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	( )
・ 嚥下	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	( )	・ その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	( )

(4) 基本動作

・ 寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
・ 起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
・ 座位の保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
・ 立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
・ 立位の保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助

(5) ADL

	自立	一部介助	全介助
・ 食事	<input checked="" type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・ 椅子とベッドの移乗	<input type="checkbox"/> 15	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・ トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・ 入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・ 平地歩行	<input type="checkbox"/> 15	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・ 更衣	<input checked="" type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・ 排便コントロール	<input checked="" type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・ 排尿コントロール	<input checked="" type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

(6) 自立支援の取組による機能回復・重篤化防止の効果

期待できる (期待できる項目：  基本動作  ADL  IADL  社会参加  その他)

期待できない

不明

(注) 介護老人保健施設においてはICFステージング【別紙様式7別添】を活用した評価も行う。

## 【支援実績】

基本動作

○ 離床	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
1日あたりのベッド上以外で過ごす時間	<input type="checkbox"/> 10時間以上	<input type="checkbox"/> 6～10時間
	<input type="checkbox"/> 3～6時間	<input type="checkbox"/> 3時間未満
○ 食事	<input type="checkbox"/> 居室外 (食堂、ディールーム等)	<input type="checkbox"/> ベッド上
	<input type="checkbox"/> その他	・ 食事時間や嗜好への対応 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
○ 排せつ (日中)	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル ( <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 )
	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> その他	・ 個人の排せつリズムへの対応 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

○ 排せつ(夜間)

トイレ

ポータブルトイレ (  個室  多床室 )

おむつ

その他

・ 個人の排せつリズムへの対応  あり  なし

○ 入浴

大浴槽

個人浴槽

機会浴槽 (特別浴槽)

清拭

・ マンツーマン入浴ケア  なし  あり

日々の過ごし方

○ 1週間あたりの外出

ほぼ毎日

週に2～3回程度

週に1回程度

なし

○ 1週間あたりの趣味・アクティビティ・役割活動

ほぼ毎日

週に2～3回程度

週に1回程度

なし

○ 入所者や家族の希望に沿った居場所作りの取組 (例：本人の愛着ある物を持ち込むことにより、安心できる環境づくりを行う)

なし  あり

○ 本人の生活史

ケアに反映している

ケアへの反映を検討している

反映していない

## 【支援計画】

尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画	作成計画日
	<input type="checkbox"/> 尊厳の保持に資する取組
	<input type="checkbox"/> 本人を尊重する個別ケア
	<input type="checkbox"/> 寝たきり防止に資する取組
	<input type="checkbox"/> 自立した生活を支える取組
基本動作 (※)	(具体的な計画)
日々の過ごし方 (※)	(具体的な計画)

説明日：

説明者：

8 種類

(1) 科学的介護推進体制加算

1 別紙様式 1 科学的介護推進に関する評価 (通所・居住サービス)

2 別紙様式 2 科学的介護推進に関する評価 (施設サービス)

3 別紙様式 3 生活・認知機能尺度 [38KB]

4 別紙様式 4 DBD13

5 別紙様式 5 ICFステージング

(2) ADL維持等加算 (様式イメージ)

6 維持等加算

(3) 個別機能訓練加算 (II) (III)

7 生活機能チェックシート

8 個別機能訓練計画書

9 別紙様式 1 興味・関心チェックシート

(4) リハビリテーションマネジメント加算等

10 別紙様式 2 - 2 - 1 リハビリテーション計画書

11 別紙様式 2 - 1 興味・関心チェックシート

(5) 栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算

12 別紙様式 4 - 1 - 1 栄養・摂取嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング (施設)

13 別紙様式 4 - 1 - 2 栄養ケア・経口移行・経口維持計画書 (施設)

14 別紙様式 4 - 3 - 1 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)

15 別紙様式 4 - 3 - 2 栄養ケア計画書 (通所・居宅)

(6) 口腔衛生管理加算 (II)

16 口腔衛生管理加算

※届出不要・確認不可

(7) 口腔機能向上加算 (II) ・ (II) イ ・ (II) ロ

17 別紙様式 6 - 4 口腔機能向上サービスに関する計画書

(8) 褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理 (II)

18 別紙様式 5 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

19 別紙様式 3 褥瘡対策に関する診療計画書

(9) 排せつ支援加算

20 別紙様式 6 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

(10) 自立支援促進加算

21 別紙様式 7 自立支援促進に関する評価・支援計画書

22 別紙様式 7 別添 ICFステージング

(11) かかりつけ医連携薬剤調整加算 (II) ・ 薬剤管理指導の注 2 の加算 (様式イメージ)

23 かかりつけ医連携薬剤調整加算・薬剤管理指導

サービス種別（施設系）		介護老人福祉施設	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	介護老人保健施設	介護医療院	21	8
指定事業所数		19	5	8	4	しせつ	11
加算の種別と取得状況	科学的介護推進体制加算Ⅰ・Ⅱ	事業所数 割合(%)	14 73.7%	3 60.0%	7 87.5%	4 100.0%	10
	個別機能訓練加算Ⅱ・Ⅲ	事業所数 割合(%)	10 52.6%	0 0%			
	A D L維持等加算Ⅰ・Ⅱ	事業所数 割合(%)	7 36.8%	1 20.0%			
	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	事業所数 割合(%)			7 87.5%		
	理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	事業所数 割合(%)				0 0%	
	褥瘡マネジメント加算Ⅰ・Ⅱ	事業所数 割合(%)	2 10.5%	1 20.0%	6 75.0%		
	褥瘡対策指導管理Ⅱ	事業所数 割合(%)				0 0%	
	排せつ支援加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ	事業所数 割合(%)	3 15.8%	0 0%	5 62.5%	2 50.0%	
	自立支援促進加算	事業所数 割合(%)	0 0.0%	0 0%	5 62.5%	3 75.0%	
	かかりつけ医連携薬剤調整加算	事業所数 割合(%)				0 0%	市へ届出不要の加算のため確認不可
	薬剤管理指導	事業所数 割合(%)				0 0%	
	栄養マネジメント強化加算	事業所数 割合(%)	5 26.3%	1 20.0%	4 50.0%	3 75.0%	
	口腔衛生管理加算Ⅱ	事業所数 割合(%)		0 0%		0 0%	市へ届出不要の加算のため確認不可

（函館市に確認中）  
 通所リハビリテーション→16  
 訪問リハビリテーション→22

サービス種別 通所・居宅系（介護予防含む）		通所介護	地域密着型通所介護	認知症対応型通所介護	特定施設入居者生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護	認知症対応型共同生活介護	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護	通所リハビリテーション	訪問リハビリテーション
指定事業所数		49	43	5	12	13	47	19	6	241	166
加算の種別と取得状況	科学的介護推進体制加算	事業所数 割合(%)	35 71.4%	20 46.5%	4 80.0%	9 75.0%	5 38.5%	22 46.8%	8 42.1%	4 66.7%	13 5.4%
	個別機能訓練加算Ⅱ	事業所数 割合(%)	15 30.6%	3 7.0%	3 60.0%	5 41.7%	4 30.8%				
	A D L維持等加算Ⅰ・Ⅱ	事業所数 割合(%)	18 36.7%	6 14.0%	1 20.0%	1 8.3%	1 7.7%				
	リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ・（B）ロ	事業所数 割合(%)								14 5.8%	12 7.2%
	褥瘡マネジメント加算Ⅰ・Ⅱ	事業所数 割合(%)							0 0.0%		
	排せつ支援加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ	事業所数 割合(%)							0 0.0%		
	栄養アセスメント加算	事業所数 割合(%)		0 0%	0 0%				0 0%		0 0%
	口腔機能向上加算（Ⅱ）	事業所数 割合(%)	15 30.6%	9 20.9%	2 40.0%				0 0.0%		11 4.6%

（B）ロは2024年度報酬改定で廃止

市へ届出不要の加算のため確認不可