

(E) 褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理（通所・居宅サービス）（施設サービス）

事業所フィードバック 褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理

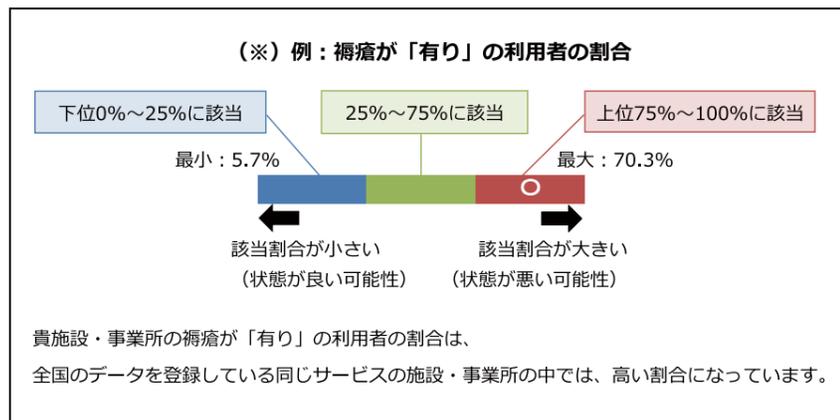
- 事業所フィードバックは、自施設・事業所の利用者の状況と、全国の褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理をLIFEにデータ登録している同じサービスの事業所における、利用者を対象とした値を表示しています。
- 自施設・事業所の利用者の状況およびその推移や、全国の利用者と比較した相対的な状況等を確認することができます。

<データ解釈時の注意点>

以下の①～⑤は、データを解釈する際の注意点です。

- ① 表示されている内容は「通知表」ではなく、自施設・事業所の強みや課題を抽出し、サービス改善に向けたPDCAサイクルを回す際の検討材料にさせていただくために、お示ししているものです。
- ② 全国値は、全国と同じサービスの利用者を対象としています。
- ③ 指標の値は、必ずしもケアの良し悪しを反映するものではありません。各施設・事業所の利用者の状況や、対象期間中に実施した取組、利用者毎の状況（入院があった、他のサービスを利用していた等）など、様々な要因が関連するため、自施設・事業所の状況と合わせて数値の解釈を行ってください。
- ④ 「全国と同じサービスの施設・事業所との比較」は、四分位数を用いて示しています。各指標における全国の同じサービスの施設・事業所の数値を順に並び替え、データを4等分にして得られた3つの区分（真ん中2つの区分は1つの区分にしています）のなかで、自施設・事業所が該当する区分に「○」が表示されています。項目によって、数値が大きいほど状態が良いものと、数値が小さいほど状態が良いものがあり、「状態が良い可能性」を青色で、「状態が悪い可能性」を赤色で表示しています。（※）
- ⑤ 直近と3ヶ月前のデータの取り方については、入力された方すべての情報を反映しているため、3ヶ月前と直近は必ずしも同じ集団の情報ではありません。

対象期間中に、自施設・事業所ではどのような利用者がいたか、どのような取組を実施したか等の状況等も考慮しながら、本フィードバックをサービスの改善に向けた検討の材料としてご活用ください。



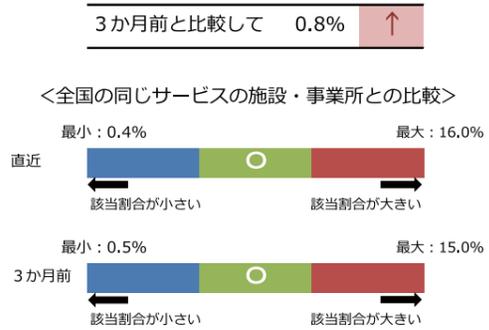
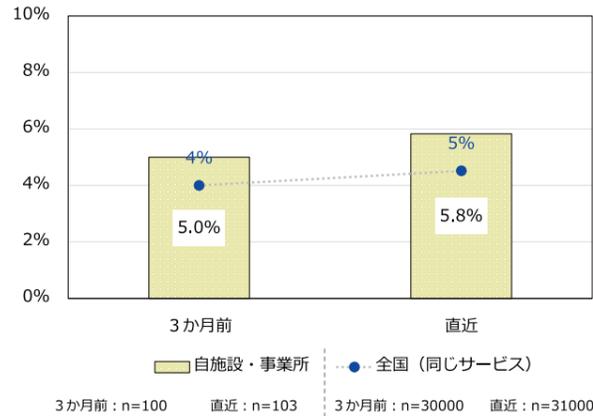
事業所番号	: 999999999	サービス	: サンプルサービス
集計時点	: 2022年4月	登録分	
事業所名称	: サンプル施設		

事業所番号 : 999999999 サービス : サンプルサービス 集計時点 : 2022年4月 登録分  
 事業所名称 : サンプル施設  
 集計に含まれる全国の同じサービスの事業所数 : 【直近】 10000 【3か月前】 10150

■ 褥瘡の状況

①

褥瘡が「有り」の利用者の割合



【メモ欄】 (事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。)

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳 ) 評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日  
 殿 男 女 記入担当者名

褥瘡の有無  
 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( )) 褥瘡発生日 令和 年 月 日  
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( ))

危険因子の評価	障害高齢者の日常生活自立度		J (1, 2) A(1, 2) B(1, 2) C(1, 2)			対処
	ADL の状況	入浴	自分でやっている	自分でやっている	自分でやっていない	
食事摂取		自分でやっている	自分でやっていない	対象外 (※1)		
		更衣	上衣	自分でやっている	自分でやっていない	
基本動作	寝返り	自分でやっている	自分でやっていない			
	座位の保持	自分でやっている	自分でやっていない			
		座位での乗り移り	自分でやっている	自分でやっていない		
	立位の保持	自分でやっている	自分でやっていない			
排せつの状況	尿失禁	なし	あり	対象外 (※2)		
	便失禁	なし	あり	対象外 (※3)		
	バルーンカテーテルの使用	なし	あり			
過去3か月以内に褥瘡の既往があるか	なし	あり				

※1 : 経管栄養・経静脈栄養等の場合 ※2 : バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合 ※3 : 人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価	深さ		浸出液		大きさ		炎症/感染		肉芽組織		壊死組織		ポケット	
	d 0 : 皮膚損傷・発赤なし d 1 : 持続する発赤 d 2 : 真皮までの損傷	D 3 : 皮下組織までの損傷 D 4 : 皮下組織を越える損傷 D 5 : 関節腔、体腔に至る損傷 DDTI : 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い D U : 壊死組織で覆われ深さの判定が不能	e 0 : なし e 1 : 少量:毎日のドレッシング交換を要しない e 3 : 中等量:1日1回のドレッシング交換を要する	E 6 : 多量:1日2回以上のドレッシング交換を要する	s 0 : 皮膚損傷なし s 3 : 4未満 s 6 : 4以上 16未満 s 8 : 16以上 36未満 s 9 : 36以上 64未満 s 12 : 64以上 100未満	S 15 : 100以上	i 0 : 局所の炎症徴候なし i 1 : 局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	I 3C : 臨床的定着疑い (創面にめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) I 3 : 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭など) I 9 : 全身的影響あり (発熱など)	g 0 : 創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合 g 1 : 良性肉芽が創面の90%以上を占める g 3 : 良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	G 4 : 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める G 5 : 良性肉芽が創面の10%未満を占める G 6 : 良性肉芽が全く形成されていない	n 0 : 壊死組織なし	N 3 : 柔らかい壊死組織あり N 6 : 硬く厚い密着した壊死組織あり	p 0 : ポケットなし	P 6 : 4未満 P 9 : 4以上16未満 P 12 : 16以上36未満 P 24 : 36以上

※褥瘡の状態の評価については「改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント」(一般社団法人 日本褥瘡学会) を参照。

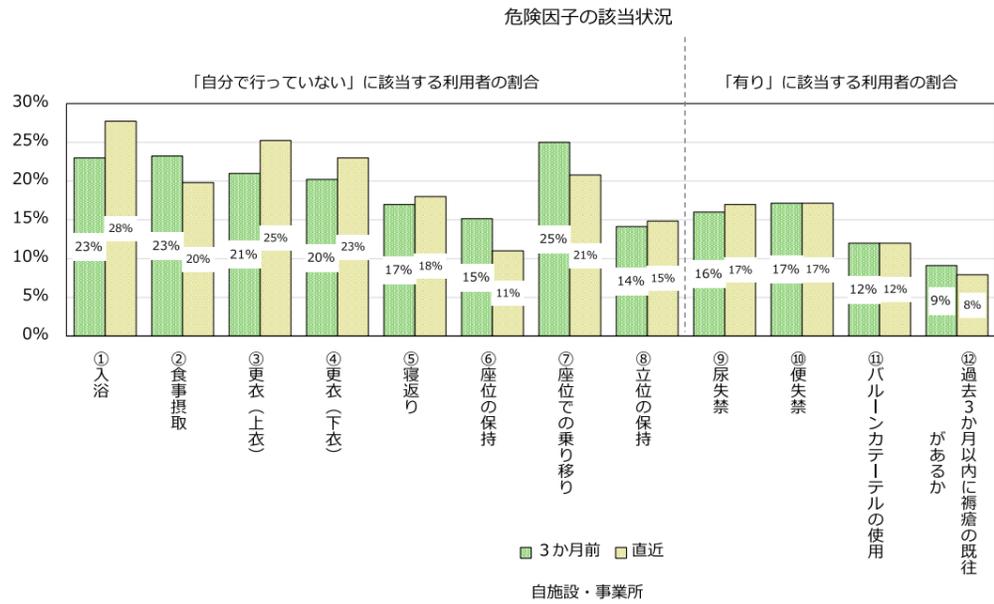
褥瘡ケア計画	留意する項目		計画の内容	
	関連職種が共同して取り組むべき事項			
評価を行う間隔	圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散 寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上		
		イス上		
スキンケア				
栄養状態改善				
リハビリテーション				
その他				

説明日 令和 年 月 日  
 説明者氏名

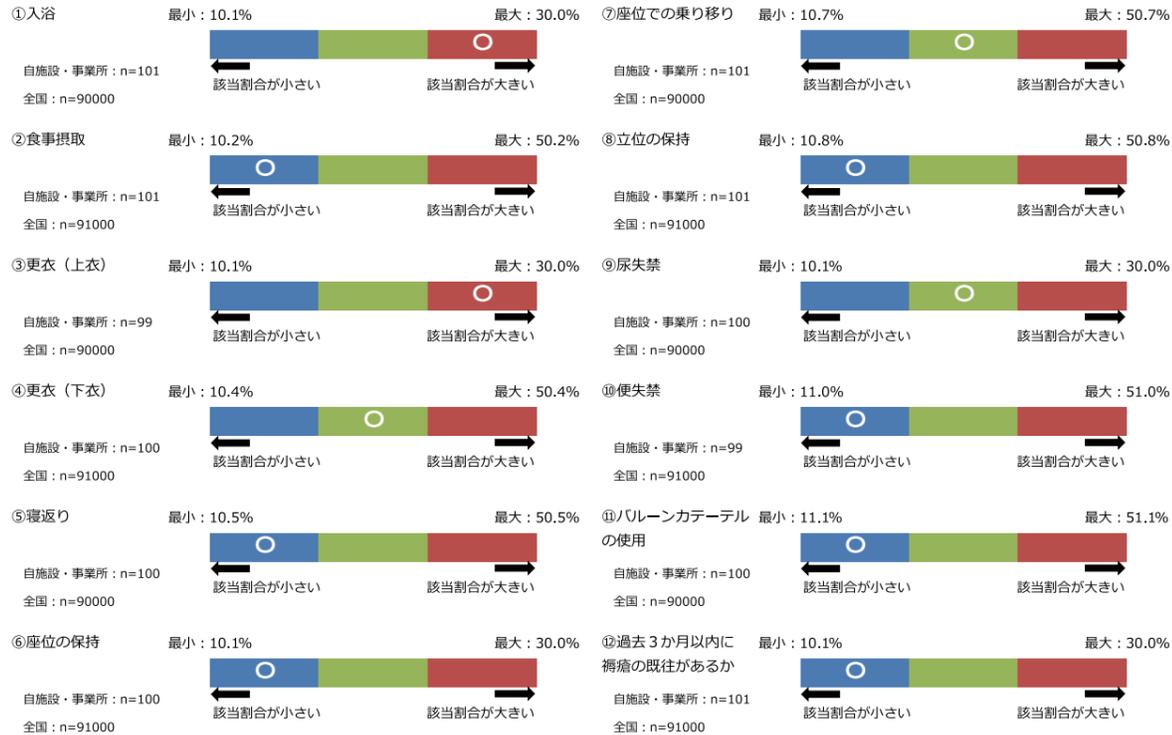
②

■危険因子の該当状況

直近と3か月前の各時点において、危険因子の評価に係る「ADLの状況」「基本動作」「排せつの状況」「過去3か月以内に褥瘡の既往があるか」の各項目データが登録されていた利用者を対象として、危険因子に該当する利用者の割合を表示しています。



＜全国と同じサービスの施設・事業所との比較＞



【メモ欄】（事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。）

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳 ) 評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日  
 殿 男 女 記入担当者名

褥瘡の有無 あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( )) 褥瘡発生日 令和 年 月 日  
 しあり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( ))

危険因子の評価	障害高齢者の日常生活自立度		褥瘡の発生			対処
	J (1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	発生部位	
ADLの状況	入浴	自分でやっている	自分でやっている	自分でやっていない		「自分でやっていない」、「あり」に1つ以上該当する場合、褥瘡ケア計画を立案し実施する。
	食事摂取	自分でやっている	自分でやっていない	対象外 (※1)		
		更衣	上衣	自分でやっている	自分でやっていない	
基本動作	寝返り	自分でやっている	自分でやっていない			
	座位の保持	自分でやっている	自分でやっていない			
		座位での乗り移り	自分でやっている	自分でやっていない		
	立位の保持	自分でやっている	自分でやっていない			
排せつの状況	尿失禁	なし	あり	対象外 (※2)		
	便失禁	なし	あり	対象外 (※3)		
	バルーンカテーテルの使用	なし	あり			
過去3か月以内に褥瘡の既往があるか	なし	あり				

※1: 経管栄養・経静脈栄養等の場合 ※2: バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合 ※3: 人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価	深さ		浸出液	大きさ	炎症/感染	肉芽組織	壊死組織	ポケット
	d0: 皮膚損傷・発赤なし	d1: 持続する発赤						
	D3: 皮下組織までの損傷	D4: 皮下組織を越える損傷	E0: なし	S0: 皮膚損傷なし	I0: 局所の炎症徴候なし	G0: 創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合	N0: 壊死組織なし	P0: ポケットなし
	D5: 関節腔、体腔に至る損傷	DDTI: 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い	E1: 少量: 毎日のドレッシング交換を要しない	S3: 4未満	I1: 局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	G1: 良性肉芽が創面の90%以上を占める	N3: 柔らかい壊死組織あり	P6: 4未満
	DU: 壊死組織で覆われ深さの判定が不能		E3: 中等量: 1日1回のドレッシング交換を要する	S6: 4以上16未満	I3: 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭など)	G3: 良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	N6: 硬く厚い密着した壊死組織あり	P9: 4以上16未満
				S8: 16以上36未満	I9: 全身的影響あり (発熱など)			P12: 16以上36未満
				S9: 36以上64未満				P24: 36以上
				S12: 64以上100未満				

※褥瘡の状態の評価については「改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント」(一般社団法人 日本褥瘡学会) を参照。

褥瘡ケア計画	留意する項目	計画の内容	
	関連職種が共同して取り組むべき事項	評価を行う間隔	実施方法
	圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上	
	スキンケア	イス上	
	栄養状態改善		
	リハビリテーション		
	その他		

説明日 令和 年 月 日  
 説明者氏名

(A) 科学的介護推進体制加算（通所・居宅サービス）

利用者別フィードバック 科学的介護推進体制加算

○ 利用者別フィードバックでは、利用者の現在の状況およびその推移を確認することができます。

<データ解釈時の注意点>

以下の①～③は、データを解釈する際の注意点です。

- ① 指標の値及びその変化は、必ずしもケアや状態の良し悪しを反映するものではありません。
- ② 利用者の背景や利用目的、対象期間中に実施した取組、利用者毎の状況（入院があった、他のサービスを利用していた等）など、様々な要因が関連します。
- ③ 対象期間中に、利用者にどのような変化があったか、どのような取組を実施したか等の状況も考慮しながら、本フィードバックの結果を解釈し、事業所におけるサービス改善に向けた検討の材料としてご活用ください。

利用者別フィードバックで示す状態の「変化」について

  は、状態が変化をしていること、 は状態が維持されていることを示しています。

 については良い方向への変化の可能性があります、 については必ずしも良い方向への変化とは言えない可能性があります。

事業所番号	: 999999999	サービス	: サンプルサービス
集計時点	: 2022年4月	登録分	
事業所名称	: サンプル施設	利用者氏名	: サンプル氏名
利用者ID	: 000010		

事業所番号 : 999999999 サービス : サンプルサービス 集計時点 : 2022年4月 登録分  
 事業所名称 : サンプル施設  
 利用者ID : 000010 利用者氏名 : サンプル氏名

**■日常生活自立度** ①

評価日	6か月前 : 2021/10/5	直近 : 2022/4/5	変化
日常生活自立度 (身体機能)	J1	J2	↓
日常生活自立度 (認知機能)	IIa	自立	↑

**■ADL** ②

評価日	6か月前 : 2021/10/5	直近 : 2022/4/5	変化
食事	一部介助(5)	自立(10)	↑
椅子とベッド間の移乗	座れるが移れない(5)	座れるが移れない(5)	→
整容	一部介助(0)	自立(5)	↑
トイレ動作	一部介助(5)	一部介助(5)	→
入浴	自立(5)	自立(5)	→
平地歩行	歩行器等(10)	車椅子操作が可能(5)	↓
階段昇降	一部介助(5)	一部介助(5)	→
更衣	一部介助(5)	一部介助(5)	→
排便コントロール	一部介助(5)	一部介助(5)	→
排尿コントロール	一部介助(5)	一部介助(5)	→
ADL合計点 (Barthel Index)	50	55	↑

ADL (Barthel Index) は、日常生活活動を評価するための指標であり、10項目からなります。合計点は最高100点、最低0点となり、点数が高いほど動作の自立度が高いことを表します。

【メモ欄】 (事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。)

### 科学的介護推進に関する評価 (通所・居住サービス)

①・② 評価日 令和 年 月 日  
 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

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、M

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

既往歴 [前回の評価時より変化のあった場合は記載] [任意項目]

服薬情報 [任意項目]

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)  
 ・  
 ・

[任意項目]  
 同居家族等 なし あり (配偶者 子 その他) (複数選択可)  
 家族等が介護できる時間 ほとんど終日 半日程度 2～3時間程度 必要な時に手をかす程度 その他

総論

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)	<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"/> 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 [任意項目]  
入所/サービス継続中  
中止 (中止日 : )  
居宅 (※) 介護老人福祉施設入所 介護老人保健施設入所 介護医療院入所 介護療養型医療施設入院  
医療機関入院 死亡 その他

※居宅サービスを利用する場合 (介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック)

口腔・栄養

身長 ( cm)	体重 ( kg)	褥瘡の有無 [任意項目] <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
口腔の健康状態		
・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

■口腔・栄養		6か月前： 2021/10/5	直近： 2022/4/5	変化
評価日				
身長		155.5	155.8	↗
体重		45.0	46.0	↗
低栄養状態のリスクレベル (※)		中	低	↑
栄養補給法 (※)	経腸栄養法	有り	無し	↗
	静脈栄養法	有り	無し	↗
	経口摂取	一部	完全	↑
	嚥下調整食品の必要性	有り	無し	↗
	とろみ	薄い	無し	↑
食事摂取量 (※)	全体 (%)	90	100	↑
	主食 (%)	90	100	↑
	副食 (%)	90	100	↑
提供栄養量 必要栄養量 (※)	エネルギー (%)	95.2	98.8	↑
	たんぱく質 (%)	91.7	96.9	↑
血清アルブミン値 (※)		4.1	4.2	↑
施設	歯・入れ歯が汚れている	該当有り	該当無し	↑
	歯が少くないのに入れ歯を使っていない	-	該当無し	-
	むせやすい	-	該当無し	-
	口腔の健康状態			
通所・居住	硬いものを避け柔らかいものばかり食べる	-	-	
	入れ歯を使っている	-	-	
居住	むせやすい	-	-	

※施設サービスのみ必須

【メモ欄】 (事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。)

### 科学的介護推進に関する評価 (通所・居住サービス)

氏名 殿

評価日 令和 年 月 日  
 ③ 前回評価日 令和 年 月 日  
 記入者名

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

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

既往歴 [前回の評価時より変化のあった場合は記載] [任意項目]

服薬情報 [任意項目]

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)  
 ・  
 ・

[任意項目]  
 同居家族等 なし あり (配偶者 子 その他) (複数選択可)  
 家族等が介護できる時間 ほとんど終日 半日程度 2～3時間程度 必要な時に手をかす程度 その他

総論	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 [任意項目]  
入所/サービス継続中  
中止 (中止日： )  
居宅 (※) 介護老人福祉施設入所 介護老人保健施設入所 介護医療院入所 介護療養型医療施設入院  
療養機関入院 死亡 その他

③ ※居宅サービスを利用する場合 (介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック)

口腔・栄養	身長 ( cm)   体重 ( kg)   褥瘡の有無 [任意項目] <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	口腔の健康状態
	・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)	

④ ※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				
認知症の診断 (直近)	アルツハイマー病	血管性認知症	レビー小体病	その他
有り	●			
評価日	6か月前: 2021/10/5	直近: 2022/4/5	変化	
DBD13	日常的な物事に 関心を示さない	ときどきある	ほとんどない	↑
	特別な事情がないのに 夜中起き出す	ときどきある	ほとんどない	↑
	特別な根拠もないのに 人に言いがかりをつける	ときどきある	ほとんどない	↑
	やたらに歩きまわる	ときどきある	ほとんどない	↑
	同じ動作をいつまでも 繰り返す	ときどきある	ほとんどない	↑
Vitality Index	意思疎通	反応がない	挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が みられる	6

【メモ欄】 (事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。)

5						
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 ( ))						
DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載)						
		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
認知症	・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"/>
	[以下、任意項目]					
	・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"/>
	・昼間、寝てばかりいる	<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"/>	
・締め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・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						
・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
[以下、任意項目]						
・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"/>	食事に興味がない、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"/>	排せつに全く興味がない
・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

(注) 任意項目との記載のない項目は必須項目とする

(B) 科学的介護推進体制加算（施設サービス）

利用者別フィードバック 科学的介護推進体制加算

○ 利用者別フィードバックでは、利用者の現在の状況およびその推移を確認することができます。

<データ解釈時の注意点>

以下の①～③は、データを解釈する際の注意点です。

- ① 指標の値及びその変化は、必ずしもケアや状態の良し悪しを反映するものではありません。
- ② 利用者の背景や利用目的、対象期間中に実施した取組、利用者毎の状況（入院があった、他のサービスを利用していた等）など、様々な要因が関連します。
- ③ 対象期間中に、利用者にどのような変化があったか、どのような取組を実施したか等の状況も考慮しながら、本フィードバックの結果を解釈し、事業所におけるサービス改善に向けた検討の材料としてご活用ください。

利用者別フィードバックで示す状態の「変化」について

  は、状態が変化をしていること、 は状態が維持されていることを示しています。

 については良い方向への変化の可能性があります、 については必ずしも良い方向への変化とは言えない可能性があります。

事業所番号	: 999999999	サービス	: サンプルサービス
集計時点	: 2022年4月	登録分	
事業所名称	: サンプル施設	利用者氏名	: サンプル氏名
利用者ID	: 000010		

事業所番号 : 999999999 サービス : サンプルサービス 集計時点 : 2022年4月 登録分

事業所名称 : サンプル施設

利用者ID : 000010 利用者氏名 : サンプル氏名

### ■日常生活自立度

評価日	6か月前 : 2021/10/5	直近 : 2022/4/5	変化
日常生活自立度 (身体機能)	J1	J2	↓
日常生活自立度 (認知機能)	IIa	自立	↑

### ■ADL

評価日	6か月前 : 2021/10/5	直近 : 2022/4/5	変化
食事	一部介助(5)	自立(10)	↑
椅子とベッド間の移乗	座れるが移れない(5)	座れるが移れない(5)	→
整容	一部介助(0)	自立(5)	↑
トイレ動作	一部介助(5)	一部介助(5)	→
入浴	自立(5)	自立(5)	→
平地歩行	歩行器等(10)	車椅子操作が可能(5)	↓
階段昇降	一部介助(5)	一部介助(5)	→
更衣	一部介助(5)	一部介助(5)	→
排便コントロール	一部介助(5)	一部介助(5)	→
排尿コントロール	一部介助(5)	一部介助(5)	→
ADL合計点 (Barthel Index)	50	55	↑

ADL (Barthel Index) は、日常生活活動を評価するための指標であり、10項目からなります。合計点は最高100点、最低0点となり、点数が高いほど動作の自立度が高いことを表します。

【メモ欄】 (事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。)

## 科学的介護推進に関する評価 (施設サービス)

氏名 殿

評価日 令和 年 月 日  
 ①・② 前回評価日 令和 年 月 日  
 記入者名

① 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

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

既往歴 [前回の評価時より変化のあった場合は記載] [科学的介護推進体制加算 (I) では任意項目]

服薬情報 [科学的介護推進体制加算 (I) では任意項目]

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)

：

：

科学的介護推進体制加算 (I) では任意項目

同居家族等 なし あり (配偶者 子 その他) (複数選択可)

家族等が介護できる時間 ほとんど終日 半日程度 2～3時間程度 必要な時に手をかす程度 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)	<input type="checkbox"/> 0
	(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)	<input type="checkbox"/> 0
	(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 [任意項目]

入所/サービス継続中

中止 (中止日: )

居宅 (※) 介護老人福祉施設入所 介護老人保健施設入所 介護医療院入所 介護療養型医療施設入院

医療機関入院 死亡 その他

※居宅サービスを利用する場合 (介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック)

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)
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 [任意項目] <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
口腔の健康状態		
・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		
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

■口腔・栄養		6か月前： 2021/10/5	直近： 2022/4/5	変化
評価日				
身長		155.5	155.8	↗
体重		45.0	46.0	↗
低栄養状態のリスクレベル (※)		中	低	↑
栄養補給法 (※)	経腸栄養法	有り	無し	↗
	静脈栄養法	有り	無し	↗
	経口摂取	一部	完全	↑
	嚥下調整食品の必要性	有り	無し	↗
	とろみ	薄い	無し	↑
食事摂取量 (※)	全体 (%)	90	100	↑
	主食 (%)	90	100	↑
	副食 (%)	90	100	↑
提供栄養量 必要栄養量 (※)	エネルギー (%)	95.2	98.8	↑
	たんぱく質 (%)	91.7	96.9	↑
血清アルブミン値 (※)		4.1	4.2	↑
口腔の健康状態	歯・入れ歯が汚れている	該当有り	該当無し	↑
	歯が少くないのに入れ歯を使っていない	-	該当無し	-
	むせやすい	-	該当無し	-
通所・居住	硬いものを避け柔らかいものばかり食べる	-	-	-
	入れ歯を使っている	-	-	-
通所・居住	むせやすい	-	-	-

※施設サービスのみ必須

【メモ欄】 (事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。)

### 科学的介護推進に関する評価 (施設サービス)

氏名 殿

3
 評価日 令和 年 月 日  
 前回評価日 令和 年 月 日  
 記入者名

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

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

既往歴 [前回の評価時より変化のあった場合は記載] [科学的介護推進体制加算 (I) では任意項目]

服薬情報 [科学的介護推進体制加算 (I) では任意項目]

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)  
 …

[科学的介護推進体制加算 (I) では任意項目]

同居家族等 なし あり (配偶者 子 その他) (複数選択可)  
 家族等が介護できる時間 ほとんど終日 半日程度 2～3時間程度 必要な時に手をかす程度 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)	<input type="checkbox"/> 0
	(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)	<input type="checkbox"/> 0
	(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 [任意項目]

入所/サービス継続中  
中止 (中止日: )  
居宅 (※) 介護老人福祉施設入所 介護老人保健施設入所 介護医療院入所 介護療養型医療施設入所  
医療機関入院 死亡 その他

3 ※居宅サービスを利用する場合 (介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック)

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
	・嚥下調整食品の必要性 <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 [任意項目] <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	口腔の健康状態 ・歯・入れ歯が汚れている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・歯が少く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
	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				
認知症の診断 (直近)	アルツハイマー病	血管性認知症	レビー小体病	その他
有り	●			
評価日	6か月前: 2021/10/5	直近: 2022/4/5	変化	
DBD13	日常的な物事に 関心を示さない	ときどきある	ほとんどない	↑
	特別な事情がないのに 夜中起き出す	ときどきある	ほとんどない	↑
	特別な根拠もないのに 人に言いがかりをつける	ときどきある	ほとんどない	↑
	やたらに歩きまわる	ときどきある	ほとんどない	↑
	同じ動作をいつまでも 繰り返す	ときどきある	ほとんどない	↑
Vitality Index	意思疎通	反応がない	挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が みられる	5

【メモ欄】 (事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。)

4						
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 ( ))						
DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載)						
		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
認知症	・日常的な物事に 関心を示さない	□	□	□	□	□
	・特別な事情がないのに 夜中起き出す	□	□	□	□	□
	・特別な根拠もないのに 人に言いがかりをつける	□	□	□	□	□
	・やたらに歩きまわる	□	□	□	□	□
	・同じ動作をいつまでも 繰り返す	□	□	□	□	□
	[以下、任意項目]					
	・同じ事を何度も何度も聞く	□	□	□	□	□
	・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	□	□	□	□	□
	・昼間、寝てばかりいる	□	□	□	□	□
	・口汚くののしる	□	□	□	□	□
・場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	□	□	□	□	□	
・世話をされるのを拒否する	□	□	□	□	□	
5	・締め込む	□	□	□	□	□
・出しや筆筒の中身をみんな出してしまふ	□	□	□	□	□	
Vitality Index						
・意思疎通	□自分から挨拶する、話し掛ける	□挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる	□反応がない			
[以下、任意項目]						
・起床	□いつも定時に起床している	□起こさないと起床しないことがある	□自分から起床することはない			
・食事	□自分から進んで食べようとする	□促されると食べようとする	□食事に関心がない、全く食べようとしない			
・排せつ	□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	□時々、尿意便意を伝える	□排せつに全く関心がない			
・リハビリ・活動	□自らリハビリに向かう、活動を求める	□促されて向かう	□拒否、無関心			

(注) 任意項目との記載のない項目は必須項目とする

(C) 栄養アセスメント加算（通所・居宅サービス）

利用者別フィードバック 栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算

○ 利用者別フィードバックでは、利用者の現在の状況およびその推移を確認することができます。

＜データ解釈時の注意点＞

以下の①～③は、データを解釈する際の注意点です。

- ① 指標の値及びその変化は、必ずしもケアや状態の良し悪しを反映するものではありません。
- ② 利用者の背景や利用目的、対象期間中に実施した取組、利用者毎の状況（入院があった、他のサービスを利用していた等）など、様々な要因が関連します。
- ③ 対象期間中に、利用者にどのような変化があったか、どのような取組を実施したか等の状況も考慮しながら、本フィードバックの結果を解釈し、事業所におけるサービス改善に向けた検討の材料としてご活用ください。

利用者別フィードバックで示す状態の「変化」について

↑ ↓ は、状態が変化をしていること、→ は状態が維持されていることを示しています。

↑ については良い方向への変化の可能性があります、↓ については必ずしも良い方向への変化とは言えない可能性があります。

事業所番号	: 9999999999	サービス	: サンプルサービス
集計時点	: 2022年4月	登録分	
事業所名称	: サンプル施設		
利用者ID	: 000010	利用者氏名	: サンプル氏名

事業所番号 : 999999999 サービス : サンプルサービス 集計時点 : 2022年4月 登録分  
 事業所名称 : サンプル施設  
 利用者ID : 000010 利用者氏名 : サンプル氏名

■低栄養状態のリスク・食生活状況等

実施日	3か月前 : 2022/1/5	直近 : 2022/4/5	変化	
低栄養状態のリスクレベル	中	低	↑	
身長	155.5	155.8	↔	
体重	45.0	46.0	↔	
3%以上の体重減少	/1ヶ月	有り	↑	
	/3ヶ月	無し	→	
	/6ヶ月	無し	→	
血清アルブミン値	4.1	4.2	↑	
褥瘡	有り	無し	↑	
栄養補給法	経口摂取	一部経口	↑	
	経腸栄養法	有り	↔	
	静脈栄養法	有り	↔	
嚥下調整食品の必要性	有り	無し	↑	
	食事の形態	嚥下調整食3	嚥下調整食4	↑
	とろみ	薄い	無し	↑
食事摂取量	全体 (%)	90	100	↑
	主食 (%)	90	100	↑
	主菜 (%)	90	100	↑
	副菜 (%)	90	100	↑
摂取栄養量	エネルギー (%)	90.5	97.7	↑
	たんぱく質 (%)	83.3	92.3	↑
提供栄養量	エネルギー (%)	95.2	98.8	↑
	たんぱく質 (%)	91.7	96.9	↑
食事の留意事項の有無	有り	無し	↔	
本人の意欲	よい	まあよい	↓	
食欲・食事の満足度	よい	まあよい	↓	
食事に対する意識	よい	ふつう	↓	

【メモ欄】 (事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。)

別紙様式 5-1

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) (様式例)

フリガナ	性別	□男 □女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
氏名	要介護度		病名・特記事項等		記入者名	
利用者			家族構成とキーパーソン(支度、地域特性等)		作成年月日	年 月 日
家族の意向					本人	—

(以下は、入所(入院)直後の状態に於いて作成。)

実施日(記入者名)	年 月 日( )			
プロセス	★フルダウン <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高
身長	cm	cm	cm	cm
体重 / BMI	kg / kg/m <sup>2</sup>			
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )
血清アルブミン値	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
栄養補給法	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口
その他				
食事摂取量(割合)	%	%	%	%
主食の摂取量(割合)	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
主菜、副菜の摂取量(割合)	主菜 % 副菜 %			
その他(補助食品など)				
摂取栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )
提供栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )
必要栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )
嚥下調整食品の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
食事の形態(コード)	(コード: ★フルダウン <sup>2</sup> )			
とろみ	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い
食事の留意事項の有無(療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど)	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
本人の意欲	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>
食欲・食事の満足度	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>
食事に対する意識	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>
関係	□口控衛生 □摂食・嚥下	□口控衛生 □摂食・嚥下	□口控衛生 □摂食・嚥下	□口控衛生 □摂食・嚥下
正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□
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(齧歯)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しにくく中にくる	□	□	□	□
食後、頬の内側や口腔内に残溜がある	□	□	□	□
水分でむせる	□	□	□	□
食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□
その他・気が付いた点				
褥瘡・生活機能関係	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	□褥瘡(再掲) □生活機能低下
消化器関係	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘
水分関係	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水
代謝関係	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱
心理・精神・認知症関係	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症
医薬品	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響
特記事項				
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない			
サービス継続の必要性 注) 栄養改善加算算定の場合	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有

- ★フルダウン<sup>1</sup> スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★フルダウン<sup>2</sup> 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類(4、3、2-2、2-1、1j、0t、0)
- ★フルダウン<sup>3</sup> 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
- ★フルダウン<sup>4</sup> 1太いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

注1) スクリーニングにおいては、把握可能な項目(BMI、体重減少率、血清アルブミン値(検査値がわかる場合に記入)等)により、低栄養状態のリスクを把握する。  
 注2) 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

3

■多職種による栄養ケアの課題

実施日	3か月前： 2022/1/5	直近： 2022/4/5	変化	
口腔関係	口腔衛生	有り	無し	↑
	摂食・嚥下	無し	無し	→
	安定した正しい姿勢が自分で取れない	無し	無し	→
	食事に集中することができない	無し	無し	→
	食事中に傾眠や意識混濁がある	無し	無し	→
	歯（義歯）のない状態で食事をしている	無し	無し	→
	食べ物を口腔内に溜め込む	無し	無し	→
	固形の食べ物を咀嚼しやく中にむせる	有り	無し	↑
	食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	無し	無し	→
	水分でむせる	無し	無し	→
食事中、食後に咳をすることがある	無し	無し	→	
褥瘡・生活機能関係	褥瘡（再掲）	有り	無し	↑
	生活機能低下	有り	無し	↑
	嘔気・嘔吐	無し	無し	→
	下痢	無し	無し	→
消化器関係	便秘	有り	無し	↑
	浮腫	無し	有り	↓
水分関係	脱水	無し	無し	→
	代謝関係	感染	無し	無し
発熱		無し	無し	→
心理・精神・認知症関係	閉じこもり	有り	無し	↑
	うつ	有り	無し	↑
	認知症	有り	有り	→
医薬品	薬の影響	有り	有り	→

【メモ欄】（事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。）

別紙様式 5-1 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）（様式例）

フリガナ	性別	□男 □女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
氏名	要介護度		病名・特記事項等		記入者名	
			（病名・特記事項等） （買物、食事の支度、地域特性等）		作成年月日	年 月 日
					家族構成とキーパーソン（支援者）	本人
（入院）首個々の状態に応じて作成。）						
実施日（記入者名）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）
プロセス	★ブルダウン <sup>1</sup>	★ブルダウン <sup>1</sup>	★ブルダウン <sup>1</sup>	★ブルダウン <sup>1</sup>	★ブルダウン <sup>1</sup>	★ブルダウン <sup>1</sup>
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高
身長	cm	cm	cm	cm	cm	cm
体重 / BMI	kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有 ( kg/1ヶ月 )	□無 □有 ( kg/1ヶ月 )	□無 □有 ( kg/1ヶ月 )	□無 □有 ( kg/1ヶ月 )	□無 □有 ( kg/1ヶ月 )	□無 □有 ( kg/1ヶ月 )
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有 ( kg/3ヶ月 )	□無 □有 ( kg/3ヶ月 )	□無 □有 ( kg/3ヶ月 )	□無 □有 ( kg/3ヶ月 )	□無 □有 ( kg/3ヶ月 )	□無 □有 ( kg/3ヶ月 )
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有 ( kg/6ヶ月 )	□無 □有 ( kg/6ヶ月 )	□無 □有 ( kg/6ヶ月 )	□無 □有 ( kg/6ヶ月 )	□無 □有 ( kg/6ヶ月 )	□無 □有 ( kg/6ヶ月 )
血清アルブミン値	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
栄養補給法	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口
その他						
食事摂取量（割合）	%	%	%	%	%	%
主食の摂取量（割合）	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
主菜、副菜の摂取量（割合）	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %
その他（補助食品など）						
摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )
提供栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )
必要栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )
嚥下調整食の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
食事の形態（コード）	（コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ）	（コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ）	（コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ）	（コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ）	（コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ）	（コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ）
とろみ	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い
食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど）	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
満足感	★ブルダウン <sup>3</sup>	★ブルダウン <sup>3</sup>	★ブルダウン <sup>3</sup>	★ブルダウン <sup>3</sup>	★ブルダウン <sup>3</sup>	★ブルダウン <sup>3</sup>
満足感	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>
満足感	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連課題）	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下
安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□	□	□
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しやく中にむせる	□	□	□	□	□	□
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・気が付いた点						
褥瘡・生活機能関係	□褥瘡（再掲） □生活機能低下	□褥瘡（再掲） □生活機能低下	□褥瘡（再掲） □生活機能低下	□褥瘡（再掲） □生活機能低下	□褥瘡（再掲） □生活機能低下	□褥瘡（再掲） □生活機能低下
消化器関係	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘
水分関係	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水
代謝関係	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱
心理・精神・認知症関係	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症
医薬品	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響
特記事項						
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない
サービス継続の必要性 注）栄養改善加算算定の場合	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有

★ブルダウン<sup>1</sup> スクリーニング/アセスメント/モニタリング  
 ★ブルダウン<sup>2</sup> 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類（4、3、2-2、2-1、1j、0t、0j）  
 ★ブルダウン<sup>3</sup> 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  
 ★ブルダウン<sup>4</sup> 1太いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない  
 注1） スクリーニングにおいては、把握可能な項目（BMI、体重減少率、血清アルブミン値（検査値がわかる場合に記入）等）により、低栄養状態のリスクを把握する。  
 注2） 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

■ 総合評価

実施日	3か月前： 2022/1/5	直近： 2022/4/5	変化
総合評価	改善傾向	改善	↑
計画変更（※）	無し	無し	4

※施設サービスのみ必須

【メモ欄】（事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。）

**<低栄養状態のリスクの判断>**  
 全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断します。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断します。それ以外の場合は「中リスク」と判断します。  
 BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もあります。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~29.9	18.5 未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3~5%未満 3か月に3~7.5%未満 6か月に3~10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl 以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl 未満
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

**<食事の形態>**  
 【出典】一般社団法人 日本摂食嚥下リハビリテーション学会「嚥下調整食学会分類2021」

コード	名称	形態
0	j 嚥下訓練食品 0j	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー 離水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの
	t 嚥下訓練食品 0t	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水 (原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみ* のどちらかが適している)
1	j 嚥下調整食 1j	均質で、付着性、凝集性、かたさ、 離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの
2	1 嚥下調整食 2-1	ピューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、 まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの
	2 嚥下調整食 2-2	ピューレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、 まとまりやすいもので不均質な物も含む スプーンですくって食べることが可能なもの
3	嚥下調整食 3	形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、 咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの 多量の離水がない
4	嚥下調整食 4	かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ

\*上記 0t の「中間のとろみ・濃いとろみ」については、学会分類 2021（とろみ）を参照してください。

81

別紙様式 5-1 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）（様式例）

フリガナ	性別	□男 □女	生年月日	年 月 日	生まれ	年齢	歳
氏名	要介護度		病名・特記事項等			記入者名	
			食事の準備状況 (買い物、食事の支度、地域特性等)			作成年月日	年 月 日
						家族構成とキーパーソン(支援者)	本人

(入院) 首個々の状態に応じて作成。( )

実施日(記入者名)	年 月 日( )			
プロセス	★フルダウン <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高
身長	cm	cm	cm	cm
体重 / BMI	kg / kg/m <sup>2</sup>			
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )
血清アルブミン値	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )
褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
栄養補給法	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口
その他				
食事摂取量(割合)	%	%	%	%
主食の摂取量(割合)	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
主菜、副菜の摂取量(割合)	主菜 % 副菜 %			
その他(補助食品など)				
摂取栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )
提供栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )
必要栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )
嚥下調整食の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
食事の形態(コード)	(コード: ★フルダウン <sup>2</sup> )			
とろみ	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い
食事の留意事項の有無(療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど)	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
本人の意欲	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>
食欲・食事の満足感	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>
食事に対する意識	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>
口腔関係	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下
安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□
食事に集中することができない	□	□	□	□
食事中に嘔吐や意識混濁がある	□	□	□	□
歯(齧歯)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しにくく感じる	□	□	□	□
食後、頬の内側や口腔内に残湯がある	□	□	□	□
水分でむせる	□	□	□	□
食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□
その他・気が付いた点				
褥瘡・生活機能関係	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	□褥瘡(再掲) □生活機能低下
消化器関係	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘
水分関係	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水
代謝関係	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱
精神・認知症関係	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症
その他	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない
サービス継続の必要性 注) 栄養改善加算算定の場合	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有

★フルダウン<sup>1</sup> スクリーニング/アセスメント/モニタリング  
 ★フルダウン<sup>2</sup> 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類(4、3、2-2、2-1、1j、0t、0j)  
 ★フルダウン<sup>3</sup> 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  
 ★フルダウン<sup>4</sup> 1大きいある 2ややある 3ふつう 4やかない 5全くない

注1) スクリーニングにおいては、把握可能な項目(BMI、体重減少率、血清アルブミン値(検査値がわかる場合に記入)等)により、低栄養状態のリスクを把握する。  
 注2) 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

82

(D) 栄養マネジメント強化加算（施設サービス）

利用者別フィードバック 栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算

○ 利用者別フィードバックでは、利用者の現在の状況およびその推移を確認することができます。

＜データ解釈時の注意点＞

以下の①～③は、データを解釈する際の注意点です。

- ① 指標の値及びその変化は、必ずしもケアや状態の良し悪しを反映するものではありません。
- ② 利用者の背景や利用目的、対象期間中に実施した取組、利用者毎の状況（入院があった、他のサービスを利用していた等）など、様々な要因が関連します。
- ③ 対象期間中に、利用者にどのような変化があったか、どのような取組を実施したか等の状況も考慮しながら、本フィードバックの結果を解釈し、事業所におけるサービス改善に向けた検討の材料としてご活用ください。

利用者別フィードバックで示す状態の「変化」について

↑ ↓ は、状態が変化をしていること、 → は状態が維持されていることを示しています。

↑ については良い方向への変化の可能性があります、 ↓ については必ずしも良い方向への変化とは言えない可能性があります。

事業所番号	: 9999999999	サービス	: サンプルサービス
集計時点	: 2022年4月	登録分	
事業所名称	: サンプル施設		
利用者ID	: 000010	利用者氏名	: サンプル氏名

事業所番号 : 999999999 サービス : サンプルサービス 集計時点 : 2022年4月 登録分  
事業所名称 : サンプル施設  
利用者ID : 000010 利用者氏名 : サンプル氏名

■ 低栄養状態のリスク・食生活状況等

Table with 5 columns: 実施日, 3か月前 (2022/1/5), 直近 (2022/4/5), 変化. Rows include: 低栄養状態のリスクレベル (中 to 低), 身長 (155.5 to 155.8), 体重 (45.0 to 46.0), 3%以上の体重減少 (有り to 無し), 血清アルブミン値 (4.1 to 4.2), 褥瘡 (有り to 無し), 栄養補給法 (経口摂取 to 経口のみ), 嚥下調整食品の必要性 (有り to 無し), 食事の形態 (嚥下調整食3 to 嚥下調整食4), 食事摂取量 (全体, 主食, 主菜, 副菜), 摂取栄養量 (エネルギー, たんぱく質), 提供栄養量 (エネルギー, たんぱく質), 食事の留意事項の有無 (有り to 無し), 本人の意欲 (よい to まあよい), 食欲・食事の満足度 (よい to まあよい), 食事に対する意識 (よい to ぶつう).

1

2

【メモ欄】(事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。)

別紙様式4-1 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) (様式例)

Header information table including: フリガナ, 性別, 生年月日, 氏名, 要介護度, 病名・特記事項等, 家族構成とキーパーソン(支援者), 本人.

Main assessment table with 5 columns for dates. Rows include: プロセス, 低栄養状態のリスクレベル, 身長, BMI, 3%以上の体重減少率, 血清アルブミン値, 褥瘡, 栄養補給法, 食事摂取量, 主食, 副菜, 摂取栄養量, 必要栄養量, 嚥下調整食品の必要性, 食事の形態, 嚥下調整食, 食事の留意事項の有無, 本人の意欲, 食欲・食事の満足度, 食事に対する意識.

Table with 5 columns for dates. Rows include: 嚥下調整食品の必要性, 食事の形態, 嚥下調整食, 食事の留意事項の有無, 本人の意欲, 食欲・食事の満足度, 食事に対する意識.

Table with 5 columns for dates. Rows include: 経口維持加算, 嚥下機能検査, 検査結果や観察等を通して把握した課題の所在, 参加者, 参加者, ①食事の形態・とりま, 補助食の活用, ②食事の周囲環境, ③食事の介助の方法, ④口腔ケアの方法, ⑤医療又は歯科医療受療の必要性, 特記事項.

3

■多職種による栄養ケアの課題

Table with columns: 実施日, 3か月前: 2022/1/5, 直近: 2022/4/5, 変化. Rows include categories like 口腔関係, 褥瘡・生活機能関係, 消化器関係, 水分関係, 代謝関係, 心理・精神・認知症関係, 医薬品.

【メモ欄】（事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。）

別紙様式4-1 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）（様式例）

Form for nutritional assessment with fields for patient info, assessment dates, and various clinical indicators like BMI, intake, and swallowing status.

Table for monitoring and evaluation with columns for assessment items and checkboxes for status (e.g., ①食事の形態・とり方, ②食事の周囲環境).

■ 総合評価				4
実施日	3か月前: 2022/1/5	直近: 2022/4/5	変化	
総合評価	改善傾向		改善	
計画変更(※)	無し		無し	

※施設サービスのみ必須

【メモ欄】(事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。)

**<低栄養状態のリスクの判断>**  
 全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断します。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断します。それ以外の場合は「中リスク」と判断します。  
 BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もあります。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~29.9	18.5 未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3~5%未満 3か月に3~7.5%未満 6か月に3~10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl 以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl 未満
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

**<食事の形態>**  
 【出典】一般社団法人 日本摂食嚥下リハビリテーション学会「嚥下調整食学会分類2021」

コード	名称	形態
0	j 嚥下訓練食品 0j	均質で、附着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー 離水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの
	t 嚥下訓練食品 0t	均質で、附着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水 (原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみ* のどちらかが適している)
1	j 嚥下調整食 1j	均質で、附着性、凝集性、かたさ、 離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの
2	1 嚥下調整食 2-1	ピューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、 まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの
	2 嚥下調整食 2-2	ピューレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、 まとまりやすいもので不均質なものも含む スプーンですくって食べることが可能なもの
3	嚥下調整食 3	形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、 咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの 多量の離水がない
4	嚥下調整食 4	かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ

\*上記 0t の「中間のとろみ・濃いとろみ」については、学会分類 2021 (とろみ) を参照してください。

別紙様式 4-1 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) (様式例)

フリガナ	性別	□男 □女	生年月日	年 月 日	誕生日	年 月 日	年齢	歳
氏名	要介護度		病名・特記事項等		記入者名		作成年月日	年 月 日
利用者	家族構成と キーパーソン (支援者)				本人	—		

(以下は、入所(入院)者個々の状態に応じて作成。)

実施日(記入者名)	年 月 日( )	年 月 日( )	年 月 日( )	年 月 日( )	
4	スクレレベル	★フルダウン <sup>1</sup> □低 □中 □高			
	BMI	kg / kg/m <sup>2</sup>			
	3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )
	3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )
	3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )
	血清アルブミン値	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )	□無 □有( )
	褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
	栄養補給法	□経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法	□経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法	□経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法	□経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法
	その他				
	食事摂取量(割合)	%	%	%	%
主食の摂取量(割合)	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %	
主菜、副菜の摂取量(割合)	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	
その他(補助食品など)					
摂取栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	
提供栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	
必要栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	kcal ( kcal/kg ) g ( g/kg )	
嚥下調整食の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	
食事の形態(コード)	(コード: ★フルダウン <sup>2</sup> )	(コード: ★フルダウン <sup>2</sup> )	(コード: ★フルダウン <sup>2</sup> )	(コード: ★フルダウン <sup>2</sup> )	
とろみ	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	
食事の留意事項の有無(療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど)	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	
本人の意欲	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>	
食欲・食事の満足感	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	
食事に対する意識	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	
口腔関係	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	
安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□	
食事に集中することができない	□	□	□	□	
食事中に嘔吐や意識混濁がある	□	□	□	□	
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しにくくむせる	□	□	□	□	
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・気が付いた点					
褥瘡・生活機能関係	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	
消化器関係	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	
水分関係	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	
代謝関係	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	
心理・精神・認知症関係	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	
医薬品	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	
特記事項					
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	
計画変更	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	

4

検査項目	検査結果	検査結果	検査結果	検査結果
①食事の形態・とろみ、補助食の活用	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
②食事の周囲環境	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
③食事の介助の方法	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
④口腔ケアの方法	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
⑤医療又は歯科医療受療の必要性	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更	□現状維持 □変更
特記事項				

(E) 褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理（通所・居宅サービス）（施設サービス）

利用者別フィードバック 褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理

○ 利用者別フィードバックでは、利用者の現在の状況およびその推移を確認することができます。

**<データ解釈時の注意点>**

以下の①～③は、データを解釈する際の注意点です。

- ① 指標の値及びその変化は、必ずしもケアや状態の良し悪しを反映するものではありません。
- ② 利用者の背景や利用目的、対象期間中に実施した取組、利用者毎の状況（入院があった、他のサービスを利用していた等）など、様々な要因が関連します。
- ③ 対象期間中に、利用者にどのような変化があったか、どのような取組を実施したか等の状況も考慮しながら、本フィードバックの結果を解釈し、事業所におけるサービス改善に向けた検討の材料としてご活用ください。

利用者別フィードバックで示す状態の「変化」について

  は、状態が変化をしていること、 は状態が維持されていることを示しています。

 については良い方向への変化の可能性があります、 については必ずしも良い方向への変化とは言えない可能性があります。

事業所番号	: 999999999	サービス	: サンプルサービス
集計時点	: 2022年4月	登録分	
事業所名称	: サンプル施設		
利用者ID	: 000010	利用者氏名	: サンプル氏名

事業所番号 : 999999999 サービス : サンプルサービス 集計時点 : 2022年4月 登録分  
 事業所名称 : サンプル施設  
 利用者ID : 000010 利用者氏名 : サンプル氏名

■ 褥瘡の有無・危険因子の評価

		3か月前 : 2022/1/5	直近 : 2022/4/5	変化
褥瘡の有無 (現在)		無し	有り	↓
主な褥瘡部位 (現在)		-	仙骨部	
日常生活自立度 (身体機能)		J1	J1	→
ADL	入浴	自分で行っていない	自分で行っている	↑
	食事摂取	自分で行っていない	自分で行っている	↑
	更衣 (上衣)	自分で行っていない	自分で行っている	↑
	更衣 (下衣)	自分で行っていない	自分で行っている	↑
	寝返り	自分で行っていない	自分で行っている	↑
基本動作	座位の保持	自分で行っていない	自分で行っている	↑
	座位での乗り移り	自分で行っていない	自分で行っている	↑
	立位の保持	自分で行っていない	自分で行っている	↑
排せつの状況	尿失禁	無し	対象外	-
	便失禁	有り	無し	↑
	パルーンカテーテルの使用	無し	有り	↓
過去3か月以内の褥瘡の既往		有り	無し	↑

1

2 (事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。)

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳) 殿 男 女  
 評価日 令和 年 月 日 記入担当者名  
 計画作成日 令和 年 月 日

褥瘡の有無  
 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( )) 褥瘡発生日 令和 年 月 日  
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( ))

危険因子の評価	障害高齢者の日常生活自立度		J (1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対処
	ADLの状況	入浴	自分で行っている	自分で行っている	自分で行っていない	対象外 (※1)	
食事摂取		自分で行っている	自分で行っていない	対象外 (※1)			
更衣		自分で行っている	自分で行っていない				
上衣		自分で行っている	自分で行っていない				
基本動作	寝返り	自分で行っている	自分で行っていない				
	座位の保持	自分で行っている	自分で行っていない				
	座位での乗り移り	自分で行っている	自分で行っていない				
	立位の保持	自分で行っている	自分で行っていない				
排せつの状況	尿失禁	なし	あり	対象外 (※2)			
	便失禁	なし	あり	対象外 (※3)			
	パルーンカテーテルの使用	なし	あり				
過去3か月以内に褥瘡の既往があるか		なし	あり				

※1 : 経管栄養・経静脈栄養等の場合 ※2 : パルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合 ※3 : 人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価	深さ	浸出液		大きさ	炎症/感染	肉芽組織	壊死組織	ポケット
		d 0 : 皮膚損傷・発赤なし d 1 : 持続する発赤 d 2 : 真皮までの損傷	e 0 : なし e 1 : 少量:毎日のドレッシング交換を要しない e 3 : 中等量:1日1回のドレッシング交換を要する					

※褥瘡の状態の評価については「改定 DESIGN-R©2020 コンセンサス・ドキュメント」(一般社団法人 日本褥瘡学会)を参照。

褥瘡ケア計画	留意する項目		計画の内容
	関連職種が共同して取り組むべき事項		
評価を行う間隔	評価を行う間隔	評価を行う間隔	
		評価を行う間隔	
スキんケア	圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散 寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上	
		イス上	
栄養状態改善			
リハビリテーション			
その他			

説明日 令和 年 月 日  
 説明者氏名

■褥瘡の状態の評価		※褥瘡が「有り」の場合 (DESIGN-R)	
	3か月前: 2022/1/5	直近: 2022/4/5	
深さ	-	皮下組織までの損傷 (D3)	
浸出液	-	少量: 毎日のドレッシング交換を要しない (e1)	
大きさ	-	4未満 (s3)	
炎症/感染	-	局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤, 腫脹, 熱感, 疼痛) (i1)	
肉芽組織	-	良性肉芽が創面の90%以上を占める (g1)	
壊死組織	-	壊死組織なし (n0)	
ポケット	-	ポケットなし (p0)	

3

【メモ欄】 (事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容に記載する場合にお使いください。)

<日常生活自立度 (身体機能) の判断>  
 判定に際しては「~をすることができる」といった「能力」の評価ではなく「状態」、特に『移動』に関わる状態像に着目して、日常生活の自立の程度を4段階にランク分けすることで評価するものとします。  
 【出典】認定調査員テキスト2009改訂版 (令和3年4月改訂)

生活自立	ランク	内容
生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する
		1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランクC	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りも出来ない

※判定に当たっては、補装具や自具等の器具を使用した状態であっても差し支えありません。

## 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

3

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳 ) 性別 殿 男 女  
 評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日  
 記入担当者名

褥瘡の有無  
 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( )) 褥瘡発生日 令和 年 月 日  
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( ))

危険因子の評価	障害高齢者の日常生活自立度		J (1, 2) A(1, 2) B(1, 2) C(1, 2)		対処	
	ADLの状況	入浴	自分でやっている	自分でやっていない		
食事摂取		自分でやっている	自分でやっていない	対象外 (※1)		
更衣		上衣	自分でやっている	自分でやっていない		
		下衣	自分でやっている	自分でやっていない		
基本動作	寝返り	自分でやっている	自分でやっていない			
	座位の保持	自分でやっている	自分でやっていない			
	座位での乗り移り	自分でやっている	自分でやっていない			
	立位の保持	自分でやっている	自分でやっていない			
排せつの状況	尿失禁	なし	あり	対象外 (※2)		
	便失禁	なし	あり	対象外 (※3)		
	パルーンカテーテルの使用	なし	あり			
過去3か月以内に褥瘡の既往があるか	なし あり					

※1: 経管栄養・経静脈栄養等の場合 ※2: パルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合 ※3: 人工肛

3

褥瘡の状態の評価	深さ	浸出液	大きさ	炎症/感染	肉芽組織	壊死組織	ポケット
	d 0: 皮膚損傷・発赤なし d 1: 持続する発赤 d 2: 真皮までの損傷	e 0: なし e 1: 少量: 毎日のドレッシング交換を要しない e 3: 中等量: 1日1回のドレッシング交換を要する	s 0: 皮膚損傷なし s 3: 4未満 s 6: 4以上 16未満 s 8: 16以上 36未満 s 9: 36以上 64未満 s 12: 64以上 100未満	i 0: 局所の炎症徴候なし i 1: 局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	g 0: 創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合 g 1: 良性肉芽が創面の90%以上を占める g 3: 良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	n 0: 壊死組織なし	p 0: ポケットなし
	D 3: 皮下組織までの損傷 D 4: 皮下組織を越える損傷 D 5: 関節腔、体腔に至る損傷 DDTI: 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い D U: 壊死組織で覆われ深さの判定が不能	E 6: 多量: 1日2回以上のドレッシング交換を要する	S 15: 100以上	I 3C: 臨床的定着疑い (創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) I 3: 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭など) I 9: 全身的影響あり (発熱など)	G 4: 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める G 5: 良性肉芽が創面の10%未満を占める G 6: 良性肉芽が全く形成されていない	N 3: 柔らかい壊死組織あり N 6: 硬く厚い密着した壊死組織あり	P 6: 4未満 P 9: 4以上16未満 P 12: 16以上36未満 P 24: 36以上

※褥瘡の状態の評価については「改定 DESIGN-R©2020 コンセンサス・ドキュメント」(一般社団法人 日本褥瘡学会)を参照。

褥瘡ケア計画	留意する項目		計画の内容
	関連職種が共同して取り組むべき事項		
評価を行う間隔	評価を行う間隔	ベッド上	
		イス上	
スキンケア			
栄養状態改善			
リハビリテーション			
その他			

説明日 令和 年 月 日  
 説明者氏名

## &lt;褥瘡の状態の評価 (DESIGN-R®2020) &gt;

【出典】一般社団法人 日本褥瘡学会「改定DESIGN-R®2020コンセンサス・ドキュメント」

深さ (Depth)		創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する	
d	0	皮膚損傷・発赤なし	3 皮下組織までの損傷
	1	持続する発赤	4 皮下組織を越える損傷
	2	真皮までの損傷	5 関節腔、体腔に至る損傷
			DTI 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い (※1)
			U 壊死組織で覆われ深さの判定が不能
浸出液 (Exudate)			
e	0	なし	E 6 多量:1日2回以上のドレッシング交換を要する
	1	少量:毎日のドレッシング交換を要しない	
	3	中等量:1日1回のドレッシング交換を要する	
大きさ (Size)		皮膚損傷範囲を測定: [長径 (cm) × 短径 (cm) (※2)] (※3)	
s	0	皮膚損傷なし	S 15 100以上
	3	4未満	
	6	4以上 16未満	
	8	16以上 36未満	
	9	36以上 64未満	
	12	64以上 100未満	
炎症/感染 (Inflammation/Infection)			
i	0	局所の炎症徴候なし	3C 臨床的定着疑い (創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など)
	1	局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	I 3 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭など)
			9 全身的影響あり (発熱など)
肉芽組織 (Granulation)			
g	0	創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合	4 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める
	1	良性肉芽が創面の90%以上を占める	5 良性肉芽が創面の10%未満を占める
	3	良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	6 良性肉芽が全く形成されていない
壊死組織 (Necrotic tissue)		混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する	
n	0	壊死組織なし	N 3 柔らかい壊死組織あり
			6 硬く厚い密着した壊死組織あり
ポケット (Pocket)		毎回同じ体位で、ポケット全周 (潰瘍面も含め) [長径 (cm) × 短径 (cm) (※2)] から潰瘍の大きさを差し引いたもの	
p	0	ポケットなし	P 6 4未満
			9 4以上16未満
			12 16以上36未満
			24 36以上

(※1) 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いは、視診・触診、補助データ (発生経緯、血液検査、画像診断等) から判断します。

(※2) "短径"とは"長径と直交する最大径"です。

(※3) 持続する発赤の場合も皮膚損傷に準じて評価します。