

(F) 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

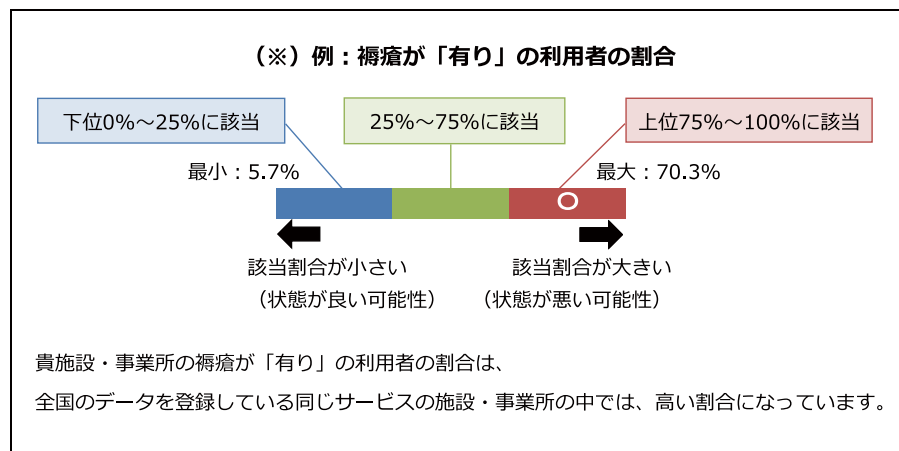
- 事業所フィードバックは、自施設・事業所の利用者の状況と、全国の褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理をLIFEにデータ登録している同じサービスの事業所における、利用者を対象とした値を表示しています。
- 自施設・事業所の利用者の状況およびその推移や、全国の利用者と比較した相対的な状況等を確認することができます。

<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		

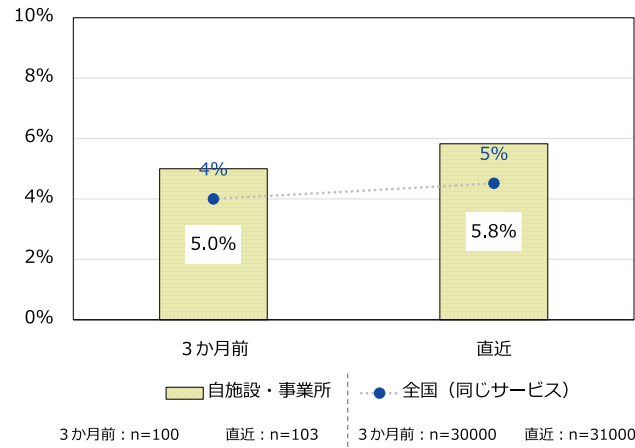
(様式中に該当無し)

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

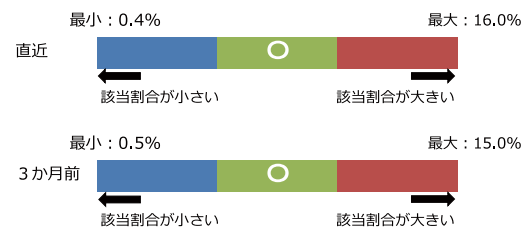
1

褥瘡が「有り」の利用者の割合



3か月前と比較して 0.8% ↑

<全国の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  
 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	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
	浸出液	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
	大きさ	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
	炎症/感染	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)
	肉芽組織	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
	壊死組織	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
	ポケット	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。

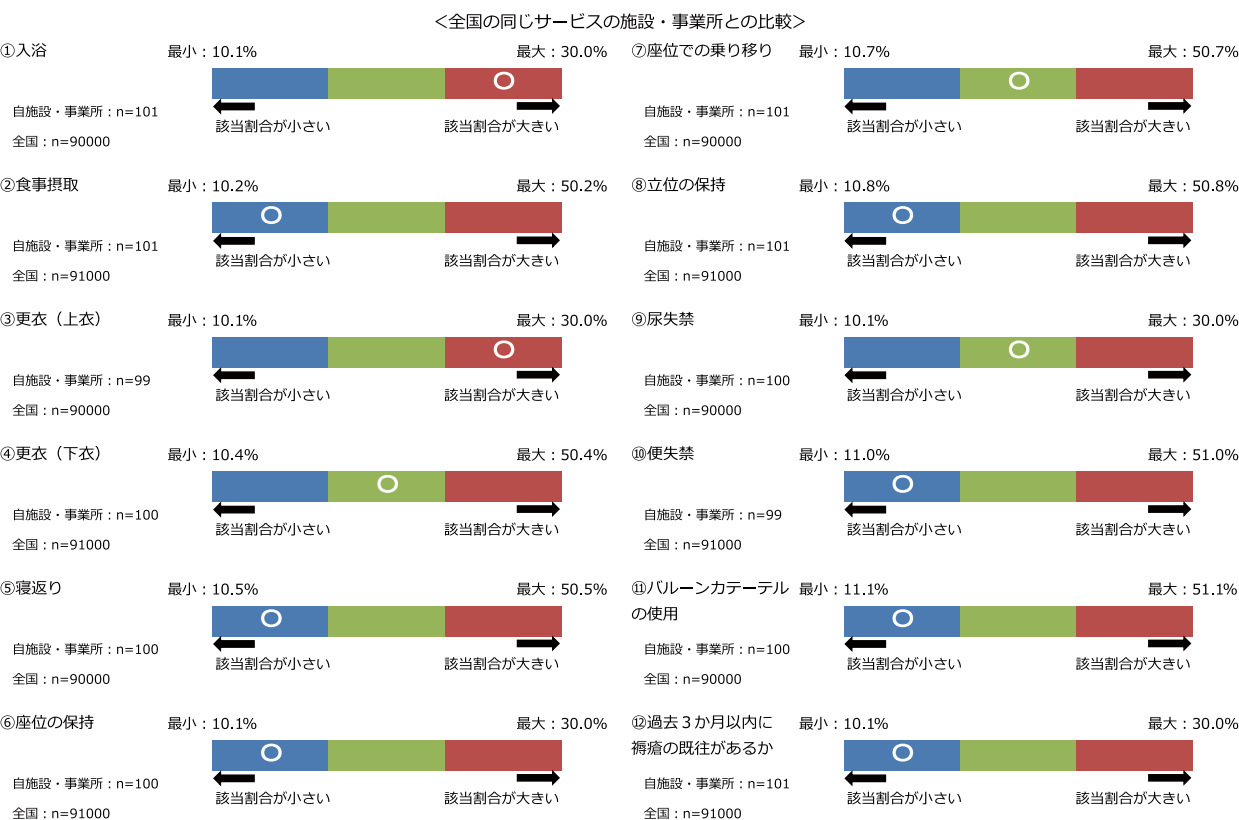
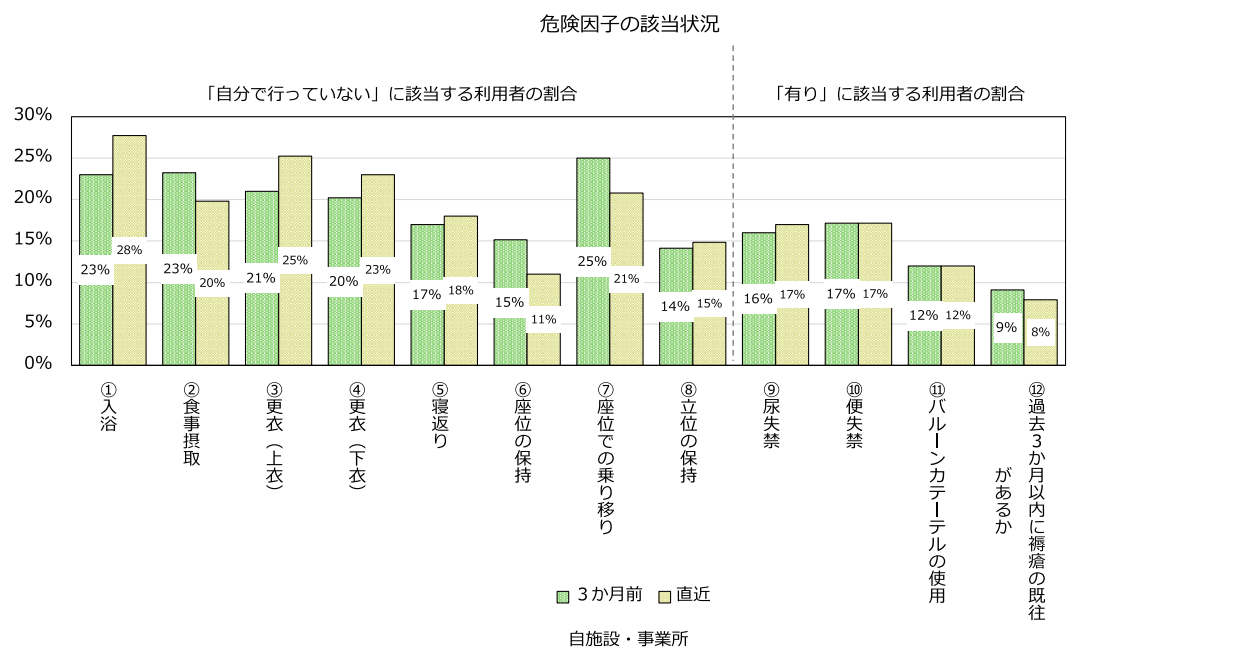
褥瘡ケア計画	留意する項目	計画の内容		
	関連職種が共同して取り組むべき事項			
	評価を行う間隔			
	圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散 寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上		
		イス上		
	スキンケア			
栄養状態改善				
リハビリテーション				
その他				

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。



【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 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				対処
	J (1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	
ADLの状況	入浴	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)	
		上衣	自分でやっている	自分でやっていない	
基本動作	更衣	自分でやっている	自分でやっていない		
	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		
排せつの状況	立位の保持	自分でやっている	自分でやっていない		
	尿失禁	なし	あり	対象外(※2)	
	便失禁	なし	あり	対象外(※3)	
過去3か月以内に褥瘡の既往があるか	バルーンカテーテルの使用	なし	あり		
	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	
	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
浸出液	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
	大きさ	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
炎症/感染		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)
	肉芽組織	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
壊死組織		n 0: 壊死組織なし
	ポケット	p 0: ポケットなし

※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	
スキンケア	栄養状態改善	リハビリテーション	
		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

(G) 排せつ支援加算

事業所フィードバック 排せつ支援加算

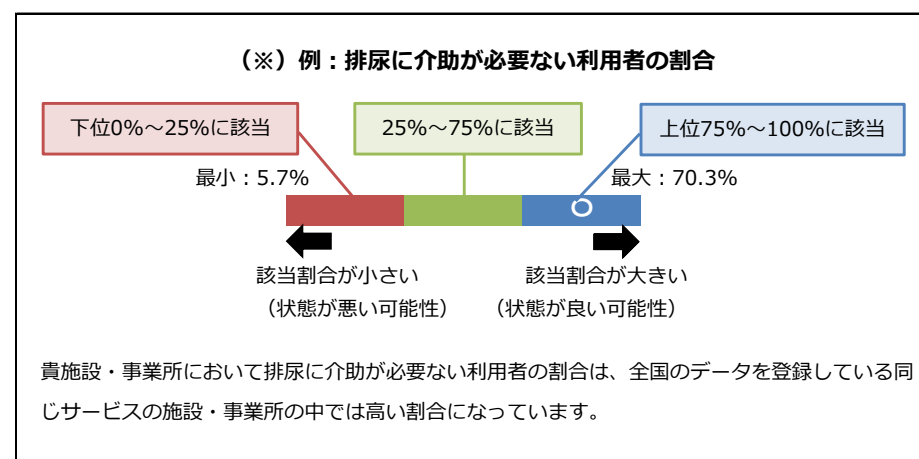
- 事業所フィードバックは、自施設・事業所の利用者の状況と、全国の排せつ支援加算をLIFEにデータ登録している同じサービスの事業所における、利用者を対象とした値を表示しています。
- 自施設・事業所の利用者の状況およびその推移や、全国の利用者と比較した相対的な状況等を確認することができます。

<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6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、6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		

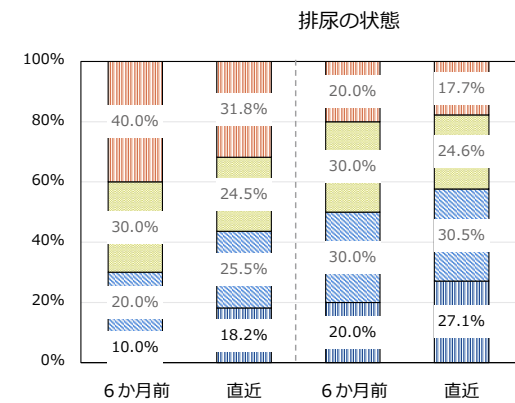
(様式中に該当無し)



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 : 【6か月前】 10000 【直近】 10150  
 ※本フィードバックの集計において、自施設・事業所の該当データがない場合、フィードバック帳票では「###」、データシートでは「#VALUE!」と表示されます。

■ 排せつの状態

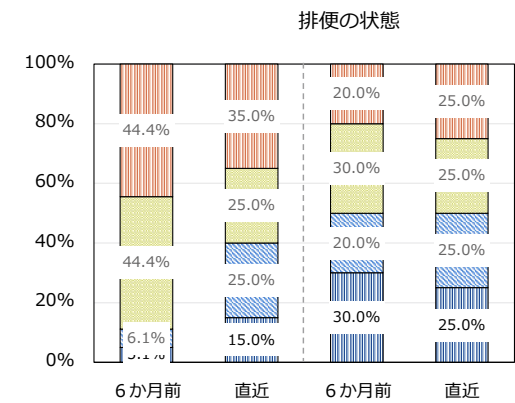
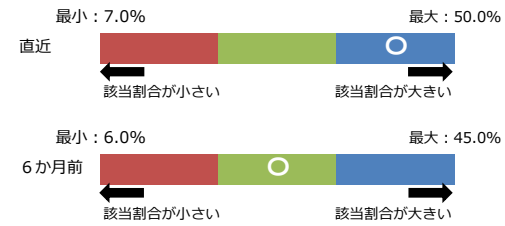
1



排尿に介助が必要ない利用者の割合 (介助されていない、見守り等の合計)

6か月前と比較して 13.6% ↑

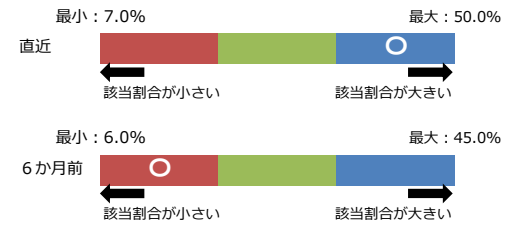
<全国の同じサービスの施設・事業所との比較>



排便に介助が必要ない利用者の割合 (介助されていない、見守り等の合計)

6か月前と比較して 28.9% ↑

<全国の同じサービスの施設・事業所との比較>



排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

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

記入者名  
医師名  
看護師名

排せつの状態及び今後の見込み

	施設入所時 (利用開始時)	評価時	3か月後の見込み	
			支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	1 介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
おむつ使用の有無	なし あり (日中のみ・夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・夜間のみ・終日)
ポータブルトイレ使用の有無	なし あり (日中のみ・夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・夜間のみ・終日)

※排尿・排便の状態の評価については「認定調査員テキスト 2009 改訂版 (平成 30 年 4 月改訂)」を参照。

排せつの状態に関する支援の必要性

あり なし

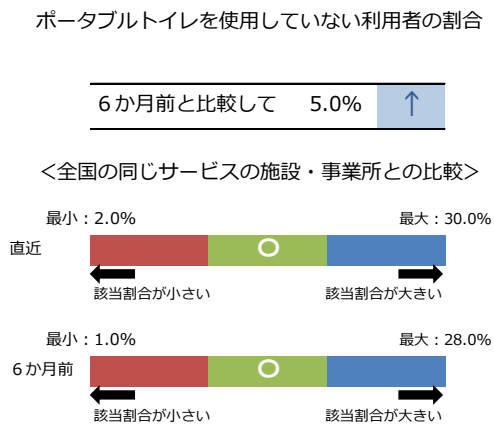
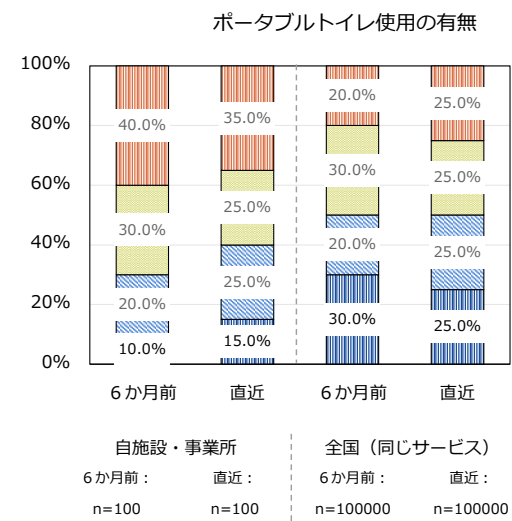
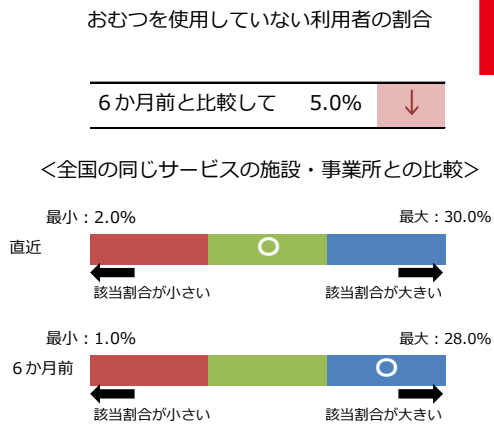
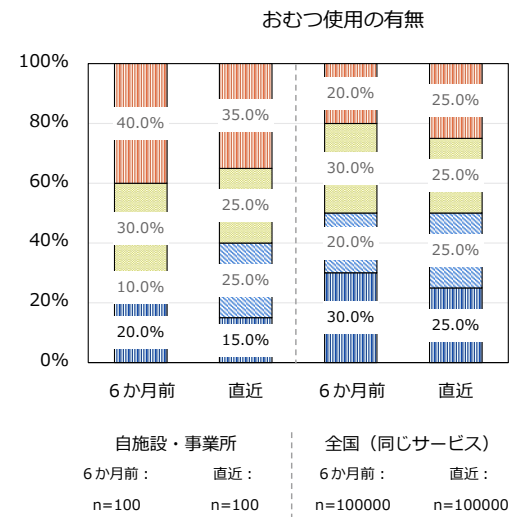
支援の必要性をありとした場合、以下を記載。

排せつに介護を要する要因

支援計画

説明日 令和 年 月 日  
説明者氏名

②



直近と6か月前の各時点において、排せつの状態(評価時)の各項目のデータが登録されていた利用者を対象として、各区分に該当する利用者の割合を表示しています。

【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。)

## 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日  
 氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳) 殿 男 女  
 記入者名 医師名 看護師名

### 排せつの状態及び今後の見込み

	施設入所時 (利用開始時)	評価時	3か月後の見込み	
			支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
おむつ 使用の有無	なし あり(日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり(日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり(日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり(日中のみ・ 夜間のみ・終日)
ポータブル トイレ 使用の有無	なし あり(日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり(日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり(日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり(日中のみ・ 夜間のみ・終日)

※排尿・排便の状態の評価については「認定調査員テキスト 2009 改訂版(平成30年4月改訂)」を参照。

排せつの状態に関する支援の必要性

あり なし

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

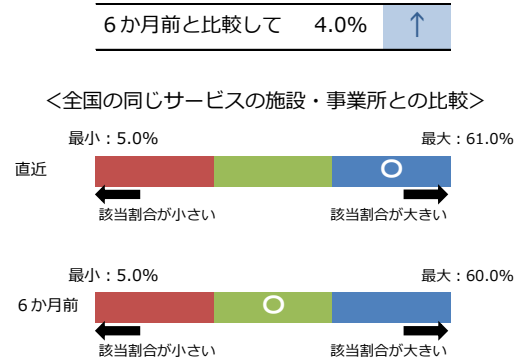
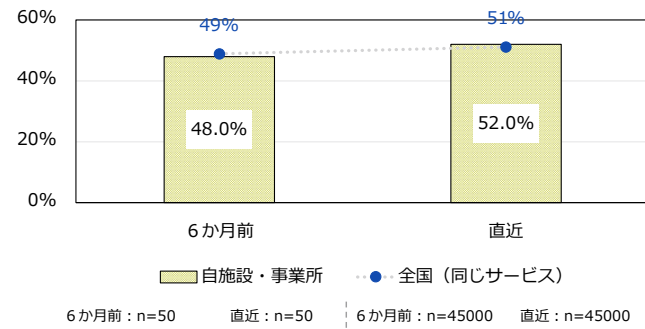
支援計画

説明日 令和 年 月 日  
 説明者氏名

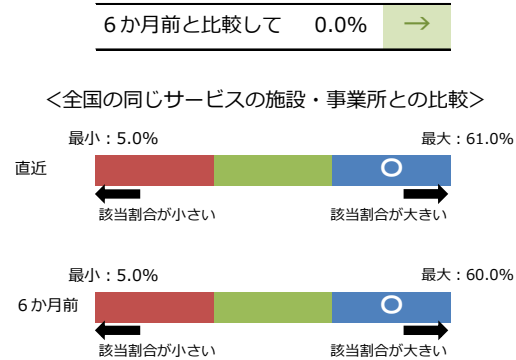
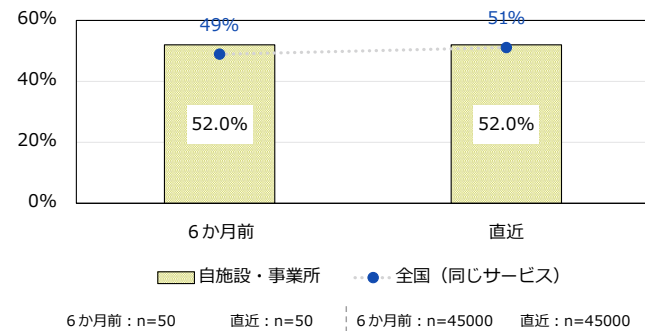
■ 排尿の状態・排便の状態の変化

③

6か月前に排尿の状態が全介助もしくは一部介助であった利用者のうち、排尿が見守り等もしくは介助されていない利用者の割合



6か月前に排便の状態が全介助もしくは一部介助であった利用者のうち、排便が見守り等もしくは介助されていない利用者の割合



各時点とその6か月前の両時点において、排せつの状態（評価時）の各項目のデータが登録されていた利用者を対象として、状態の変化が各区分に該当する利用者の割合を表示しています。

【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。）

排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日  
 氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳) 殿 男 女  
 記入者名 医師名 看護師名

排せつの状態及び今後の見込み

	施設入所時 (利用開始時)	評価時	3か月後の見込み	
			支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	③ 介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
おむつ 使用の有無	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）
ポータブル トイレ 使用の有無	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）	なし あり（日中のみ・ 夜間のみ・終日）

※排尿・排便の状態の評価については「認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成 30 年 4 月改訂）」を参照。

排せつの状態に関する支援の必要性 あり なし

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

支援計画

説明日 令和 年 月 日  
 説明者氏名

(H) 自立支援促進加算

事業所フィードバック 自立支援促進加算

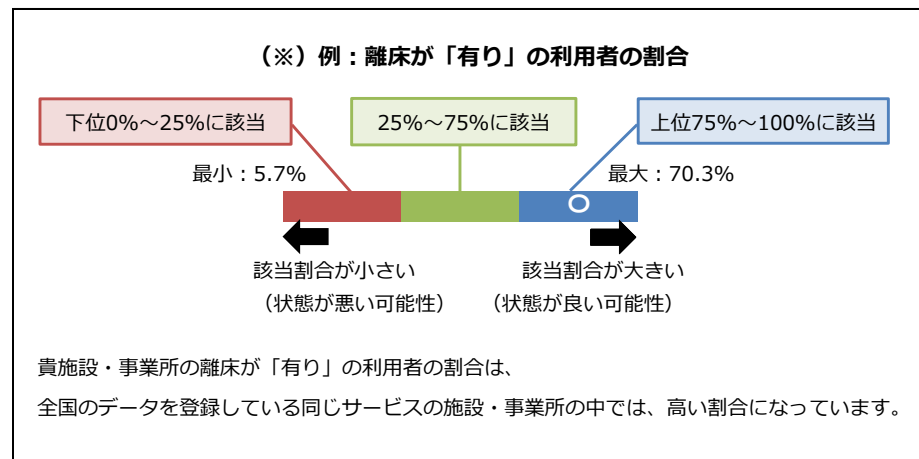
- 事業所フィードバックは、自施設・事業所の利用者の状況と、全国の自立支援促進加算をLIFEにデータ登録している同じサービスの事業所における、利用者を対象とした値を表示しています。
- 自施設・事業所の利用者の状況およびその推移や、全国の利用者と比較した相対的な状況等を確認することができます。

<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。



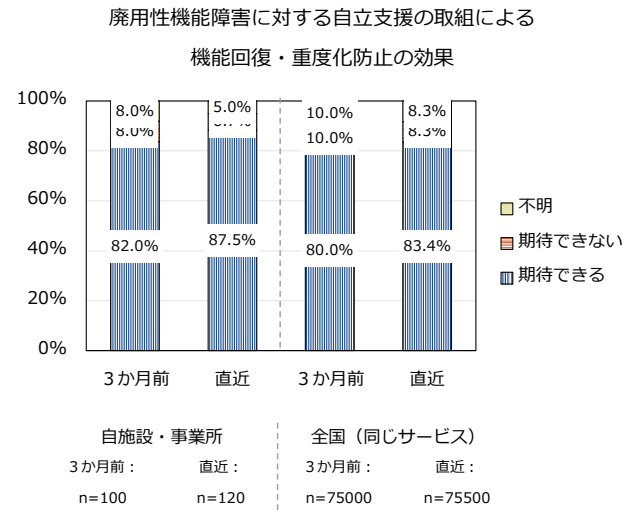
事業所番号 : 999999999      サービス : サンプルサービス  
 集計時点 : 2022年4月      登録分  
 事業所名称 : サンプル施設

(様式中に該当無し)

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 : 【3か月前】 10000 【直近】 10150  
 ※本フィードバックの集計において、自施設・事業所の該当データがない場合、フィードバック帳票では「###」、データシートでは「#VALUE!」と表示されます。

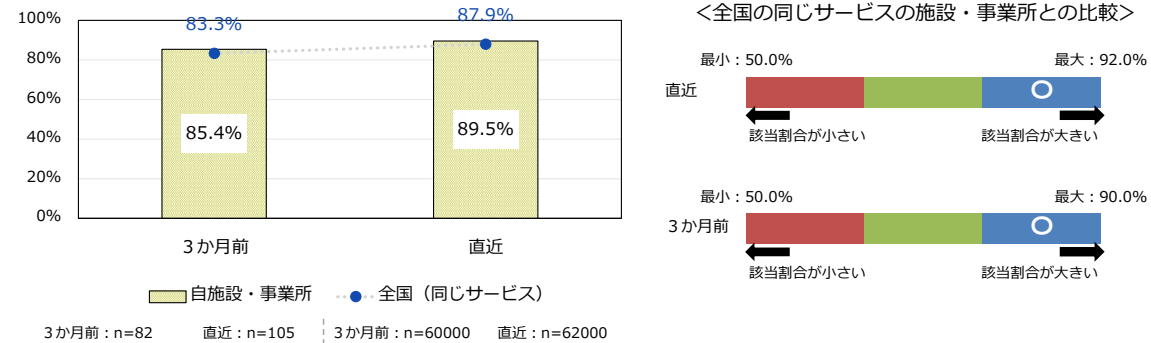
■ 廃用性機能障害に対する自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果

1



自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果が期待できる利用者のうち訓練を受けている割合

2



直近と3か月前の各時点において「廃用性機能障害に対する自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果」が「期待できる」利用者を対象として、「支援実績」における「リハビリ専門職による訓練」「看護・介護職による訓練」「その他職種」のいずれか1つ以上の訓練を受けている利用者の割合を表示しています。

【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。)

自立支援促進に関する評価・支援計画書

氏名 明・大・昭・平 評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日  
 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳) 医師名 介護支援専門員名

現状の評価と支援計画実施による改善の可能性

(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 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
2.	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
3.	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

5 ~ 7・14

(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 (前回より変化の有無)

(3) 日常生活の自立度等について  
 ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 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

(4) 基本動作 (5) ADL\*

	自立	一部介助	全介助
・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		
・食事	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0		
・椅子とベッド間の移乗 (座るが移れない) →	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (監視下) <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 (車椅子操作が可能) →	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (歩行器等) <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		

1・2

(6) 廃用性機能障害に対する自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果  
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  
 ・リハビリテーション (医師の指示に基づく専門職種によるもの) の必要性 あり なし  
 ・機能訓練の必要性 あり なし

(7) 尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画  
尊厳の保持に資する取組 本人を尊重する個別ケア 寝たきり防止に資する取組 自立した生活を支える取組

(8) 医学的観点からの留意事項  
 ・血圧 特になし あり ( ) ・移動 特になし あり ( )  
 ・摂食 特になし あり ( ) ・運動 特になし あり ( )  
 ・嚥下 特になし あり ( ) ・その他 ( )

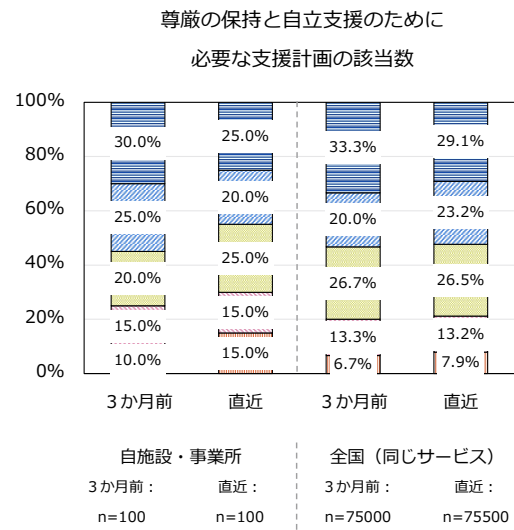
(※ 利用者が日常生活の中で「できるADL動作」について評価して下さい。)

※自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果が期待できる利用者のうち訓練を受けている割合の算出には、同様式の「訓練時間」も使用



3

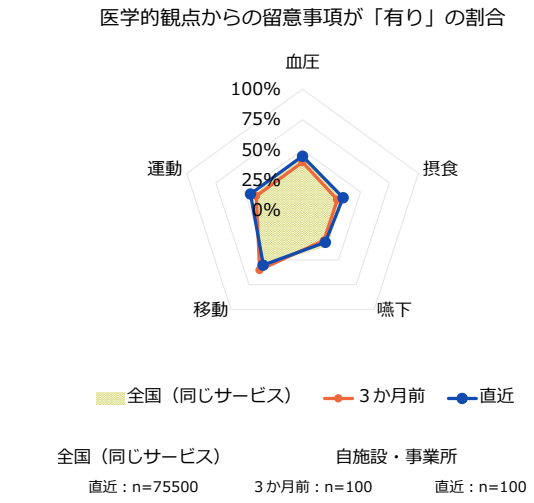
■ 尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画



直近と3か月前の各時点において、利用者に対して実施している「尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画」の該当数ごとに割合を表示しています。

4

■ 医学的観点からの留意事項

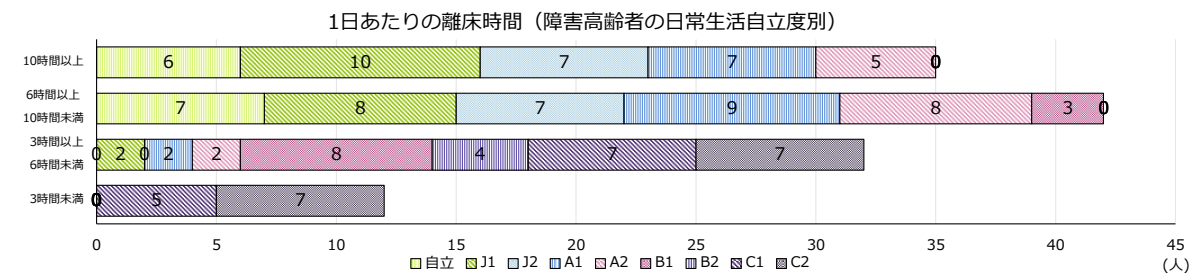
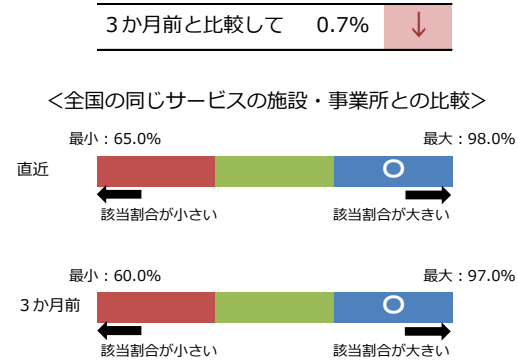
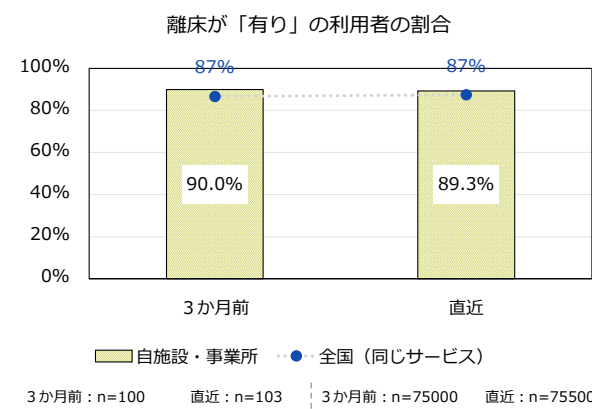


「医学的観点からの留意事項」の各項目に該当する利用者の割合を表示しています。なお、「全国(同じサービス)」については、直近のデータを表示しています。

【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。)

■ 支援実績(離床・基本動作)

■ 離床



自立支援促進に関する評価・支援計画書

氏名 明・大・昭・平 評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日  
明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)

医師名 介護支援専門員名

現状の評価と支援計画実施による改善の可能性

(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(昭和・平成・令和 年 月 日頃)
2.	発症年月日(昭和・平成・令和 年 月 日頃)
3.	発症年月日(昭和・平成・令和 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) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 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

(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 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)		
(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		

(6) 廃用性機能障害に対する自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果

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

・リハビリテーション(医師の指示に基づく専門職種によるもの)の必要性 あり なし

・機能訓練の必要性 あり なし

(7) 尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画

尊厳の保持に資する取組 本人を尊重する個別ケア 寝たきり防止に資する取組 自立した生活を支える取組

(8) 医学的観点からの留意事項

・血圧 特になし あり ( ) ・移動 特になし あり ( )

・摂食 特になし あり ( ) ・運動 特になし あり ( )

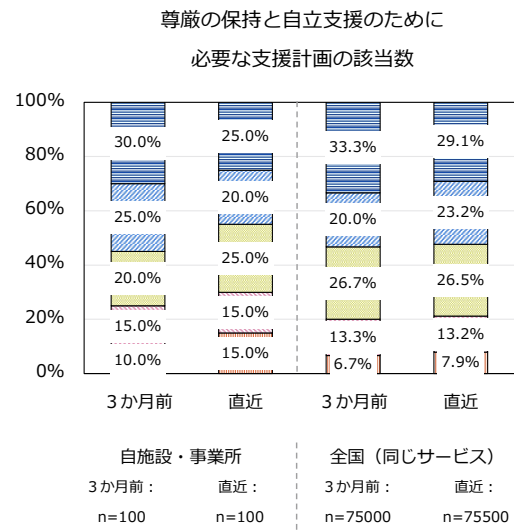
・嚥下 特になし あり ( ) ・その他 ( )

利用者が日常生活の中で「できるADL動作」について評価して下さい。

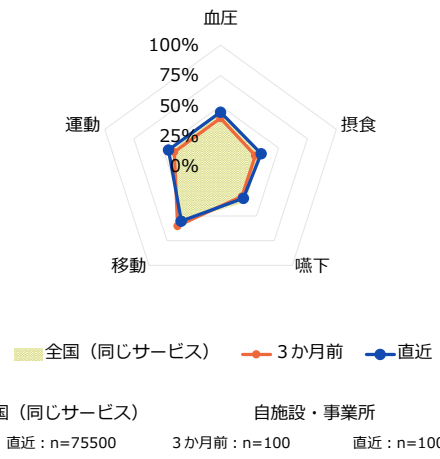
4

■ 尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画

■ 医学的観点からの留意事項



医学的観点からの留意事項が「有り」の割合



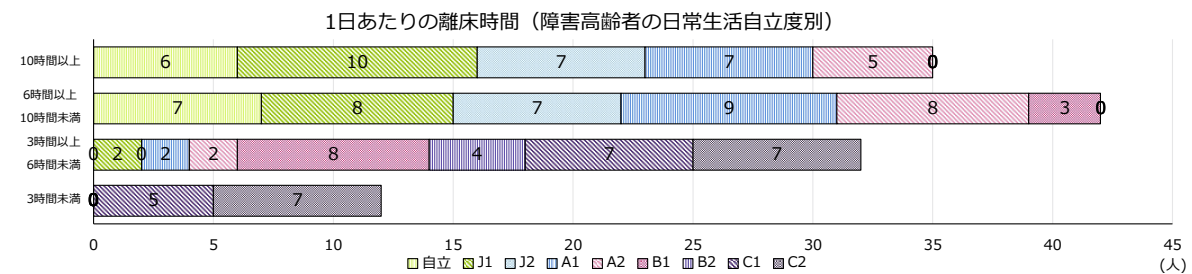
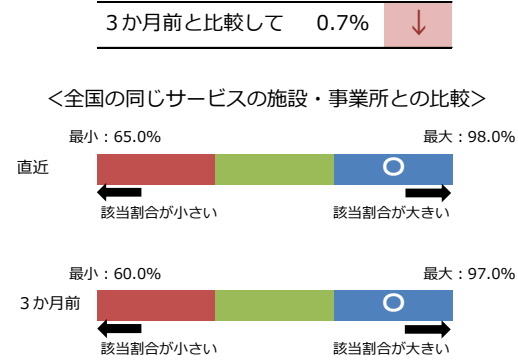
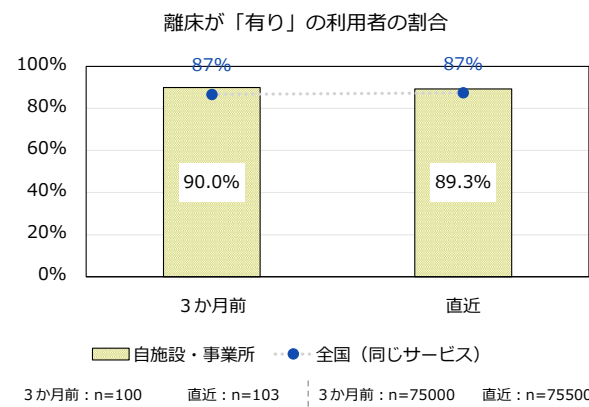
直近と3か月前の各時点において、利用者に対して実施している「尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画」の該当数ごとに割合を表示しています。

「医学的観点からの留意事項」の各項目に該当する利用者の割合を表示しています。なお、「全国(同じサービス)」については、直近のデータを表示しています。

【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。)

■ 支援実績(離床・基本動作)

■ 離床



5

支援実績

離床・基本動作	ADL 動作	日々の過ごし方等	訓練時間
・離床 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 1日あたり( )時間  ・座位保持 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 1日あたり( )時間 (内訳) ベッド上( )時間 車椅子( )時間 普通の椅子( )時間 その他( )時間  ・立ち上がり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 1日あたり( )回	・食事 (自立・見守り・一部介助・全介助) * <input type="checkbox"/> 居室外(普通の椅子) <input type="checkbox"/> 居室外(車椅子) <input type="checkbox"/> ベッドサイド <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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  ・排せつ(日中) (自立・見守り・一部介助・全介助) * <input type="checkbox"/> 居室外のトイレ <input type="checkbox"/> 居室内のトイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他 個人の排泄リズムへの対応 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  ・排せつ(夜間) (自立・見守り・一部介助・全介助) * <input type="checkbox"/> 居室外のトイレ <input type="checkbox"/> 居室内のトイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他 個人の排泄リズムへの対応 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  ・入浴 (自立・見守り・一部介助・全介助) * <input type="checkbox"/> 大浴槽 <input type="checkbox"/> 個人浴槽 <input type="checkbox"/> 機械浴槽 <input type="checkbox"/> 清拭 1週間あたり( )回 マンツーマン入浴ケア <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・本人の希望の確認 1月あたり( )回  ・外出 1週間あたり( )回  ・居室以外(食堂・デイルームなど)における滞在 1日あたり( )時間  ・趣味・アクティビティ・役割活動 1週間あたり( )回  ・職員の居室訪問 1日あたり( )回  ・職員との会話・声かけ 1日あたり( )回  ・着替えの回数 1週間あたり( )回  ・居場所作りの取組 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・リハビリ専門職による訓練 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 1週間あたり( )時間  ・看護・介護職による訓練 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 1週間あたり( )時間  ・その他職種 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 1週間あたり( )時間

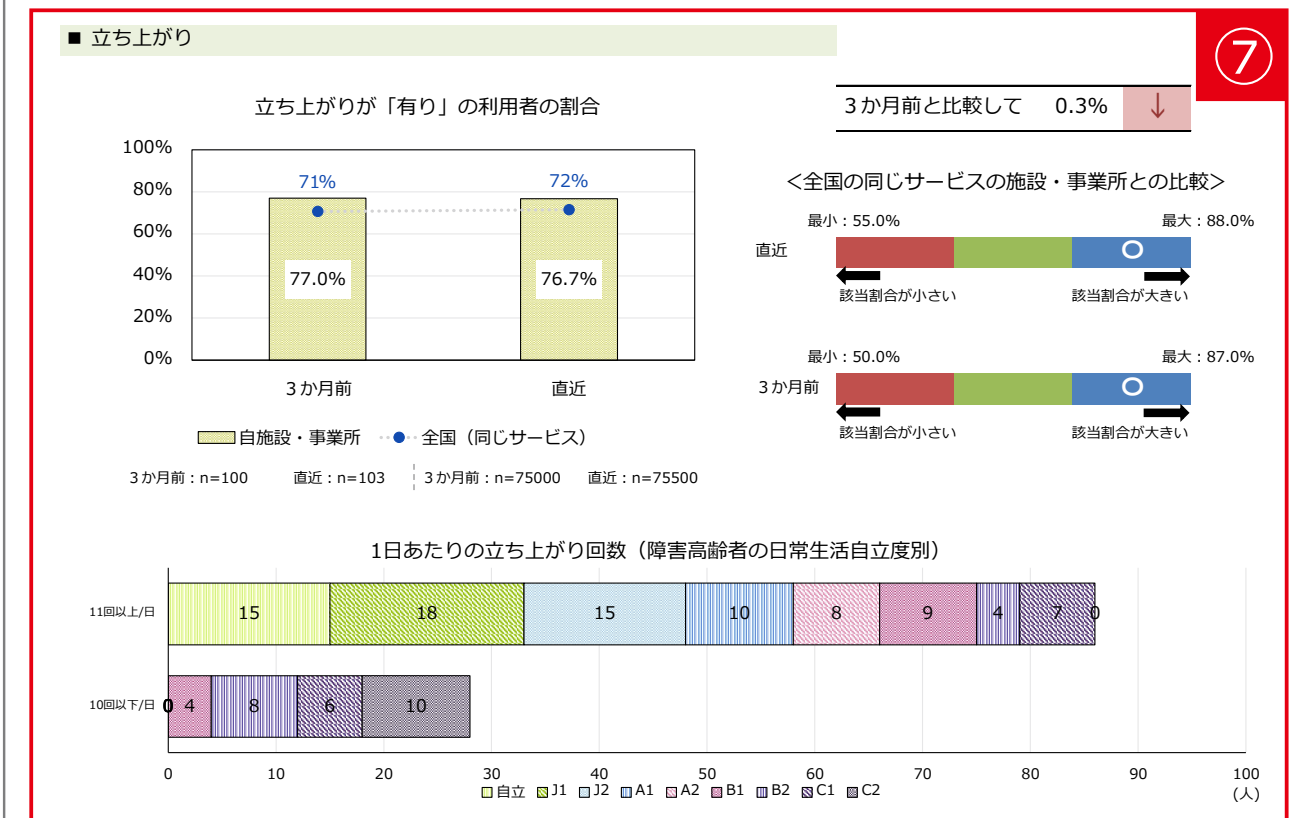
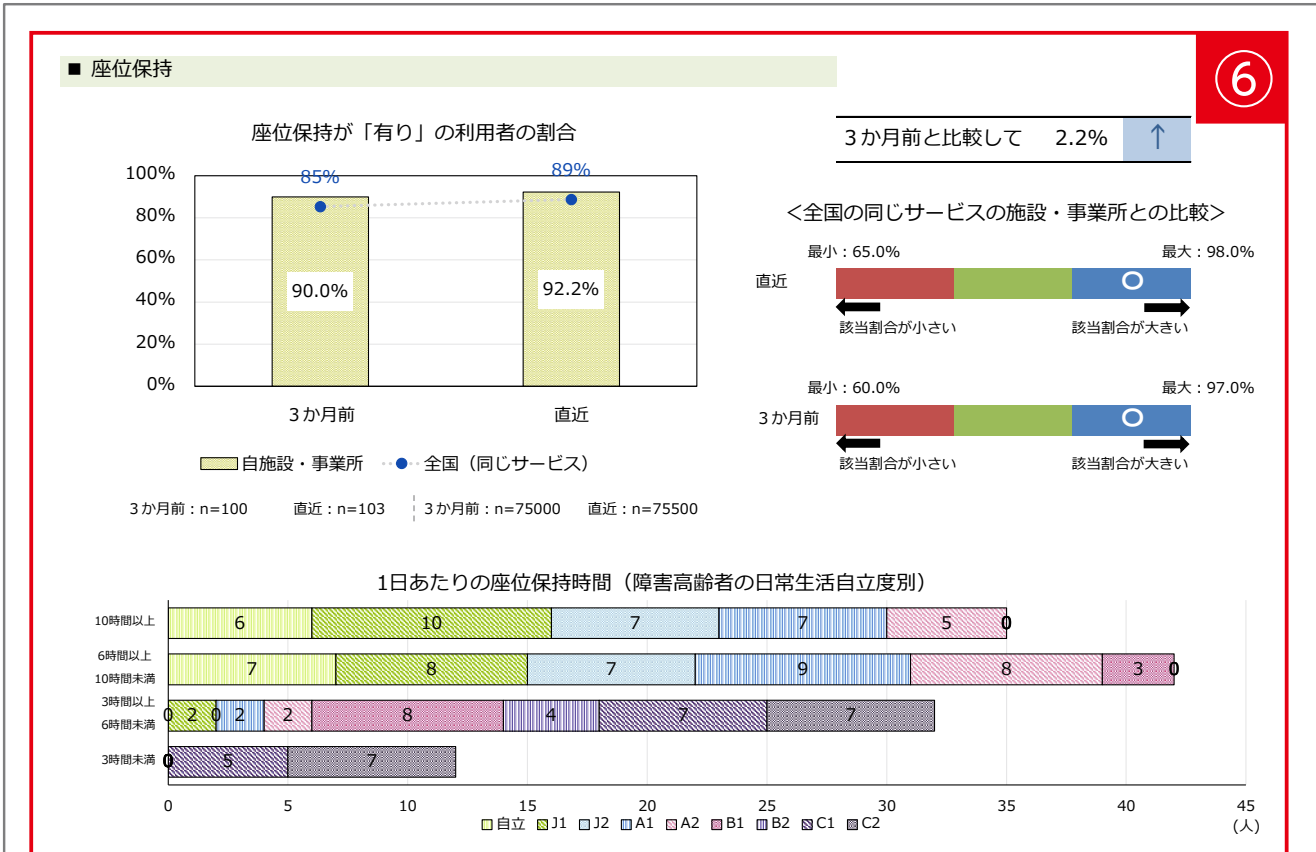
(※ 利用者が実際に日常生活の中で「しているADL動作」について評価して下さい。)

支援計画

・離床・基本動作についての支援計画	(具体的な計画)
・ADL動作についての支援計画	(具体的な計画)
・日々の過ごし方等についての支援計画	(具体的な計画)
・訓練の提供についての計画(訓練時間等)	(具体的な計画)

説明日 令和 年 月 日  
 説明者氏名

※1日あたりの離床時間(障害高齢者の日常生活自立度別)の算出には、同様式の「障害高齢者の日常生活自立度」も使用



【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。）

支援実績

離床・基本動作	ADL 動作	日々の過ごし方等	訓練時間
<ul style="list-style-type: none"> <li>離床                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>座位保持                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり ( ) 時間</li> <li>(内訳)                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>ベッド上 ( ) 時間</li> <li>車椅子 ( ) 時間</li> <li>普通の椅子 ( ) 時間</li> <li>その他 ( ) 時間</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>立ち上がり                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり ( ) 回</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>居室外 (普通の椅子)</li> <li><input type="checkbox"/>居室外 (車椅子)</li> <li><input type="checkbox"/>ベッドサイド</li> <li><input type="checkbox"/>ベッド上 <input type="checkbox"/>その他</li> <li>食事時間や嗜好への対応</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> <li>排せつ (日中)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>居室外のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>居室内のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>ポータブル</li> <li><input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他</li> <li>個人の排泄リズムへの対応</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> <li>排せつ (夜間)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>居室外のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>居室内のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>ポータブル</li> <li><input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他</li> <li>個人の排泄リズムへの対応</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> <li>入浴                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>大浴槽 <input type="checkbox"/>個人浴槽</li> <li><input type="checkbox"/>機械浴槽 <input type="checkbox"/>清拭</li> <li>1週間あたり ( ) 回</li> <li>マンツーマン入浴ケア</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の希望の確認                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1月あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>外出                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>居室以外 (食堂・デイルームなど) における滞在                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> <li>趣味・アクティビティ・役割活動                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>職員の居室訪問                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>職員との会話・声かけ                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>着替えの回数                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>居場所作りの取組                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリ専門職による訓練                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> <li>看護・介護職による訓練                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> <li>その他職種                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> </ul>

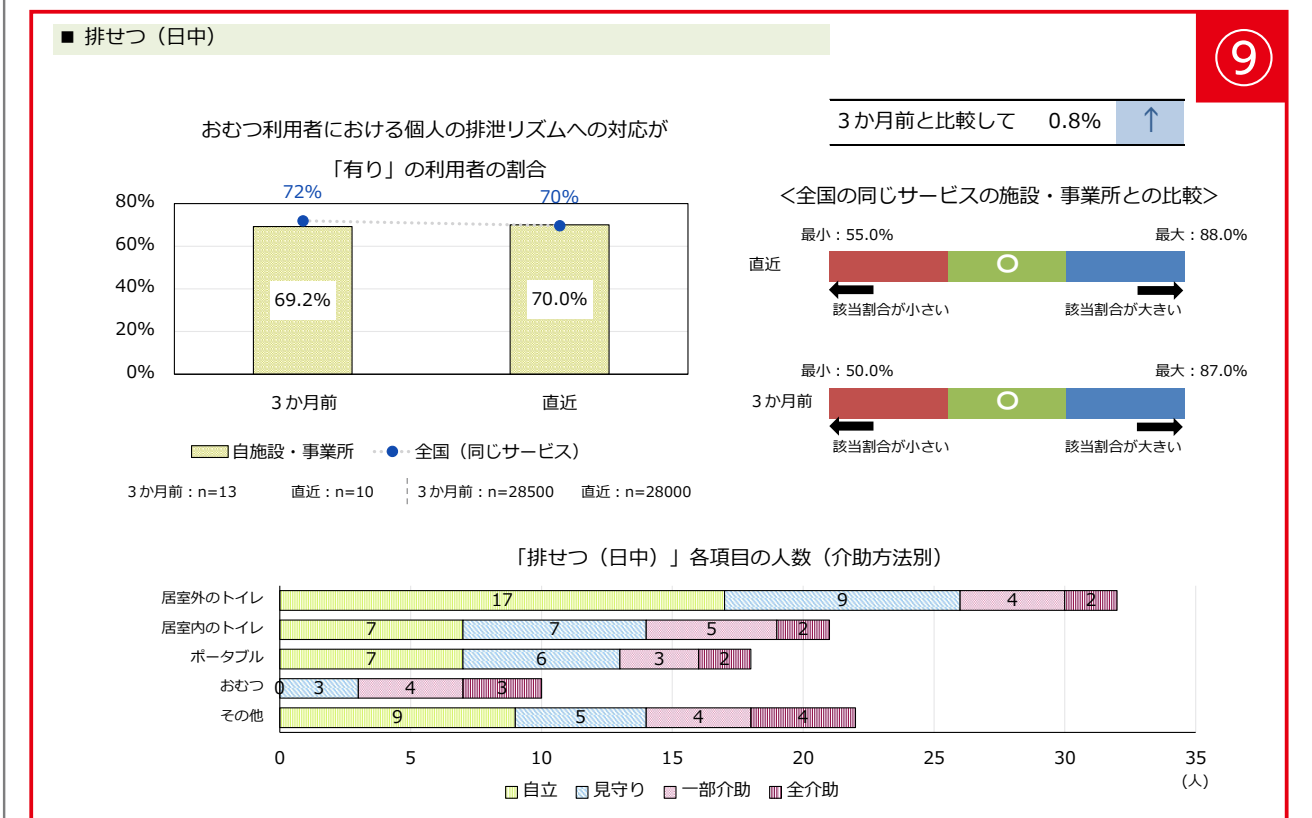
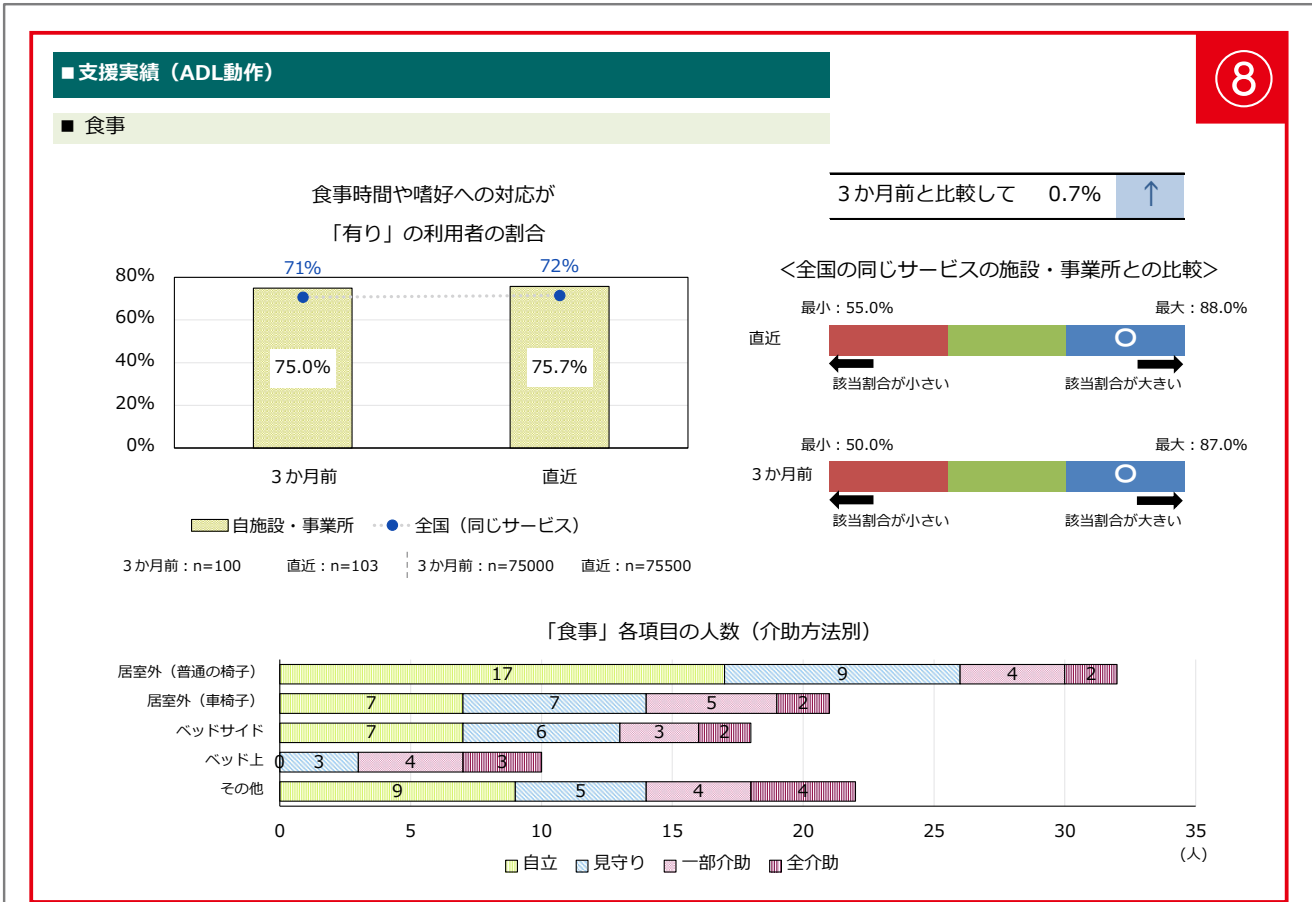
(※ 利用者が実際に日常生活の中で「しているADL動作」について評価して下さい。)

支援計画

・離床・基本動作についての支援計画	(具体的な計画)
・ADL 動作についての支援計画	(具体的な計画)
・日々の過ごし方等についての支援計画	(具体的な計画)
・訓練の提供についての計画 (訓練時間等)	(具体的な計画)

説明日 令和 年 月 日  
説明者氏名

※1日あたりの座位保持時間(障害高齢者の日常生活自立度別)、及び1日あたりの立ち上がり回数(障害高齢者の日常生活自立度別)の算出には、同様式の「障害高齢者の日常生活自立度」も使用



支援実績

離床・基本動作	ADL 動作	日々の過ごし方等	訓練時間
8 ・離床 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 1日あたり( )時間 ・座位保持 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 1日あたり( )時間 (内訳) ベッド上( )時間 車椅子( )時間 普通の椅子( )時間 その他( )時間 ・立ち上がり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 1日あたり( )回	9 ・食事 (自立・見守り・一部介助・全介助) * <input type="checkbox"/> 居室外(普通の椅子) <input type="checkbox"/> 居室外(車椅子) <input type="checkbox"/> ベッドサイド <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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・排せつ(日中) (自立・見守り・一部介助・全介助) * <input type="checkbox"/> 居室外のトイレ <input type="checkbox"/> 居室内のトイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他 個人の排泄リズムへの対応 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・排せつ(夜間) (自立・見守り・一部介助・全介助) * <input type="checkbox"/> 居室外のトイレ <input type="checkbox"/> 居室内のトイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他 個人の排泄リズムへの対応 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・入浴 (自立・見守り・一部介助・全介助) * <input type="checkbox"/> 大浴槽 <input type="checkbox"/> 個人浴槽 <input type="checkbox"/> 機械浴槽 <input type="checkbox"/> 清拭 1週間あたり( )回 マンツーマン入浴ケア <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・本人の希望の確認 1月あたり( )回 ・外出 1週間あたり( )回 ・居室以外(食堂・デイルームなど)における滞在 1日あたり( )時間 ・趣味・アクティビティ・役割活動 1週間あたり( )回 ・職員の居室訪問 1日あたり( )回 ・職員との会話・声かけ 1日あたり( )回 ・着替えの回数 1週間あたり( )回 ・居場所作りの取組 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・リハビリ専門職による訓練 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 1週間あたり( )時間 ・看護・介護職による訓練 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 1週間あたり( )時間 ・その他職種 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 1週間あたり( )時間

(※ 利用者が実際に日常生活の中で「しているADL動作」について評価して下さい。)

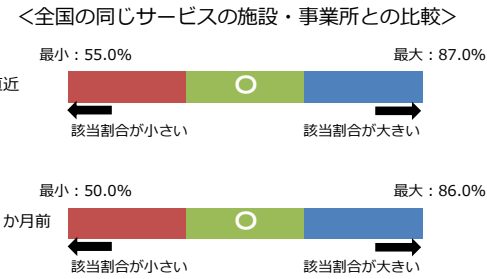
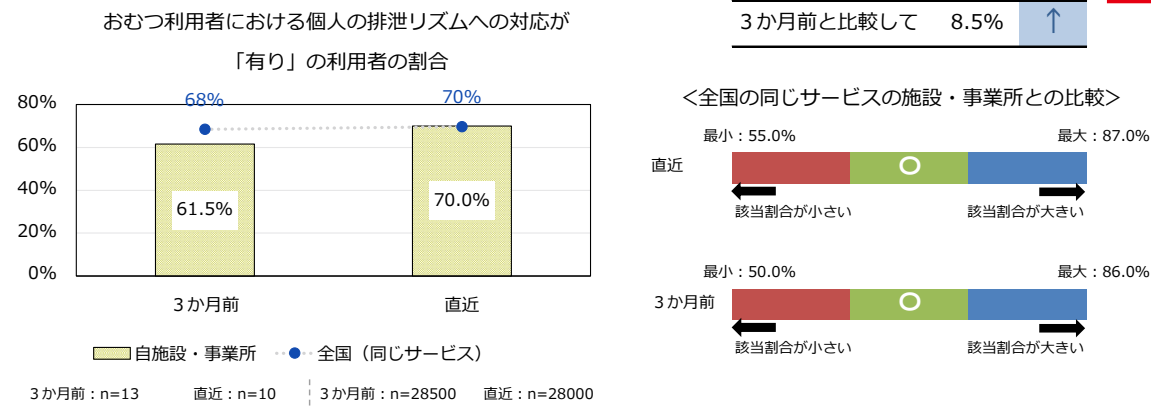
支援計画

・離床・基本動作についての支援計画	(具体的な計画)
・ADL 動作についての支援計画	(具体的な計画)
・日々の過ごし方等についての支援計画	(具体的な計画)
・訓練の提供についての計画(訓練時間等)	(具体的な計画)

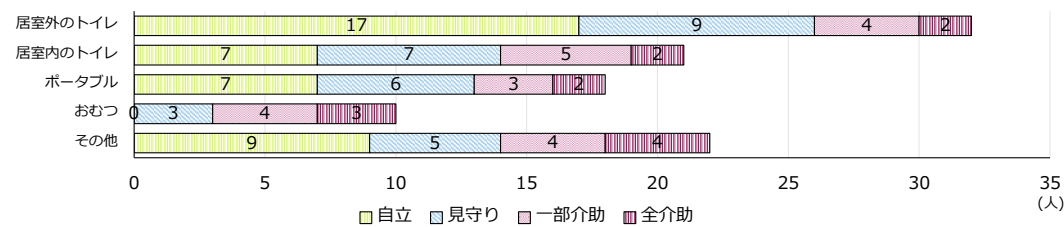
説明日 令和 年 月 日  
説明者氏名

10

■ 排泄 (夜間)

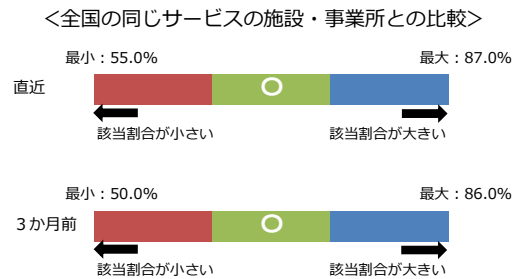
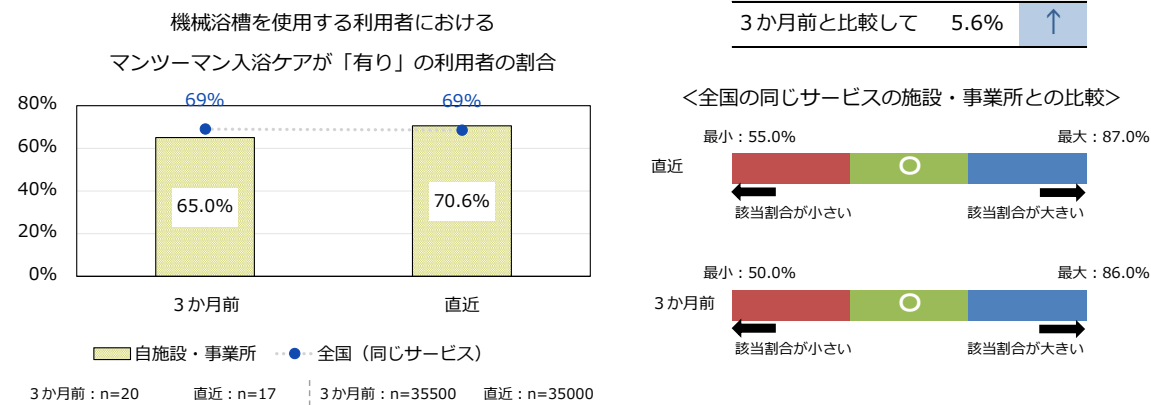


「排泄 (夜間)」各項目の人数 (介助方法別)

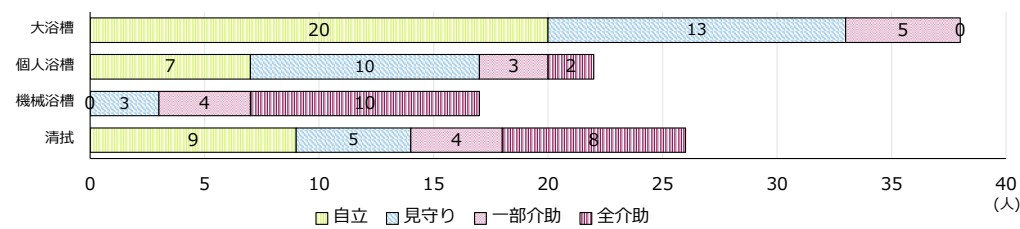


11

■ 入浴



「入浴」各項目の人数 (介助方法別)



【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。)

支援実績

離床・基本動作	ADL 動作	日々の過ごし方等	訓練時間
<ul style="list-style-type: none"> <li>離床                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> <li>座位保持                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり ( ) 時間</li> <li>(内訳)                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>ベッド上 ( ) 時間</li> <li>車椅子 ( ) 時間</li> <li>普通の椅子 ( ) 時間</li> <li>その他 ( ) 時間</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>立ち上がり                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり ( ) 回</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>居室外 (普通の椅子)</li> <li><input type="checkbox"/>居室外 (車椅子)</li> <li><input type="checkbox"/>ベッドサイド</li> <li><input type="checkbox"/>ベッド上 <input type="checkbox"/>その他</li> <li>食事時間や嗜好への対応</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> <li>排泄 (日中)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>居室外のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>居室内のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>ポータブル</li> <li><input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他</li> <li>個人の排泄リズムへの対応</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> <li>排泄 (夜間)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>居室外のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>居室内のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>ポータブル</li> <li><input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他</li> <li>個人の排泄リズムへの対応</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> <li>入浴                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>大浴槽 <input type="checkbox"/>個人浴槽</li> <li><input type="checkbox"/>機械浴槽 <input type="checkbox"/>清拭</li> <li>1週間あたり ( ) 回</li> <li>マンツーマン入浴ケア</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の希望の確認                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1月あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>外出                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>居室以外 (食堂・デイルームなど) における滞在                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> <li>趣味・アクティビティ・役割活動                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>職員の居室訪問                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>職員との会話・声かけ                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>着替えの回数                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>居場所作りの取組                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリ専門職による訓練                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> <li>看護・介護職による訓練                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> <li>その他職種                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> </ul>

(※ 利用者が実際に日常生活の中で「しているADL動作」について評価して下さい。)

支援計画

・離床・基本動作についての支援計画	(具体的な計画)
・ADL動作についての支援計画	(具体的な計画)
・日々の過ごし方等についての支援計画	(具体的な計画)
・訓練の提供についての計画 (訓練時間等)	(具体的な計画)

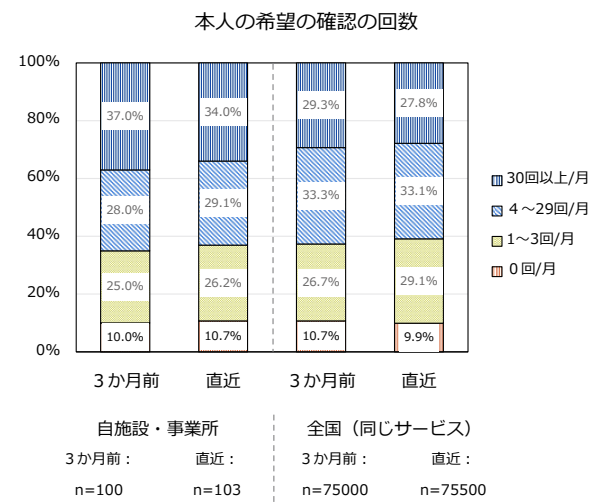
説明日 令和 年 月 日  
説明者氏名



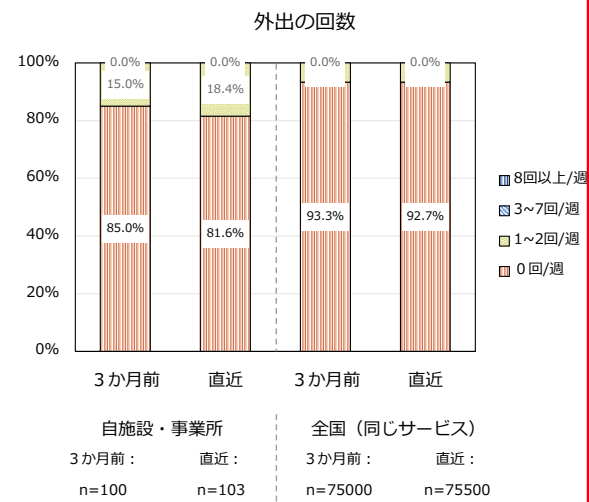
12

■ 支援実績 (日々の過ごし方等)

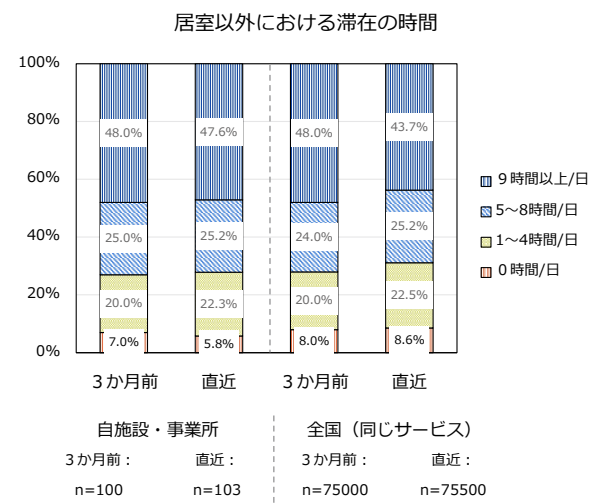
■ 本人の希望の確認



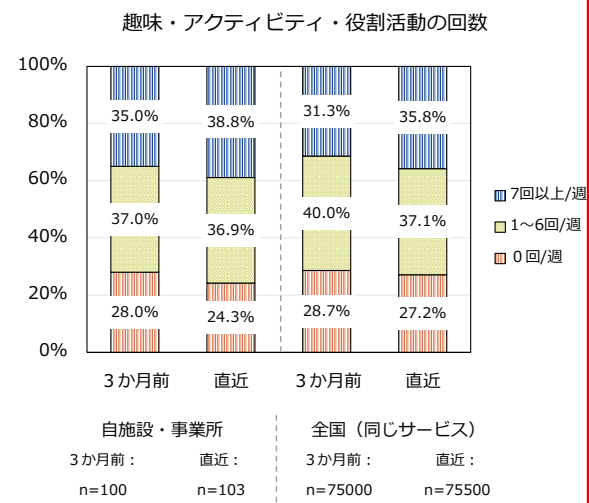
■ 外出



■ 居室以外 (食堂・デイルームなど) における滞在



■ 趣味・アクティビティ・役割活動



12

支援実績

離床・基本動作	ADL 動作	日々の過ごし方等	訓練時間
<ul style="list-style-type: none"> <li>離床                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> <li>座位保持                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり ( ) 時間</li> <li>(内訳)                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>ベッド上 ( ) 時間</li> <li>車椅子 ( ) 時間</li> <li>普通の椅子 ( ) 時間</li> <li>その他 ( ) 時間</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>立ち上がり                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり ( ) 回</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>居室外 (普通の椅子)</li> <li><input type="checkbox"/>居室外 (車椅子)</li> <li><input type="checkbox"/>ベッドサイド</li> <li><input type="checkbox"/>ベッド上 <input type="checkbox"/>その他</li> <li>食事時間や嗜好への対応                                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>排せつ (日中)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>居室外のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>居室内のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>ポータブル</li> <li><input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他</li> <li>個人の排泄リズムへの対応                                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>排せつ (夜間)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>居室外のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>居室内のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>ポータブル</li> <li><input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他</li> <li>個人の排泄リズムへの対応                                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>入浴                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>大浴槽 <input type="checkbox"/>個人浴槽</li> <li><input type="checkbox"/>機械浴槽 <input type="checkbox"/>清拭</li> <li>1週間あたり ( ) 回</li> <li>マンツーマン入浴ケア                                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の希望の確認                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1月あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>外出                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>居室以外 (食堂・デイルームなど) における滞在                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> <li>趣味・アクティビティ・役割活動                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>職員の居室訪問                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>職員との会話・声かけ                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>着替えの回数                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>居場所作りの取組                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリ専門職による訓練                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> <li>看護・介護職による訓練                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> <li>その他職種                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> </ul>

(※ 利用者が実際に日常生活の中で「している ADL 動作」について評価して下さい。)

支援計画

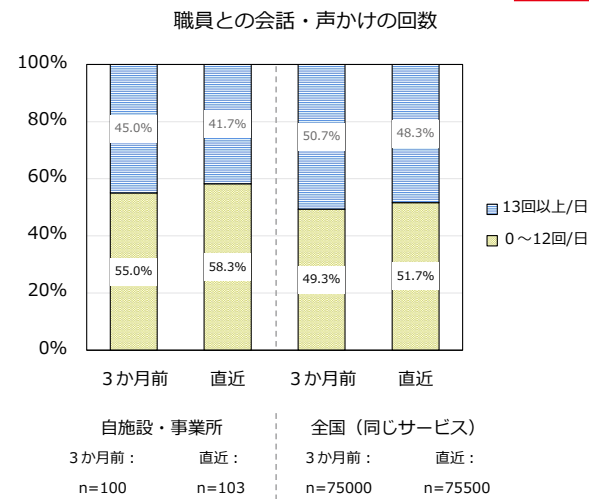
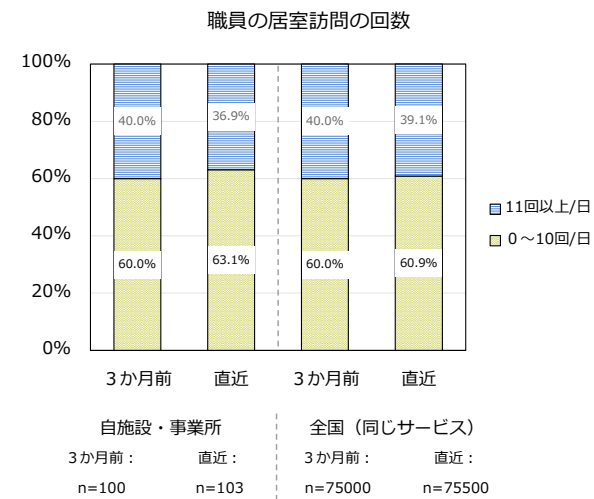
・離床・基本動作についての支援計画	(具体的な計画)
・ADL 動作についての支援計画	(具体的な計画)
・日々の過ごし方等についての支援計画	(具体的な計画)
・訓練の提供についての計画 (訓練時間等)	(具体的な計画)

説明日 令和 年 月 日  
説明者氏名

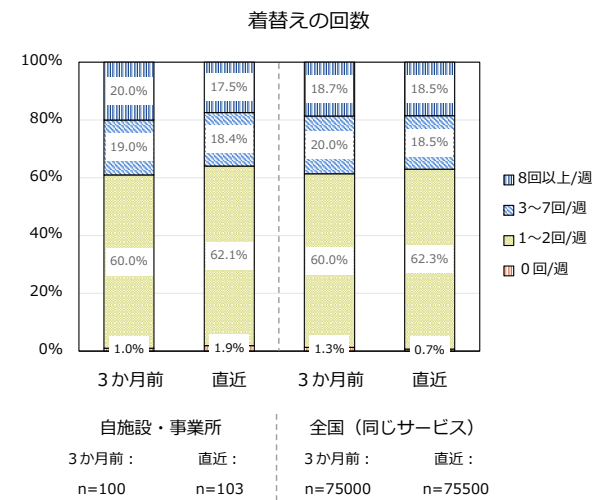
13

■ 職員の居室訪問

■ 職員との会話・声かけ



■ 着替えの回数



【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。)

支援実績

離床・基本動作	ADL 動作	日々の過ごし方等	訓練時間
<ul style="list-style-type: none"> <li>離床 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり( ) 時間</li> <li>座位保持 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり( ) 時間 (内訳) ベッド上( ) 時間 車椅子( ) 時間 普通の椅子( ) 時間 その他( ) 時間</li> <li>立ち上がり <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり( ) 回</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事 (自立・見守り・一部介助・全介助) * <input type="checkbox"/>居室外(普通の椅子) <input type="checkbox"/>居室外(車椅子) <input type="checkbox"/>ベッドサイド <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"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> <li>排せつ(日中) (自立・見守り・一部介助・全介助) * <input type="checkbox"/>居室外のトイレ <input type="checkbox"/>居室内のトイレ <input type="checkbox"/>ポータブル <input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他 個人の排泄リズムへの対応 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> <li>排せつ(夜間) (自立・見守り・一部介助・全介助) * <input type="checkbox"/>居室外のトイレ <input type="checkbox"/>居室内のトイレ <input type="checkbox"/>ポータブル <input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他 個人の排泄リズムへの対応 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> <li>入浴 (自立・見守り・一部介助・全介助) * <input type="checkbox"/>大浴槽 <input type="checkbox"/>個人浴槽 <input type="checkbox"/>機械浴槽 <input type="checkbox"/>清拭 1週間あたり( ) 回 マンツーマン入浴ケア <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の希望の確認 1月あたり( ) 回</li> <li>外出 1週間あたり( ) 回</li> <li>居室以外(食堂・デイルームなど)における滞在 1日あたり( ) 時間</li> <li>趣味・アクティビティ 役割活動 1週間あたり( )</li> <li>職員の居室訪問 1日あたり( ) 回</li> <li>職員との会話・声かけ 1日あたり( ) 回</li> <li>着替えの回数 1週間あたり( ) 回</li> <li>居場所作りの取組 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリ専門職による訓練 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1週間あたり( ) 時間</li> <li>看護・介護職による訓練 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1週間あたり( ) 時間</li> <li>その他職種 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1週間あたり( ) 時間</li> </ul>

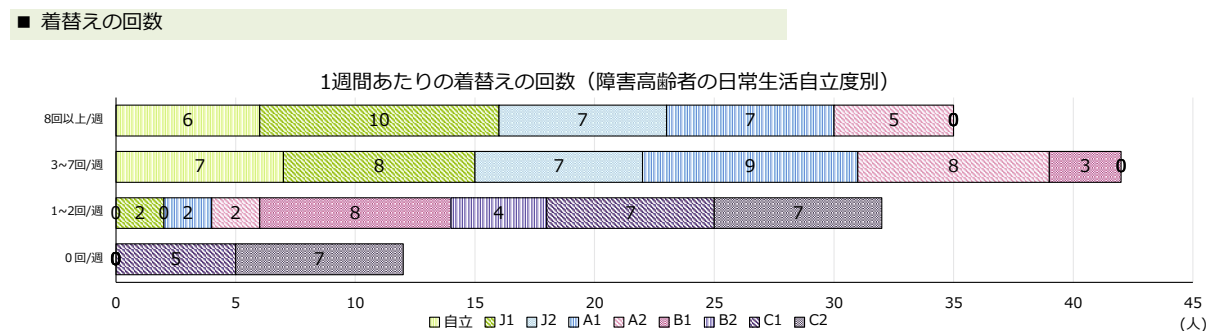
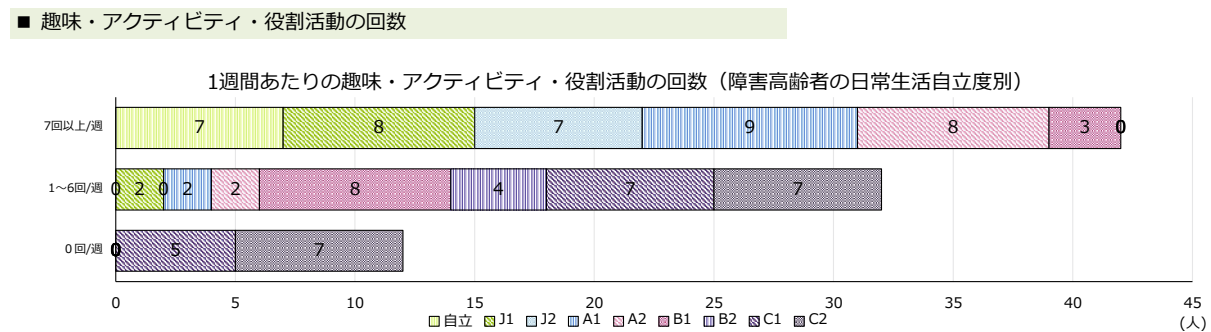
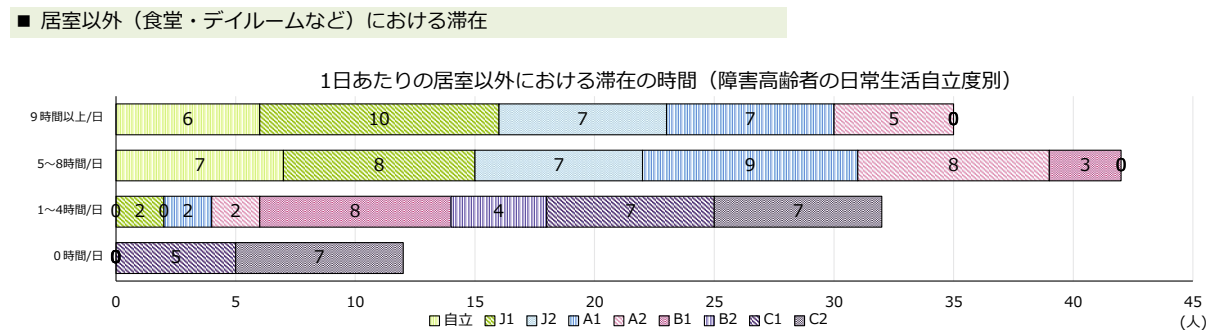
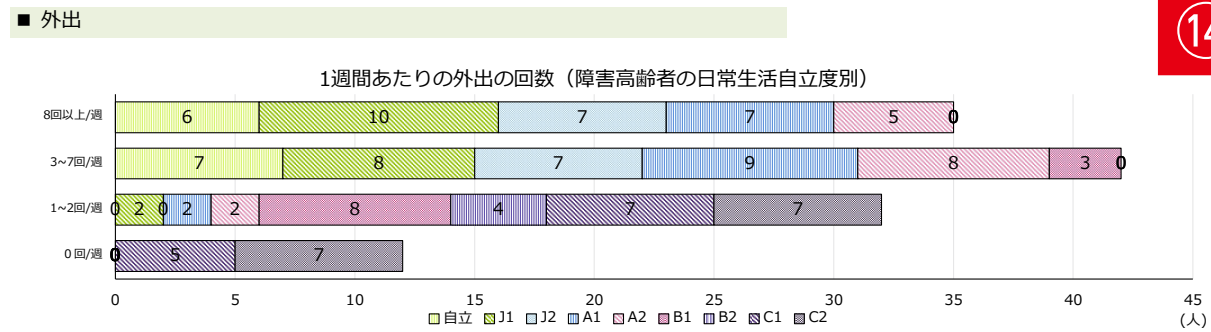
(※ 利用者が実際に日常生活の中で「しているADL動作」について評価して下さい。)

支援計画

・離床・基本動作についての支援計画	(具体的な計画)
・ADL動作についての支援計画	(具体的な計画)
・日々の過ごし方等についての支援計画	(具体的な計画)
・訓練の提供についての計画(訓練時間等)	(具体的な計画)

説明日 令和 年 月 日  
説明者氏名

14



支援実績

離床・基本動作	ADL 動作	日々の過ごし方等	訓練時間
<ul style="list-style-type: none"> <li>離床                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり（ ）時間</li> </ul> </li> <li>座位保持                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり（ ）時間</li> <li>(内訳)                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>ベッド上（ ）時間</li> <li>車椅子（ ）時間</li> <li>普通の椅子（ ）時間</li> <li>その他（ ）時間</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>立ち上がり                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり（ ）回</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>居室外（普通の椅子）</li> <li><input type="checkbox"/>居室外（車椅子）</li> <li><input type="checkbox"/>ベッドサイド</li> <li><input type="checkbox"/>ベッド上 <input type="checkbox"/>その他</li> <li>食事時間や嗜好への対応</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> <li>排せつ（日中）                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>居室外のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>居室内のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>ポータブル</li> <li><input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他</li> <li>個人の排泄リズムへの対応</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> <li>排せつ（夜間）                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>居室外のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>居室内のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>ポータブル</li> <li><input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他</li> <li>個人の排泄リズムへの対応</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> <li>入浴                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>大浴槽 <input type="checkbox"/>個人浴槽</li> <li><input type="checkbox"/>機械浴槽 <input type="checkbox"/>清拭</li> <li>1週間あたり（ ）回</li> <li>マンツーマン入浴ケア</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の希望の確認                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1月あたり（ ）回</li> </ul> </li> <li>外出                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり（ ）回</li> </ul> </li> <li>居室以外（食堂・ダイニングなど）における滞在                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり（ ）時間</li> </ul> </li> <li>趣味・アクティビティ・役割活動                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり（ ）回</li> </ul> </li> <li>職員の居室訪問                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり（ ）回</li> </ul> </li> <li>職員との会話・声かけ                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり（ ）回</li> </ul> </li> <li>着替えの回数                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり（ ）回</li> </ul> </li> <li>居場所作りの取組                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリ専門職による訓練                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり（ ）時間</li> </ul> </li> <li>看護・介護職による訓練                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり（ ）時間</li> </ul> </li> <li>その他職種                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり（ ）時間</li> </ul> </li> </ul>

(※ 利用者が実際に日常生活の中で「しているADL動作」について評価して下さい。)

支援計画

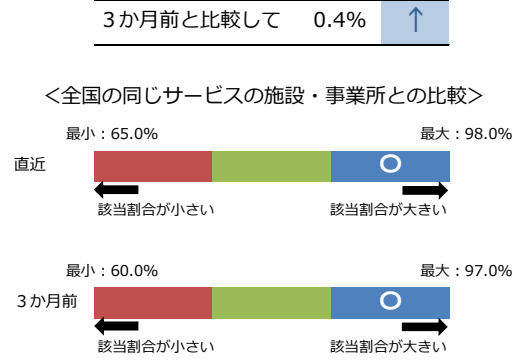
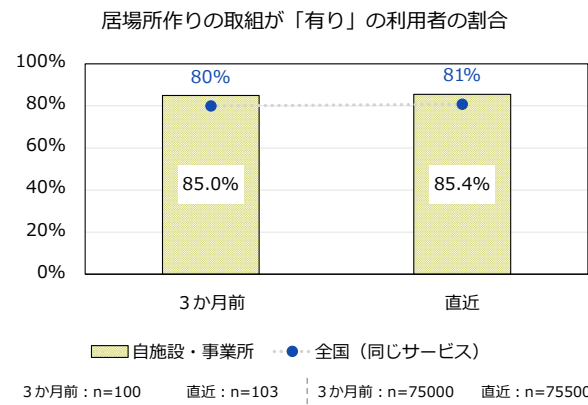
・離床・基本動作についての支援計画	(具体的な計画)
・ADL動作についての支援計画	(具体的な計画)
・日々の過ごし方等についての支援計画	(具体的な計画)
・訓練の提供についての計画(訓練時間等)	(具体的な計画)

説明日 令和 年 月 日  
説明者氏名

※外出、居室以外（食堂・ダイニングなど）における滞在、趣味・アクティビティ・役割活動、着替えの回数の算出には、同様式の「障害高齢者の日常生活自立度」も使用

15

■ 居場所作りの有無

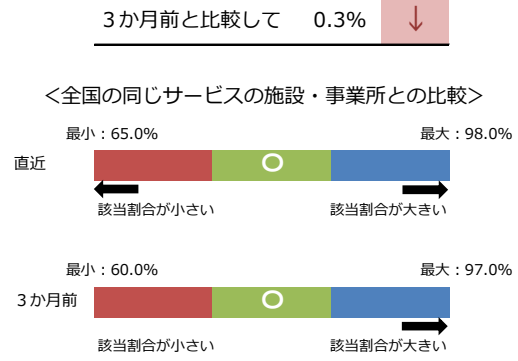
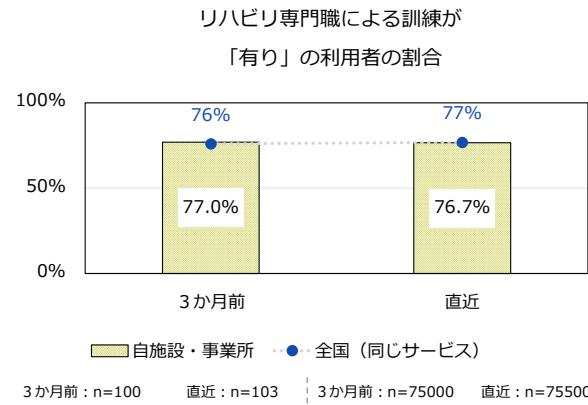


【メモ欄】 (事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。)

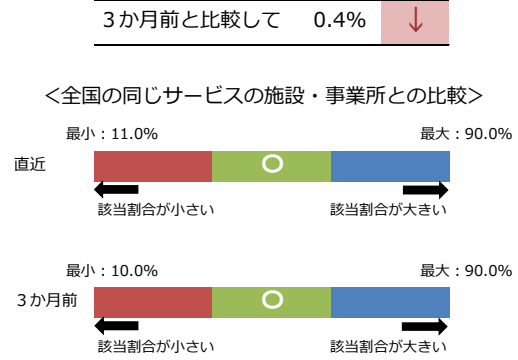
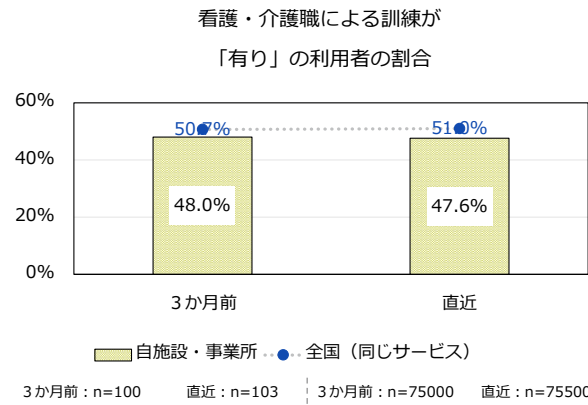
16

■ 訓練時間

■ リハビリ専門職による訓練



■ 看護・介護職による訓練



16

支援実績

離床・基本動作	ADL 動作	日々の過ごし方等	訓練時間
<ul style="list-style-type: none"> <li>離床                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> <li>座位保持                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり ( ) 時間</li> <li>ベッド上 ( ) 時間</li> <li>車椅子 ( ) 時間</li> <li>普通の椅子 ( ) 時間</li> <li>その他 ( ) 時間</li> </ul> </li> <li>立ち上がり                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり ( ) 回</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>居室外 (普通の椅子)</li> <li><input type="checkbox"/>居室外 (車椅子)</li> <li><input type="checkbox"/>ベッドサイド</li> <li><input type="checkbox"/>ベッド上 <input type="checkbox"/>その他</li> <li>食事時間や嗜好への対応</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> <li>排せつ (日中)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>居室外のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>居室内のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>ポータブル</li> <li><input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他</li> <li>個人の排泄リズムへの対応</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> <li>排せつ (夜間)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>居室外のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>居室内のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>ポータブル</li> <li><input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他</li> <li>個人の排泄リズムへの対応</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> <li>入浴                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助) *</li> <li><input type="checkbox"/>大浴槽 <input type="checkbox"/>個人浴槽</li> <li><input type="checkbox"/>機械浴槽 <input type="checkbox"/>清拭</li> <li>1週間あたり ( ) 回</li> <li>マンツーマン入浴ケア</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の希望の確認                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1月あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>外出                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>居室以外 (食堂・デイルームなど) における滞在                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> <li>趣味・アクティビティ・役割活動                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>職員の居室訪問                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>職員との会話・声かけ                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>着替えの回数                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり ( ) 回</li> </ul> </li> <li>居場所作りの取組                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリ専門職による訓練                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> <li>看護・介護職による訓練                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> <li>その他職種                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり ( ) 時間</li> </ul> </li> </ul>

(※ 利用者が実際に日常生活の中で「している ADL 動作」について評価して下さい。)

支援計画

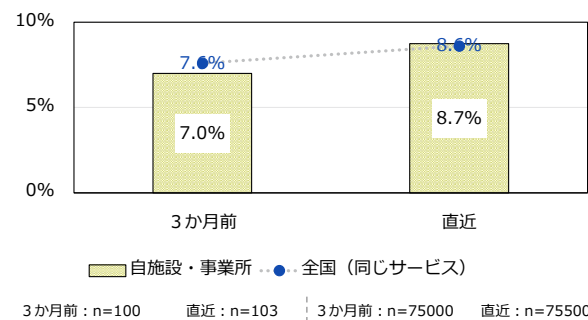
・離床・基本動作についての支援計画	(具体的な計画)
・ADL 動作についての支援計画	(具体的な計画)
・日々の過ごし方等についての支援計画	(具体的な計画)
・訓練の提供についての計画 (訓練時間等)	(具体的な計画)

説明日 令和 年 月 日  
説明者氏名

17

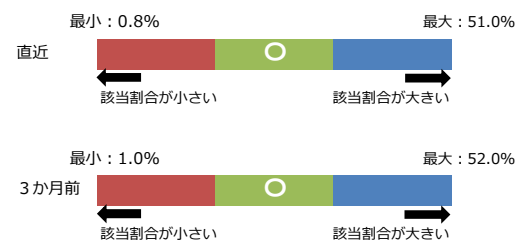
■ その他職種による訓練

その他職種による訓練が「有り」の利用者の割合



3か月前と比較して 1.7% ↑

<全国の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。)

支援実績

離床・基本動作	ADL 動作	日々の過ごし方等	訓練時間
<ul style="list-style-type: none"> <li>離床                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり( )時間</li> </ul> </li> <li>座位保持                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり( )時間</li> <li>(内訳)                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>ベッド上( )時間</li> <li>車椅子( )時間</li> <li>普通の椅子( )時間</li> <li>その他( )時間</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>立ち上がり                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1日あたり( )回</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助)※</li> <li><input type="checkbox"/>居室外(普通の椅子)</li> <li><input type="checkbox"/>居室外(車椅子)</li> <li><input type="checkbox"/>ベッドサイド</li> <li><input type="checkbox"/>ベッド上 <input type="checkbox"/>その他</li> <li>食事時間や嗜好への対応</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> <li>排せつ(日中)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助)※</li> <li><input type="checkbox"/>居室外のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>居室内のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>ポータブル</li> <li><input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他</li> <li>個人の排泄リズムへの対応</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> <li>排せつ(夜間)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助)※</li> <li><input type="checkbox"/>居室外のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>居室内のトイレ</li> <li><input type="checkbox"/>ポータブル</li> <li><input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他</li> <li>個人の排泄リズムへの対応</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> <li>入浴                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(自立・見守り・一部介助・全介助)※</li> <li><input type="checkbox"/>大浴槽 <input type="checkbox"/>個人浴槽</li> <li><input type="checkbox"/>機械浴槽 <input type="checkbox"/>清拭</li> <li>1週間あたり( )回</li> <li>マンツーマン入浴ケア</li> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の希望の確認                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1月あたり( )回</li> </ul> </li> <li>外出                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり( )回</li> </ul> </li> <li>居室以外(食堂・デイルームなど)における滞在                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり( )時間</li> </ul> </li> <li>趣味・アクティビティ・役割活動                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり( )回</li> </ul> </li> <li>職員の居室訪問                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり( )回</li> </ul> </li> <li>職員との会話・声かけ                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1日あたり( )回</li> </ul> </li> <li>着替えの回数                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間あたり( )回</li> </ul> </li> <li>居場所作りの取組                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリ専門職による訓練                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり( )時間</li> </ul> </li> <li>看護・介護職による                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり( )時間</li> </ul> </li> <li>その他職種                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>1週間あたり( )時間</li> </ul> </li> </ul>

(※ 利用者が実際に日常生活の中で「しているADL動作」について評価して下さい。)

支援計画

・離床・基本動作についての支援計画	(具体的な計画)
・ADL動作についての支援計画	(具体的な計画)
・日々の過ごし方等についての支援計画	(具体的な計画)
・訓練の提供についての計画(訓練時間等)	(具体的な計画)

説明日 令和 年 月 日  
説明者氏名



(I) かかりつけ医連携薬剤調整加算・薬剤管理指導

事業所フィードバック かかりつけ医連携薬剤調整加算・薬剤管理指導

○ かかりつけ医連携薬剤調整加算・薬剤管理指導の事業所フィードバックは、自施設・事業所の利用者の状況を表示しています。

<データ解釈時の注意点>

薬剤の種類数は、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。

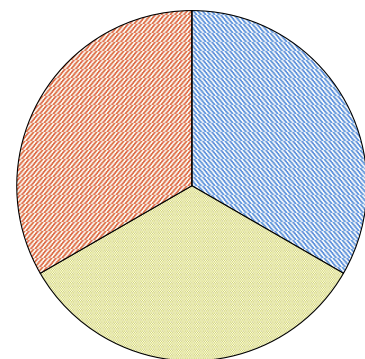
事業所番号	: 999999999	サービス	: サンプルサービス
集計時点	: 2022年4月	登録分	
事業所名称	: サンプル施設		

※本フィードバックの集計において、自施設・事業所の該当データがない場合、フィードバック帳票とデータシートに「#VALUE!」と表示されます。

■ 入所時から退所時の薬剤種類数の増減（直近3か月間で退所した利用者）

1

入所時から退所時の薬剤種類数の増減  
（直近3か月間で退所した利用者）



■ 3以上減薬 ■ 1・2剤減薬 ■ 変化なし  
■ 1・2剤増薬 ■ 3以上増薬

【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。）

薬剤変更等に係る情報提供書

令和 年 月 日

医療機関名：

担当医： 科 殿

介護老人保健施設の名称：

住所：

電話番号：

FAX：

医師氏名：

薬剤師氏名：

入所中の生活状況等を踏まえ、服薬内容について検討を行いました。検討の内容、薬剤変更後の状態等について連絡申し上げます。

患者	氏名		男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生（ 歳）	

傷病名

<入所時の処方>

<退所時の処方>

⇒

1

<検討した内容>

■ 過去3か月間に退所した利用者の入所時・退所時の薬剤の種類数

2

過去3か月間に、「退所情報」が「該当有り」として登録された利用者を対象として、入所時・退所時の薬剤の種類数を表示しています。なお、薬剤の種類数は、内服薬に限定のうえで、「使用薬剤の薬価（薬価基準）」に記載されている品名単位ごとに数えるため、LIFEへ登録した薬剤の数とは必ずしも一致しないことに留意してください。また、入所時のデータは、「入所情報」が「該当有り」のデータを基に表示していますが、該当データが存在しない場合、初回に登録されたデータを、入所時のデータとみなして表示しています。

No.	利用者ID	入所時の薬剤の種類数	退所時の薬剤の種類数	増減
1	000010	5	4	↓
2	000011	5	6	↑
3	000013	4	2	↓
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	—	—	—	—

薬剤変更等に係る情報提供書

令和 年 月 日

医療機関名：

担当医： 科 殿

介護老人保健施設の名称：

住所：

電話番号：

FAX：

医師氏名：

薬剤師氏名：

入所中の生活状況等を踏まえ、服薬内容について検討を行いました。検討の内容、薬剤変更後の状態等について連絡申し上げます。

患者	氏名		男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生（ 歳）	

傷病名

<入所時の処方>	⇒	<退所時の処方>
----------	---	----------

2

<検討した内容>

(J) 栄養アセスメント加算（通所・居宅サービス）

事業所フィードバック 栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算

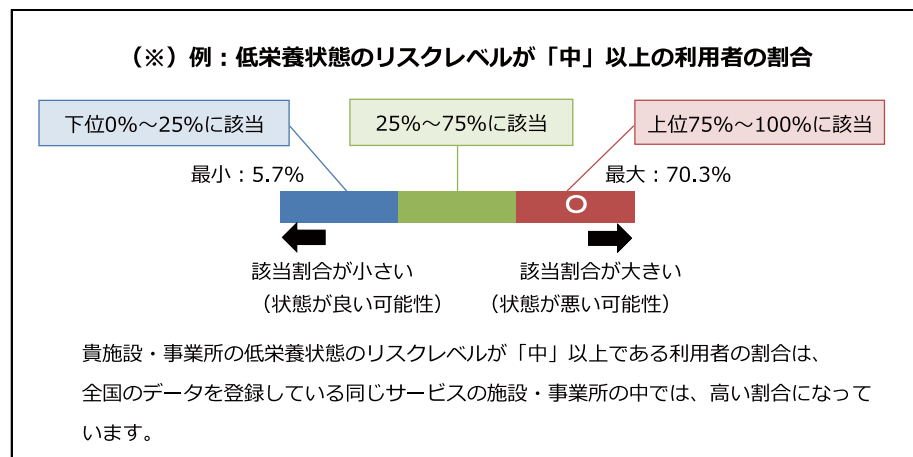
- 事業所フィードバックは、自施設・事業所の利用者の状況と、全国の栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算をLIFEにデータ登録している同じサービスの事業所における、利用者を対象とした値を表示しています。
- 自施設・事業所の利用者の状況およびその推移や、全国の利用者と比較した相対的な状況等を確認することができます。

<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。

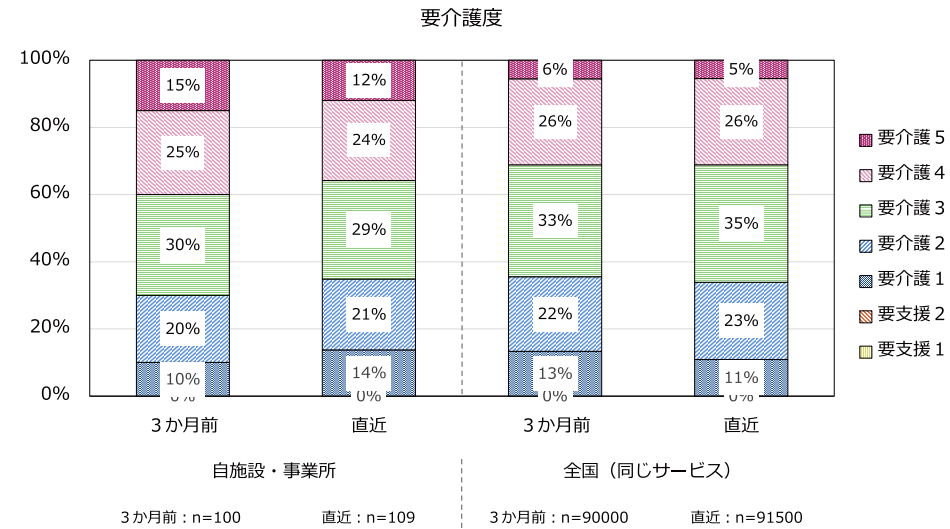


事業所番号 : 999999999      サービス : サンプルサービス  
 集計時点 : 2022年4月      登録分  
 事業所名称 : サンプル施設

(様式中に該当無し)

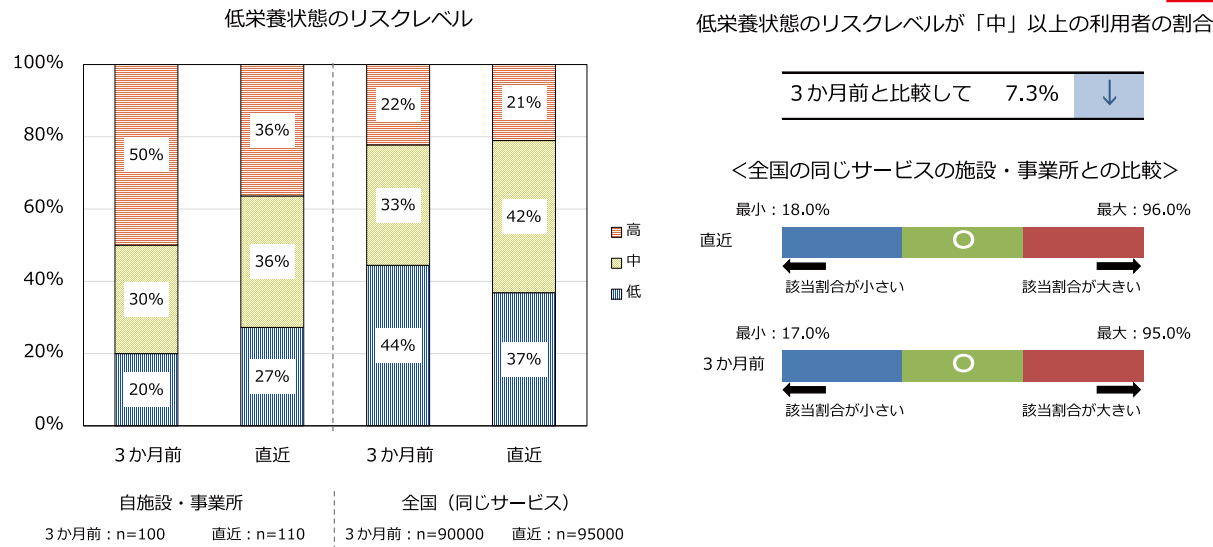
事業所番号 : 999999999 サービス : サンプルサービス 集計時点 : 2022年4月 登録分  
 事業所名称 : サンプル施設  
 集計に含まれる全国と同じサービスの事業所数 : 【直近】 10000 【3か月前】 10150

■ 要介護度



直近と3か月前の各時点において栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算のデータが登録されていた利用者を対象として、要介護度別利用者の割合を表示しています。

■ 低栄養状態のリスクレベル



直近と3か月前の各時点において「低栄養状態のリスクレベル」のデータが登録されていた利用者を対象として、各区分に該当する利用者の割合を表示しています。

【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。)

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	
利用者	①		家族構成とキーパーソン(支援者)	本人		作成年月日	年 月 日
家族の意向			食事の準備状況(買い物、食事の支度、地域特性等)				
(以下は、入所(入居)前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( )			
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			
②	BMI	kg / m <sup>2</sup>	kg / m <sup>2</sup>	kg / m <sup>2</sup>	kg / m <sup>2</sup>		
	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 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %			
その他(補助食品など)							
摂取エネルギー・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>			
③	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	□	□	□	□		
	食事に傾眠や意識混濁がある	□	□	□	□		
	歯(齲歯)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む	□	□	□	□		
	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							
④	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		
	消化器官関係	□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		
	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		

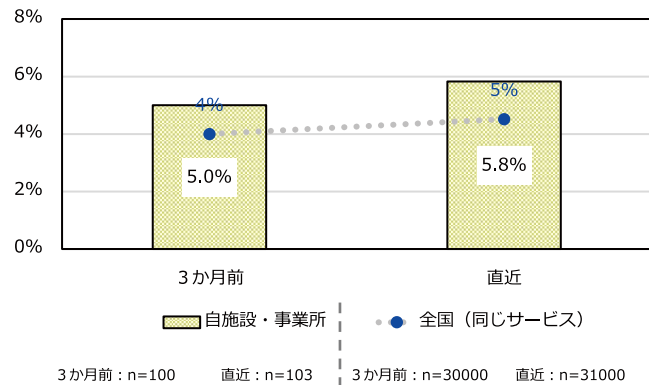
★フルダウン<sup>1</sup> スクリーニング/アセスメント/モニタリング  
 ★フルダウン<sup>2</sup> 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類(4、3、2-2、2-1、1j、0t、0j)  
 ★フルダウン<sup>3</sup> 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない  
 ★フルダウン<sup>4</sup> 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

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。

■ 体重減少が「有り」の利用者の割合

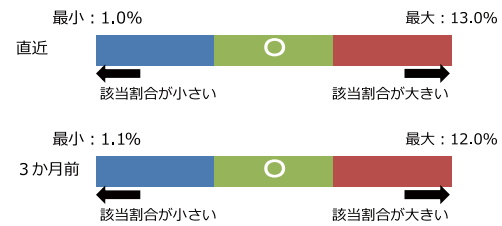
③

3%以上の体重減少（/1ヶ月）が「有り」の利用者の割合

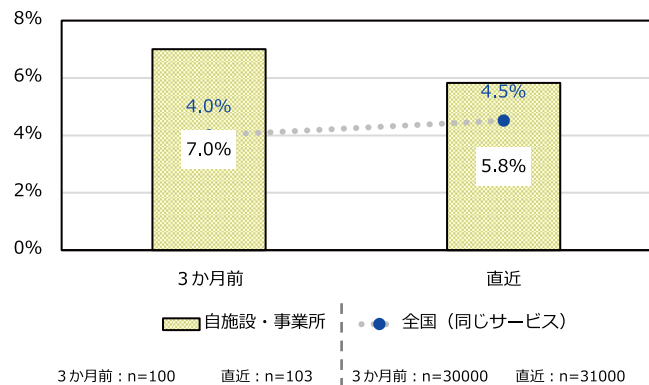


3か月前と比較して 0.8% ↑

<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>

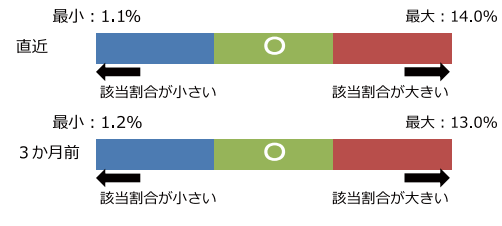


3%以上の体重減少（/3ヶ月）が「有り」の利用者の割合

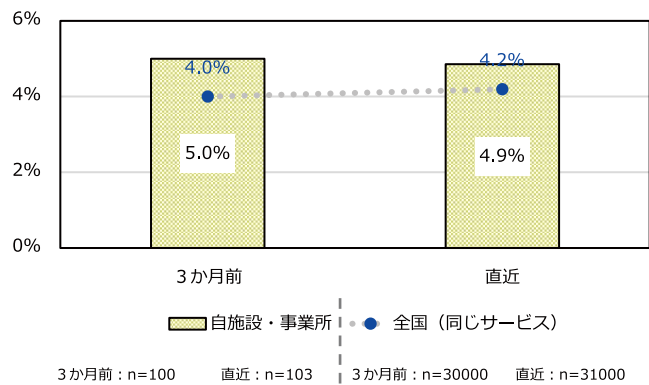


3か月前と比較して 1.2% ↓

<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>

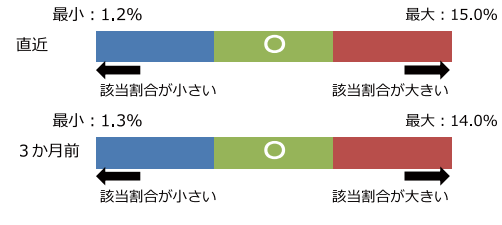


3%以上の体重減少（/6ヶ月）が「有り」の利用者の割合



3か月前と比較して 0.1% ↓

<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>



直近と3か月前の各時点において「3%以上の体重減少」（有無）のデータが登録されていた利用者を対象として、「有り」に該当する利用者の割合を表示しています。

【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。）

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（支援者）		作成年月日	年 月 日
家族の意向			食事の準備状況（買い物、食事の支度、地域特性等）		本人	—

(以下は、入所（入院）直後の状態に基いて作成。)

実施日（記入者名）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	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>	kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>
状態の	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)
	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)
	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)
	アルブミン値	□無 □有( g/dl)	□無 □有( g/dl)	□無 □有( g/dl)
		□無 □有	□無 □有	□無 □有
	□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	□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
食事の状態（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中にくる	□	□	□	□
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
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
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

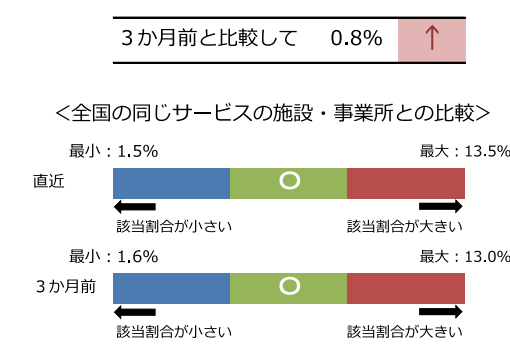
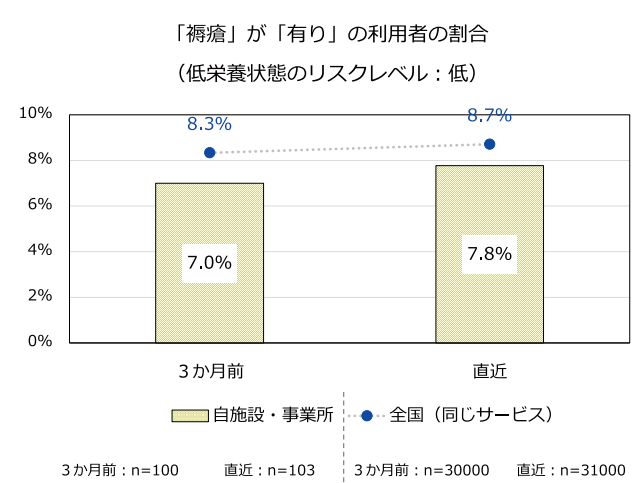
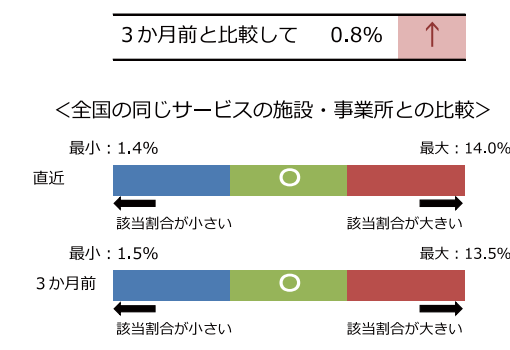
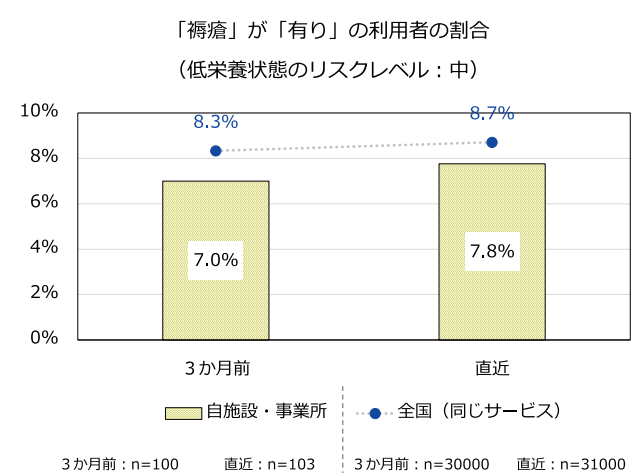
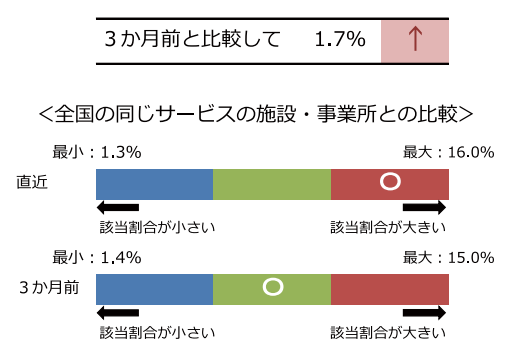
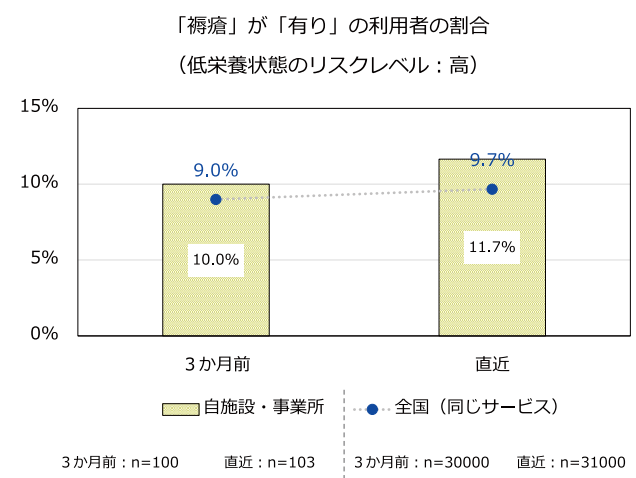
- ★フルダウン<sup>1</sup> スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★フルダウン<sup>2</sup> 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類（4、3、2-2、2-1、1j、0t、0j）
- ★フルダウン<sup>3</sup> 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
- ★フルダウン<sup>4</sup> 1太いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

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。



4

■ 低栄養状態のリスクレベル別の褥瘡が「有り」の利用者の割合



直近と3か月前の各時点において「低栄養状態のリスクレベル」「褥瘡」のデータが登録されていた利用者を対象として、低栄養状態のリスクレベル別に褥瘡が「有り」に該当する利用者の割合を表示しています。

【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。)

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		
利用者			良事の準備状況 (買い物、食事の支度、地域特性等)		作成年月日	年 月 日	
家族の意向					家族構成とキーパーソン (支援者)		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( )	年 月 日( )	年 月 日( )	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
BMI	kg / m <sup>2</sup>	kg / m <sup>2</sup>	kg / m <sup>2</sup>	kg / m <sup>2</sup>
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
褥瘡のリスク(状況)	□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
	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法
食事摂取量(割合)	%	%	%	%
主食の摂取量(割合)	%	%	%	%
主菜、副菜の摂取量(割合)	%	%	%	%
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)	( )	( )	( )	( )
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	□	□	□	□
食事中に傾眠や意識混濁がある	□	□	□	□
歯(齲歯)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
消化器官関係	□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
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

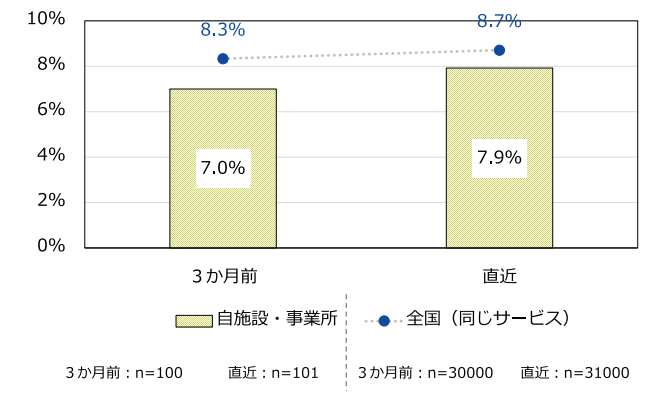
★フルダウン<sup>1</sup> スクリーニング/アセスメント/モニタリング  
 ★フルダウン<sup>2</sup> 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類(4、3、2-2、2-1、1j、0t、0j)  
 ★フルダウン<sup>3</sup> 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない  
 ★フルダウン<sup>4</sup> 1太いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

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。

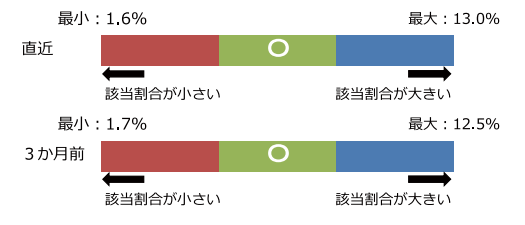
5

■ 食生活状況等

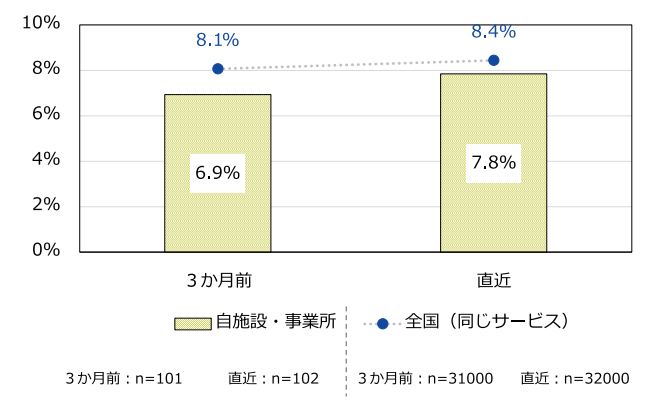
本人の意欲が「ややある」以上の利用者の割合



＜全国と同じサービスの施設・事業所との比較＞

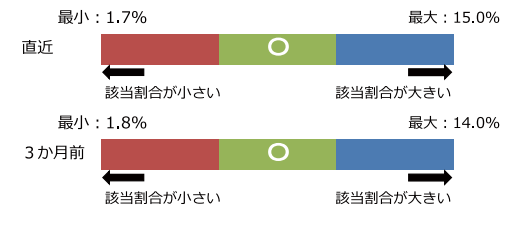


食欲・食事の満足度が「ややある」以上の利用者の割合

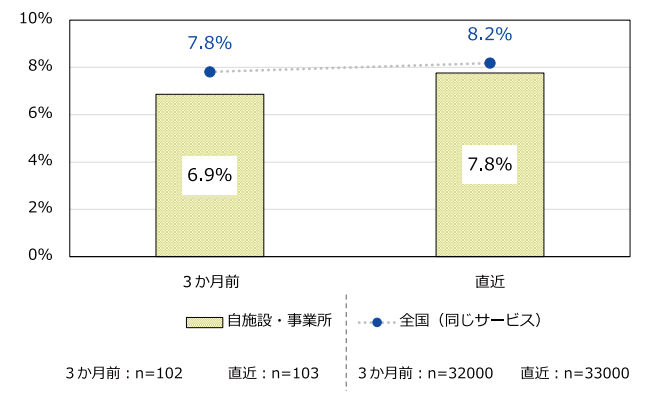


3か月前と比較して 0.9% ↑

＜全国と同じサービスの施設・事業所との比較＞

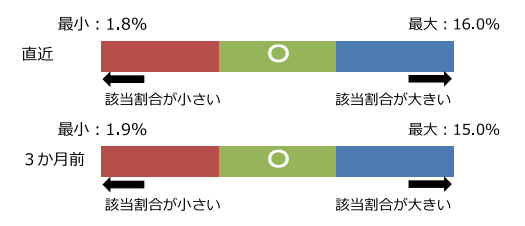


食事に対する意識が「ややある」以上の利用者の割合



3か月前と比較して 0.9% ↑

＜全国と同じサービスの施設・事業所との比較＞



直近と3か月前の各時点において「本人の意欲」「食欲・食事の満足度」「食事に対する意識」の各データが登録されていた利用者を対象として、「ややある」以上に該当する利用者の割合を表示しています。

【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。）

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	年	月	日	年齢	歳
氏名	難介護度			病名・特記事項等				記入者名					
利用者				食事の準備状況（買い物、食事の支援、地域特性等）				作成年月日	年	月	日		
家族の意向								家族構成とキーパーソン（支援者）					本人

（以下は、入所（入居）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（ ）
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>	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	□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	□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 □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				
栄養摂取量（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 □中筒 □濃い	□薄い □中筒 □濃い	□薄い □中筒 □濃い	□薄い □中筒 □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>
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	□	□	□	□
前（嚥前）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留がある	□	□	□	□
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（再発） □生活機能低下 □褥瘡（再発） □生活機能低下 □褥瘡（再発） □生活機能低下 □褥瘡（再発） □生活機能低下	□褥瘡（再発） □生活機能低下 □褥瘡（再発） □生活機能低下 □褥瘡（再発） □生活機能低下 □褥瘡（再発） □生活機能低下	□褥瘡（再発） □生活機能低下 □褥瘡（再発） □生活機能低下 □褥瘡（再発） □生活機能低下 □褥瘡（再発） □生活機能低下	□褥瘡（再発） □生活機能低下 □褥瘡（再発） □生活機能低下 □褥瘡（再発） □生活機能低下 □褥瘡（再発） □生活機能低下
消化器関係	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
水分関係	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
代謝関係	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
心理・精神・認知症関係	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響
医薬品	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □薬の影響	□浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □閉じこもり □うつ □認知症 □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
サービス継続の必要性 注）栄養改善加算算定の適合	□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、1、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大にある 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可。

＜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」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。  
 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る。

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

(K) 栄養マネジメント強化加算（施設サービス）

事業所フィードバック 栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算

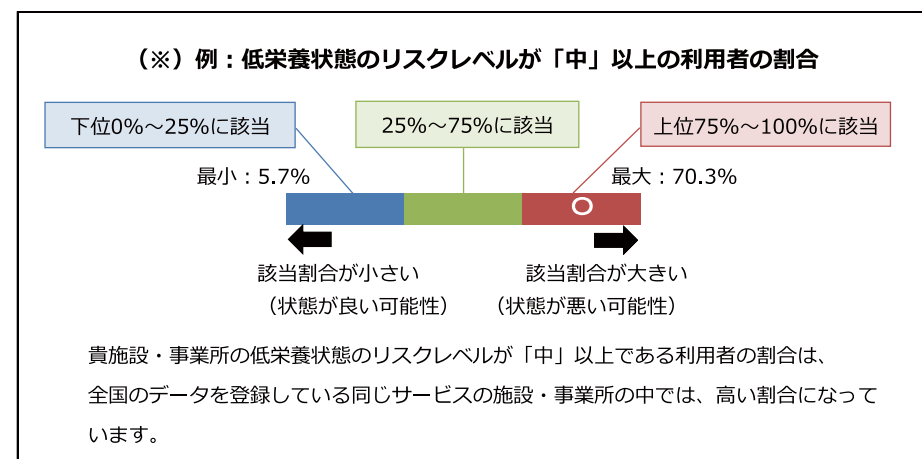
- 事業所フィードバックは、自施設・事業所の利用者の状況と、全国の栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算をLIFEにデータ登録している同じサービスの事業所における、利用者を対象とした値を表示しています。
- 自施設・事業所の利用者の状況およびその推移や、全国の利用者と比較した相対的な状況等を確認することができます。

<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。

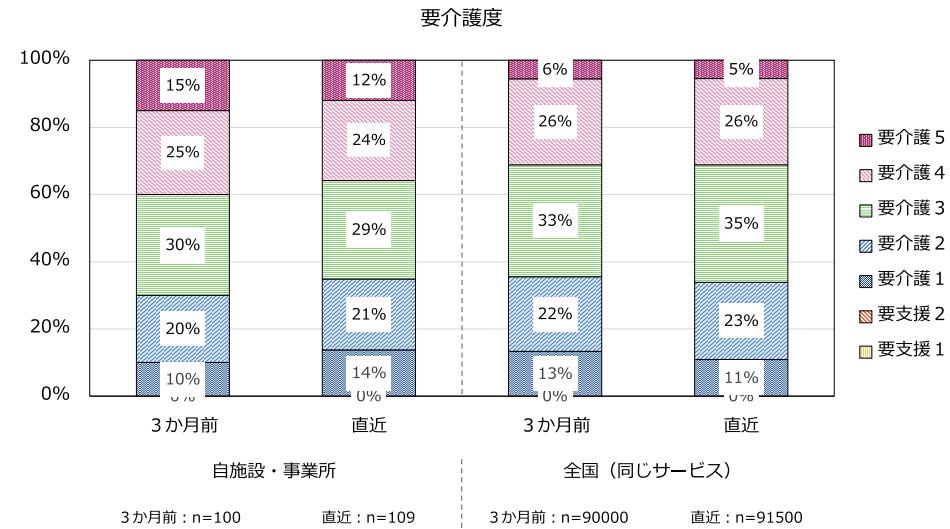


事業所番号 : 999999999      サービス : サンプルサービス  
 集計時点 : 2022年4月      登録分  
 事業所名称 : サンプル施設

(様式中に該当無し)

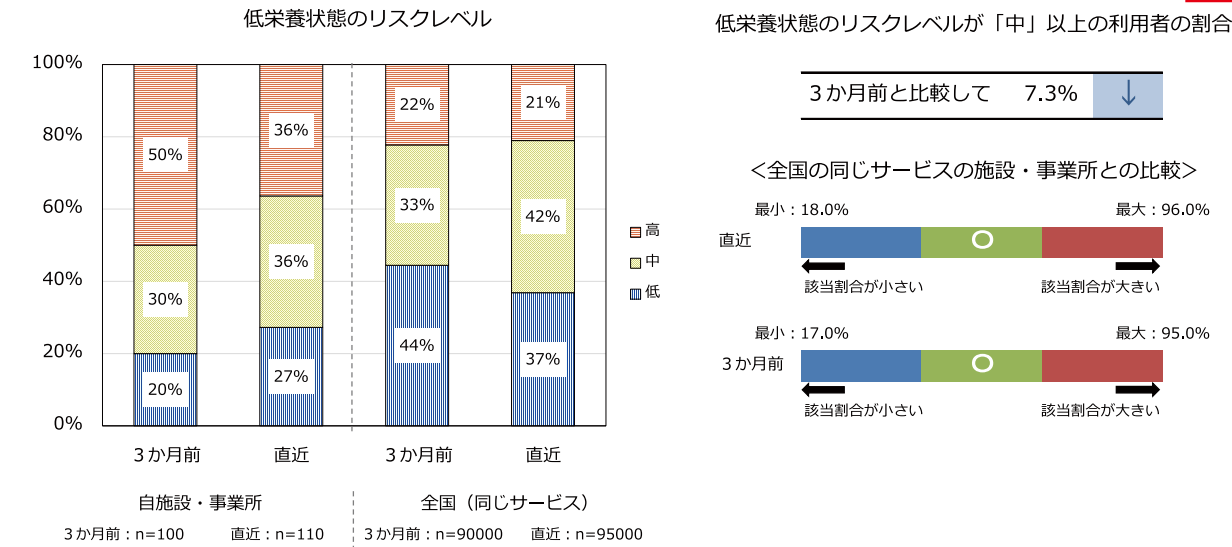
事業所番号 : 999999999 サービス : サンプルサービス 集計時点 : 2022年4月 登録分  
事業所名称 : サンプル施設  
集計に含まれる全国の同じサービスの事業所数 : 【直近】 10000 【3か月前】 10150

■ 要介護度



直近と3か月前の各時点において栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算のデータが登録されていた利用者を対象として、要介護度別の利用者の割合を表示しています。

■ 低栄養状態のリスクレベル



直近と3か月前の各時点において「低栄養状態のリスクレベル」のデータが登録されていた利用者を対象として、各区分に該当する利用者の割合を表示しています。

【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。）

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 nutrition and swallowing screening, assessment, and monitoring. Includes fields for user information, assessment dates, risk levels, and detailed clinical observations.

※経口維持加算（Ⅱ）を算定する場合は、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加していること  
★ブルダウン1 スクリーニング/アセスメント/モニタリング  
★ブルダウン2 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、0k、0l）  
★ブルダウン3 1より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4 1大いにある2ややある3ふつう4ややない5全くない

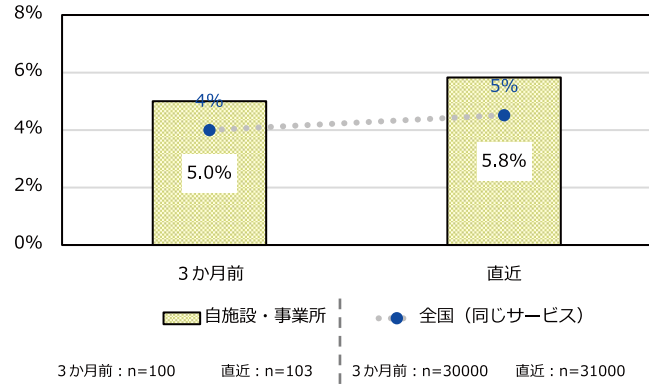
注1) スクリーニングにおいては、把握可能な項目（BMI、体重減少率、血清アルブミン値（検査値がわかる場合に記入）等）により、低栄養状態のリスクを把握する。  
注2) 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。



■ 体重減少が「有り」の利用者の割合

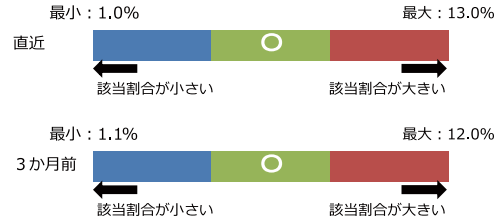
3

3%以上の体重減少（/1ヶ月）が「有り」の利用者の割合

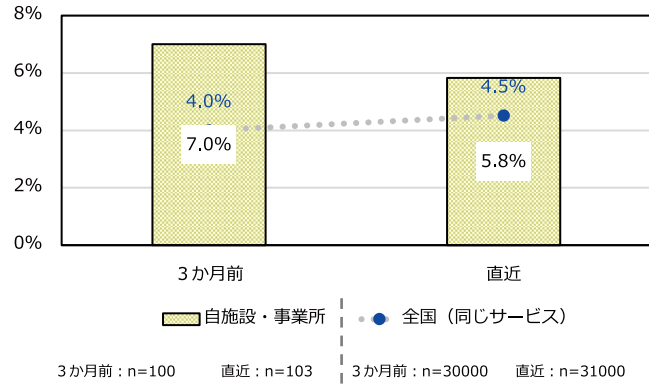


3か月前と比較して 0.8% ↑

<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>

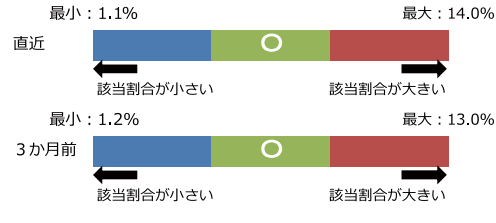


3%以上の体重減少（/3ヶ月）が「有り」の利用者の割合

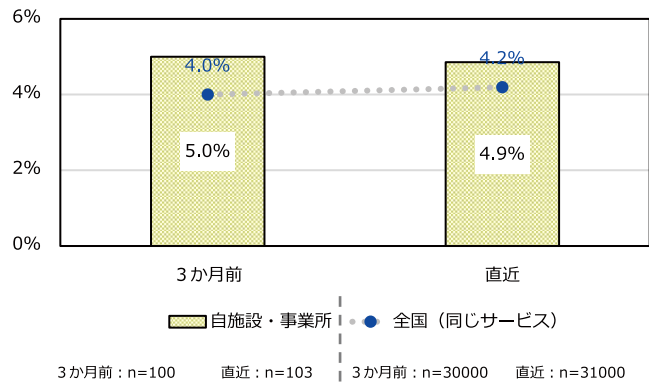


3か月前と比較して 1.2% ↓

<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>

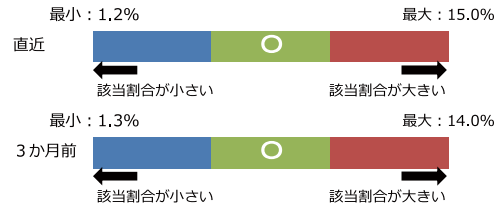


3%以上の体重減少（/6ヶ月）が「有り」の利用者の割合



3か月前と比較して 0.1% ↓

<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>



直近と3か月前の各時点において「3%以上の体重減少」（有無）のデータが登録されていた利用者を対象として、「有り」に該当する利用者の割合を表示しています。

【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。）

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 table for the form including fields for name, sex, date of birth, and facility name.

Main body of the form with multiple columns for assessment items like BMI, weight loss, and eating/swallowing status.

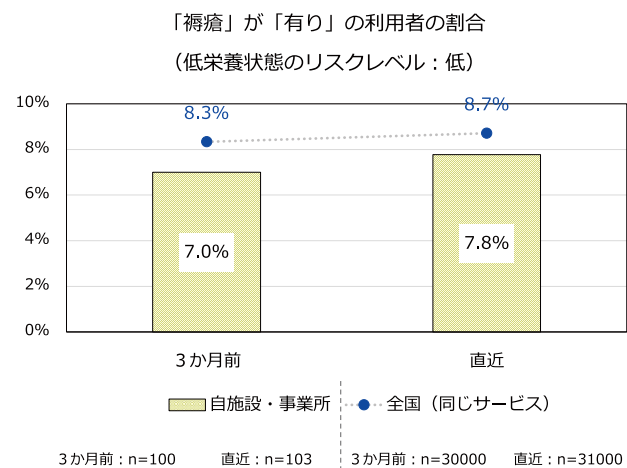
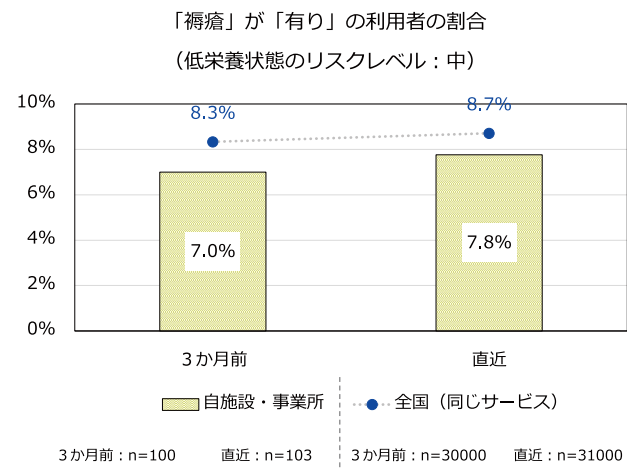
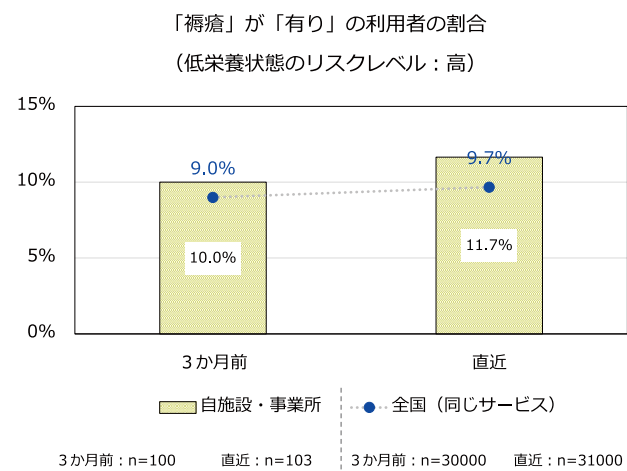
Bottom section of the form for recording staff names and roles involved in the assessment.

※経口維持加算（Ⅱ）を算定する場合は、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加していること... 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。



4

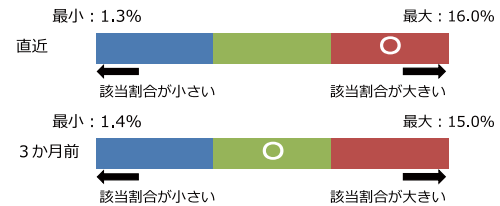
■低栄養状態のリスクレベル別の褥瘡が「有り」の利用者の割合



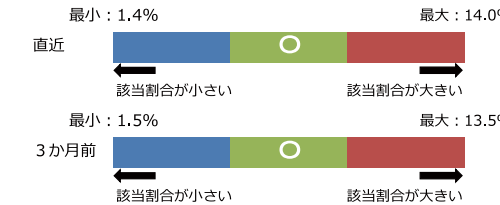
直近と3か月前の各時点において「低栄養状態のリスクレベル」「褥瘡」のデータが登録されていた利用者を対象として、低栄養状態のリスクレベル別に褥瘡が「有り」に該当する利用者の割合を表示しています。

【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。)

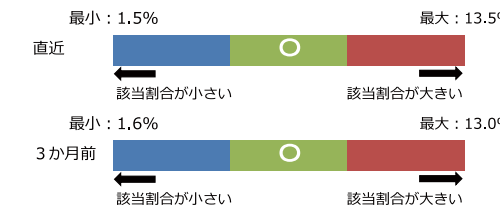
<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>



<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>



<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>



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	男性	女性	生年月日	年	月	日	誕生日	年齢	歳	
氏名	要介護度			病名・特記事項等				記入者名			
利用者	家族構成とパーソン(支援者)							作成年月日	年	月	日
家族の意向								本人			

(以下は、入所(入居)直後の状態に基づき作成。)

実施日(記入者名)	年月日( )	年月日( )	年月日( )	年月
プロセス	★フルダウん <sup>1</sup>	★フルダウん <sup>1</sup>	★フルダウん <sup>1</sup>	★フルダウん <sup>1</sup>
低栄養状態のリスクレベル	口低 口中 口高	口低 口中 口高	口低 口中 口高	口低 口中 口高
身長	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>
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	口無 口有( )	口無 口有( )	口無 口有( )	口無 口有( )
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	口無 口有( )	口無 口有( )	口無 口有( )	口無 口有( )
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	口無 口有( )	口無 口有( )	口無 口有( )	口無 口有( )
血清アルブミン値	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
褥瘡	口無 口有	口無 口有	口無 口有	口無 口有
褥瘡	口経口のみ 口一部経口	口経口のみ 口一部経口	口経口のみ 口一部経口	口経口のみ 口一部経口
栄養補給法	口経口栄養法 口静脈栄養法	口経口栄養法 口静脈栄養法	口経口栄養法 口静脈栄養法	口経口栄養法 口静脈栄養法
その他				
栄養摂取量(割合)	%	%	%	%
主食の摂取量(割合)	%	%	%	%
主菜・副菜の摂取量(割合)	%	%	%	%
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	口無 口有	口無 口有	口無 口有	口無 口有
食事の形態(コード)	(コード: ★フルダウん <sup>2</sup> )	(コード: ★フルダウん <sup>2</sup> )	(コード: ★フルダウん <sup>2</sup> )	(コード: ★フルダウん <sup>2</sup> )
とろみ	口薄い 口中間 口濃い	口薄い 口中間 口濃い	口薄い 口中間 口濃い	口薄い 口中間 口濃い
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)	口無 口有	口無 口有	口無 口有	口無 口有
本人の意欲	★フルダウん <sup>3</sup>	★フルダウん <sup>3</sup>	★フルダウん <sup>3</sup>	★フルダウん <sup>3</sup>
食欲・食事の満足感	★フルダウん <sup>4</sup>	★フルダウん <sup>4</sup>	★フルダウん <sup>4</sup>	★フルダウん <sup>4</sup>
食事に対する意識	★フルダウん <sup>4</sup>	★フルダウん <sup>4</sup>	★フルダウん <sup>4</sup>	★フルダウん <sup>4</sup>
口控関係	口口控衛生 口摂食・嚥下	口口控衛生 口摂食・嚥下	口口控衛生 口摂食・嚥下	口口控衛生 口摂食・嚥下
安定した正しい姿勢が自分で取れない	口	口	口	口
食事に集中することができない	口	口	口	口
食事に横寝や意識減退がある	口	口	口	口
歯(義歯)のない状態で食事をしている	口	口	口	口
食べ物を口内に溜め込む	口	口	口	口
固形の食べ物を咀嚼しにくく中むせる	口	口	口	口
食後、頬の内側や口内に残渣がある	口	口	口	口
水分でむせる	口	口	口	口
食事中、食後に咳をすることがある	口	口	口	口
その他・気が付いた点				
褥瘡・生活機能関係	口褥瘡(再発) 口生活機能低下	口褥瘡(再発) 口生活機能低下	口褥瘡(再発) 口生活機能低下	口褥瘡(再発) 口生活機能低下
消化器関係	口嘔気・嘔吐 口下痢 口便秘	口嘔気・嘔吐 口下痢 口便秘	口嘔気・嘔吐 口下痢 口便秘	口嘔気・嘔吐 口下痢 口便秘
水分関係	口浮腫 口脱水	口浮腫 口脱水	口浮腫 口脱水	口浮腫 口脱水
代謝関係	口感染 口発熱	口感染 口発熱	口感染 口発熱	口感染 口発熱
心理・精神・認知症関係	口閉じこもり 口うつ 口認知症	口閉じこもり 口うつ 口認知症	口閉じこもり 口うつ 口認知症	口閉じこもり 口うつ 口認知症
医薬品	口薬の影響	口薬の影響	口薬の影響	口薬の影響
特記事項				
総合評価	口改善 口改善傾向 口維持	口改善 口改善傾向 口維持	口改善 口改善傾向 口維持	口改善 口改善傾向 口維持
計画変更	口無 口有	口無 口有	口無 口有	口無 口有
摂食・嚥下機能検査	口水飲みテスト 口経口経口検査	口水飲みテスト 口経口経口検査	口水飲みテスト 口経口経口検査	口水飲みテスト 口経口経口検査
検査結果や観察等を通して把握した課題の所在	口認知機能 口咀嚼・口控機能 口嚥下機能	口認知機能 口咀嚼・口控機能 口嚥下機能	口認知機能 口咀嚼・口控機能 口嚥下機能	口認知機能 口咀嚼・口控機能 口嚥下機能
参加者	口医師 口歯科医師 口管理栄養士	口医師 口歯科医師 口管理栄養士	口医師 口歯科医師 口管理栄養士	口医師 口歯科医師 口管理栄養士
参加者	口医師 口歯科医師 口管理栄養士	口医師 口歯科医師 口管理栄養士	口医師 口歯科医師 口管理栄養士	口医師 口歯科医師 口管理栄養士
①食事の形態・とろみ、補助食の活用	口現状維持 口変更	口現状維持 口変更	口現状維持 口変更	口現状維持 口変更
②食事の周囲環境	口現状維持 口変更	口現状維持 口変更	口現状維持 口変更	口現状維持 口変更
③食事の介助の方法	口現状維持 口変更	口現状維持 口変更	口現状維持 口変更	口現状維持 口変更
④口腔のケアの方法	口現状維持 口変更	口現状維持 口変更	口現状維持 口変更	口現状維持 口変更
⑤医療又は歯科医療受療の必要性	口現状維持 口変更	口現状維持 口変更	口現状維持 口変更	口現状維持 口変更
特記事項				

※経口維持加算(II)を算定する場合は、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加していること

- ★フルダウん<sup>1</sup> スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★フルダウん<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、0k、0l)
- ★フルダウん<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
- ★フルダウん<sup>4</sup> 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

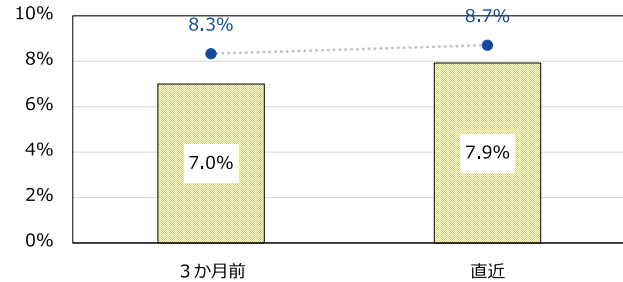
注1) スクリーニングにおいては、把握可能な項目(BMI、体重減少率、血清アルブミン値(検査値がわかる場合に記入)等)により、低栄養状態のリスクを把握する。

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。

5

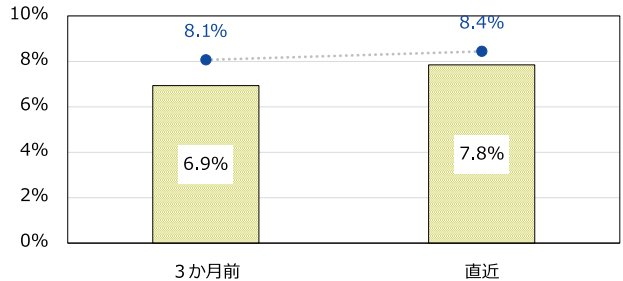
■ 食生活状況等

本人の意欲が「ややある」以上の利用者の割合



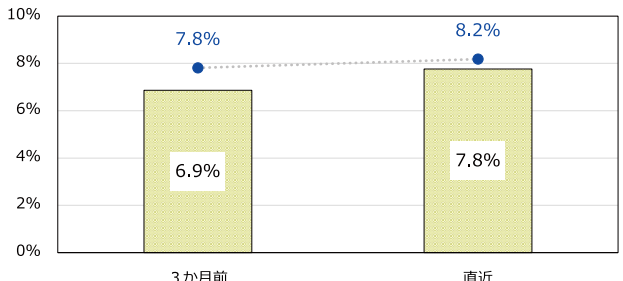
3か月前: n=100 直近: n=101 3か月前: n=30000 直近: n=31000

食欲・食事の満足度が「ややある」以上の利用者の割合



3か月前: n=101 直近: n=102 3か月前: n=31000 直近: n=32000

食事に対する意識が「ややある」以上の利用者の割合



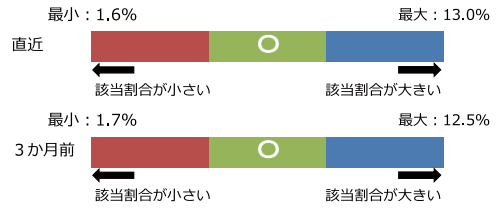
3か月前: n=102 直近: n=103 3か月前: n=32000 直近: n=33000

直近と3か月前の各時点において「本人の意欲」「食欲・食事の満足度」「食事に対する意識」の各データが登録されていた利用者を対象として、「ややある」以上に該当する利用者の割合を表示しています。

【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。)

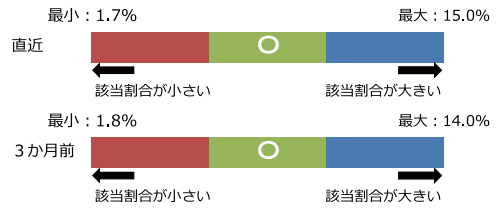
3か月前と比較して 0.9% ↑

<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>



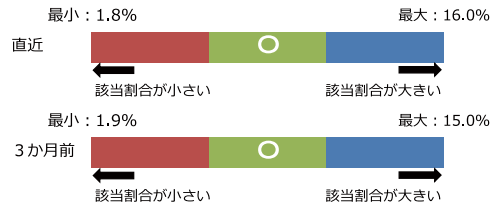
3か月前と比較して 0.9% ↑

<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>



3か月前と比較して 0.9% ↑

<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>



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 fields for name, sex, birth date, and user type.

(以下は、入所(入院)前後の状態に基づき作成。)

Main assessment table with multiple columns for different assessment points and rows for various health and eating metrics.

5

Additional assessment table for detailed monitoring and follow-up actions.

※経口維持加算(II)を算定する場合は、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加していること... ※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。

(L) 口腔衛生管理加算 (II)

事業所フィードバック 口腔衛生管理加算 (II)

- 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、全国の口腔衛生管理加算 (II) 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。

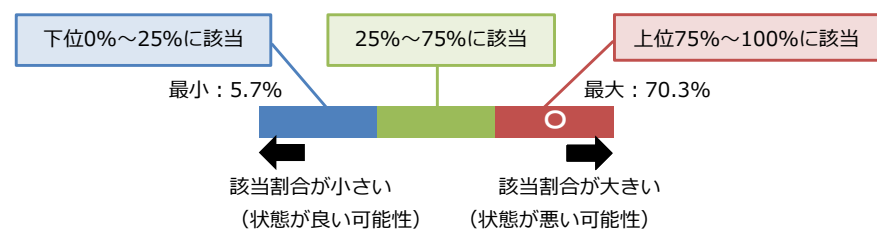
<データ解釈時の注意点>

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。

(※) 例：口腔に関する問題点 ①歯の汚れが「有り」に該当する利用者の割合



貴施設・事業所において、口腔に関する問題点 ①歯の汚れが「有り」に該当する利用者の割合は、全国のデータを登録している同じサービスの施設・事業所の中では、高い割合になっています。

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

(様式中に該当無し)

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 : 【3か月前】 10000 【直近】 10150

※本フィードバックの集計において、自施設・事業所の該当データがない場合、フィードバック帳票では「###」、データシートでは「#VALUE!」と表示されます。

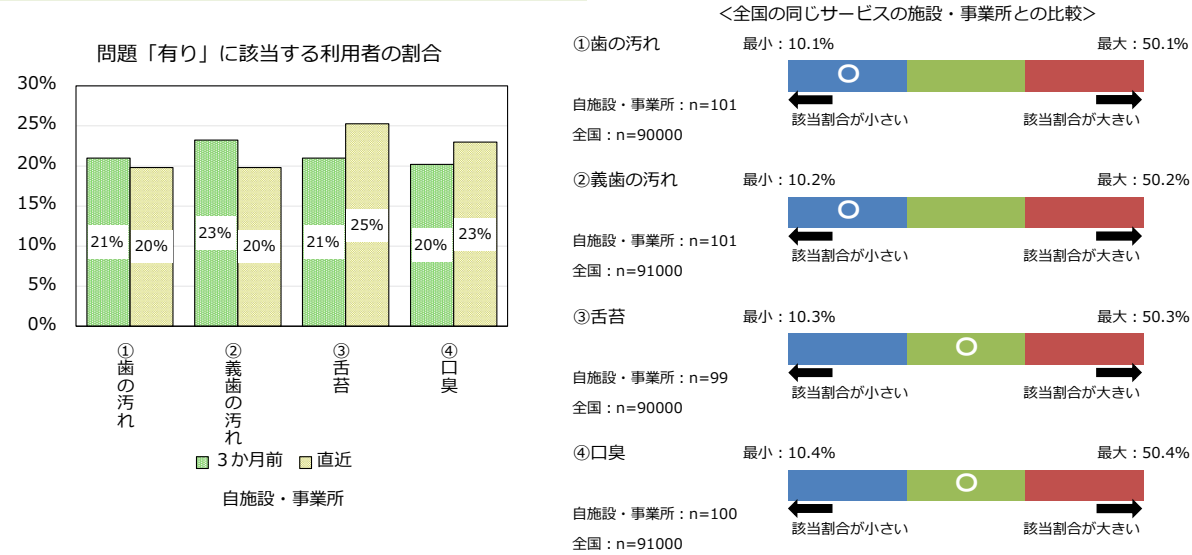
■ 口腔に関する問題点

1

※各項目について、「無し」もしくは「有り」が選択された利用者のうち、「有り」の利用者の割合を表示しています。

※「口腔に関する問題点（スクリーニング）」の記入日を基準としてデータを集計しています。「口腔に関する問題点（スクリーニング）」の記入日が正しく入力されていない場合、「口腔に関する問題点（スクリーニング）」の各項目を入力されていても、集計に含まれません。

■ 口腔衛生状態



【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。）

口腔衛生管理加算 様式（実施計画）

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男、 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 生まれ 歳
要介護度・病名等	
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取（ <input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <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）） <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし
同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）の実施の有無（注）	<input type="checkbox"/> あり（ ）回、 <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。  
 ※医療保険により訪問歯科衛生指導科（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に3回以上算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

1 口腔に関する問題点（スクリーニング）

1

記入日：令和 年 月 日 記入者：

口腔に関する問題点（該当する項目をチェック）	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態（ <input type="checkbox"/> 歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 舌苔、 <input type="checkbox"/> 口臭） <input type="checkbox"/> 口腔機能の状態（ <input type="checkbox"/> 食べこぼし、 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い、 <input type="checkbox"/> むせ、 <input type="checkbox"/> 痰がらみ、 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥） <input type="checkbox"/> 歯数（ ）歯 <input type="checkbox"/> 歯の問題（ <input type="checkbox"/> う蝕、 <input type="checkbox"/> 歯の破折、 <input type="checkbox"/> 修復物脱離、 <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 義歯の問題（ <input type="checkbox"/> 不適合、 <input type="checkbox"/> 破損、 <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患（潰瘍等）
------------------------	--

2 口腔衛生の管理内容（アセスメント）

記入日：令和 年 月 日

記入者	(指示を行った歯科医師名： )
実施目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患（ <input type="checkbox"/> 予防、 <input type="checkbox"/> 重症化予防） <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上、 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 栄養状態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他（ ）

3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

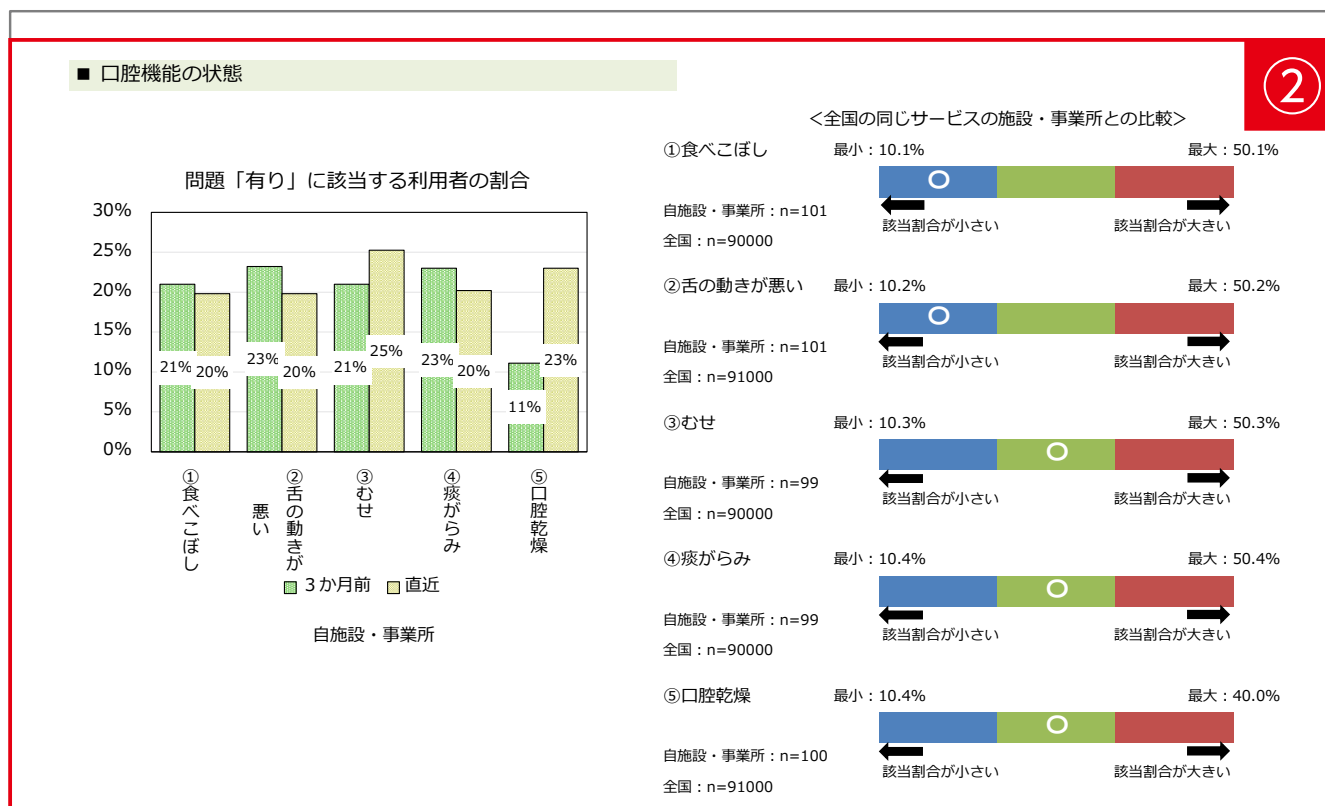
実施日：令和 年 月 日（記入者： ）

口腔衛生等の管理	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
介護職員への技術的助言等の内容	<input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 <input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 <input type="checkbox"/> 食事の状態、食形態等の確認 <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続 <input type="checkbox"/> その他（ ）

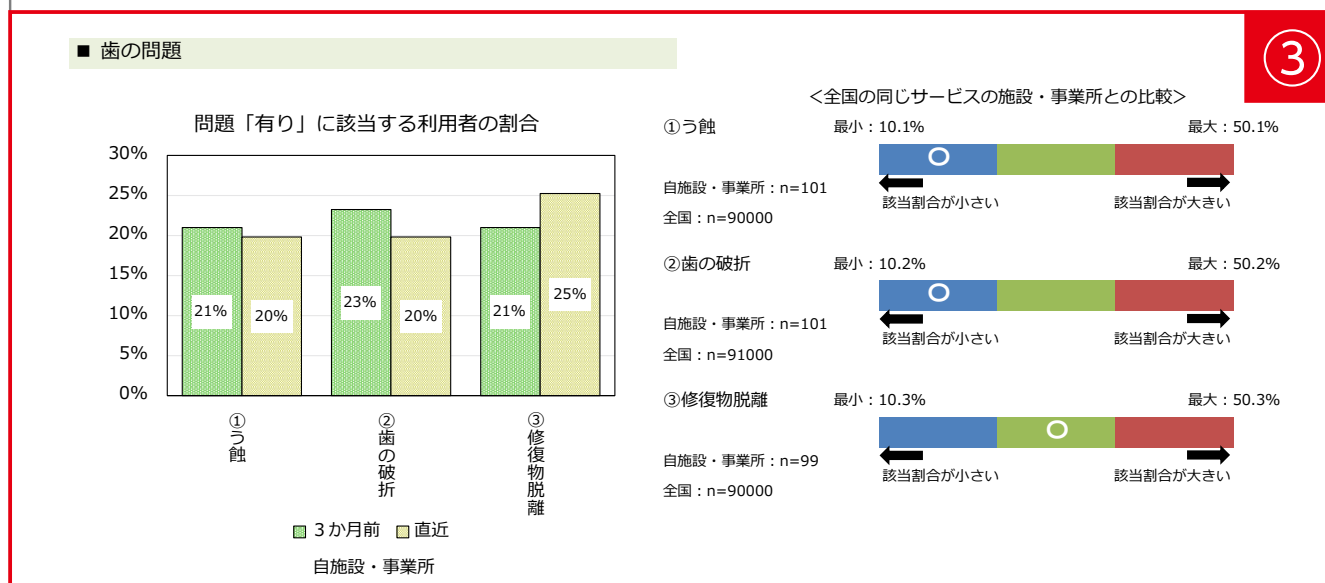
4 その他の事項

--





【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。）



【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。）

### 口腔衛生管理加算 様式（実施計画）

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男、 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 生まれ 歳
要介護度・病名等	
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取（ <input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <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）） <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし
同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）の実施の有無（注）	<input type="checkbox"/> あり（ ）回、 <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。  
※医療保険により訪問歯科衛生指導科（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に3回以上算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

1 口腔に関する問題点（スクリーニング）

記入日：令和 年 月 日 記入者： 2

口腔に関する問題点（該当する項目をチェック）	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態（ <input type="checkbox"/> 歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 舌苔、 <input type="checkbox"/> 口臭） <input type="checkbox"/> 口腔機能の状態（ <input type="checkbox"/> 食べこぼし、 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い、 <input type="checkbox"/> むせ、 <input type="checkbox"/> 痰がらみ、 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥） <input type="checkbox"/> 歯数（ ）歯 <input type="checkbox"/> 歯の問題（ <input type="checkbox"/> う蝕、 <input type="checkbox"/> 歯の破折、 <input type="checkbox"/> 修復物脱離、 <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 義歯の問題（ <input type="checkbox"/> 不適合、 <input type="checkbox"/> 破損、 <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患（潰瘍等）
------------------------	--

2 口腔衛生の管理内容（アセスメント）

記入日：令和 年 月 日

記入者	（指示を行った歯科医師名： ）
実施目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患（ <input type="checkbox"/> 予防、 <input type="checkbox"/> 重症化予防） <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上、 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 栄養状態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他（ ）

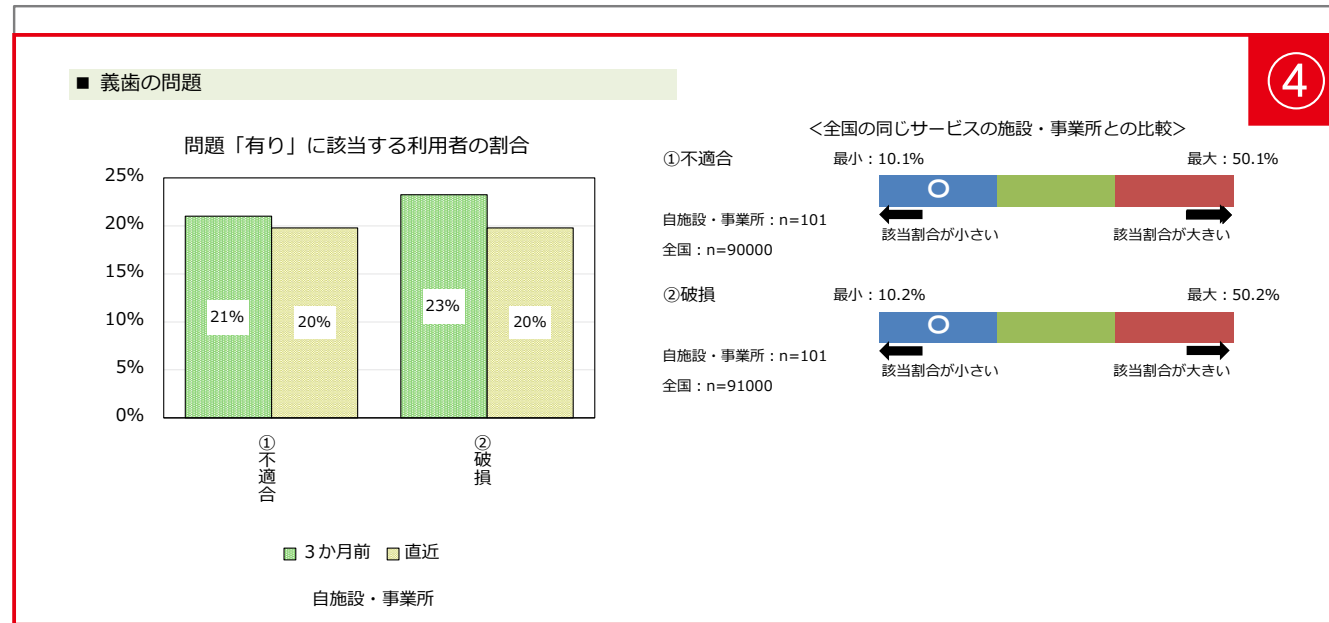
3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日： 令和 年 月 日（記入者： ）

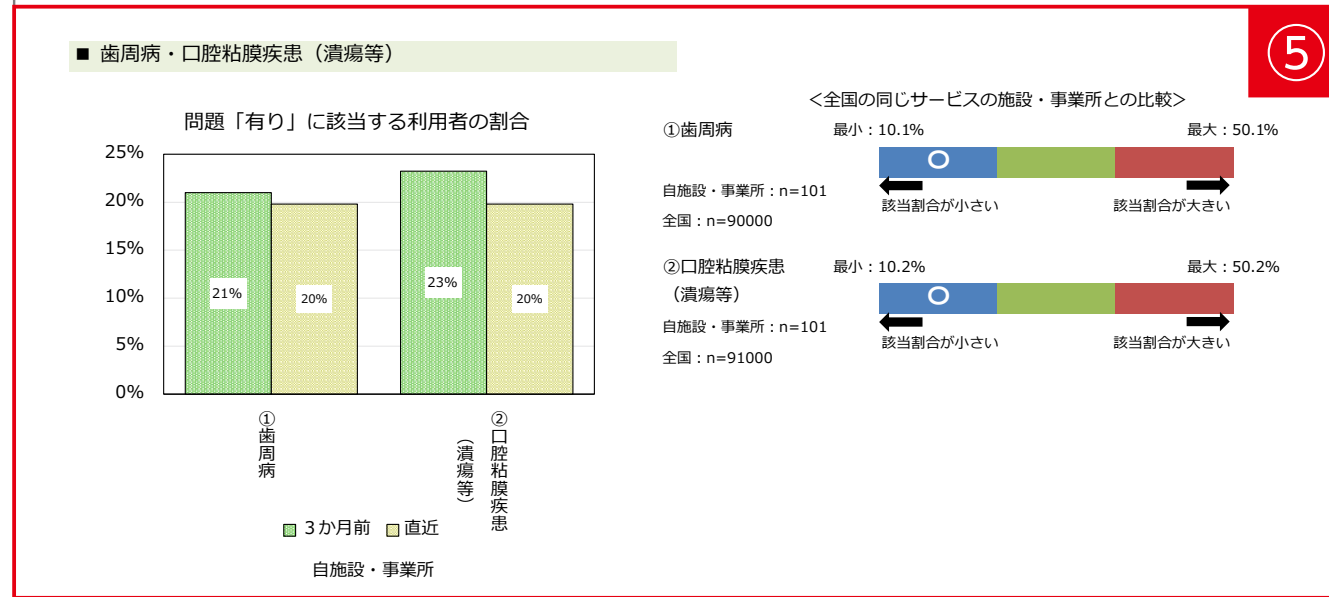
口腔衛生等の管理	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
介護職員への技術的助言等の内容	<input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 <input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 <input type="checkbox"/> 食事の状態、食形態等の確認 <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続 <input type="checkbox"/> その他（ ）

4 その他の事項





【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。）



【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。）

口腔衛生管理加算 様式（実施計画）

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男、 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 生まれ 歳
要介護度・病名等	
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取（ <input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <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）） <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし
同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）の実施の有無（注）	<input type="checkbox"/> あり（ ）回、 <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。  
※医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に3回以上算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

1 口腔に関する問題点（スクリーニング）

記入日：令和 年 月 日 記入者：

口腔に関する問題点（該当する項目をチェック）	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態（ <input type="checkbox"/> 歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 舌苔、 <input type="checkbox"/> 口臭） <input type="checkbox"/> 口腔機能の状態（ <input type="checkbox"/> 食べこぼし、 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い、 <input type="checkbox"/> むせ、 <input type="checkbox"/> 痰がらみ、 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥） <input type="checkbox"/> 歯数（ ）歯 <input type="checkbox"/> 歯の問題（ <input type="checkbox"/> う蝕、 <input type="checkbox"/> 歯の破折、 <input type="checkbox"/> 修復物脱離、 <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 義歯の問題（ <input type="checkbox"/> 不適合、 <input type="checkbox"/> 破損、 <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患（潰瘍等）
------------------------	--

4

2 口腔衛生の管理内容（アセスメント）

記入日：令和 年

記入者	（指示を行った歯科医師名： ）
実施目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患（ <input type="checkbox"/> 予防、 <input type="checkbox"/> 重症化予防） <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上、 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 栄養状態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他（ ）

5

3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日：令和 年 月 日（記入者： ）

口腔衛生等の管理	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
介護職員への技術的助言等の内容	<input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 <input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 <input type="checkbox"/> 食事の状態、食形態等の確認 <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続 <input type="checkbox"/> その他（ ）

4 その他の事項

(M) 口腔機能向上加算 (II)

事業所フィードバック 口腔機能向上加算 (II)

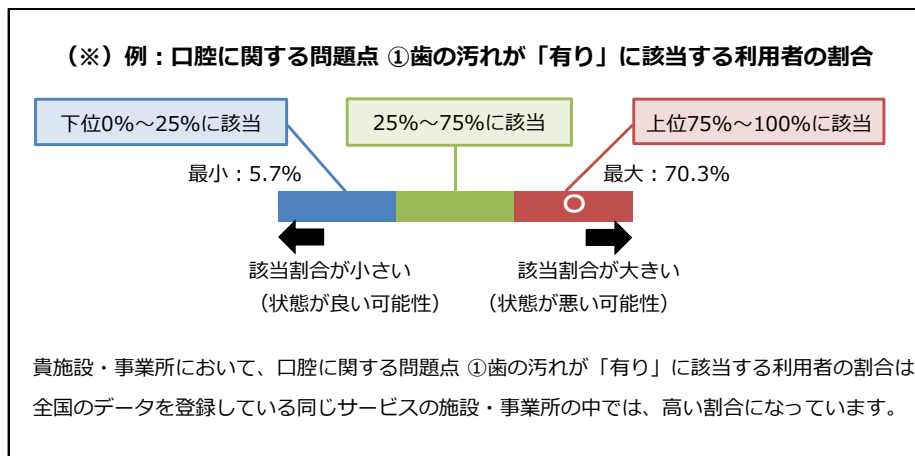
- 事業所フィードバックは、自施設・事業所の利用者の状況と、全国の口腔機能向上加算 (II) をLIFEにデータ登録している同じサービスの事業所における、利用者を対象とした値を表示しています。
- 自施設・事業所の利用者の状況およびその推移や、全国の利用者と比較した相対的な状況等を確認することができます。

<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と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

(様式中に該当無し)

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 : 【3か月前】 10000 【直近】 10150

※本フィードバックの集計において、自施設・事業所の該当データがない場合、フィードバック帳票では「###」、データシートでは「#VALUE!」と表示されます。

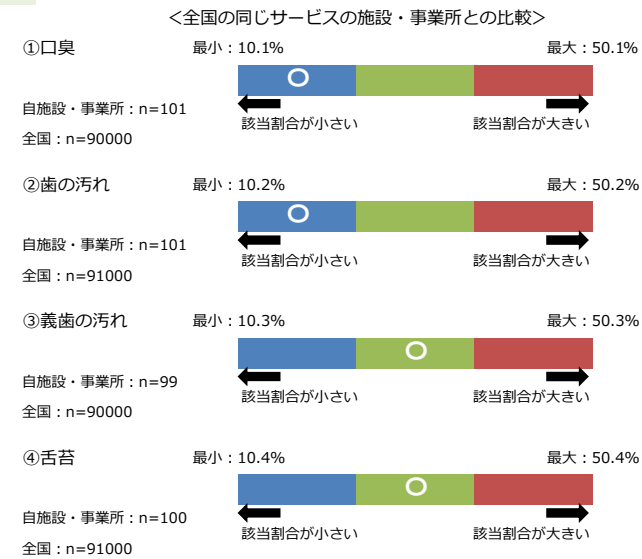
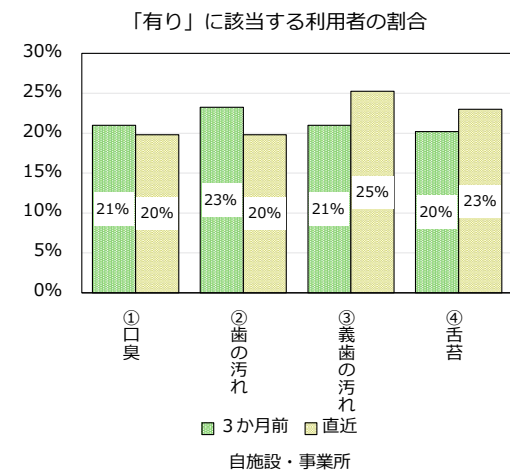
■スクリーニング・アセスメント・モニタリング

1

※各項目について、「有り」「無し」「不明」のいずれかが選択された利用者のうち、「有り」の利用者の割合を表示しています。

※「スクリーニング、アセスメント、モニタリング」の記入日を基準としてデータを集計しています。「スクリーニング、アセスメント、モニタリング」の実施日が正しく入力されていない場合、「スクリーニング、アセスメント、モニタリング」の各項目を入力されていても、フィードバック票に反映されません。

■口腔衛生状態



口腔機能向上サービスに関する計画書 (様式例)

氏名 (ふりがな)	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生まれ 歳
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取 ( <input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 ( <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)) <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり (発症日: 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

		令和 年 月 日	1
		記入者:	
		<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
口腔機能の状態	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	むせ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない	
特記事項	<input type="checkbox"/> 歯 (う蝕、修復物脱離等)、義歯 (義歯不適合等)、歯周病、口腔粘膜 (潰瘍等) の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

2 口腔機能改善管理計画

作成日: 令和 年 月 日

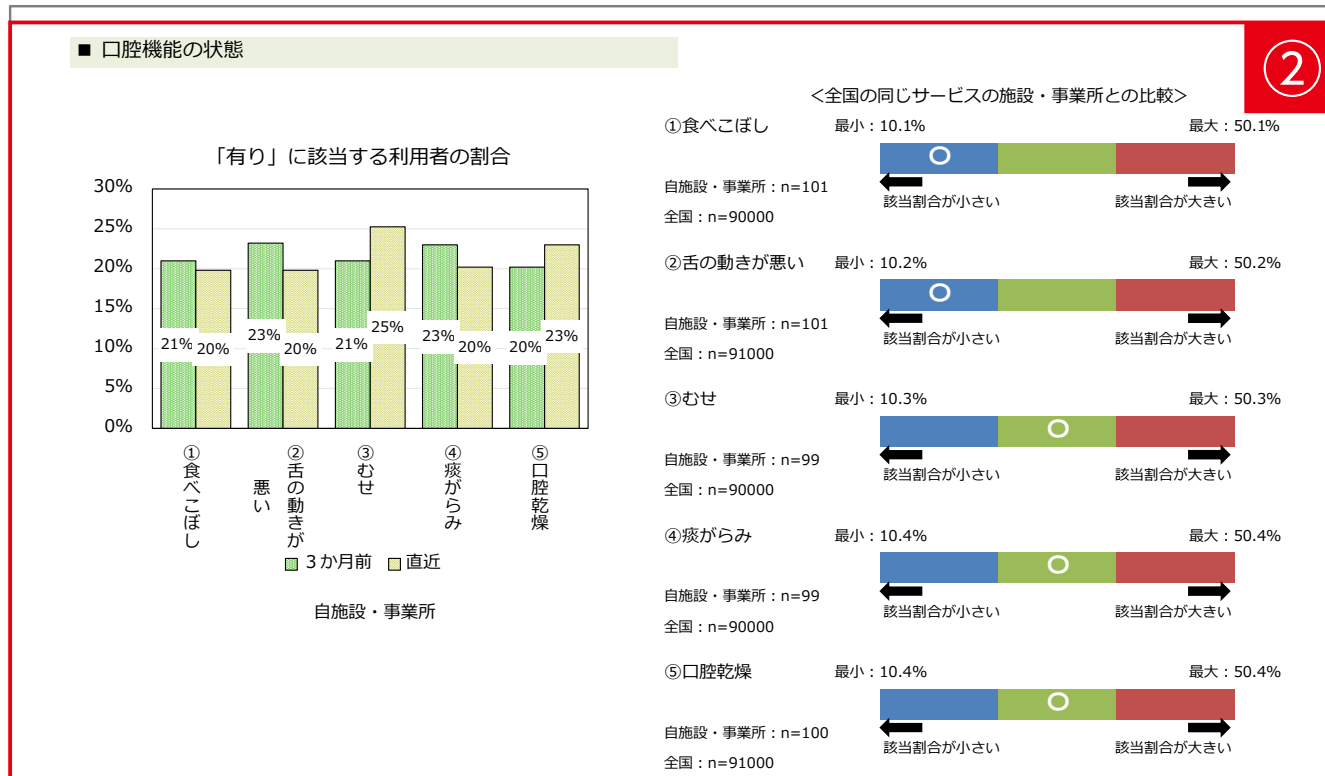
計画立案者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
目標	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 ( <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善 ( ) ) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 ( <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善 ( ) ) <input type="checkbox"/> 食形態 ( <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善 ( ) ) <input type="checkbox"/> 音声・言語機能 ( <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善 ( ) ) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他 ( )
実施内容	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )

3 実施記録

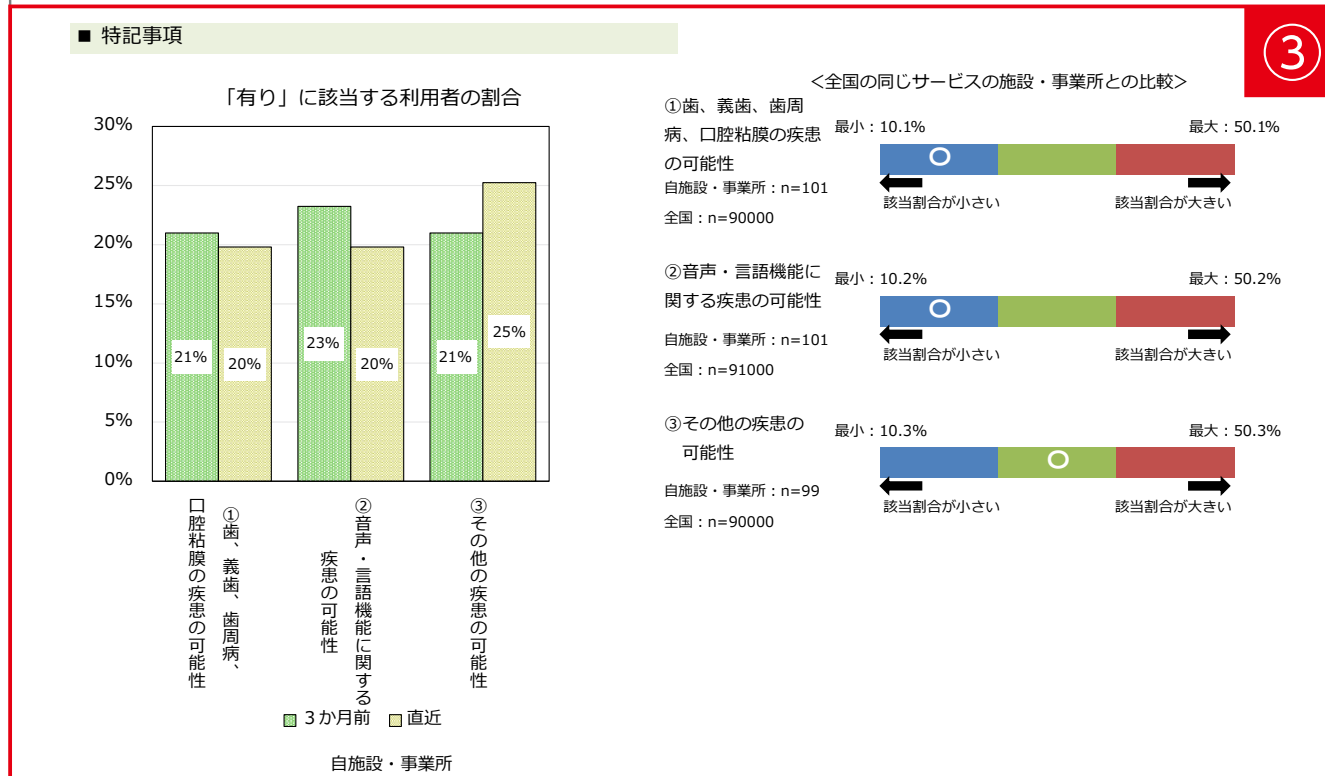
実施年月日	令和 年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
その他 ( )	<input type="checkbox"/> 実施

4 その他特記事項

--



【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。）



【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。）

### 口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生まれ 歳
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取 ( <input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 ( <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)) <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

		令和 年 月 日
		記入者： <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	<input type="checkbox"/> 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性	
	<input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

2 口腔機能改善管理計画

作成日：令和 年 月 日

計画立案者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
目標	<input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 音声・言語機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施内容	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）

3 実施記録

実施年月日	令和 年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
その他（ ）	<input type="checkbox"/> 実施

4 その他特記事項

(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、利用者によ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。

(様式中に該当無し)

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

**■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 前回評価日 令和 年 月 日  
 記入者名

氏名 殿

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] [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				③
評価日	6か月前： 2021/10/5	直近： 2022/4/5	変化	
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			④
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

③ 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)	<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： )  
居室 (※) 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 ※居室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	④

誤嚥性肺炎の発症・既往 (※) なし 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	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	□	□	□	□	□
	・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	□	□	□	□	□	
・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

**<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. 自力では寝返りもうてない

※判定に当たっては、補装具や自助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。

**<日常生活自立度（認知機能）の判断>**

【出典】認定調査員テキスト2009改訂版（令和3年4月改訂）

ランク	判断基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
II a	家庭外で上記IIの状態がみられる。
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

**<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