

(B) 科学的介護推進体制加算（施設サービス）

利用者別フィードバック 科学的介護推進体制加算




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



<データ解釈時の注意点>

以下の①～③は、データを解釈する際の注意点です。

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

利用者別フィードバックで示す状態の「変化」について

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

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

(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 (施設サービス)

①・② 評価日 令和 年 月 日
① 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] [科学的介護推進体制加算 (I) では任意項目]

服薬情報 [科学的介護推進体制加算 (I) では任意項目]

1. 薬剤名 () () /日 (処方期間 年 月 日～ 年 月 日)
 2. 薬剤名 () () /日 (処方期間 年 月 日～ 年 月 日)
 …
 …

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

ADL	自立	一部介助	全介助
・食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・椅子とベッド間の移乗	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10← (監視下)	<input type="checkbox"/> 0
	(座れるが移れない) → <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<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	<input type="checkbox"/> 0
・階段昇降	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排便コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

在宅復帰の有無等 [任意項目]
入所/サービス継続中
中止 (中止日:)
居宅 (※) 介護老人福祉施設入所 介護老人保健施設入所 介護医療院入所 介護療養型医療施設入院
医療機関入院 死亡 その他
 ※居宅サービスを利用する場合 (介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック)

身長 (cm)	体重 (kg)	低栄養状態のリスクレベル	<input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 高
栄養補給法 ・栄養補給法 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 ・経口摂取 <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 一部 ・嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・食事形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (コード <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j) ・とろみ <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い					
食事摂取量	全体 (%)	主食 (%)	副食 (%)		
必要栄養量	エネルギー (kcal)	たんぱく質 (g)	提供栄養量	エネルギー (kcal)	たんぱく質 (g)
血清アルブミン値	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (g/dl)	褥瘡の有無 [任意項目] <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
口腔の健康状態 ・歯・入れ歯が汚れている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・歯が少ないのに入れ歯を使っていない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・むせやすい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
誤嚥性肺炎の発症・既往 (※) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (発症日: 年 月 日) (発症日: 年 月 日) ※初回の入力時には誤嚥性肺炎の既往、二回目以降の入力時は前回の評価後の誤嚥性肺炎の発症について記載					

■口腔・栄養		6か月前： 2021/10/5	直近： 2022/4/5	変化	
身長		155.5	155.8	↗	
体重		45	46	↗	
低栄養状態のリスクレベル (※)		中	低	↑	
栄養補給法 (※)	経腸栄養法	有り	無し	↗	
	静脈栄養法	有り	無し	↗	
	経口摂取	一部	完全	↑	
	嚥下調整食品の必要性	有り	無し	↗	
	とろみ	薄い	無し	↑	
食事摂取量 (※)	全体 (%)	90	100	↑	
	主食 (%)	90	100	↑	
	副食 (%)	90	100	↑	
提供栄養量 必要栄養量 (※)	エネルギー (%)	95.2	98.8	↑	
	たんぱく質 (%)	91.7	96.9	↑	
血清アルブミン値 (※)		4.1	4.2	↑	
口腔の健康状態	施設	歯・入れ歯が汚れている	該当有り	該当無し	↑
		歯が少ないのに入れ歯を使っていない	-	該当無し	-
		むせやすい	-	該当無し	-
	通所・居住	硬いものを避け柔らかいものばかり食べる	-	-	-
		入れ歯を使っている	-	-	-
		むせやすい	-	-	-

※施設サービスのみ必須

血清アルブミン値は、6か月前と直近の両時点のデータが1.0~8.0の範囲内の場合に、変化を矢印で表示しています。

【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。）

科学的介護推進に関する評価（施設サービス）

氏名 殿

評価日 令和 年 月 日
 前回評価日 令和 年 月 日
 記入者名

障害高齢者の日常生活自立度：自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2
 認知症高齢者の日常生活自立度：自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

基本情報	保険者番号	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
	被保険者番号	
	事業所番号	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

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

服薬情報 [科学的介護推進体制加算 (I) では任意項目]

1. 薬剤名 () (/日) (処方期間 年 月 日~ 年 月 日)
 2. 薬剤名 () (/日) (処方期間 年 月 日~ 年 月 日)
 ・
 ・

[科学的介護推進体制加算 (I) では任意項目]

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

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	<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	<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) 低栄養状態のリスクレベル <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	
	栄養補給法 ・栄養補給法 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 ・経口摂取 <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 一部 ・嚥下調整食品の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・食事形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (コード <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j) ・とろみ <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	
	食事摂取量 全体 (%) 主食 (%) 副食 (%)	
	必要栄養量 エネルギー (kcal) たんぱく質 (g) 提供栄養量 エネルギー (kcal) たんぱく質 (g)	
	血清アルブミン値 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (g/dl) 褥瘡の有無 [任意項目] <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	口腔の健康状態 ・歯・入れ歯が汚れている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・歯が少ないのに入れ歯を使っていない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・むせやすい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	誤嚥性肺炎の発症・既往 (※) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (発症日: 年 月 日) (発症日: 年 月 日)	
	※初回の入力時には誤嚥性肺炎の既往、二回目以降の入力時は前回の評価後の誤嚥性肺炎の発症について記載	

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

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

4						
認知症の診断 □なし □あり (診断日 年 月 日: □アルツハイマー病 □血管性認知症 □レビー小体病 □その他 ())						
DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載)						
		まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある
認知症	・日常的な物事に関心を示さない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・特別な事情がないのに夜中起き出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・やたらに歩きまわる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・同じ動作をいつまでも繰り返す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	[以下、任意項目]					
	・同じ事を何度も何度も聞く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・昼間、寝てばかりいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・口汚くののしる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・世話をされるのを拒否する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	・締め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・出しや筆筒の中身をみんな出してしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vitality Index						
・意思疎通 <input type="checkbox"/> 自分から挨拶する、話し掛ける <input type="checkbox"/> 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる <input type="checkbox"/> 反応がない						
[以下、任意項目]						
・起床	<input type="checkbox"/> いつも定時に起床している	<input type="checkbox"/> 起こさないと起床しないことがある	<input type="checkbox"/> 自分から起床することはない			
・食事	<input type="checkbox"/> 自分から進んで食べようとする	<input type="checkbox"/> 促されると食べようとする				
	<input type="checkbox"/> 食事に関心がない、全く食べようとしない					
・排せつ	<input type="checkbox"/> いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う <input type="checkbox"/> 時々、尿意便意を伝える					
	<input type="checkbox"/> 排せつに全く関心がない					
・リハビリ・活動	<input type="checkbox"/> 自らリハビリに向かう、活動を求める <input type="checkbox"/> 促されて向かう <input type="checkbox"/> 拒否、無関心					
(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、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もあります。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5 未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1 月に3～5%未満 3 月に3～7.5%未満 6 月に3～10%未満	1 月に5%以上 3 月に7.5%以上 6 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

(C) 個別機能訓練加算 (Ⅱ)

利用者別フィードバック 個別機能訓練加算

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

＜データ解釈時の注意点＞

以下の①～③は、データを解釈する際の注意点です。

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

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

(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
 利用者番号 : 000010
 年齢 : 86 性別 : 男性

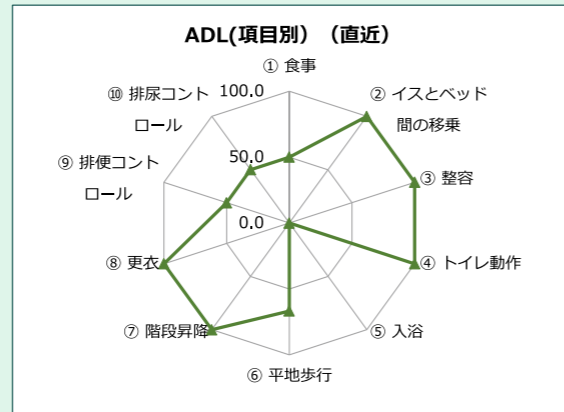
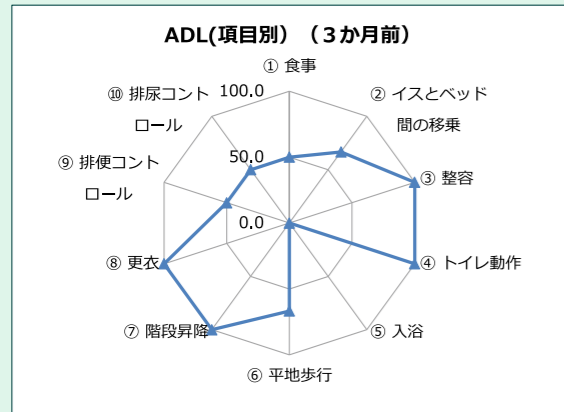
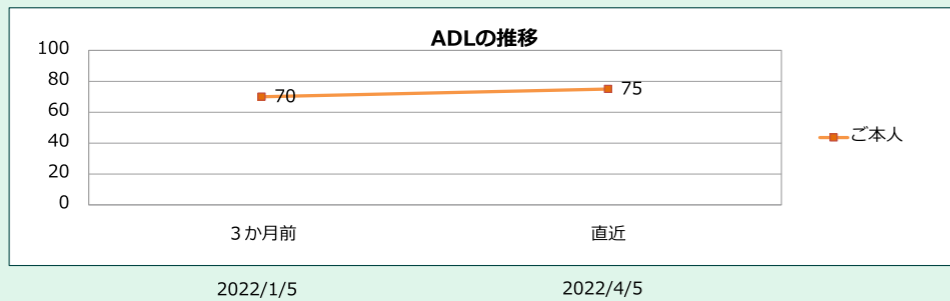
■ 個別機能訓練項目

1

No.	プログラム内容	頻度	時間
1	3 関節可動域訓練	週 2 回	60 分
2	11 摂食嚥下機能訓練	週 3 回	30 分
3	18 起居・移乗動作練習	週 2 回	30 分
4	26 一連の食事行為練習	週 3 回	30 分

■ 日常生活動作 (ADL) の評価

※ レーダーチャートは各項目の満点を100%として、ご本人の点数を%で表示しています。



【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 3-3

【個別機能訓練計画書】

作成日: 令和 年 月 日	前回作成日: 令和 年 月 日	初回作成日: 令和 年 月 日
ふりがな 氏名	性別	大正 / 昭和 年 月 日生 (歳)
要介護度		計画作成者: 職種:
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

I 利用者の基本情報

※別紙様式 3-1・別紙様式 3-2 を別途活用すること。

利用者本人の希望	家族の希望
利用者本人の社会参加の状況	利用者の居宅の環境 (環境因子)

健康状態・経過

病名	発症日・受傷日: 年 月 日	直近の入院日: 年 月 日	直近の退院日: 年 月 日
治療経過 (手術がある場合は手術日・術式等)			
合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)			
機能訓練実施上の留意事項 (開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)			

※①～⑥に加えて、介護支援専門員から、居宅サービス計画上の利用者本人等の意向、総合的な支援方針等について確認すること。

II 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

機能訓練の短期目標 (今後3ヶ月)	目標達成度 (達成・一部・未達)	機能訓練の長期目標 (機能)	目標達成度 (達成・一部・未達)
(活動)		(活動)	
(参加)		(参加)	

※目標設定方法の詳細や生活機能の構成要素の考え方は、通知本体を参照のこと。 ※目標達成の目安となる期間についてもあわせて記載すること。
 ※短期目標 (長期目標を達成するために必要な行為) は、個別機能訓練計画書の訓練実施期間内に達成を目指す項目のみを記載することとして差し支えない。

1

個別機能訓練項目

プログラム内容 (何を目的に(～のために)～する)	留意点	頻度	時間	主な実施者
①		週 回	分	
②		週 回	分	
③		週 回	分	
④		週 回	分	

※短期目標で設定した目標を達成するために必要な行為に対応するよう、訓練項目を具体的に設定すること。

プログラム立案者:

利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること	特記事項
-----------------------------	------

III 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練の実施による変化	個別機能訓練実施における課題とその要因
----------------	---------------------

※個別機能訓練の実施結果等をふまえ、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更等を行った場合は、個別機能訓練計画書の再作成又は更新を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に係る最新の情報が把握できるようにすること。初回作成時にはIIIについては記載不要である。

(地域密着型) 通所介護 ○○○ 事業所No. 000000000 住所○○○ 電話番号○○○	説明日: 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 説明者:
--	-----------------------------

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
 利用者番号 : 000010
 年齢 : 86 性別 : 男性

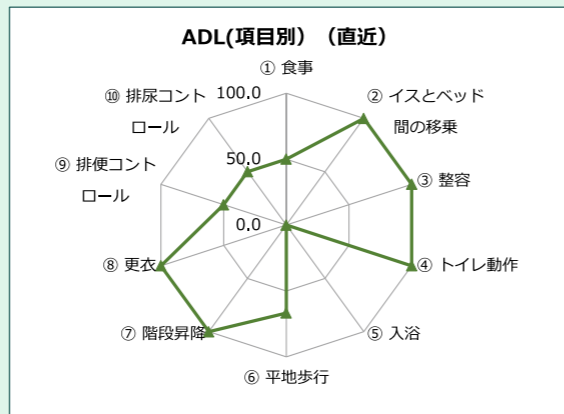
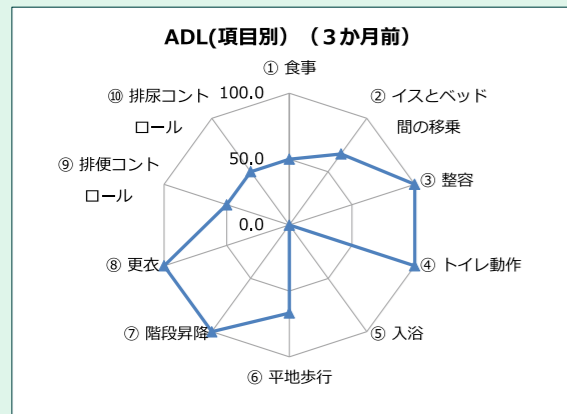
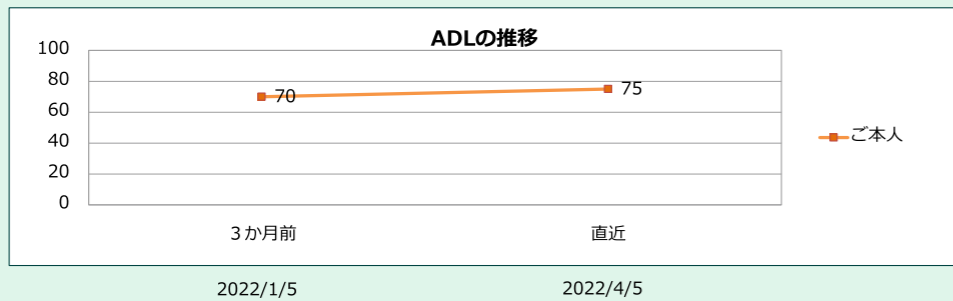
■ 個別機能訓練項目

No.	プログラム内容	頻度	時間
1	3 関節可動域訓練	週 2 回	60 分
2	11 摂食嚥下機能訓練	週 3 回	30 分
3	18 起居・移乗動作練習	週 2 回	30 分
4	26 一連の食事行為練習	週 3 回	30 分

■ 日常生活動作 (ADL) の評価

2

※ レーダーチャートは各項目の満点を100%として、ご本人の点数を%で表示しています。



【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 3 - 2

生活機能チェックシート

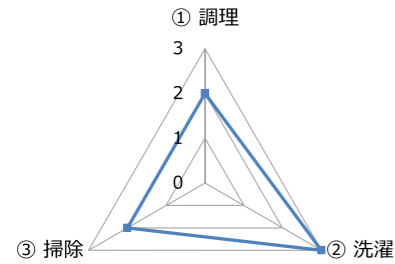
利用者氏名	生年月日	年 月 日	男・女
評価日	令和 年 月 日 ()	: ~ :	要介護度
評価スタッフ	職種		

	項目	レベル	課題	環境 (実施場所・補助具等)	状況・生活課題
ADL	食事	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	椅子とベッド間の移乗	・自立 (15) ・監視下 (10) ・座れるが移れない (5) ・全介助 (5)	有・無		
	整容	・自立 (5) ・一部介助 (0) ・全介助 (0)	有・無		
	トイレ動作	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	入浴	・自立 (5) ・一部介助 (0) ・全介助 (0)	有・無		
	平地歩行	・自立 (15) ・歩行器等 (10) ・車椅子操作が可能 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	階段昇降	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	更衣	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	排便コントロール	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	排尿コントロール	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
I ADL	調理	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	洗濯	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	掃除	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	項目	レベル	課題	状況・生活課題	
起居動作	寝返り	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	起き上がり	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	座位	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立ち上がり	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立位	・自立 ・一部介助 ・全介助	有・無		

■ 手段的日常生活動作 (IADL) の評価

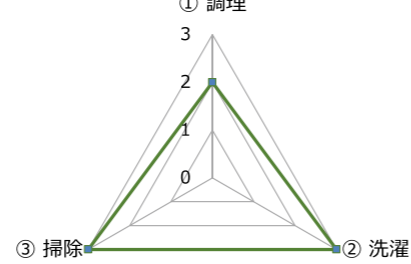
3

IADL(項目別) (3か月前)



0: 全介助 1: 一部介助 2: 見守り 3: 自立

IADL(項目別) (直近)



0: 全介助 1: 一部介助 2: 見守り 3: 自立

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

■ 補足

・ 日常生活動作 (ADL) の評価のグラフの見方

折れ線グラフは、ADLの合計点数の推移を示しています。

(グラフ中の数字が、ご本人のADLの評価の合計点数であり、疾病・障害・環境等のさまざまな要因が影響するものであることにご留意ください。)

レーダーチャートは、折れ線グラフの各時点におけるADL各項目の点数を示しています。

※ グラフの解釈の詳細については、担当の医師・リハビリテーションスタッフにご確認ください。

・ 手段的日常生活動作 (IADL) の評価のグラフの見方

レーダーチャートは、各時点におけるIADLの各項目の点数を示しています。

※ グラフの解釈の詳細については、担当の医師・リハビリテーションスタッフにご確認ください。

・ (参考) ADL (activities of daily living) について

ニューヨーク大学のリハビリテーション科医George Deaver が理学療法士Mary Eleanor Brown とともに提起した概念で、日本リハビリテーション医学会の1976年の定義では「ひとりの人間が独立し生活するために行う基本的な、しかも各人ともに共通に毎日繰り返される一連の身体動作群をいう」となっている。つまりADLは身辺動作(セルフケア)を指し、家事動作、交通機関利用などの応用的動作を生活関連動作(activities parallel to daily living; APDL)として区別して用いることもある。また排泄、食事、移動、整容、更衣など生命生活維持に関連した活動を「基本的ADL」(※1)、買い物や食事の支度などを「手段的ADL (instrumental ADL; IADL)」(※2)、両者を合わせ「拡大ADL」と呼ぶ考えかたもある。禁制やコミュニケーションなど動きを伴う「動作」以外を含めることから、「日常生活活動」と訳されるが、日常生活動作という日本語も用いられる。

(出典: リハビリテーション医学・医療便覧, 1. 用語解説, 公益社団法人日本リハビリテーション医学会監修: リハビリテーション医学・医療コアテキスト, 医学書院, 2018年より)

別紙様式 3-2

生活機能チェックシート

利用者氏名		生年月日	年 月 日	男・女
評価日	令和 年 月 日 ()	: ~ :	要介護度	
評価スタッフ		職種		

	項目	レベル	課題	環境 (実施場所・補助具等)	状況・生活課題
ADL	食事	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	椅子とベッド間の移乗	・自立 (15) ・監視下 (10) ・座れるが移れない (5) ・全介助 (5)	有・無		
	整容	・自立 (5) ・一部介助 (0) ・全介助 (0)	有・無		
	トイレ動作	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	入浴	・自立 (5) ・一部介助 (0) ・全介助 (0)	有・無		
	平地歩行	・自立 (15) ・歩行器等 (10) ・車椅子操作が可能 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	階段昇降	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	更衣	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	排便コントロール	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無		
	排尿コントロール	・自立 (10) ・一部介助 (5) ・全介助 (0)	有・無	3	
IADL	調理	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	洗濯	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	掃除	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	項目	レベル	課題	状況・生活課題	
起居動作	寝返り	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	起き上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	座位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立ち上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		

(D) ADL 維持等加算

利用者別フィードバック ADL維持等加算

○ 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、利用者には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。

ADL (Barthel Index) について

Barthel Index は、日常生活活動を評価するための指標であり、「食事」「椅子とベッド間の移乗」「整容」「トイレ動作」「入浴」「平地歩行」「階段昇降」「更衣」「排便コントロール」「排尿コントロール」の10項目からなります。

総計は最高 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。

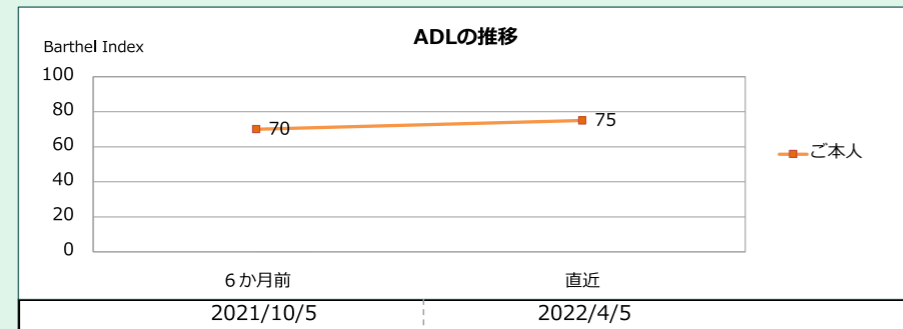
事業所番号 : 999999999 サービス : サンプルサービス
集計時点 : 2022年4月 登録分
事業所名称 : サンプル施設
利用者番号 : 000010

(ADL 維持等加算に様式はありません)

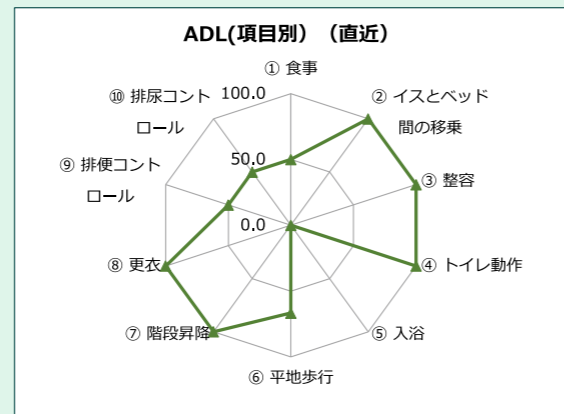
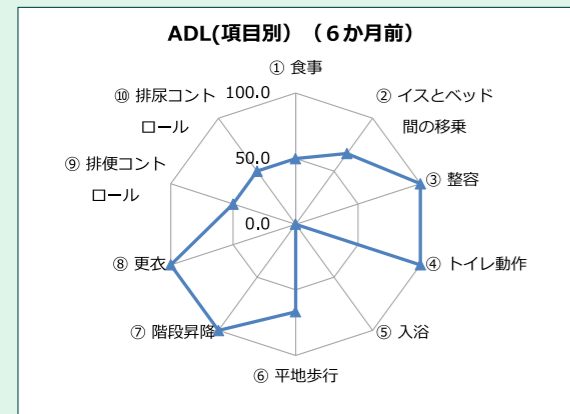
事業所番号 : 999999999 サービス : サンプルサービス 集計時点 : 2022年4月 登録分
事業所名称 : サンプル施設
利用者番号 : 000010

■ 日常生活動作 (ADL) の評価

※ レーダーチャートは各項目の満点を100%として、ご本人の点数を%で表示しています。



※LIFEに「ADL評価日」が登録されていない場合、日付は空欄として表示されます。



(ADL 維持等加算に様式はありません)

(E) リハビリテーションマネジメント加算等

利用者別フィードバック リハビリテーションマネジメント加算等

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

＜データ解釈時の注意点＞

以下の①～③は、データを解釈する際の注意点です。

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

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
利用者番号 : 000010

(様式中に該当無し)

(2) 利用者別フィードバック

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
 利用者番号 : 000010
 年齢 : 86 性別 : 男性

■ 目標と具体的な支援内容

1

計画作成日 : 2022/4/5

No.	目標 (解決すべき課題)	担当職種	具体的支援内容	頻度	時間
1	食べることに	言語聴覚士	11 摂食嚥下機能訓練	週 2 回	60 分/回
		作業療法士	26 一連の食事行為練習 30 食後の後片付け練習		
2	-	-	-	週 - 回	- 分/回
		-	-		
3	-	-	-	週 - 回	- 分/回
		-	-		
4	-	-	-	週 - 回	- 分/回
		-	-		
5	-	-	-	週 - 回	- 分/回
		-	-		

(2) 利用者別フィードバック

別紙様式 2-2-2

計画作成日: 令和 年 月 日 ~ 見直し予定時期: 年 月 日頃

■ 環境因子 (※ 課題ありの場合、現状と将来の見込みについて記載する)		■ 社会参加の状況 (過去実施していたものと現状について記載する)	
家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 ()	家庭内の役割の内容	()
福祉用具等	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 器具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータルトイレ その他 ()	調整済	<input type="checkbox"/> 調整済 <input type="checkbox"/> 未調整
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(居住階(階)階) <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 玄関前の段差 <input type="checkbox"/> 手すり(設置場所) 食卓: <input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブルいす トイレ: <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータルトイレ その他 ()	調整済	<input type="checkbox"/> 調整済 <input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 未調整
自宅周辺	<input type="checkbox"/> ()		
交通機関の利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
サービスの利用	<input type="checkbox"/> ()		
その他	<input type="checkbox"/> ()		
		介護活動(内容および頻度)	()
		社会地域活動(内容および頻度)	()
		リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組	()

■ 活動 (ADL)				■ 活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析	
アセスメント項目	リハ開始時	現状	特記事項	評価内容の記載方法	
食事前の用意				0: していない	1: まれにしている
食事の片付け				2: 週に1~2回	3: 週に3回以上
洗濯				0: していない	
掃除や整理				1: まれにしている	
力仕事				2: 週に1回未満	
買物				3: 週に1回以上	
外出				0: していない	
屋外歩行				1: 時々	
趣味				2: 定期的に行っている	
交通手段の利用				3: 種々等もしている	
旅行				0: していない	
庭仕事				1: 時々	
家や車の手入れ				2: 定期的に行っている	
				3: 種々等もしている	
読書				0: していない	
				1: 月に1~2回	
仕事				2: 月に1回	
				3: 月に2回	
合計点数				0: 読んでいない	
				1: 週1~9時間	
				2: 週10~29時間	
				3: 週30時間以上	

■ リハビリテーションサービス						
□ 訪問(週回頻度)		□ 利用時間()		□ 送迎なし		
No.	目標 (解決すべき課題)	期間	担当職種	具体的支援内容 (何を目的に(〜のために)〜をする)	頻度	時間
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
週合計時間						

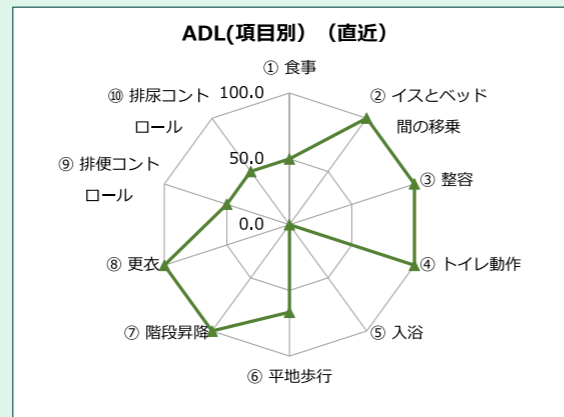
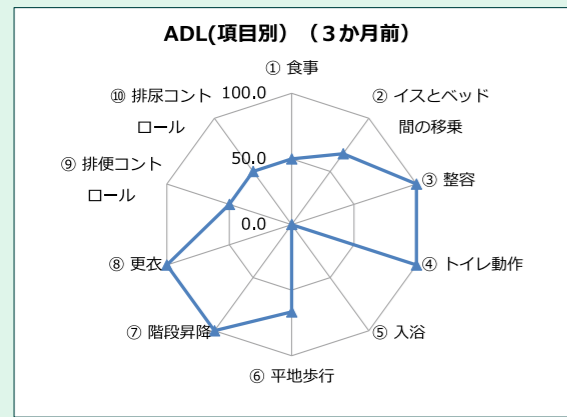
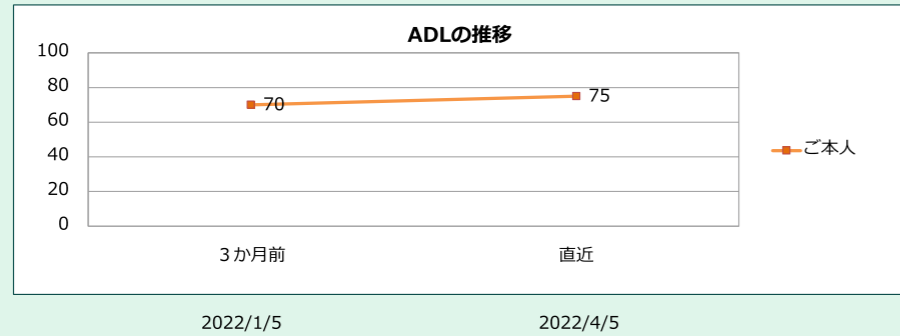
□ 他事業所の担当者と共有すべき事項	□ 介護支援専門員と共有すべき事項	□ その他、共有すべき事項 ()
--------------------	-------------------	-------------------

※ 下記の職種の支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援していきます。
 【情報提供先】 □ 介護支援専門員 □ 医師 □ (地域密着型) 通所介護 □ ()

■日常生活動作 (ADL) の評価

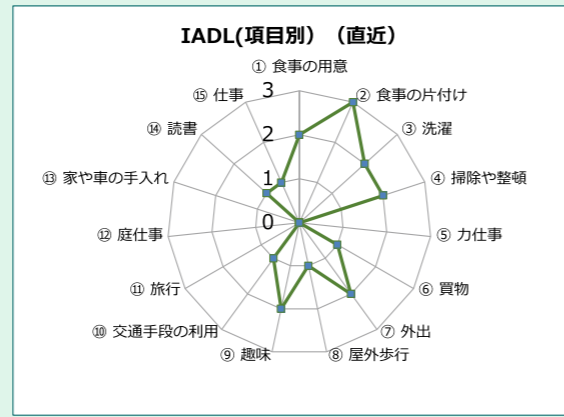
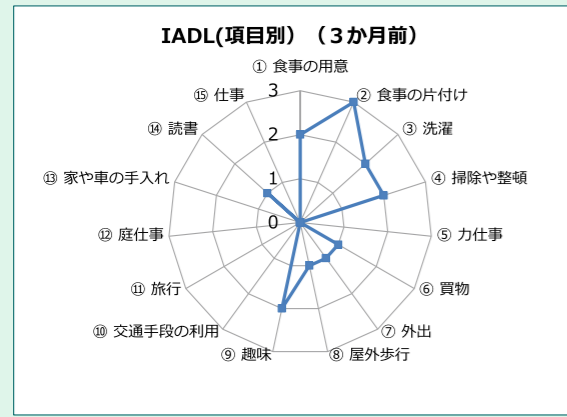
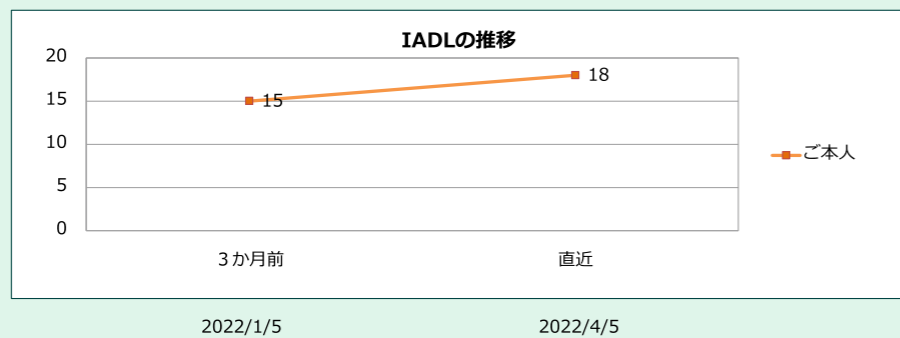
2

※ レーダーチャートは各項目の満点を100%として、ご本人の点数を%で表示しています。



■手段的日常生活動作 (IADL) の評価

※ レーダーチャートは各項目の満点を100%として、ご本人の点数を%で表示しています。



別紙様式 2-2-1

事業所番号 _____ リハビリテーション計画書 入院 外来 訪問 通所 入所 計画作成日: 令和 ____年 ____月 ____日
 氏名: _____様 性別: 男 女 生年月日: ____年 ____月 ____日 (____歳) 要支援 要介護
 リハビリテーション担当医: _____ 担当: _____ (PT OT ST 看護職員 その他従事者 ()

■本人の希望(したい又はできるようにになりたい生活の希望等) _____
 ■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等) _____

■健康状態、経過
 原因疾病: _____ 発症日・受傷日: ____年 ____月 ____日 直近の入院日: ____年 ____月 ____日 直近の退院日: ____年 ____月 ____日
 治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): _____

合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等): _____
 これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等): _____

目標設定等支援・管理シート: あり なし 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判定基準: 自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	特記事項(改善の見込み含む)
筋力低下	あり	あり	
麻痺	あり	あり	
感覚機能障害	あり	あり	
関節可動域制限	あり	あり	
摂食嚥下障害	あり	あり	
失語症・構音障害	あり	あり	
見当識障害	あり	あり	
記憶障害	あり	あり	
高次脳機能障害 ()	あり	あり	
栄養障害	あり	あり	
褥瘡	あり	あり	
疼痛	あり	あり	
精神行動障害(BPSD)	あり	あり	
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> TUG Test			
服薬管理	自立		
コミュニケーションの状況			

■活動(基本動作)

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
寝返り	自立	自立	
起き上がり	自立	自立	
座位保持	自立	自立	
立ち上がり	自立	自立	
立位保持	自立	自立	

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
食事	10(自立)	10(自立)	
イスとベッド間の移乗	15(自立)	15(自立)	
整容	5(自立)	5(自立)	
トイレ動作	10(自立)	10(自立)	
入浴	5(自立)	5(自立)	
平地歩行	15(自立)	15(自立)	
階段昇降	10(自立)	10(自立)	
更衣	10(自立)	10(自立)	
排便コントロール	10(自立)	10(自立)	
排尿コントロール	10(自立)	10(自立)	
合計点			

■リハビリテーションの短期目標(今後3ヶ月)
 (心身機能)
 (活動)
 (参加)

■リハビリテーションの長期目標
 (心身機能)
 (活動)
 (参加)

■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)

■本人・家族への生活指導の内容(自主トレ指導含む)

■リハビリテーション実施上の留意点
 (開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

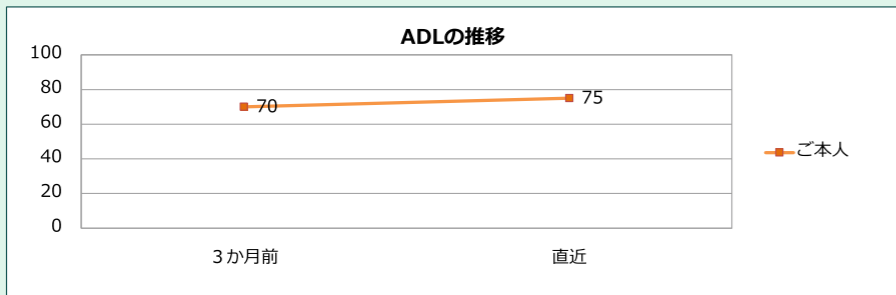
■リハビリテーションの見直し・継続理由

■リハビリテーションの終了目安
 (終了の目安となる時期: ____ヶ月後)

利用者・ご家族への説明: 令和 ____年 ____月 ____日

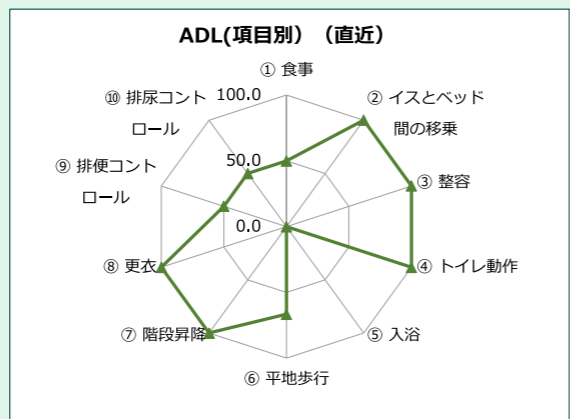
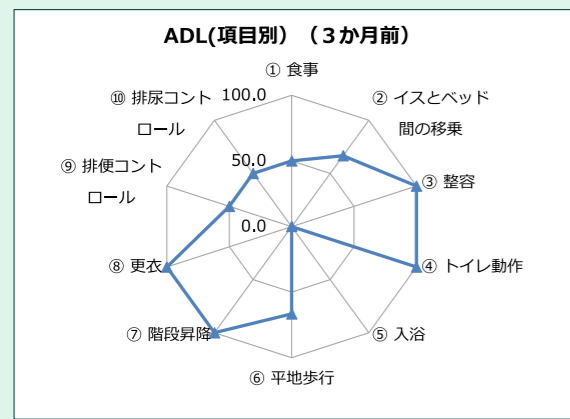
■日常生活動作 (ADL) の評価

※ レーダーチャートは各項目の満点を100%として、ご本人の点数を%で表示しています。



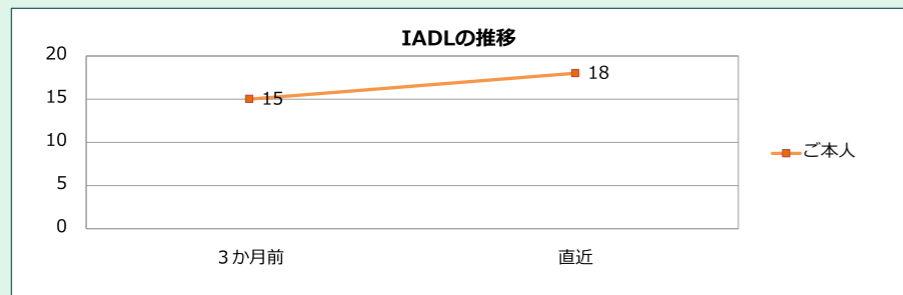
2022/1/5

2022/4/5



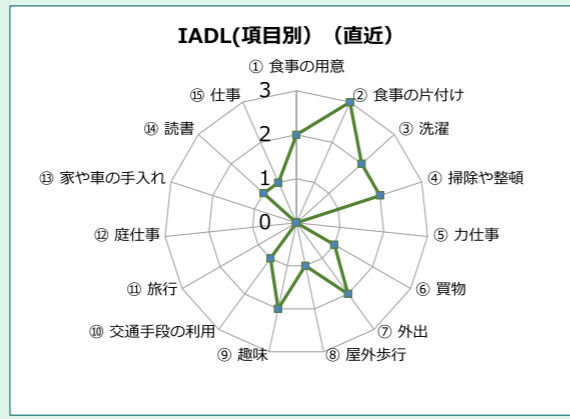
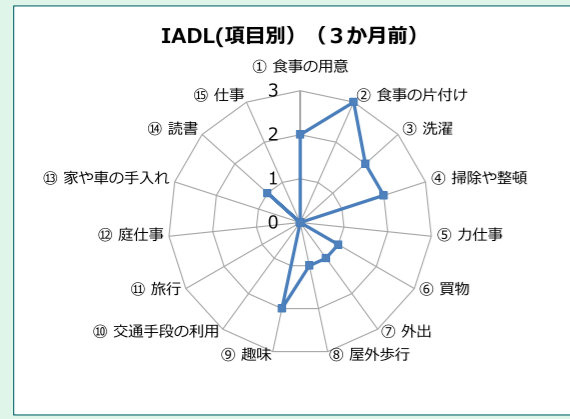
■手段的日常生活動作 (IADL) の評価

※ レーダーチャートは各項目の満点を100%として、ご本人の点数を%で表示しています。



2022/1/5

2022/4/5



別紙様式 2-2-2

計画作成日: 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 見直し予定時期 〇〇年 〇〇月 〇〇日

■環境因子(※懸念ありの場合 現状と将来の見込みについて記載する)		■社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)	
家族	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同居()	家庭内の役割の内容	
福祉用具等	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータルトイレ その他()	<input type="checkbox"/> 調整済 <input type="checkbox"/> 未調整	余暇活動(内容および頻度)
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(居住階()階) <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 玄関前の段差 <input type="checkbox"/> 手すり(設置場所:) 食卓: <input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル(いす トイレ: <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータルトイレ その他()	<input type="checkbox"/> 調整済 <input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 未調整	社会地域活動(内容および頻度)
自宅周辺			リハビリテーション終了後にやりたい社会参加等の取組
交通機関の利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
サービスの利用			
その他	<input type="checkbox"/>		

■活動(IADL)		■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析	
アセスメント項目	リハ開始時 現状 2事項	評価内容の記載方法	■活動と参加において重要性の高い課題
食事の用意		0:していない 1:まれにしている	
食事の片付け		2:週に1~2回 3:週に3回以上	
洗濯			
掃除や整理		0:していない 1:時々	
力仕事		2:定期的にしている 3:補替等もしている	
買物		0:していない	
外出		1:まれにしている	
屋外歩行		2:週に1回未満 3:週に1回以上	
趣味			
交通手段の利用			
旅行			■活動と参加に影響を及ぼす機能障害の課題
庭仕事			
家や車の手入れ			■活動と参加に影響を及ぼす機能障害以外の要因
読書			
仕事			
合計点数			

■リハビリテーションサービス		利用時間()		担当職種()		具体的支援内容 (何を目的に(〜のために)〜をする)		頻度	時間	
No.	目標(解決すべき課題)	期間						週	回	分/回
								週	回	分/回
								週	回	分/回
								週	回	分/回
								週	回	分/回
								週合計時間		

他事業所の担当者と共有すべき事項 介護支援専門員と共有すべき事項 その他、共有すべき事項()

※下記の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。
【情報提供先】 介護支援専門員 医師 (地域密着型)通所介護 ()

■ IADL項目別点数

①食事の用意、②食事の片付け

0：していない 1：まれにしている 2：週に1～2回 3：週に3回以上

③洗濯、④掃除や整頓、⑤力仕事、⑥買物、⑦外出、⑧屋外歩行、⑨趣味、⑩交通手段の利用、⑪旅行

0：していない 1：まれにしている 2：週に1回未満 3：週に1回以上

⑫庭仕事

0：していない 1：時々 2：定期的に行っている 3：植替等もしている

⑬家や車の手入れ

0：していない 1：電球の取替、ねじ止めなど 2：ペンキ塗り、模様替え、洗車 3：家の修理、車の整備

⑭読書

0：読んでいない 1：まれに 2：月1回程 3：月2回以上

⑮仕事

0：していない 1：週1～9時間 2：週10～29時間 3：週30時間以上

■補足

・ 日常生活動作（ADL）の評価のグラフの見方

折れ線グラフは、ADLの合計点数の推移を示しています。

（グラフ中の数字が、ご本人のADLの合計点数であり、疾病・障害・環境等のさまざまな要因が影響するものであることにご留意ください。）

レーダーチャートは、折れ線グラフの各時点におけるADL各項目の点数を示しています。

※ グラフの解釈の詳細については、担当の医師・リハビリテーションスタッフにご確認ください。

・ 手段的日常生活動作（IADL）の評価のグラフの見方

折れ線グラフは、IADLの合計点数の推移を示しています。

（グラフ中の数字が、ご本人のIADLの合計点数であり、疾病・障害・環境等のさまざまな要因が影響するものであることにご留意ください。）

レーダーチャートは、折れ線グラフの各時点におけるIADLの各項目の点数を示しています。

※ グラフの解釈の詳細については、担当の医師・リハビリテーションスタッフにご確認ください。

・ （参考）ADL (activities of daily living) について

ニューヨーク大学のリハビリテーション科医George Deaver が理学療法士Mary Eleanor Brown とともに提起した概念で、日本リハビリテーション医学会の1976年の定義では「ひとりの人間が独立し生活するために行う基本的な、しかも各人ともに共通に毎日繰り返される一連の身体動作群をいう」となっている。つまりADLは身辺動作（セルフケア）を指し、家事動作、交通機関利用などの応用的動作を生活関連動作（activities parallel to daily living ; APDL）として区別して用いることもある。また排泄、食事、移動、整容、更衣など生命生活維持に関連した活動を「基本的ADL」（※1）、買い物や食事の支度などを「手段的ADL（instrumental ADL ; IADL）」（※2）、両者を合わせ「拡大ADL」と呼ぶ考えかたもある。禁制やコミュニケーションなど動きを伴う「動作」以外を含めることから、「日常生活活動」と訳されるが、日常生活動作という日本語も用いられる。

（出典：リハビリテーション医学・医療便覧，1．用語解説．公益社団法人日本リハビリテーション医学会監修：リハビリテーション医学・医療コアテキスト，医学書院，2018年より）

(F) 褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理

利用者別フィードバック 褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理




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



<データ解釈時の注意点>

以下の①～③は、データを解釈する際の注意点です。

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

利用者別フィードバックで示す状態の「変化」について

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

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

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

(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

■ 褥瘡の有無・危険因子の評価

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

1

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

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

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

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

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

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

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

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

褥瘡ケア計画	留意する項目	計画の内容	
	関連職種が共同して取り組むべき事項		
評価を行う間隔	評価を行う間隔 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

<褥瘡の状態の評価 (DESIGN-R®2020) >

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

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

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

(※2) "短径"とは"長径と直交する最大径"です。

(※3) 持続する発赤の場合も皮膚損傷に準じて評価します。

(G) 排泄支援加算

利用者別フィードバック 排泄支援加算

○ 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、利用者になん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、 ↓ については必ずしも良い方向への変化とは言えない可能性があります。

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

(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
利用者番号 : 000010

■排せつの状態及び今後の見込み・支援の必要性

1

		入所時: 2021/10/4	6か月前: 2021/10/4	直近: 2022/4/5	変化
排尿の状態	評価時	一部介助	一部介助	見守り等	↑
	3か月後の見込み (支援を行った場合)		見守り等	見守り等	
	3か月後の見込み (支援を行わない場合)		一部介助	一部介助	
排便の状態	評価時	一部介助	一部介助	見守り等	↑
	3か月後の見込み (支援を行った場合)		一部介助	見守り等	
	3か月後の見込み (支援を行わない場合)		一部介助	一部介助	
おむつ使用の有無	評価時	あり(夜間のみ)	あり(夜間のみ)	あり(日中のみ)	
	3か月後の見込み (支援を行った場合)		あり(夜間のみ)	あり(夜間のみ)	
	3か月後の見込み (支援を行わない場合)		あり(夜間のみ)	あり(終日)	
ポータブルトイレ 使用の有無	評価時	あり(夜間のみ)	あり(夜間のみ)	あり(日中のみ)	
	3か月後の見込み (支援を行った場合)		あり(夜間のみ)	あり(夜間のみ)	
	3か月後の見込み (支援を行わない場合)		あり(夜間のみ)	あり(終日)	
排せつの状態に関する支援の必要性			有り	有り	→

※入所時の「評価時」は、6か月前のデータで「施設入所時」の各項目が入力されている場合に表示しています。

【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。)

Blank memo box for recording discussions.

排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

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

記入者名
医師名
看護師名

1

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

Blank box for recording reasons for care needs.

支援計画

Blank box for recording support plans.

説明日 令和 年 月 日
説明者氏名

(H) 自立支援促進加算

利用者別フィードバック 自立支援促進加算




○ 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、利用者にとって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、  については必ずしも良い方向への変化とは言えない可能性があります。

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

(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
 利用者番号 : 000010

■ 現状の評価と支援計画実施による改善の可能性

1

評価日	3か月前 : 2021/1/4	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	↑

【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。)

2

	3か月前 : 2021/1/4	直近 : 2022/4/5	変化	
基本動作	寝返り	一部介助	見守り	↑
	起き上がり	一部介助	見守り	↑
	座位の保持	一部介助	見守り	↑
	立ち上がり	一部介助	一部介助	→
	立位の保持	一部介助	一部介助	→
ADL	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)	→
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	有り	有り	→
	本人を尊重する個別ケア	有り	有り	→
	寝たきり防止に資する取組	無し	有り	↑
	自立した生活を支える取組	有り	有り	→
医学的観点からの留意事項	血圧	無し	無し	→
	摂食	有り	無し	↑
	嚥下	有り	有り	→
	移動	有り	有り	→
	運動	有り	有り	→
	その他	無し	無し	→

【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

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)
 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)

1

(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	・食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0			
・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	・椅子とベッド間の移乗 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (監視下)			
・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	(座るが移れない) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0			
・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	・整容 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0			
・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	・トイレ動作 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0			
	・入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0			
	・平地歩行 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10← (歩行器等)			
	(車椅子操作が可能) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0			
	・階段昇降 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0			
	・更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0			
	・排便コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0			
	・排尿コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0			

(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

2

(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。)

2

3

■ 支援実績（離床・基本動作）

		3か月前： 2021/1/4	直近： 2022/4/5	変化	
離床	有無	有り	有り	→	
	1日あたり（時間）	6	7	↑	
座位保持	有無	有り	有り	→	
	1日あたり（時間）	3	5	↑	
	内訳	ベッド上	2	1	↓
		車椅子	1	2	↑
		普通の椅子	0	2	↑
その他		0	0	→	
立ち上がり	有無	有り	有り	→	
	1日あたり（回）	3	5	↑	

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

3

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"> 離床 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり（ ）時間 座位保持 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり（ ）時間 （内訳） <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり（ ）回 	<ul style="list-style-type: none"> 食事 <ul style="list-style-type: none"> （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） <ul style="list-style-type: none"> （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） <ul style="list-style-type: none"> （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 <ul style="list-style-type: none"> （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 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の希望の確認 <ul style="list-style-type: none"> 1月あたり（ ）回 外出 <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 1日あたり（ ）時間 趣味・アクティビティ・役割活動 <ul style="list-style-type: none"> 1週間あたり（ ）回 職員の居室訪問 <ul style="list-style-type: none"> 1日あたり（ ）回 職員との会話・声かけ <ul style="list-style-type: none"> 1日あたり（ ）回 着替えの回数 <ul style="list-style-type: none"> 1週間あたり（ ）回 居場所作りの取組 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ専門職による訓練 <ul style="list-style-type: none"> <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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1週間あたり（ ）時間 その他職種 <ul style="list-style-type: none"> <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

4

■ 支援実績 (ADL動作)

		3か月前： 2021/1/4	直近： 2022/4/5	変化
食事	食事	一部介助	一部介助	→
	居室外 (普通の椅子)	無し	有り	↗
	居室外 (車椅子)	有り	無し	↘
	ベッドサイド	無し	無し	↔
	ベッド上	無し	無し	↔
	その他	無し	無し	↔
	食事時間や嗜好への対応	有り	有り	→
排せつ (日中)	排せつ (日中)	一部介助	一部介助	→
	居室外のトイレ	無し	有り	↗
	居室内のトイレ	有り	無し	↘
	ポータブルトイレ	無し	無し	↔
	おむつ	無し	無し	↔
	その他	無し	無し	↔
個人の排せつリズムへの対応 (日中)	無し	有り	↑	
排せつ (夜間)	排せつ (夜間)	一部介助	一部介助	→
	居室外のトイレ	無し	有り	↗
	居室内のトイレ	有り	無し	↘
	ポータブルトイレ	無し	無し	↔
	おむつ	無し	無し	↔
	その他	無し	無し	↔
個人の排せつリズムへの対応 (夜間)	無し	有り	↑	
入浴	入浴	一部介助	一部介助	→
	大浴場	無し	無し	↔
	個人浴槽	無し	有り	↗
	機械浴槽	無し	無し	↔
	清拭	有り	無し	↘
	1週間あたりの入浴回数	2	3	↑
マンツーマン入浴ケア	無し	有り	↑	

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

4

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"> 離床 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり () 時間 座位保持 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり () 時間 (内訳) <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり () 回 	<ul style="list-style-type: none"> 食事 <ul style="list-style-type: none"> (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) <ul style="list-style-type: none"> (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 個人の排せつリズムへの対応 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 排せつ (夜間) <ul style="list-style-type: none"> (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 個人の排せつリズムへの対応 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 入浴 <ul style="list-style-type: none"> (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 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の希望の確認 <ul style="list-style-type: none"> 1月あたり () 回 外出 <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 1日あたり () 時間 趣味・アクティビティ・役割活動 <ul style="list-style-type: none"> 1週間あたり () 回 職員の居室訪問 <ul style="list-style-type: none"> 1日あたり () 回 職員との会話・声かけ <ul style="list-style-type: none"> 1日あたり () 回 着替えの回数 <ul style="list-style-type: none"> 1週間あたり () 回 居場所作りの取組 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ専門職による訓練 <ul style="list-style-type: none"> <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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1週間あたり () 時間 その他職種 <ul style="list-style-type: none"> <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

5

■ 支援実績（日々の過ごし方等）

	3か月前： 2021/1/4		直近： 2022/4/5		変化
	1月あたり	回	1月あたり	回	
本人の希望の確認	2	回	3	回	↑
外出	1	回	2	回	↑
居室以外における滞在	2	時間	1	時間	↓
趣味・アクティビティ・役割活動	1	回	1	回	→
職員の居室訪問	4	回	4	回	↔
職員との会話・声かけ	5	回	5	回	↔
着替えの回数	3	回	3	回	↔
居場所作りの取組	有り		有り		→

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

6

■ 支援実績（訓練時間）

		3か月前： 2021/1/4		直近： 2022/4/5		変化
		有り	無し	有り	無し	
リハビリ専門職による訓練	有り	有り	無し	有り	無し	→
	1週あたり（時間）	2		1		↓
看護・介護職による訓練	有り	有り	無し	有り	無し	→
	1週あたり（時間）	1		2		↑
その他職種による訓練	有り	有り	無し	有り	無し	→
	1週あたり（時間）	1		2		↑

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

5

6

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"> 離床 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり（ ）時間 座位保持 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり（ ）時間 (内訳) <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1日あたり（ ）回 	<ul style="list-style-type: none"> 食事 <ul style="list-style-type: none"> (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） <ul style="list-style-type: none"> (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） <ul style="list-style-type: none"> (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 <ul style="list-style-type: none"> (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 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の希望の確認 <ul style="list-style-type: none"> 1月あたり（ ）回 外出 <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 1日あたり（ ）時間 趣味・アクティビティ・役割活動 <ul style="list-style-type: none"> 1週間あたり（ ）回 職員の居室訪問 <ul style="list-style-type: none"> 1日あたり（ ）回 職員との会話・声かけ <ul style="list-style-type: none"> 1日あたり（ ）回 着替えの回数 <ul style="list-style-type: none"> 1週間あたり（ ）回 居場所作りの取組 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ専門職による訓練 <ul style="list-style-type: none"> <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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 1週間あたり（ ）時間 その他職種 <ul style="list-style-type: none"> <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

<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。

(I) 栄養アセスメント加算 (通所・居宅サービス)

利用者別フィードバック 栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算




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



<データ解釈時の注意点>

以下の①～③は、データを解釈する際の注意点です。

- ① 指標の値及びその変化は、必ずしもケアや状態の良し悪しを反映するものではありません。
- ② 利用者の背景や利用目的、対象期間中に実施した取組、利用者毎の状況（入院があった、他のサービスを利用していた等）など、様々な要因が関連します。
- ③ 対象期間中に、利用者には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、  については必ずしも良い方向への変化とは言えない可能性があります。

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

(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
 利用者番号 : 000010

1

■ 低栄養状態のリスク・食生活状況等

実施日	3か月前 : 2022/1/5	直近 : 2022/4/5	変化	
低栄養状態のリスクレベル	中	低	↑	
身長	155.5	155.8	↔	
体重	45	46	↔	
3%以上の体重減少	/1ヶ月	有り	↑	
	/3ヶ月	無し	→	
	/6ヶ月	無し	→	
血清アルブミン値	4.1	4.2	↑	
褥瘡	有り	無し	↑	
栄養補給法	経口摂取	一部経口	↑	
	経腸栄養法	有り	無し	
	静脈栄養法	有り	無し	
嚥下調整食品の必要性	嚥下調整食品の必要性	有り	無し	
	食事の形態	嚥下調整食3	嚥下調整食4	↑
	とろみ	薄い	無し	↑
食事摂取量	全体 (%)	90	100	↑
	主食 (%)	90	100	↑
	主菜 (%)	90	100	↑
	副菜 (%)	90	100	↑
	その他 (%)	90	100	↑
摂取栄養量	エネルギー (%)	90.5	97.7	↑
必要栄養量	たんぱく質 (%)	83.3	92.3	↑
提供栄養量	エネルギー (%)	95.2	98.8	↑
必要栄養量	たんぱく質 (%)	91.7	96.9	↑
食事の留意事項の有無	有り	無し	↔	
本人の意欲	よい	まあよい	↓	
食欲・食事の満足感	大いにある	ややある	↓	
食事に対する意識	大いにある	ふつう	↓	

血清アルブミン値は、3か月前と直近の両時点のデータが1.0~8.0の範囲内の場合に、変化を矢印で表示しています。

【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。）

2

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	口男 口女	生年月日	年 月 日	日生まれ	年齢	職
氏名	要介護度		病名・特記事項等		記入者名		
利用者	家族の意向		食事の準備状況 (調理、食事の支援、配膳等)		作成年月日	年 月 日	本人
(以下は、入所(入居)者等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 ()	1		
プロセス	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹			
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 ²)	kg / (kg/m ²)	kg / (kg/m ²)	kg / (kg/m ²)			
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			
栄養補給法	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			
その他	口経腸栄養法 口静脈栄養法	口経腸栄養法 口静脈栄養法	口経腸栄養法 口静脈栄養法	口経腸栄養法 口静脈栄養法			
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/kg)	kcal (kcal/kg) (g/kg)	kcal (kcal/kg) (g/kg)	kcal (kcal/kg) (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/kg)	kcal (kcal/kg) (g/kg)	kcal (kcal/kg) (g/kg)	kcal (kcal/kg) (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/kg)	kcal (kcal/kg) (g/kg)	kcal (kcal/kg) (g/kg)	kcal (kcal/kg) (g/kg)			
嚥下調整食品の必要性	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 : ★フルダウン ²)	(コード : ★フルダウン ²)	(コード : ★フルダウン ²)	(コード : ★フルダウン ²)			
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	★フルダウン ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³			
食欲・食事の満足感	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴			
食事に対する意識	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴			
口腔衛生	口口腔衛生 口摂食・嚥下	口口腔衛生 口摂食・嚥下	口口腔衛生 口摂食・嚥下	口口腔衛生 口摂食・嚥下			
正しい姿勢が自分で取れない	口	口	口	口			
中ずることができない	口	口	口	口			
嚥下や意識混濁がある	口	口	口	口			
歯 (齲歯) のない状態で食事をしている	口	口	口	口			
食べ物を口腔内に溜め込む	口	口	口	口			
固形の食べ物を咀嚼しやく中にむせる	口	口	口	口			
食後、頬の内側や口腔内に残液がある	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	口認知症 口うつ 口認知症	口認知症 口うつ 口認知症	口認知症 口うつ 口認知症	口認知症 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			
サービス継続の必要性 (注) 栄養改善加算算定の適合	口無 口有	口無 口有	口無 口有	口無 口有			

2

- ★フルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★フルダウン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、1)、0t、0)
- ★フルダウン³ 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。

＜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

3

■多職種による栄養ケアの課題

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

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

別紙様式 5-1 栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例）

フリガナ	性別	口男	口女	生年月日	年	月	日生まれ	年齢	職
氏名	要介護度			病名・特記事項等				作成年月日	年 月 日
				食事の準備状況（誤り、食事の支障、咀嚼障害等）				家族構成とキーパーソン（支援者）	本人
実施日（記入者名）									
プロセス	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹					
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 ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²					
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()					
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()					
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()					
血清アルブミン値	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()					
褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有					
栄養補給法	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口					
その他	□経路栄養法 □静脈栄養法	□経路栄養法 □静脈栄養法	□経路栄養法 □静脈栄養法	□経路栄養法 □静脈栄養法					
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 ²)	(コード：★フルダウン ²)	(コード：★フルダウン ²)	(コード：★フルダウン ²)					
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、食事形態影響食品、アレルギーなど）	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有					
満足感	★フルダウン ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³					
意識	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴					
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（義歯）のない状態で食事をしている	□	□	□	□					
食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□					
固形の食べ物を咀嚼しやく中にむせる	□	□	□	□					
食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	□	□	□	□					
水分でむせる	□	□	□	□					
食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□					
その他・気が付いた点									
褥瘡・生活機能関係	□褥瘡（再掲） □生活機能低下	□褥瘡（再掲） □生活機能低下	□褥瘡（再掲） □生活機能低下	□褥瘡（再掲） □生活機能低下					
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 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持					
サービス継続の必要性（注）	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有					

- ★フルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★フルダウン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、0t、0j）
- ★フルダウン³ 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。

＜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

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

※施設サービスのみ必須

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

<低栄養状態のリスクの判断>

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

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

<食事の形態>

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

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

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

別紙様式 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	誕生日	年齢	歳
氏名	要介護度		病名・特記事項等		作成年月日	年 月 日	
4			食事の準備状況 (買い物、食事の準備、配膳時等)		家族構成とキーパーソン (支援者)	本人	
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 ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹			
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 / m ²	kg / m ²	kg / m ²	kg / m ²			
3%以上の体重減少率	kg/1ヶ月	kg/1ヶ月	kg/1ヶ月	kg/1ヶ月			
3%以上の体重減少率	kg/3ヶ月	kg/3ヶ月	kg/3ヶ月	kg/3ヶ月			
3%以上の体重減少率	kg/6ヶ月	kg/6ヶ月	kg/6ヶ月	kg/6ヶ月			
血清アルブミン値	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl			
褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有			
栄養補給法	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口			
その他	□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)	% 副菜 %	% 副菜 %	% 副菜 %	% 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 ²)	(コード: ★フルダウン ²)	(コード: ★フルダウン ²)	(コード: ★フルダウン ²)			
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 ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³			
食欲・食事の満足感	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴			
食事に対する意識	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴			
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	□	□	□	□			
食事中に嚥下や意識混乱がある	□	□	□	□			
歯 (齧歯) のない状態で食事をしている	□	□	□	□			
食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□			
固形の食べ物を咀嚼しやく中にむせる	□	□	□	□			
食後、頬の内側や口腔内に残液がある	□	□	□	□			
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			
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			
その他	□嚥下補助具 □ろうとう □認知症 □薬の影響	□嚥下補助具 □ろうとう □認知症 □薬の影響	□嚥下補助具 □ろうとう □認知症 □薬の影響	□嚥下補助具 □ろうとう □認知症 □薬の影響			
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持	□改善 □改善傾向 □維持			
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¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
 ★フルダウン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、0t、0)
 ★フルダウン³ 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。

<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、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

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

(J) 栄養マネジメント強化加算（施設サービス）

利用者別フィードバック 栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算

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

<データ解釈時の注意点>

以下の①～③は、データを解釈する際の注意点です。

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

利用者別フィードバックで示す状態の「変化」について

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

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

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

(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
利用者番号 : 000010

1

■低栄養状態のリスク・食生活状況等

Table with columns: 実施日, 3か月前 (2022/1/5), 直近 (2022/4/5), 変化. Rows include: 低栄養状態のリスクレベル (中 to 低), 身長 (155.5 to 155.8), 体重 (45 to 46), 3%以上の体重減少 (有り to 無し), 血清アルブミン値 (4.1 to 4.2), 嚥下 (有り to 無し), 経口摂取 (一部経口 to 経口のみ), 経腸栄養法 (有り to 無し), 静脈栄養法 (有り to 無し), 嚥下調整食品の必要性 (有り to 無し), 食事の形態 (嚥下調整食3 to 嚥下調整食4), 食事摂取量 (全体, 主食, 主菜, 副菜), 摂取栄養量 (エネルギー, たんぱく質), 提供栄養量 (エネルギー, たんぱく質), 食事の留意事項の有無 (有り to 無し), 本人の意欲 (よい to まあよい), 食欲・食事の満足感 (大いにある to ややある), 食事に対する意識 (大いにある to ぶつう).

血清アルブミン値は、3か月前と直近の両時点のデータが1.0~8.0の範囲内の場合に、変化を矢印で表示しています。

【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。)

2

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

Header information table including: フリガナ, 性別, 年齢, 生年月日, 氏名, 記入者名, 利用者の家族構成とキーパーソン (支援者), 本人.

(以下は、入所 (入誌) 者受入の状態に応じて作成。)

Main assessment table with columns: 実施日 (年月日), プロセス (★フルダワン1), 低栄養状態のリスクレベル, 身長/BMI, 3%以上の体重減少率, 血清アルブミン値, 嚥下, 食事の留意事項の有無, 本人の意欲, 食欲・食事の満足感, 食事に対する意識, 正しい姿勢が自分で取れない, 嚥下調整食品の必要性, 食事の形態, 嚥下調整食, 食事摂取量, 摂取栄養量, 提供栄養量, 食事の留意事項の有無, 本人の意欲, 食欲・食事の満足感, 食事に対する意識, 総合評価, 計画変更.

2

Table for 経口維持加算 (I) or (II) calculation, listing various medical and support staff roles and their participation status.

※経口維持加算 (I) 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
★フルダワン1 スクリーニング/アセスメント/モニタリング
★フルダワン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、0t、0)
★フルダワン3 1よい 2まあよい 3ぶつう 4あまりよくない 5全くない
★フルダワン4 1大いにある 2ややある 3ぶつう 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。

3

■多職種による栄養ケアの課題

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

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

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

Complex form for nutritional assessment. Includes fields for フリガナ, 性別, 生年月日, 家族構成, and detailed assessment items like プロセス, 低栄養状態のリスクレベル, 栄養摂取量, 水分でむせる, etc.

3

3

※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、0t、0i）
★ブルダウン3 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
★ブルダウン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可。

(2) 利用者別フィードバック

総合評価表 (4)

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

＜低栄養状態のリスクの判断＞

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断します。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断します。それ以外の場合は「中リスク」と判断します。

リスク分類表 (BMI, 体重減少率, 血清アルブミン値, 食事摂取量, 栄養補給法, 褥瘡)

＜食事の形態＞

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

食事の形態分類表 (コード, 名称, 形態)

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

(2) 利用者別フィードバック

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)

スクリーニング・アセスメント・モニタリング表 (氏名, 性別, 年齢, 食事摂取量, リスク評価, 栄養状態, 食事の形態, 栄養補給法, 褥瘡, 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

- ★ブルダワン1 スクリーニング/アセスメント/モニタリング
★ブルダワン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, 0t, 0)
★ブルダワン3 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
★ブルダワン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)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構いません。

(K) 口腔衛生管理加算（Ⅱ）

利用者別フィードバック 口腔衛生管理加算（Ⅱ）




○ 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。

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
利用者番号 : 000010

(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
 利用者番号 : 000010

1

■ 基本情報・食形態等

※日付は「口腔に関する問題点(スクリーニング)」の記入日
 ※「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、「要介護度」「かかりつけ歯科医」「入れ歯の使用」「食形態等」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。

	3か月前: 2022/1/4	直近: 2022/4/5	変化
要介護度	要介護3	要介護4	↓
かかりつけ歯科医	有り	有り	↔
入れ歯の使用	有り	有り	↔
食形態等	経口摂取	有り	→
	食事の形態	2-1_嚥下調整食2-1	→
	経腸栄養	無し	↔
	静脈栄養	無し	↔

【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

1

※嚥下調整食の種類、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:

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

--

■口腔に関する問題点（スクリーニング）

2

※日付は「口腔に関する問題点（スクリーニング）」の記入日

※「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、「口腔衛生の管理内容（アセスメント）」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。

記入日		3か月前： 2022/1/4	直近： 2022/4/5	変化
口腔衛生状態	問題点の有無	有り	有り	→
	歯の汚れ	有り	有り	→
	義歯の汚れ	有り	無し	↑
	舌苔	有り	有り	→
	口臭	有り	有り	→
口腔機能の状態	問題点の有無	有り	有り	→
	食べこぼし	有り	無し	↑
	舌の動きが悪い	有り	無し	↑
	むせ	有り	有り	→
	痰がらみ	有り	有り	→
	口腔乾燥	有り	有り	→
歯数	問題点の有無	無し	無し	→
	歯数	17	17	→
歯の問題	問題点の有無	有り	有り	→
	う蝕	無し	無し	→
	歯の破折	無し	無し	→
	修復物脱離	有り	有り	→
	その他	無し	有り	↓
義歯の問題	問題点の有無	有り	有り	→
	不適合	無し	無し	→
	破損	有り	無し	↑
	その他	無し	有り	↓
歯周病		有り	有り	→
口腔粘膜疾患（潰瘍等）		有り	有り	→

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

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。

2

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）
------------------------	--

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

<食事の形態>

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

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

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

(L) 口腔機能向上加算（Ⅱ）

利用者別フィードバック 口腔機能向上加算（Ⅱ）




○ 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、利用者にはどのような変化があったか、どのような取組を実施したか等の状況も考慮しながら、本フィードバックの結果を解釈し、事業所におけるサービス改善に向けた検討の材料としてご活用ください。

利用者別フィードバックで示す状態の「変化」について

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

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

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

(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
 利用者番号 : 000010

■ 基本情報・食形態等

1

		3か月前 : 2022/1/4	直近 : 2022/4/5	変化
かかりつけ歯科医		有り	有り	↔
入れ歯の使用		有り	有り	↔
食形態等	経口摂取	有り	有り	→
	食事の形態	2-1_嚥下調整食2-1	2-2_嚥下調整食2-2	↑
	経腸栄養	無し	無し	↔
	静脈栄養	無し	無し	↔

※日付は「スクリーニング、アセスメント、モニタリング」の実施日

※「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、「かかりつけ歯科医」「入れ歯の使用」「食形態等」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。

【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。）

■ スクリーニング、アセスメント、モニタリング

2

実施日		3か月前 : 2022/1/4	直近 : 2022/4/5	変化
記入者（職種）	看護職員	●	—	↔
	歯科衛生士	—	●	↔
	言語聴覚士	—	—	↔
口腔衛生状態	口臭	有り	有り	→
	歯の汚れ	有り	無し	↑
	義歯の汚れ	有り	有り	→
	舌苔	有り	有り	→
口腔機能	食べこぼし	有り	無し	↑
	舌の動きが悪い	有り	無し	↑
	むせ	有り	有り	→
	痰がらみ	有り	有り	→
特記事項	口腔乾燥	有り	有り	→
	歯、義歯、歯周病、口腔粘膜の疾患の可能性	無し	無し	→
	音声・言語機能に関する疾患の可能性	無し	無し	→
	その他	無し	無し	→

【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

2

		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
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
特記事項	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	<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

<食事の形態>

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

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

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