

科学的介護推進に関する評価

評価日 令和 年 月 日
 前回評価日 令和 年 月 日
 記入者名

氏名 殿

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

| | | |
|---|--|--|
| 基本情報 | 保険者番号 | 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 |
| | 被保険者番号 | |
| | 事業所番号 | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 既往歴〔前回の評価時より変化のあった場合は記載〕 | | |
| 服薬情報 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) ・ ・ ・ | | |
| 同居家族等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他)(複数選択可) 家族等が介護できる時間 <input type="checkbox"/> ほとんど終日 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 2～3時間程度 <input type="checkbox"/> 必要な時に手をかす程度 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 総論 | ADL | 自立 一部介助 全介助 |
| | ・食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・椅子とベッド間の移乗 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10←(監視下) (座れるが移れない) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・整容 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 ・トイレ動作 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 ・平地歩行 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10←(歩行器等) (車椅子操作が可能) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・階段昇降 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排便コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 ・排尿コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 | |
| 在宅復帰の有無等 <input type="checkbox"/> 入所継続中 <input type="checkbox"/> 退所(退所日:) <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 介護医療院入所 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設入院 <input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 | | |

| | |
|-------|---|
| 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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| | 口腔の健康状態 (施設系サービス) ・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 (通所系・居住系サービス) ・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

【認知症任意項目含む】

| | |
|-----|--|
| 認知症 | 認知症の診断 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(診断日 年 月 日: <input type="checkbox"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体病 <input type="checkbox"/> その他()) |
| | 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 ・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"/> ・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"/> ・昼間、寝てばかりいる <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"/> ・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"/> ・物を貯め込む <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・引き出しや箆笥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 ・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 ・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 ・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"/> 食事に関心がなく、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く ・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 |
| | |

【認知症必須項目】

| | |
|-----|---|
| 認知症 | 認知症の診断 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(診断日 年 月 日: <input type="checkbox"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体病 <input type="checkbox"/> その他()) |
| | 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 ・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"/> |
| | Vitality Index <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 |
| | |