

【付録】

フィードバックと加算様式の対応

本付録では、事業所フィードバック・利用者別フィードバックに掲載されているグラフや図が、加算様式とどのように関連しているかを実際の様式とフィードバックを用いてお示ししています。

対象となる加算は、科学的介護推進体制加算、栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算、褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理です。

本付録を A3 サイズで印刷していただくことにより、見開き 2 ページとして活用いただくことができます。

内容

(1) 事業所フィードバック	1
(A) 科学的介護推進体制加算(通所・居宅サービス)	1
(B) 科学的介護推進体制加算(施設サービス)	17
(C) 栄養アセスメント加算(通所・居宅サービス)	33
(D) 栄養マネジメント強化加算(施設サービス)	43
(E) 褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理 (通所・居宅サービス)(施設サービス)	53
(2) 利用者別フィードバック	59
(A) 科学的介護推進体制加算(通所・居宅サービス)	59
(B) 科学的介護推進体制加算(施設サービス)	67
(C) 栄養アセスメント加算(通所・居宅サービス)	75
(D) 栄養マネジメント強化加算(施設サービス)	83
(E) 褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理 (通所・居宅サービス)(施設サービス)	91

(A) 科学的介護推進体制加算（通所・居宅サービス）

※ 「要介護度・年齢」について

科学的介護推進体制加算の事業所フィードバック票に示されている「要介護度」と「年齢」は、科学的介護推進体制加算のデータが登録されていた利用者を対象として、「利用者情報」を基に算出しています。

科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）

評価日 令和 年 月 日
前回評価日 令和 年 月 日
記入者名

氏名

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

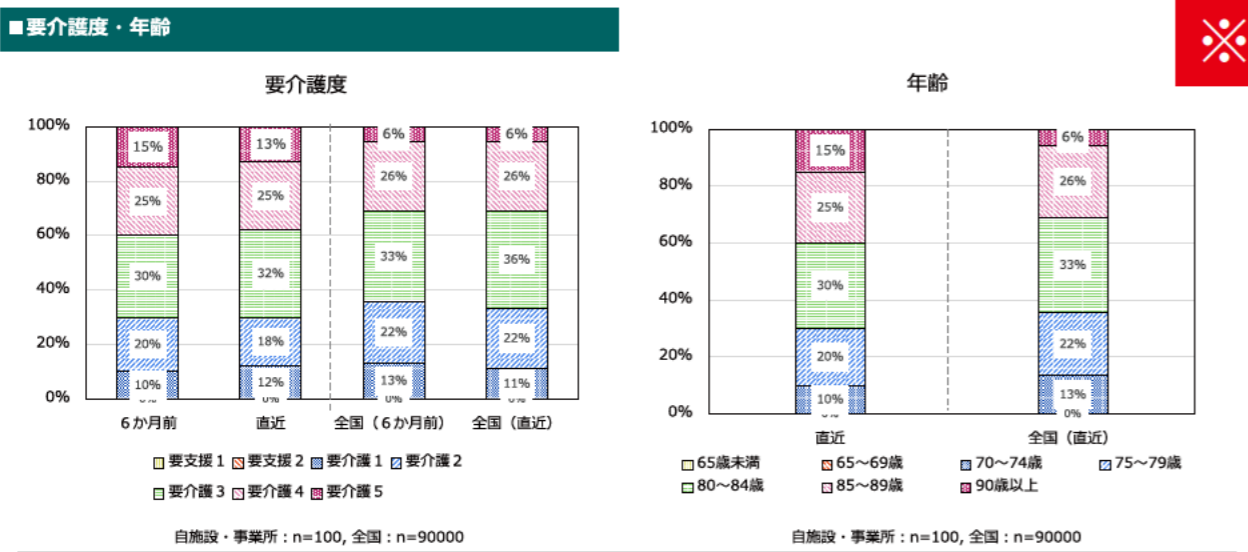
Table with basic information: 保険者番号, 被保険者番号, 事業所番号, 生年月日, 性別 (男/女)

既往歴, 服薬情報, 同居家族等, ADL (食事, 椅子とベッド間の移乗, etc.), 在宅復帰の有無等

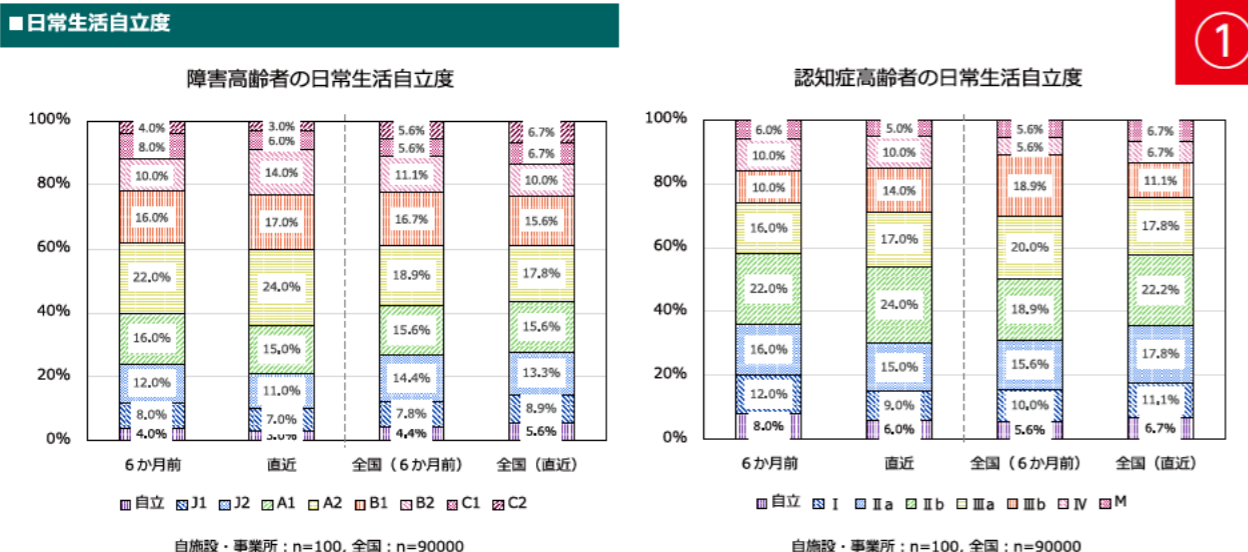
身長 (cm), 体重 (kg), 褥瘡の有無, 口腔・栄養 (口腔の健康状態, etc.), 誤嚥性肺炎の発症・既往

事業所フィードバック 科学的介護推進体制加算
○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、全国の科学的介護推進体制加算を算定している同じサービスの事業所に
おける、LIFEにデータが登録されている利用者を対象とした全国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。
○データの解釈にあたって、以下の事項等に留意が必要です。対象期間中に実施した取組の状況等も考慮しながら、自施設・事業所のサービスの改善に向けた検討の材料として活用してください。

事業所番号 : 999999999 サービス : 介護福祉施設サービス 集計時点 : 2022年3月 登録分データまで
事業所名称 : サンプル施設

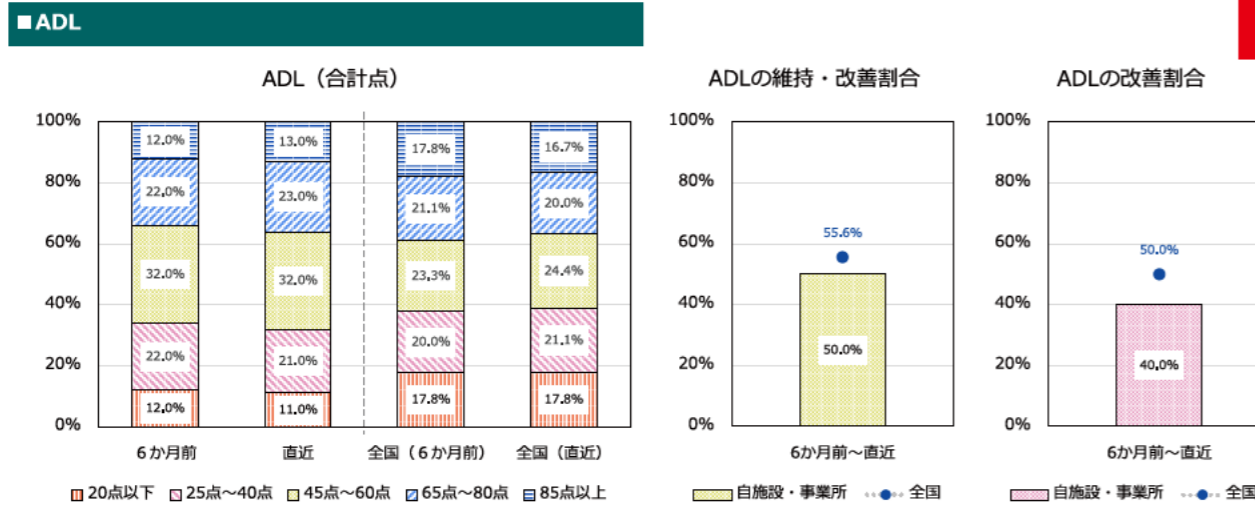


直近と6か月前の両時点において科学的介護推進体制加算のデータが登録されていた利用者を対象として、「利用者情報」をもとに、要介護度・年齢階級別の利用者の割合を表示しています。なお、年齢階級別の利用者の割合は、6か月～直近で基本的に変化しないため、「年齢」は直近のデータのみを表示しています。

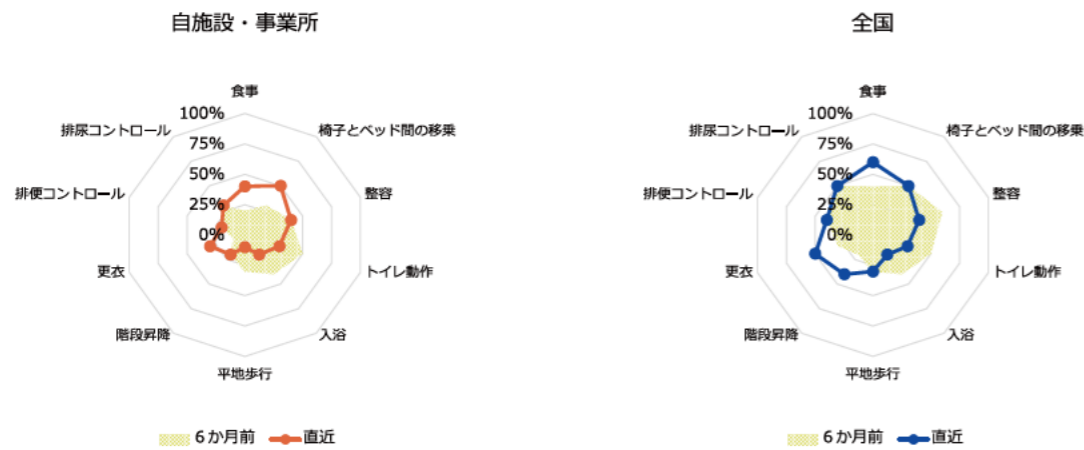


直近と6か月前の両時点において「障害高齢者の日常生活自立度」「認知症高齢者の日常生活自立度」のデータが登録されていた利用者を対象として、各区分に該当する利用者の割合を表示しています。

2



ADL (項目別)



自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

直近と6か月前の両時点において「ADL (Barthel Index)」の全項目のデータが登録されていた利用者を対象として、ADL (合計点) が各区分に該当する利用者の割合、ADL 合計点が維持または改善した利用者の割合および改善した利用者の割合、項目別の点数の状況 (各項目の満点を 100% としたときの、利用者の平均値の割合) を表示しています。

科学的介護推進に関する評価 (通所・居住サービス)

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] [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

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

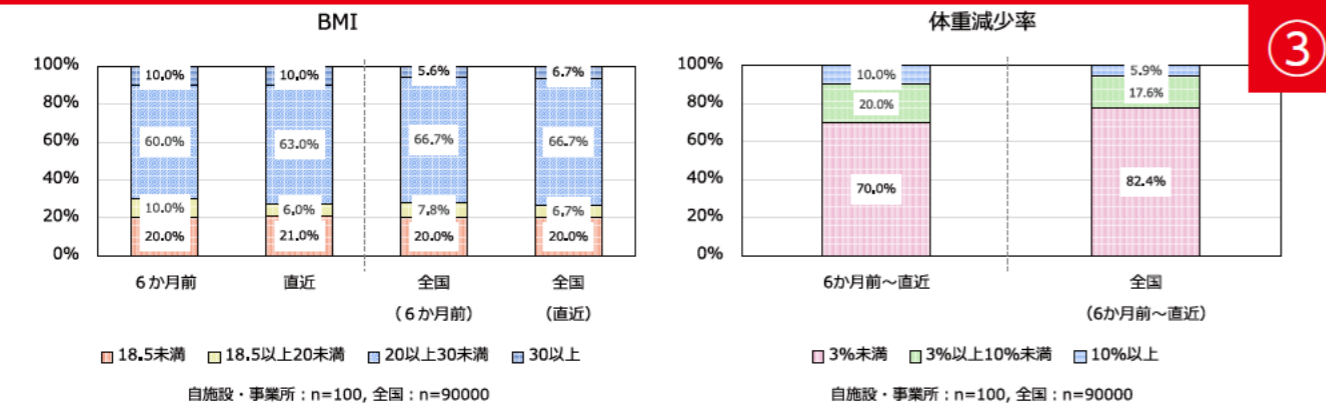
医療機関入院 死亡 その他

※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)

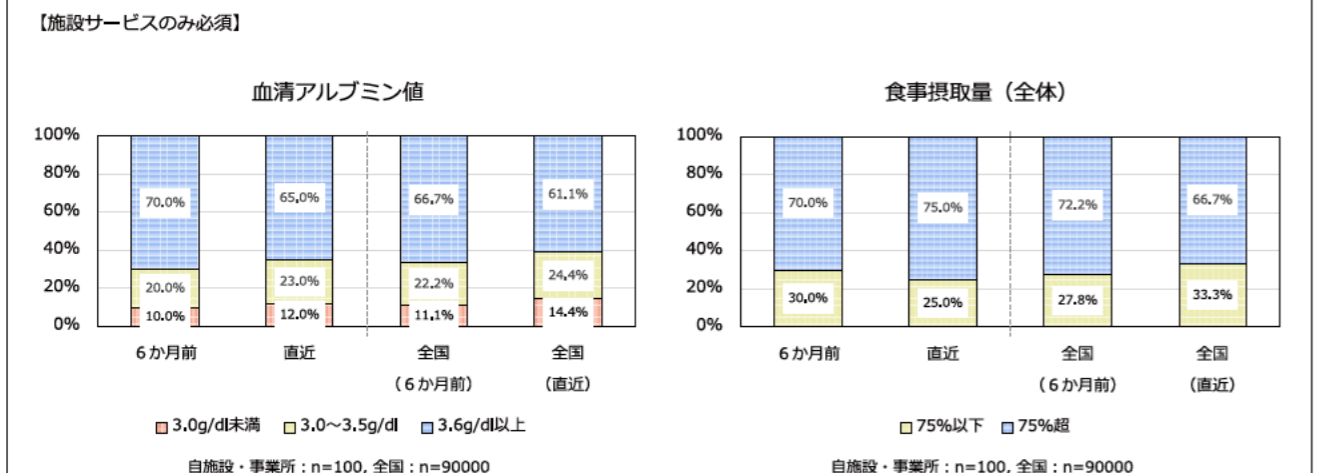
口腔・栄養	身長 (cm)	体重 (kg)	褥瘡の有無 [任意項目] <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	口腔の健康状態		
	・硬いものを避け柔らかいものばかり食べる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	・入れ歯を使っている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
・むせやすい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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

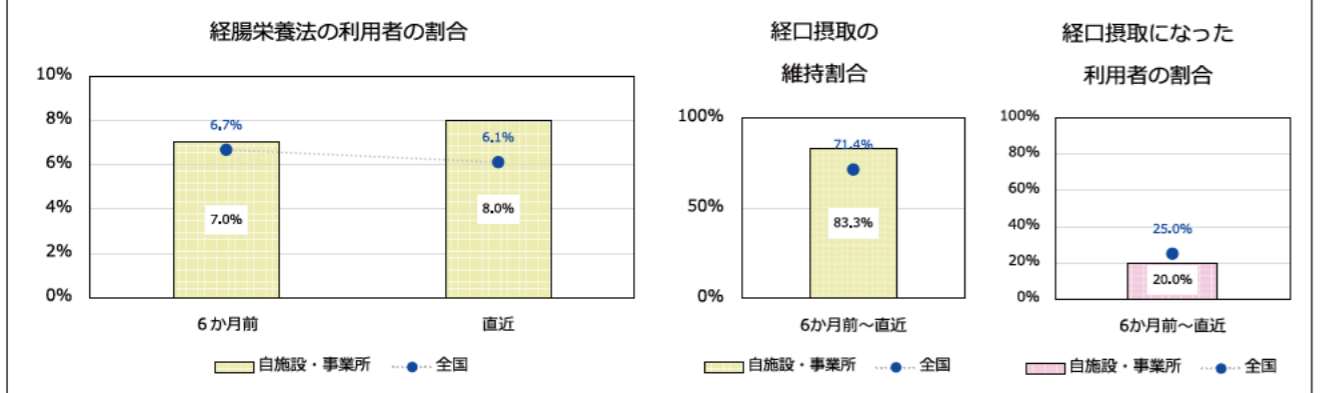
■ 口腔・栄養



直近と6か月前の両時点において「身長」「体重」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。
 ※肥満に該当する利用者等、体重減少が望ましい場合もあります。対象期間中に実施した取組や利用者の状況等も併せて確認してください。



直近と6か月前の両時点において「血清アルブミン値」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。
 直近と6か月前の両時点において「食事摂取量 (全体)」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。



直近と6か月前の両時点において「経腸栄養法」のデータが登録されていた利用者を対象として、経腸栄養法の利用のある利用者の割合を表示しています。
 直近と6か月前の両時点において「経口摂取」のデータが登録されていた利用者を対象として、経口摂取の維持 (両時点で「完全」または「一部」) または経口摂取になった (「なし」から「完全」または「一部」へ変化した) 利用者の割合を表示しています。

科学的介護推進に関する評価 (通所・居住サービス)

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] [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

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 **3** 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)

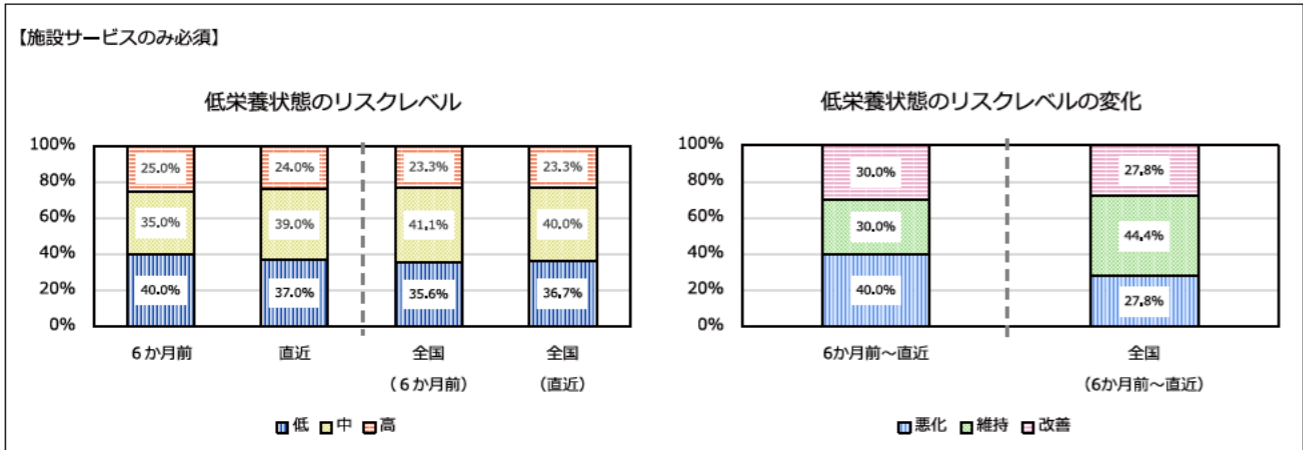
身長 () cm | 体重 () kg | 褥瘡の有無 [任意項目] なし あり

口腔の健康状態

	はい	いいえ
・硬いものを避け柔らかいものばかり食べる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・入れ歯を使っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・むせやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

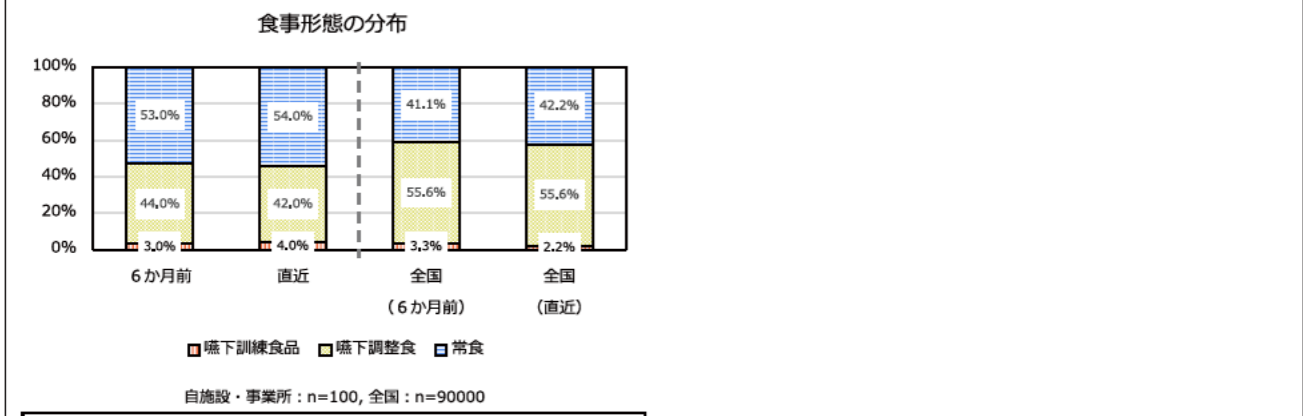


自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

直近と6か月前の両時点において「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。

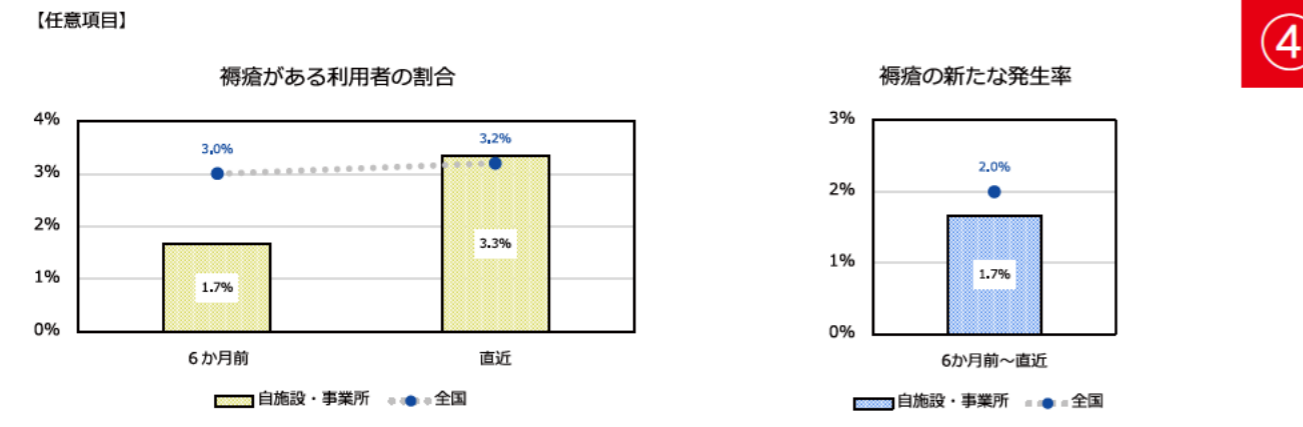
自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

直近と6か月前の両時点において「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、悪化・維持・改善に該当する利用者の割合を表示しています。



自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

直近と6か月前の両時点において「食事形態」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。



自施設・事業所：n=60, 全国：n=50000

直近と6か月前の両時点において「褥瘡の有無」のデータが登録されていた利用者を対象として、褥瘡がある利用者の割合を表示しています。

自施設・事業所：n=60, 全国：n=50000

直近と6か月前の両時点において「褥瘡の有無」のデータが登録されていた利用者を対象として、新たに「あり」となった利用者の割合を表示しています。

※「褥瘡の有無」について、施設・事業所により判断基準が異なっている場合があることに留意が必要です。判断基準については、「ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム（LIFE）利活用の手引き」を確認してください。

科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）

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] [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

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:)

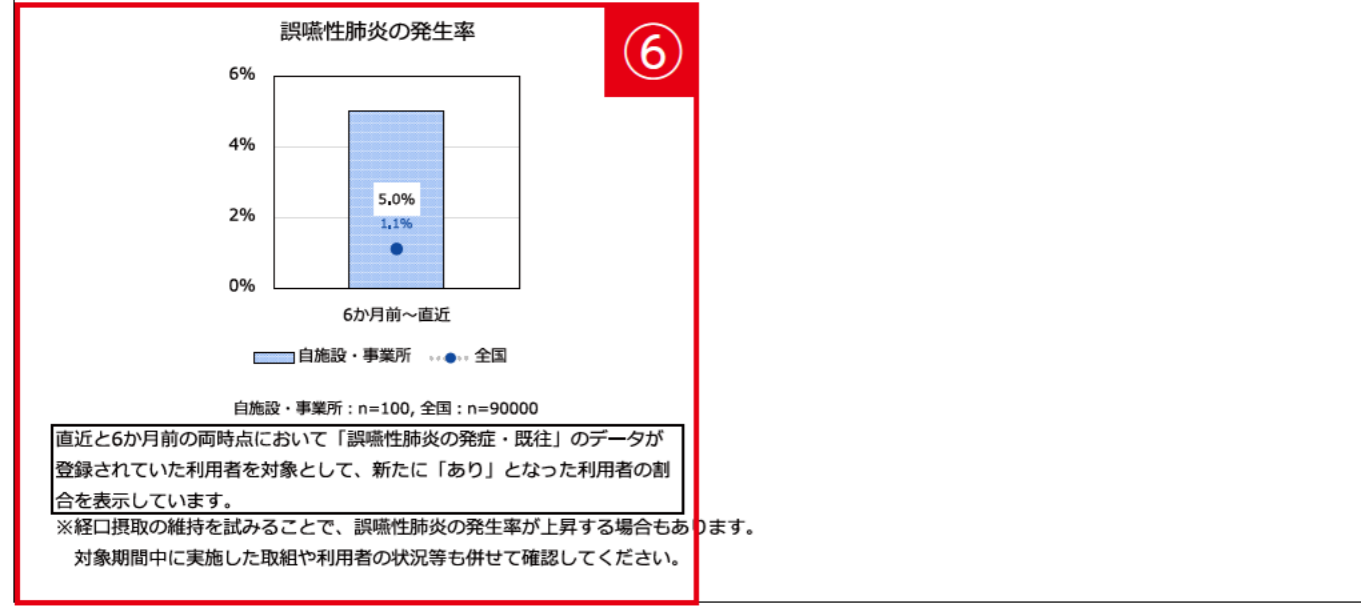
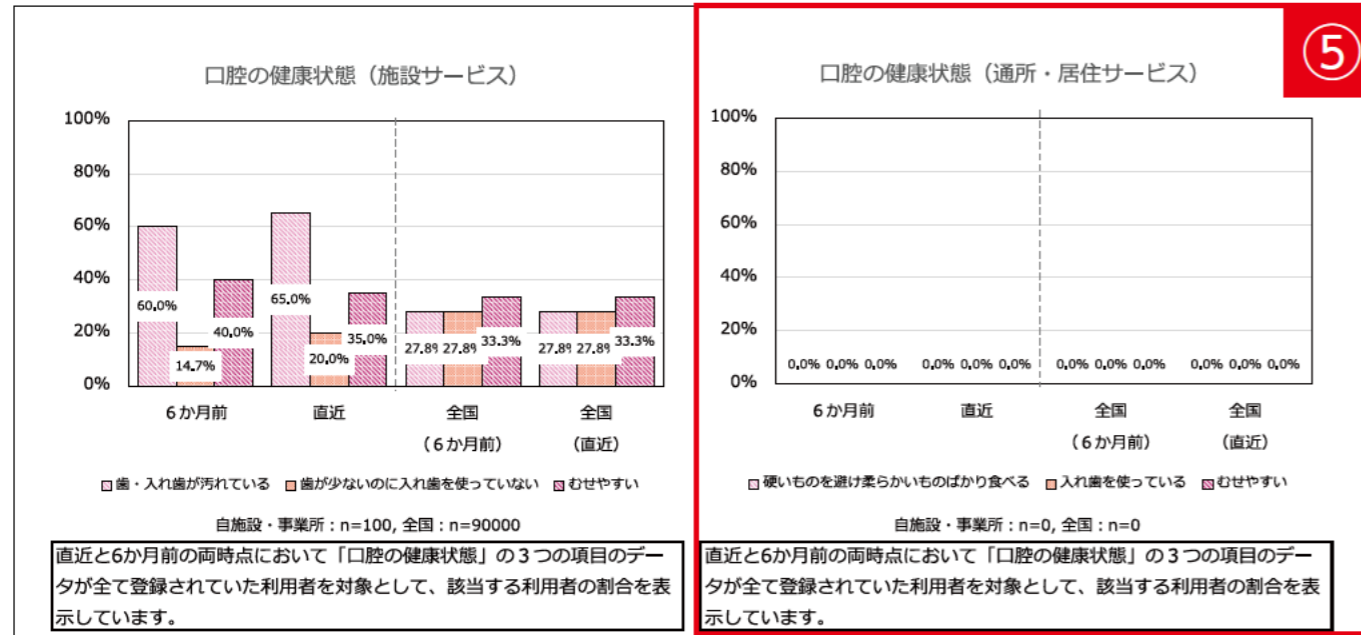
居宅 (※) 介護老人福祉施設入所 介護老人保健施設入所 介護医療院入所 介護療養型医療施設入院

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
	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



科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）

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] [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	<input type="checkbox"/> 0
・整容	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<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	<input type="checkbox"/> 0
・入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<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	<input type="checkbox"/> 0
・階段昇降	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・排便コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<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

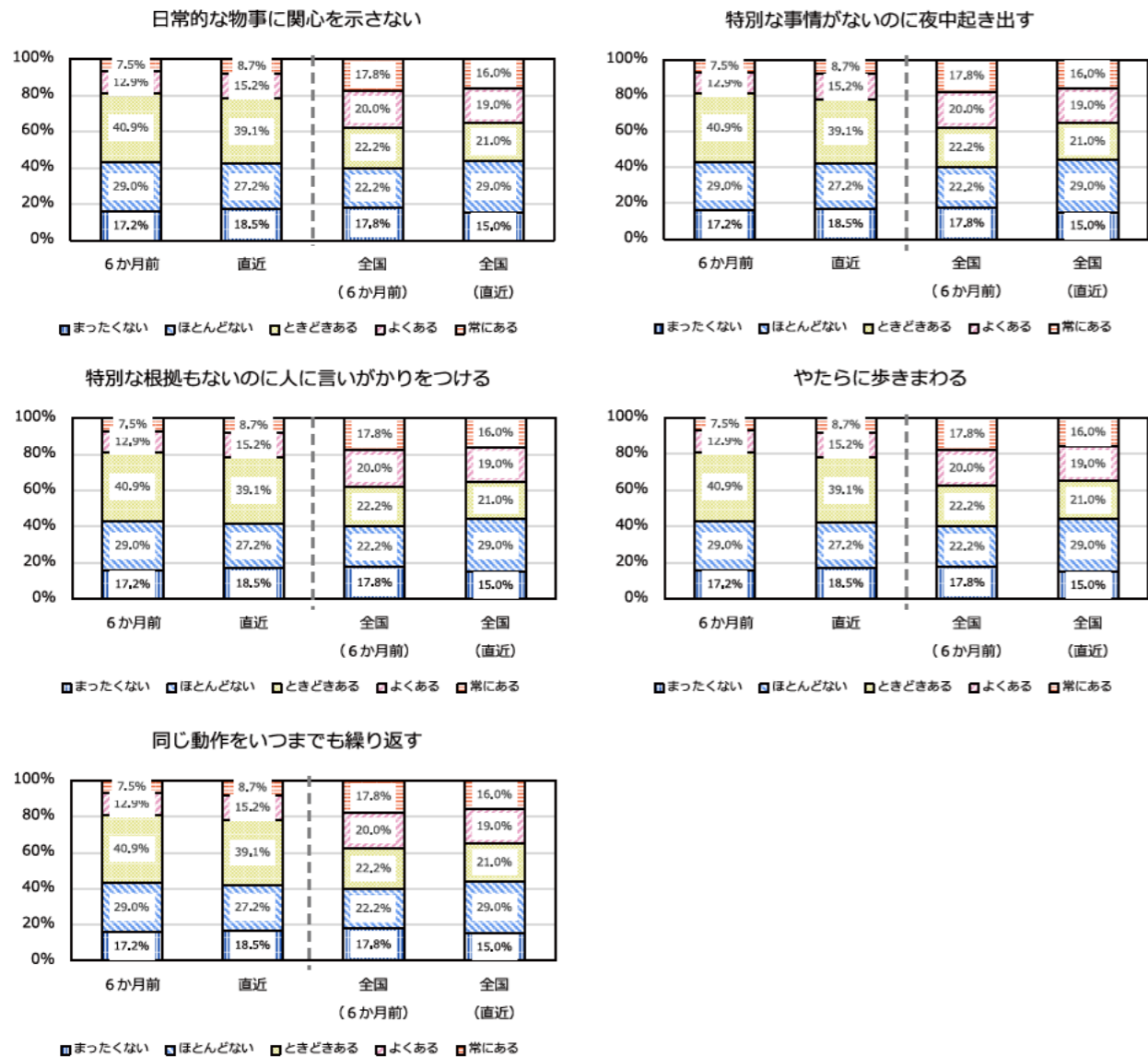
※居宅サービスを利用する場合 (介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック)

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		
	・硬いものを選び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		

6

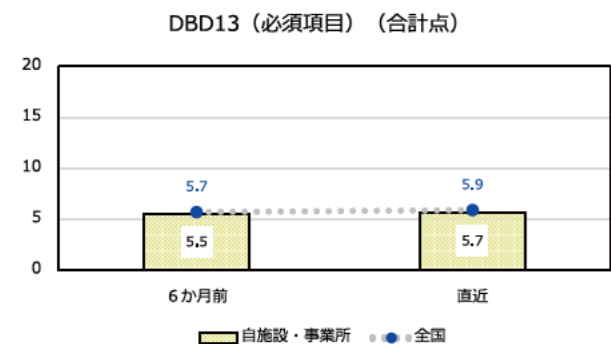
7

■ 認知症



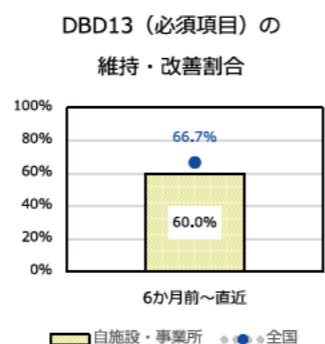
自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

直近と6か月前の両時点において「DBD13（必須項目）」の全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。



自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

直近と6か月前の両時点において「DBD13（必須項目）」の全項目のデータが登録されていた利用者を対象として、DBD13（必須項目）の合計点を表示しています。



自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

直近と6か月前の両時点において「DBD13（必須項目）」の全項目のデータが登録されていた利用者を対象として、合計点が維持または改善した利用者の割合を表示しています。

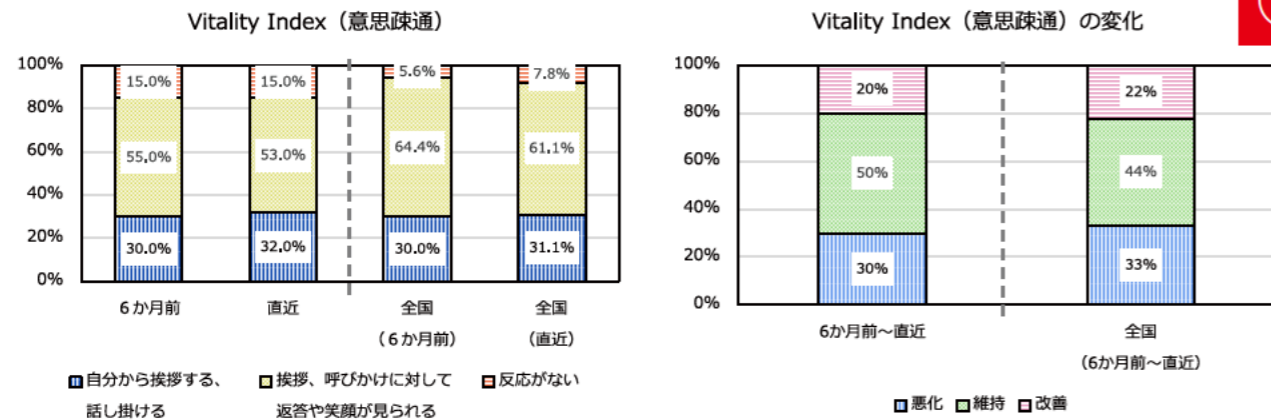
認知症の診断
 なし あり (診断日 年 月 日: アルツハイマー病 血管性認知症 レビ-小体病 その他 ())

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
・ 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"/>
・ 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					
・ 意思疎通	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[以下、任意項目]					
・ 起床	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ 食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ 排せつ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ リハビリ・活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

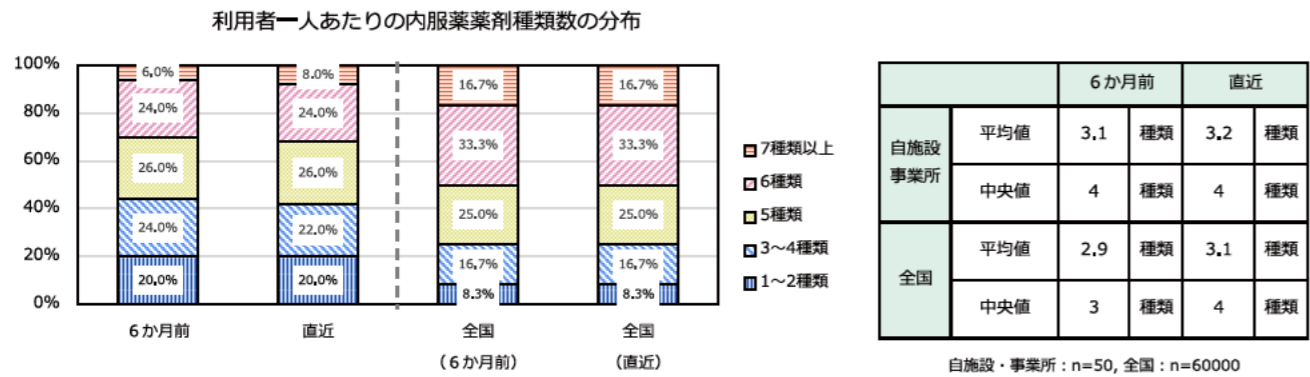
(注) 任意項目との記載のない項目は必須項目とする

8



直近と6か月前の両時点において「Vitality Index (意思疎通)」のデータが登録されていた利用者を対象として、該当者の割合を表示しています。

服薬情報 (科学的介護推進体制加算 (Ⅱ) のみ必須項目)



直近と6か月前の両時点において「薬剤コード」「剤形コード」のデータが登録されていた利用者を対象として、内服薬の薬剤種類数ごとの割合を示しています。

※以下に留意が必要です。
 ・データ登録を行う服薬情報の範囲 (臨時処方登録しているか、等) について、施設・事業所により判断基準が異なる可能性があります。
 ・内服薬の該当は、項目「剤形コード」により判別しているため、本項目が空欄の場合、計上されていません。

※ポリファーマシーについて
 ポリファーマシーは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」(厚生労働省「高齢者の医薬品適正使用の指針」(総論編))です。フィードバック票の薬剤数も参考にしながら、薬物有害事象が生じていないかについても確認してください。

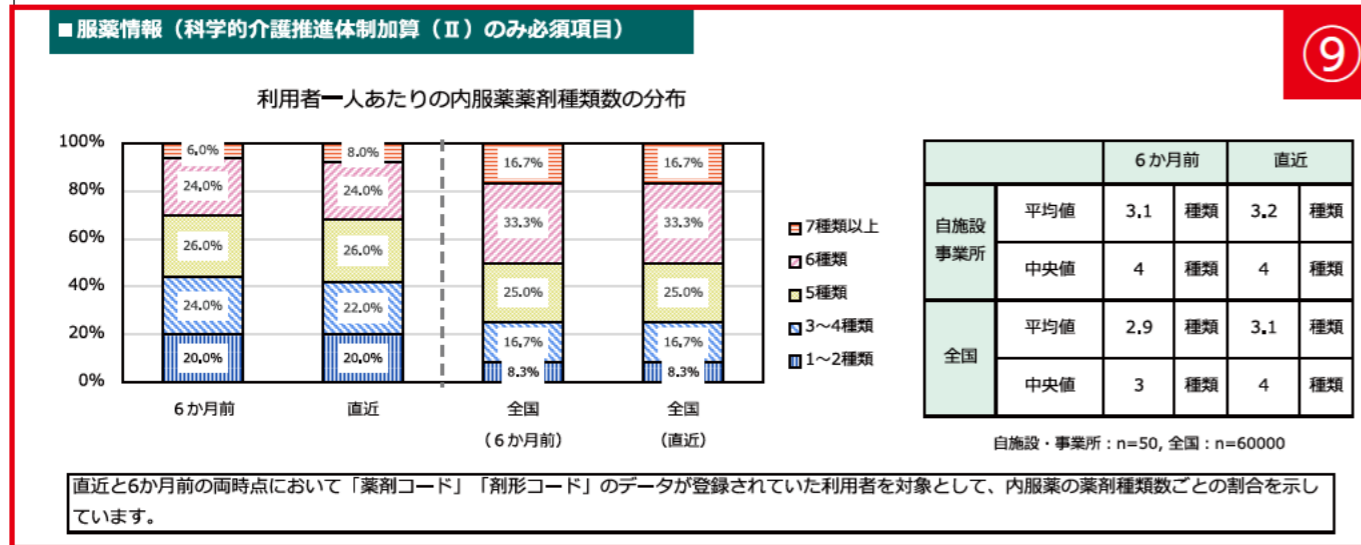
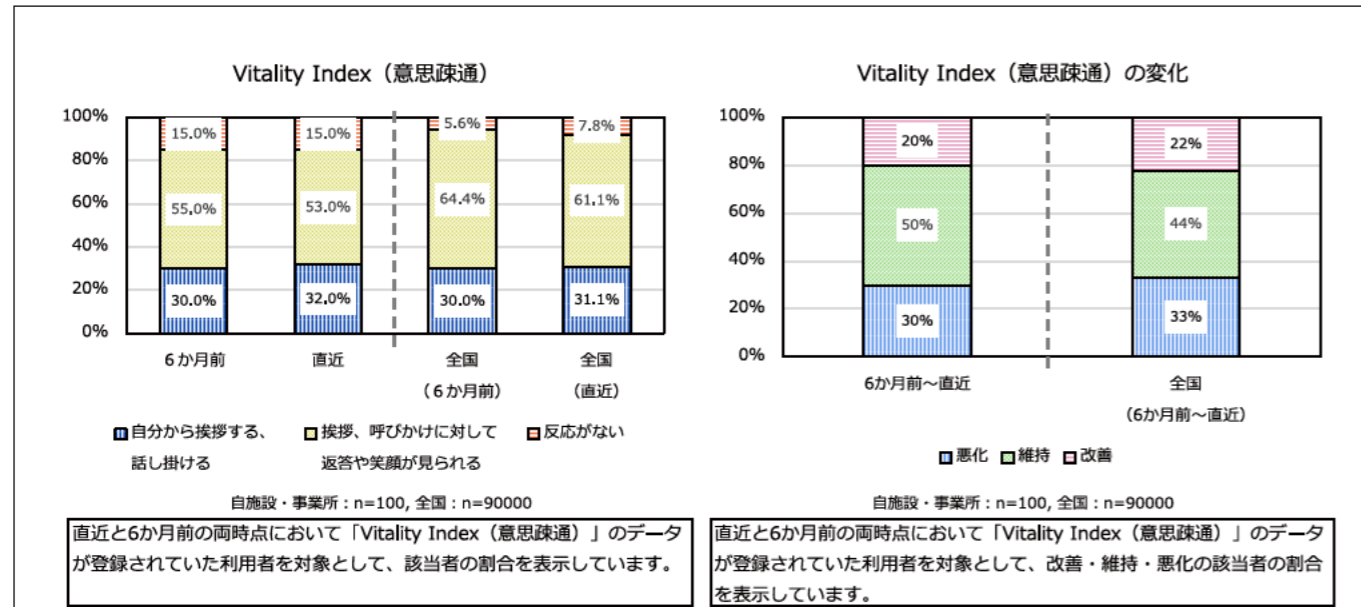
認知症の診断
なし あり (診断日 年 月 日: アルツハイマー病 血管性認知症 レビー小体病 その他 ())

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
・日常的な物事に興味を示さない	<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"/>
・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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[以下、任意項目]					
・起床	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・排せつ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・リハビリ・活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(注) 任意項目との記載のない項目は必須項目とする

8



9

※以下に留意が必要です。
 ・データ登録を行う服薬情報の範囲（臨時処方登録しているか、等）について、施設・事業所により判断基準が異なっている可能性があります。
 ・内服薬の該当は、項目「剤形コード」により判別しているため、本項目が空欄の場合、計上されていません。

※ポリファーマシーについて
 ポリファーマシーは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」（厚生労働省「高齢者の医薬品適正使用の指針」（総論編））です。フィードバック票の薬剤数も参考にしながら、薬物有害事象が生じていないかについても確認してください。

科学的介護推進に関する評価 (通所・居住サービス)

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] [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

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)

9

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

(B) 科学的介護推進体制加算（施設サービス）

事業所フィードバック 科学的介護推進体制加算

○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、全国の科学的介護推進体制加算を算定している同じサービスの事業所に

おける、LIFEにデータが登録されている利用者を対象とした全国値を表示しています。

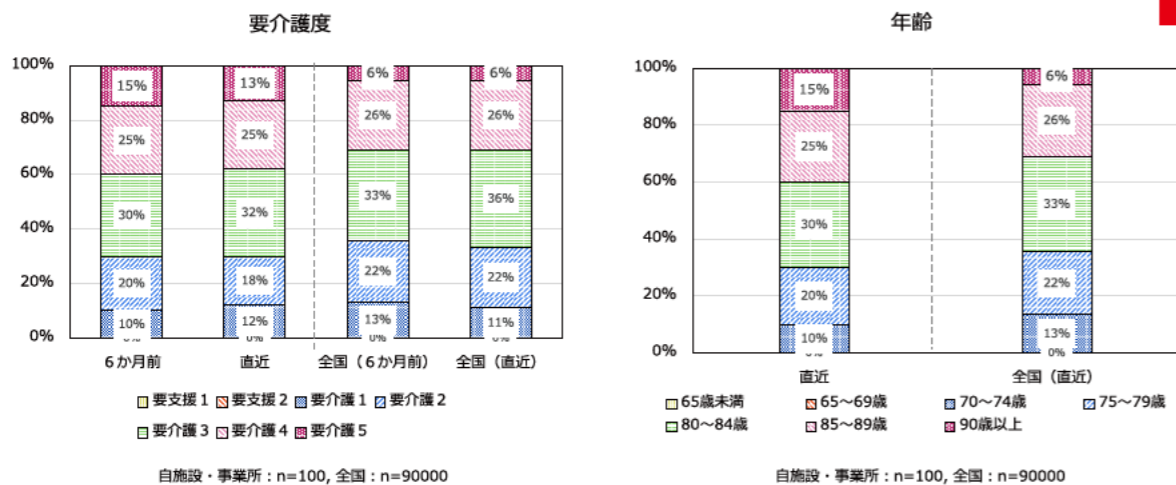
○自施設・事業所の利用者の状況およびその推移や、全国の利用者と比較した相対的な状況等を確認することができます。

○データの解釈にあたって、以下の事項等に留意が必要です。対象期間中に実施した取組の状況等も考慮しながら、自施設・事業所のサービスの改善に向けた検討の材料として活用してください。

- ・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が、施設・事業所によって利用者の属性は様々です。
・指標値はケアの良し悪しを直接反映するものではありません。各施設・事業所の利用者の属性や、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、様々な要因が関連します。

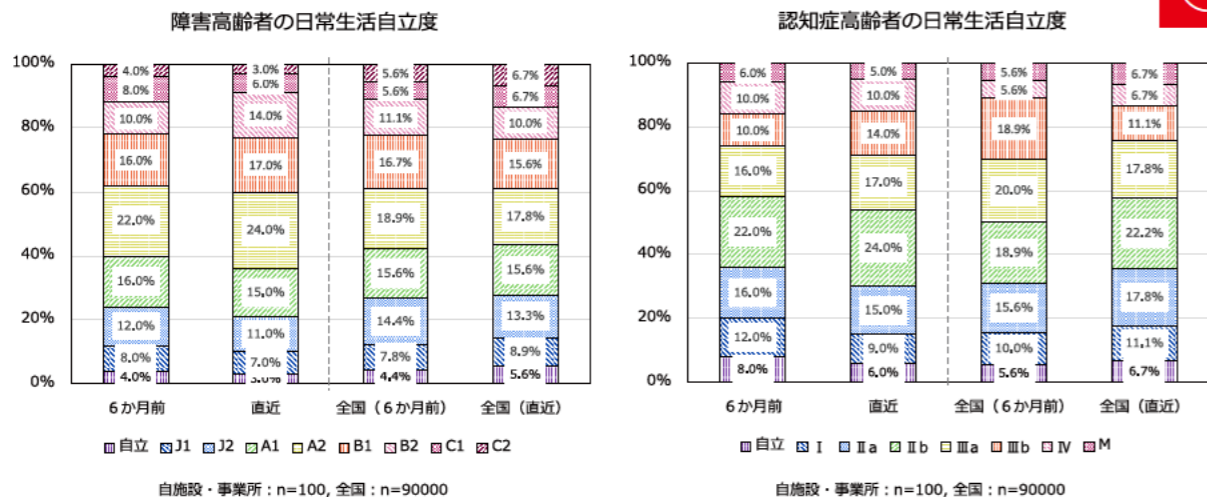
事業所番号：999999999 サービス：介護福祉施設サービス 集計時点：2022年3月 登録分データまで
事業所名称：サンプル施設

要介護度・年齢



直近と6か月前の両時点において科学的介護推進体制加算のデータが登録されていた利用者を対象として、「利用者情報」をもとに、要介護度・年齢階級別の利用者の割合を表示しています。なお、年齢階級別の利用者の割合は、6か月～直近で基本的に変化しないため、「年齢」は直近のデータのみを表示しています。

日常生活自立度



直近と6か月前の両時点において「障害高齢者の日常生活自立度」「認知症高齢者の日常生活自立度」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。

「要介護度・年齢」について

科学的介護推進体制加算の事業所フィードバック票に示されている「要介護度」と「年齢」は、科学的介護推進体制加算のデータが登録されていた利用者を対象として、「利用者情報」を基に算出しています。

科学的介護推進に関する評価（施設サービス）

評価日 令和 年 月 日
前回評価日 令和 年 月 日
記入者名

氏名

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

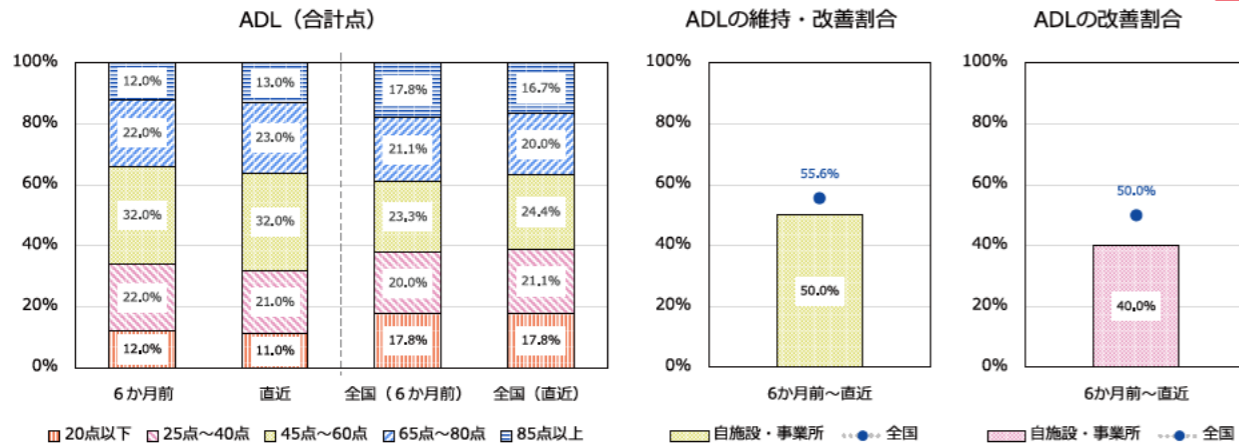
Table with basic information including insurance number, birth date, sex, and facility number.

Form for evaluation including sections for medical history, medication, family support, ADL, and living arrangements.

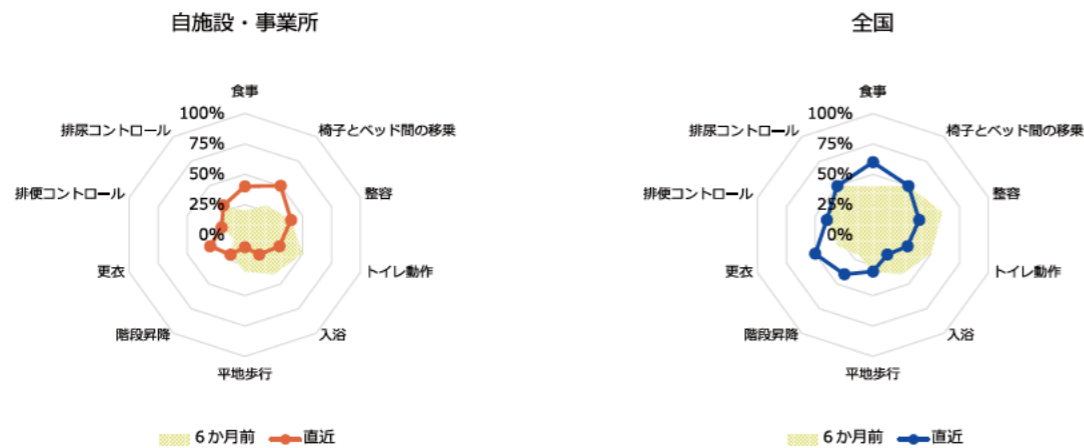
Form for clinical nutrition (口腔・栄養) including body measurements, nutrition status, and oral health.

②

ADL



ADL (項目別)



自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

直近と6か月前の両時点において「ADL (Barthel Index)」の全項目のデータが登録されていた利用者を対象として、ADL (合計点) が各区分に該当する利用者の割合、ADL 合計点が維持または改善した利用者の割合および改善した利用者の割合、項目別の点数の状況 (各項目の満点を 100% としたときの、利用者の平均値の割合) を表示しています。

科学的介護推進に関する評価 (施設サービス)

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	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	事業所番号	

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
・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]

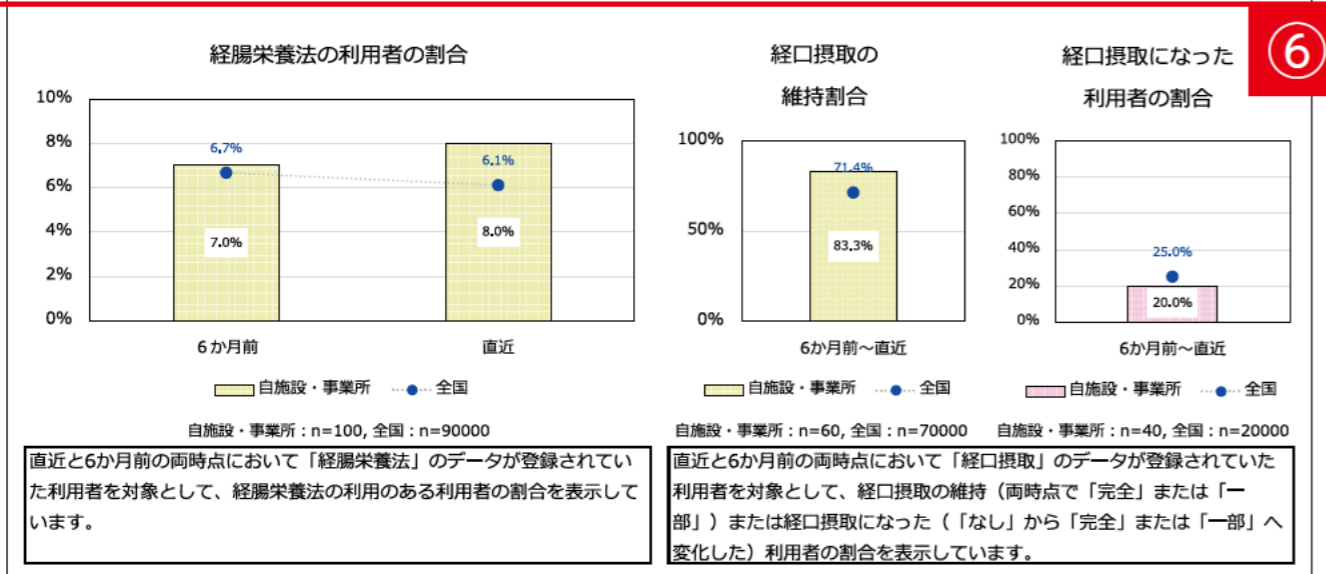
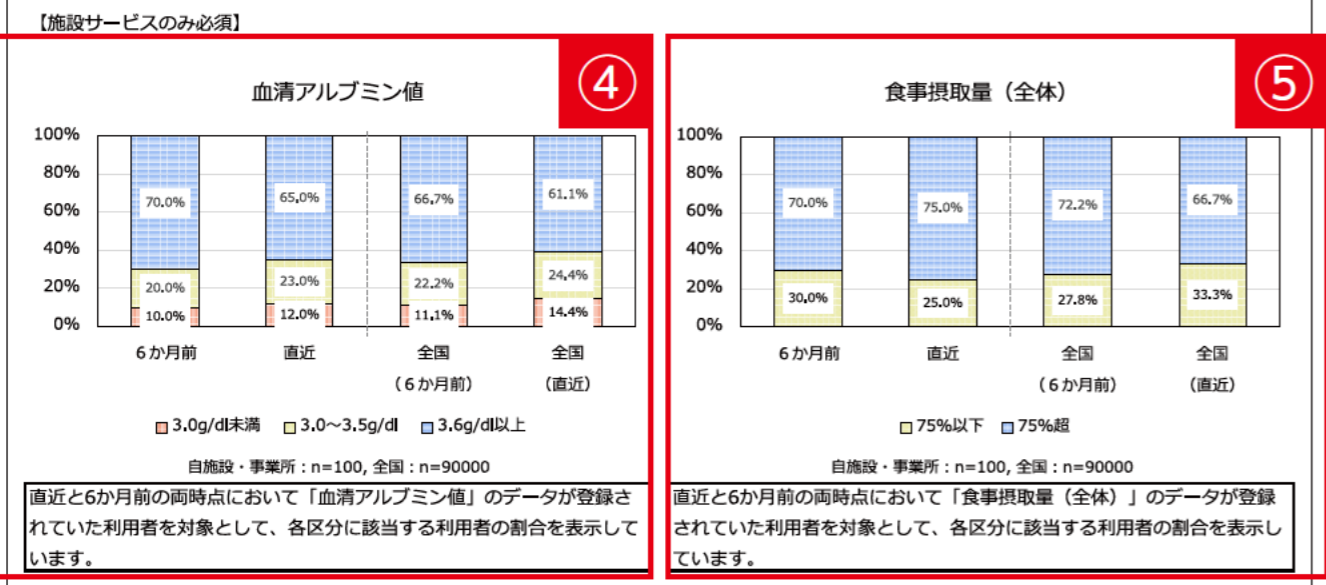
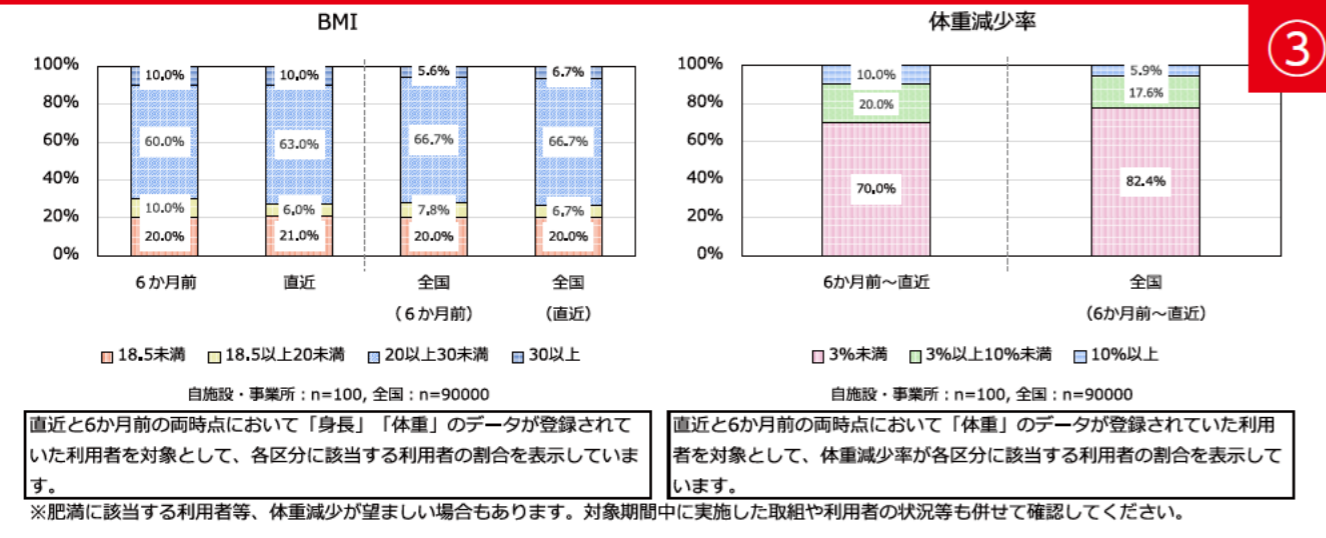
入所/サービス継続中
中止 (中止日:)
居宅 (※) 介護老人福祉施設入所 介護老人保健施設入所 介護医療院入所 介護療養型医療施設入院
医療機関入院 死亡 その他

※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) 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 (※) 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

■ 口腔・栄養



科学的介護推進に関する評価 (施設サービス)

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	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	事業所番号					

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

服薬情報 [科学的介護推進体制加算 (I) では任意項目]

1. 薬剤名 () (/日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日)

2. 薬剤名 () (/日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日)

...

[科学的介護推進体制加算 (I) では任意項目]

同居家族等 なし あり (配偶者 子 その他) (複数選択可)

家族等が介護できる時間 ほとんど終日 半日程度 2～3時間程度 必要な時に手をかす程度 その他

ADL

	自立	一部介助	全介助
・食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・椅子とベッド間の移乗	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10← (監視下)	<input type="checkbox"/> 0
	(座れるが移れない) →	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・整容	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・平地歩行	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10← (歩行器等)	<input type="checkbox"/> 0
	(車椅子操作が可能) →	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・階段昇降	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排便コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

在宅復帰の有無等 [任意項目]

入所/サービス継続中

中止 (中止日:)

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

医療機関入院 死亡 その他

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

身長 () cm | 体重 () kg | 低栄養状態のリスクレベル 低 中 高

栄養補給法

・栄養補給法 経腸栄養法 静脈栄養法

・経口摂取 完全 一部

⑥

・嚥下調整食の必要性 なし あり

・食事形態 常食 嚥下 (コード 4 3 2-2 2-1 1j 0t 0j)

・とろみ 薄い 中間

⑤

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 なし あり (g/dl) | 褥瘡の有無 [任意項目] なし あり

④

健康状態

入れ歯が汚れている はい いいえ

入れ歯が少ないのに入れ歯を使っていない はい いいえ

・むせやすい はい いいえ

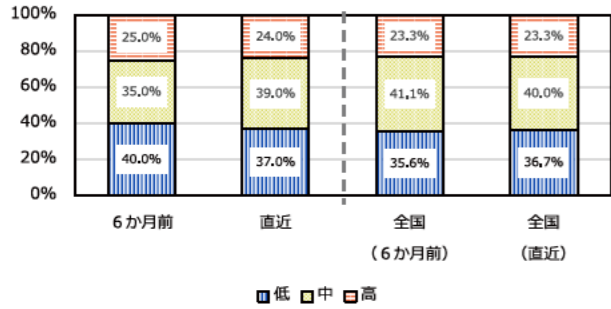
誤嚥性肺炎の発症・既往 (※) なし あり (発症日: 年 月 日) (発症日: 年 月 日)

※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

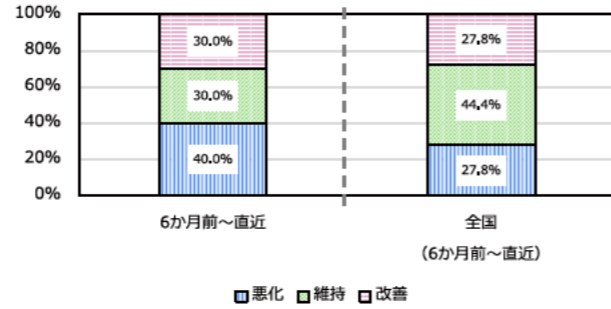
7

【施設サービスのみ必須】

低栄養状態のリスクレベル



低栄養状態のリスクレベルの変化



自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

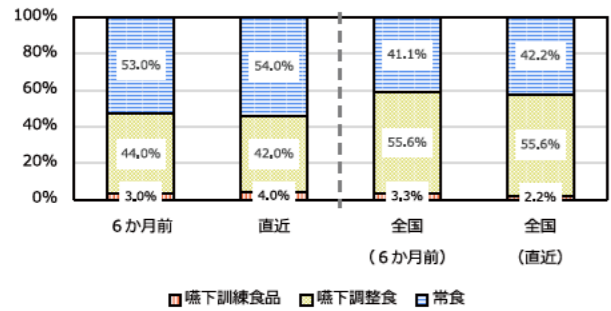
自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

直近と6か月前の両時点において「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。

直近と6か月前の両時点において「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、悪化・維持・改善に該当する利用者の割合を表示しています。

8

食事形態の分布

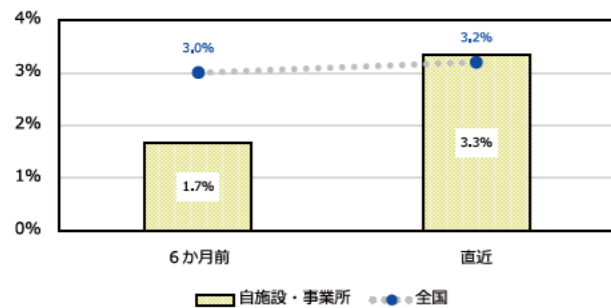


自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

直近と6か月前の両時点において「食事形態」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。

【任意項目】

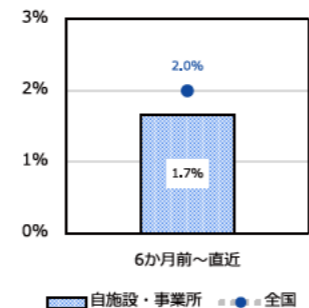
褥瘡がある利用者の割合



自施設・事業所：n=60, 全国：n=50000

直近と6か月前の両時点において「褥瘡の有無」のデータが登録されていた利用者を対象として、褥瘡がある利用者の割合を表示しています。

褥瘡の新たな発生率



自施設・事業所：n=60, 全国：n=50000

直近と6か月前の両時点において「褥瘡の有無」のデータが登録されていた利用者を対象として、新たに「あり」となった利用者の割合を表示しています。

9

※「褥瘡の有無」について、施設・事業所により判断基準が異なっている場合があることに留意が必要です。判断基準については、「ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム（LIFE）利活用の手引き」を確認してください。

科学的介護推進に関する評価（施設サービス）

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

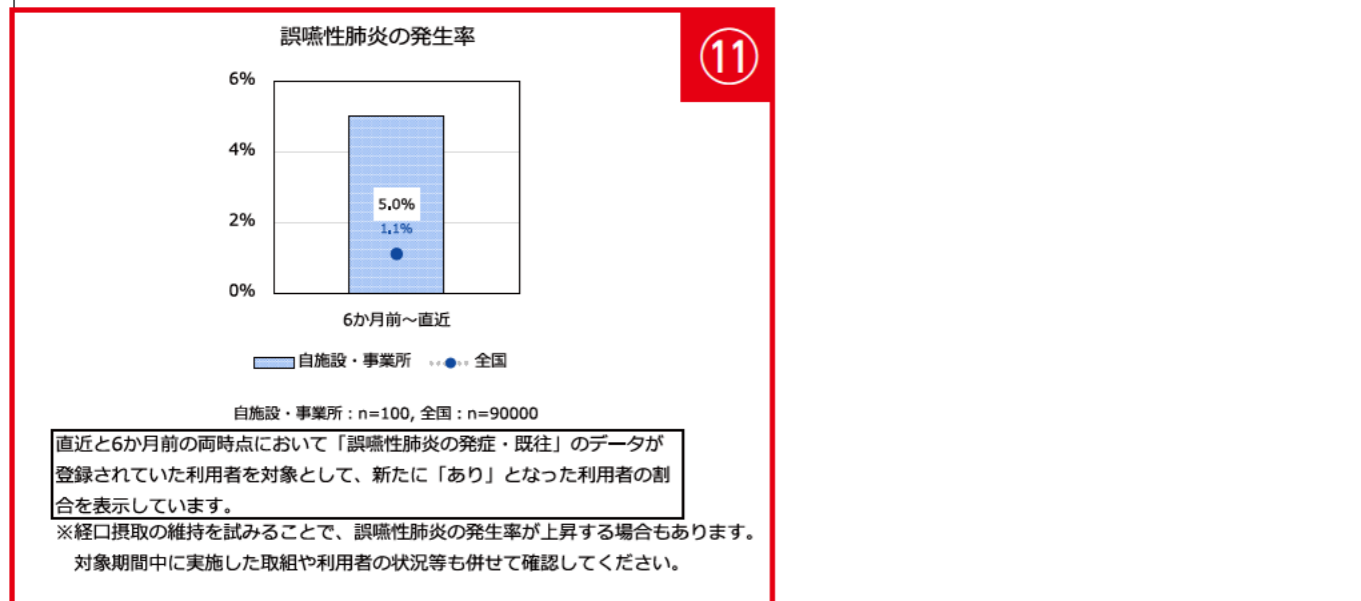
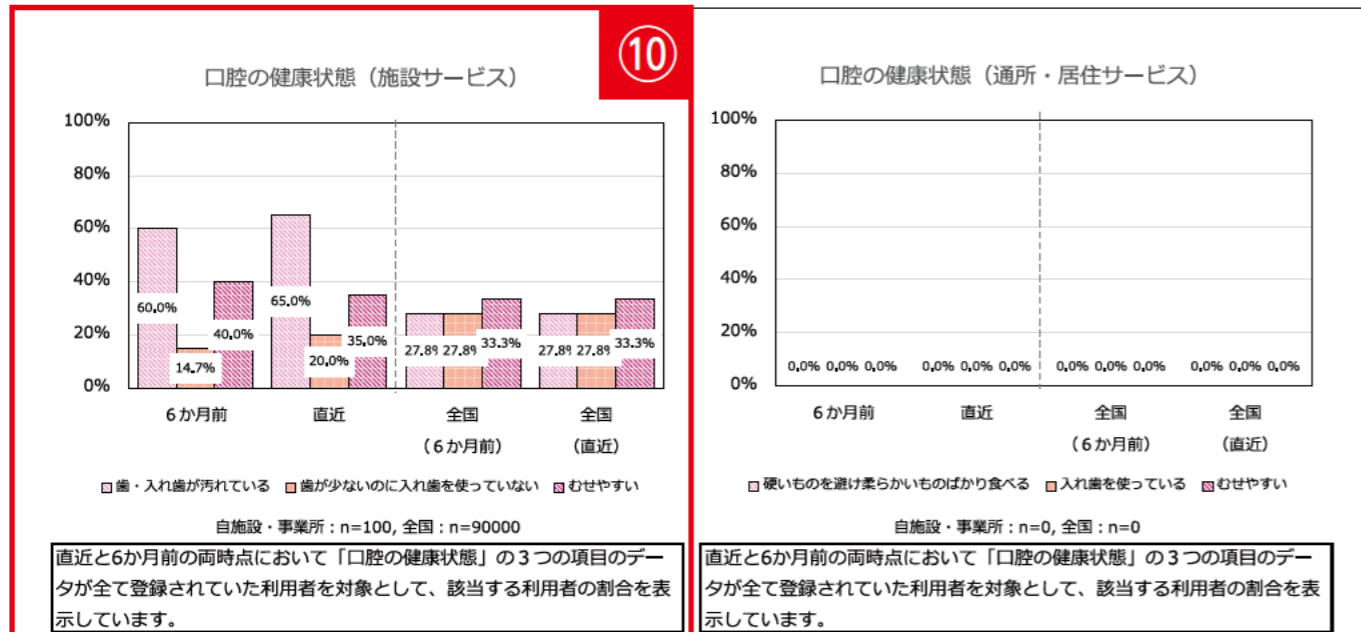
Table with basic information: Insurance number, birth date, sex, etc.

Main evaluation form with sections for medical history, medication, ADL, and home care.

※居室サービスを利用する場合（介7）スを利用しなくなった場合は、その他にチェック

Additional evaluation form for nutrition and oral health.

※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



科学的介護推進に関する評価 (施設サービス)

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] [科学的介護推進体制加算 (I) では任意項目]

服薬情報 [科学的介護推進体制加算 (I) では任意項目]

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

[科学的介護推進体制加算 (I) では任意項目]

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

ADL

	自立	一部介助	全介助
・食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・椅子とベッド間の移乗	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10← (監視下)	<input type="checkbox"/> 0
	(座れるが移れない) →	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・整容	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・平地歩行	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10← (歩行器等)	<input type="checkbox"/> 0
	(車椅子操作が可能) →	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・階段昇降	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排便コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

在宅復帰の有無等 [任意項目]

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

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

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 [任意項目] <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

口腔の健康状態

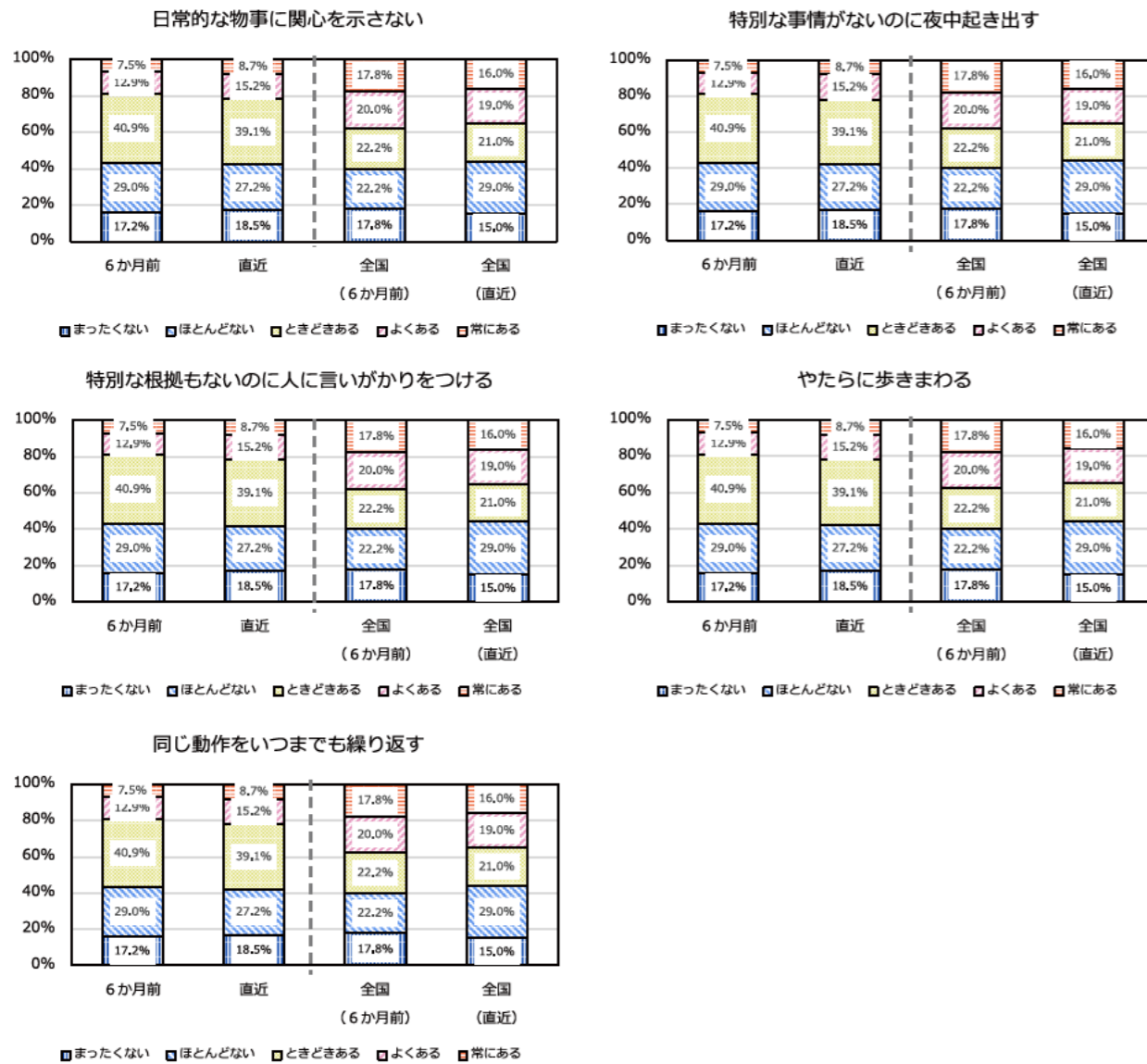
・歯・入れ歯が汚れている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・歯が少ないうちに入れ歯を使っていない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・むせやすい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

誤嚥性肺炎の発症・既往 (※) 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

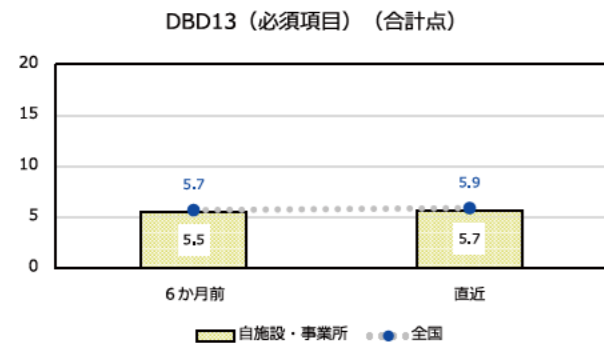
12

■ 認知症



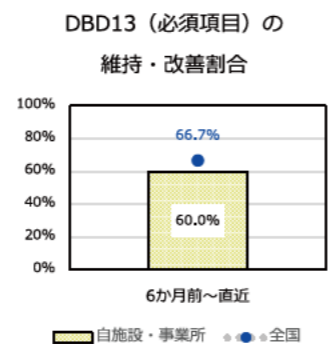
自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

直近と6か月前の両時点において「DBD13（必須項目）」の全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。



自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

直近と6か月前の両時点において「DBD13（必須項目）」の全項目のデータが登録されていた利用者を対象として、DBD13（必須項目）の合計点を表示しています。



自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

直近と6か月前の両時点において「DBD13（必須項目）」の全項目のデータが登録されていた利用者を対象として、合計点が維持または改善した利用者の割合を表示しています。

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
・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"/>

12

〔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

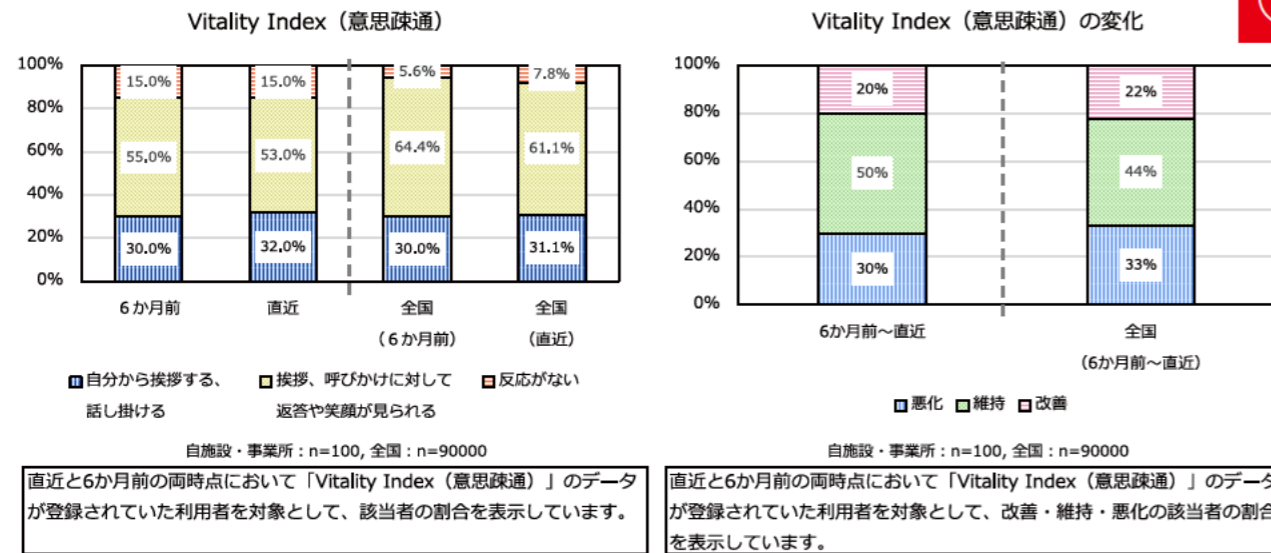
・意思疎通 自分から挨拶する、話し掛ける 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる 反応がない

〔以下、任意項目〕

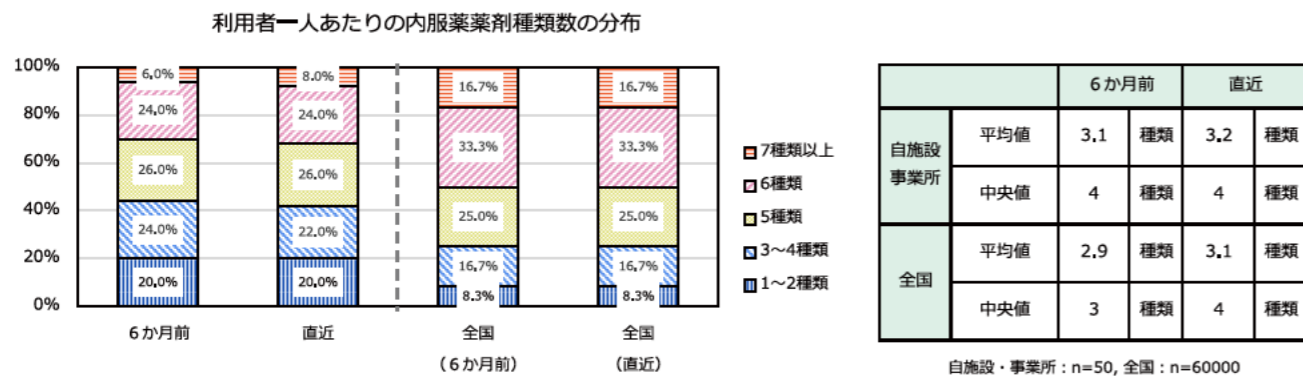
・起床	<input type="checkbox"/> いつも定時に起床している	<input type="checkbox"/> 起こさないと起床しないことがある	<input type="checkbox"/> 自分から起床することはない
・食事	<input type="checkbox"/> 自分から進んで食べようとする	<input type="checkbox"/> 促されると食べようとする	<input type="checkbox"/> 食事に関心がない、全く食べようとしない
・排せつ	<input type="checkbox"/> いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、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

13



■ 服薬情報 (科学的介護推進体制加算 (II) のみ必須項目)



※以下に留意が必要です。
 ・データ登録を行う服薬情報の範囲 (臨時処方登録しているか、等) について、施設・事業所により判断基準が異なる可能性があります。
 ・内服薬の該当は、項目「剤形コード」により判別しているため、本項目が空欄の場合、計上されていません。

※ポリファーマシーについて
 ポリファーマシーは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」(厚生労働省「高齢者の医薬品適正使用の指針」(総論編))です。フィードバック票の薬剤数も参考にしながら、薬物有害事象が生じていないかについても確認してください。

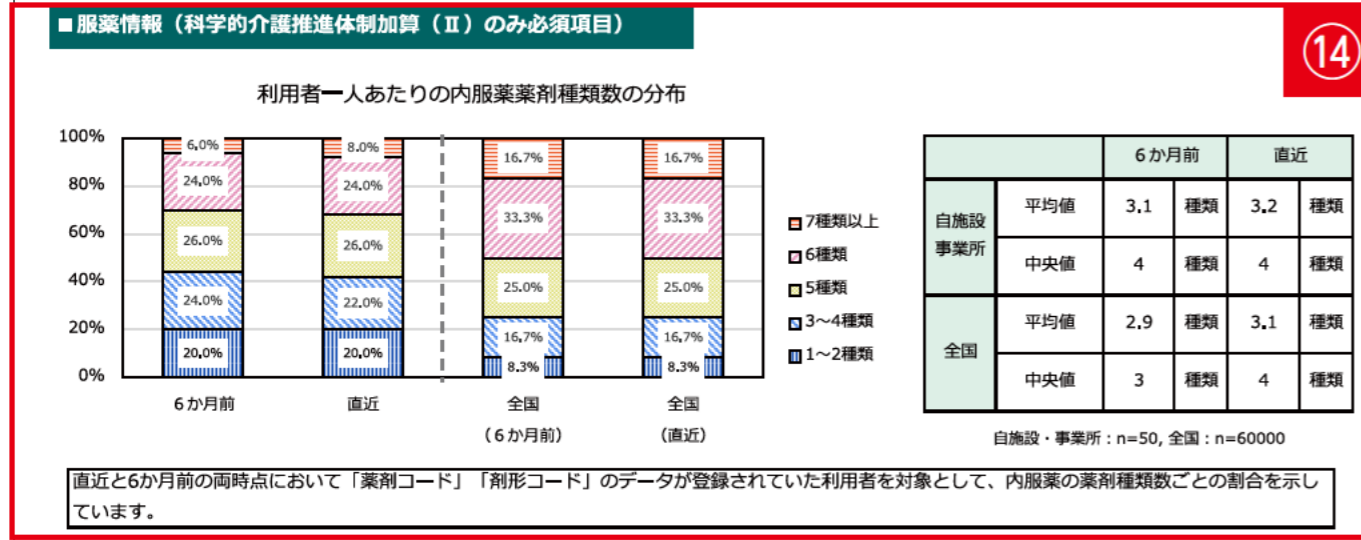
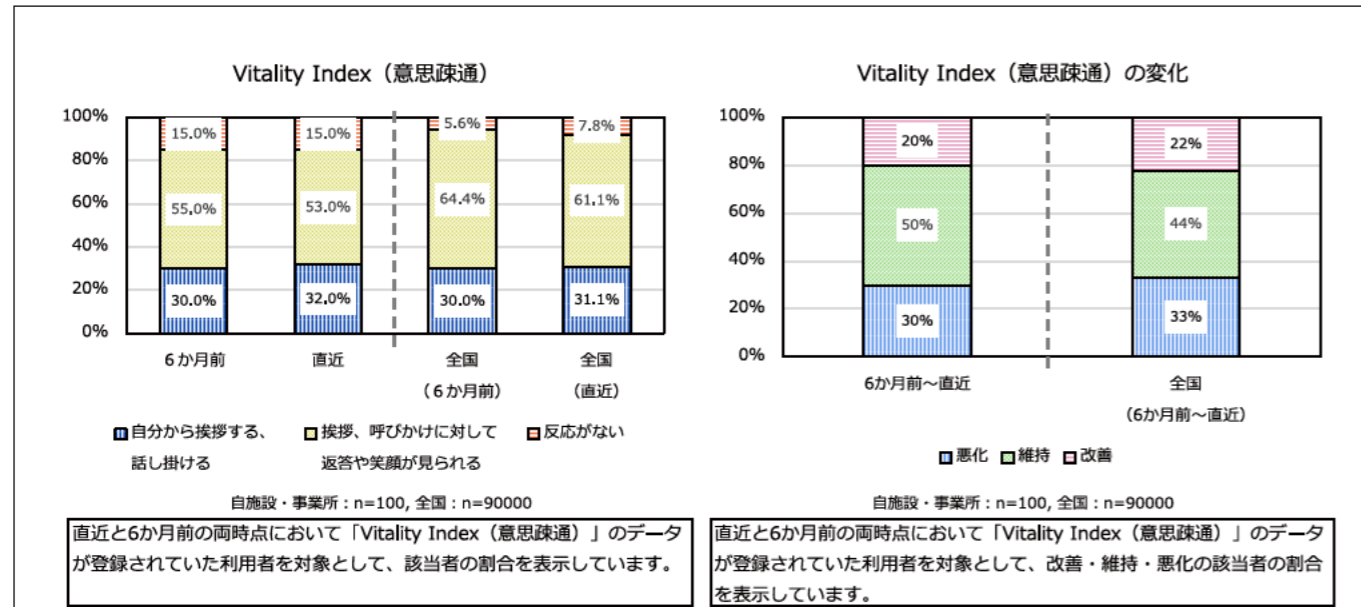
認知症の診断
なし あり (診断日 年 月 日: アルツハイマー病 血管性認知症 レビー小体病 その他())

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
・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"/>
・物を貯め込む	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【以下、任意項目】					
・起床	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・排せつ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・リハビリ・活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(注) 任意項目との記載のない項目は必須項目とする

13



14

※以下に留意が必要です。
 ・データ登録を行う服薬情報の範囲（臨時処方登録しているか、等）について、施設・事業所により判断基準が異なる可能性があります。
 ・内服薬の該当は、項目「剤形コード」により判別しているため、本項目が空欄の場合、計上されていません。

※ポリファーマシーについて
 ポリファーマシーは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」（厚生労働省「高齢者の医薬品適正使用の指針」（総論編））です。フィードバック票の薬剤数も参考にしながら、薬物有害事象が生じていないかについても確認してください。

科学的介護推進に関する評価 (施設サービス)

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] [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)
 ・
 ・

14

[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	科学的介護推進体制加算 (I) では任意項目		
	自立	一部介助	全介助
・食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・椅子とベッド間の移乗	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10← (監視下)	<input type="checkbox"/> 0
	(座れるが移れない) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0		
・整容	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・平地歩行	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10← (歩行器等)	<input type="checkbox"/> 0
	(車椅子操作が可能) → <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0		
・階段昇降	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排便コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

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

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 [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 (※) 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

(C) 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

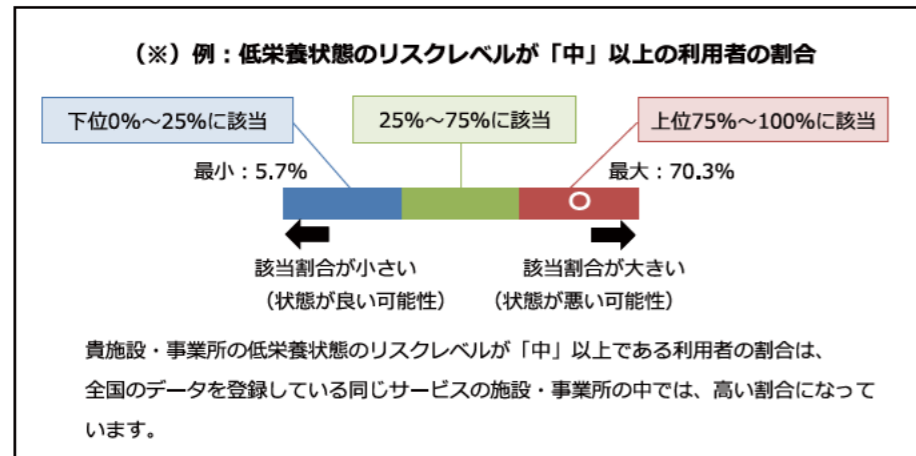
- 事業所フィードバックは、自施設・事業所の利用者の状況と、全国の栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算をLIFEにデータ登録している同じサービスの事業所における、利用者を対象とした値を表示しています。
- 自施設・事業所の利用者の状況およびその推移や、全国の利用者と比較した相対的な状況等を確認することができます。

<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。

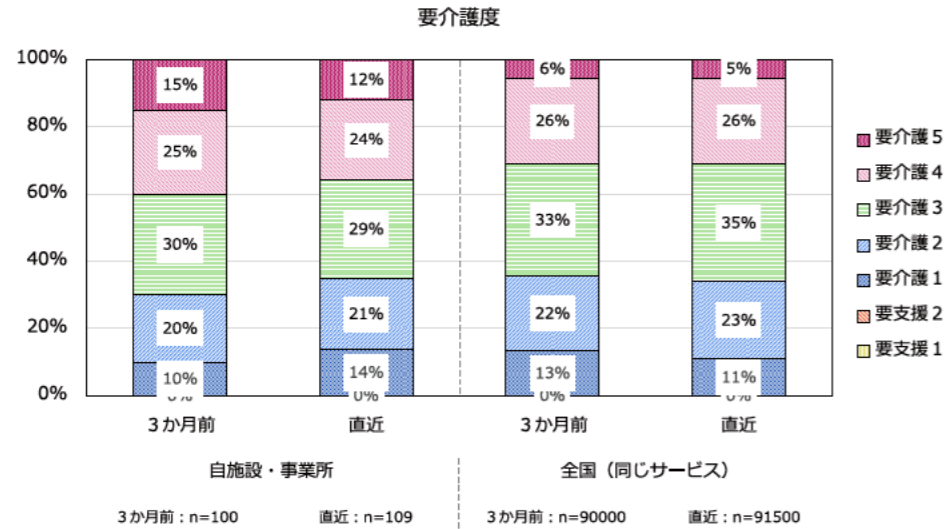
対象期間中に、自施設・事業所ではどのような利用者がいたか、どのような取組を実施したか等の状況等も考慮しながら、本フィードバックをサービスの改善に向けた検討の材料としてご活用ください。



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		

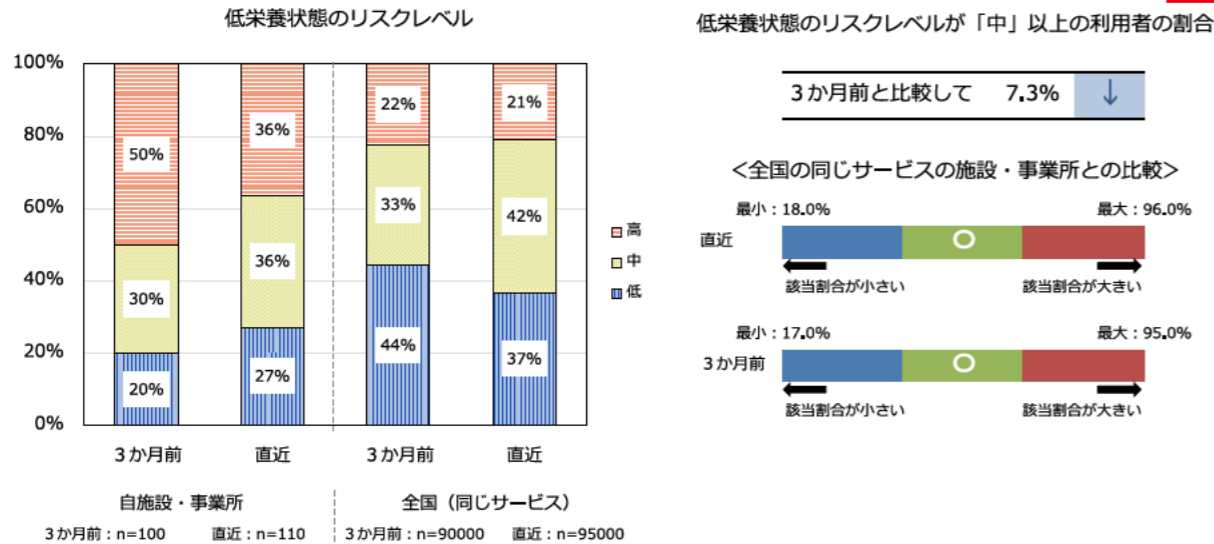
事業所番号 : 999999999 サービス : サンプルサービス 集計時点 : 2022年4月 登録分
 事業所名称 : サンプル施設
 集計に含まれる全国の同じサービスの事業所数 : 【直近】 10000 【3か月前】 10150

■ 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 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		食事の摂取状況(胃腸、食事の状況、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	-

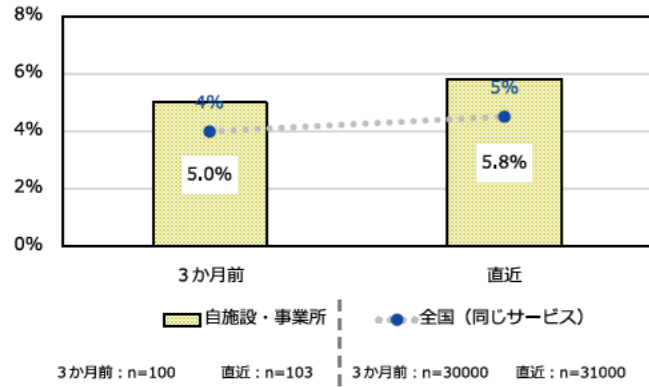
実施日(記入者名)	年 月 日()	年 月 日()	年 月 日()	年 月 日()
プロセス	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高
BMI	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□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 □経腸栄養法 □静脈栄養法	□経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法	□経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法	□経口のみ □一部経口 □経腸栄養法 □静脈栄養法
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)	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %
摂取エネルギー・たんぱく質(摂取量)	kJ (kcal/kg) g (g/kg)	kJ (kcal/kg) g (g/kg)	kJ (kcal/kg) g (g/kg)	kJ (kcal/kg) g (g/kg)
提供エネルギー・たんぱく質(摂取量)	kJ (kcal/kg) g (g/kg)	kJ (kcal/kg) g (g/kg)	kJ (kcal/kg) g (g/kg)	kJ (kcal/kg) g (g/kg)
必要エネルギー・たんぱく質(摂取量)	kJ (kcal/kg) g (g/kg)	kJ (kcal/kg) g (g/kg)	kJ (kcal/kg) g (g/kg)	kJ (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: ★ブルダウン ²)	(コード: ★ブルダウン ²)	(コード: ★ブルダウン ²)	(コード: ★ブルダウン 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)	()	()	()	()
本人の意欲	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³
食欲・食事の満足感	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴
食事に対する意欲	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン 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
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

★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、0)
 ★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

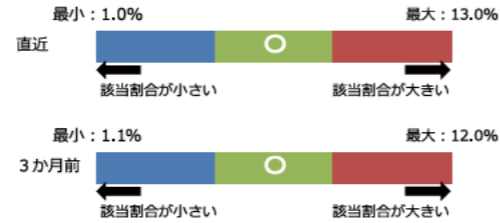
③

3%以上の体重減少（/1ヶ月）が「有り」の利用者の割合

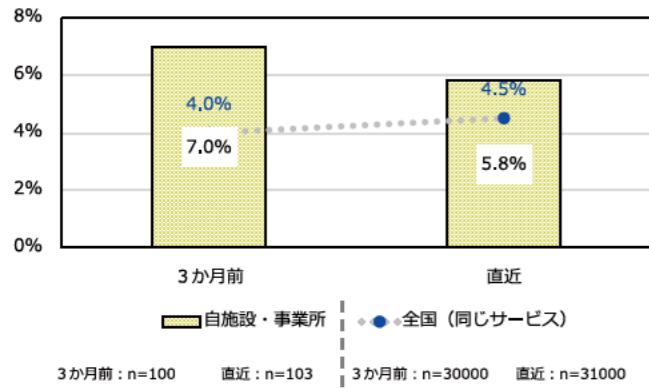


3か月前と比較して 0.8% ↑

<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>

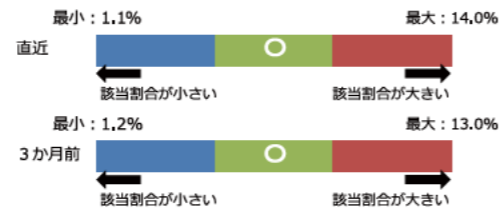


3%以上の体重減少（/3ヶ月）が「有り」の利用者の割合

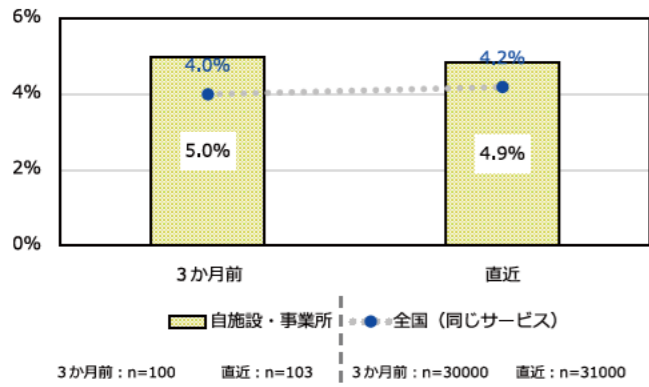


3か月前と比較して 1.2% ↓

<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>

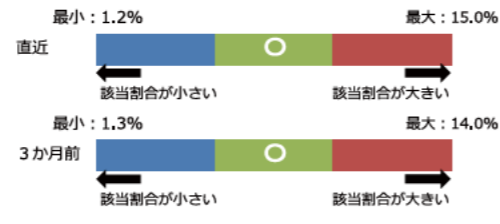


3%以上の体重減少（/6ヶ月）が「有り」の利用者の割合



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。）

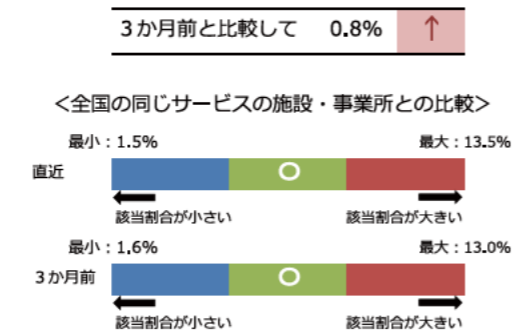
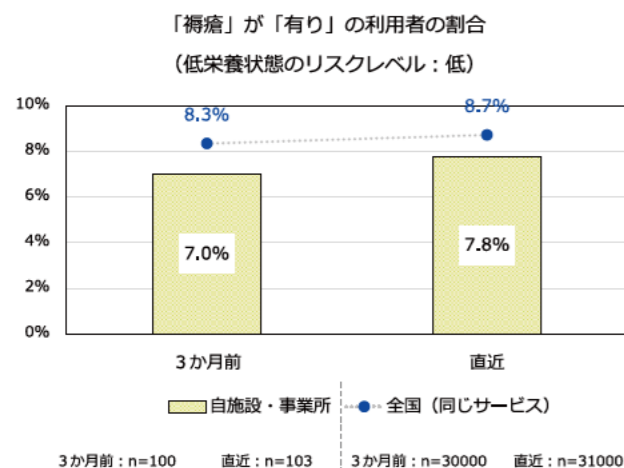
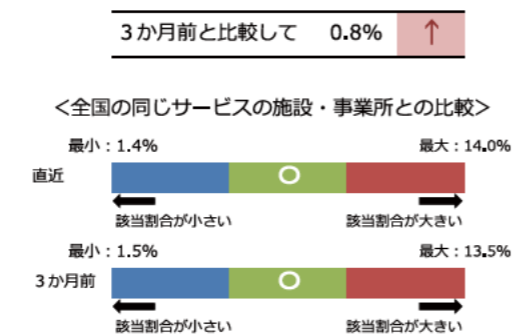
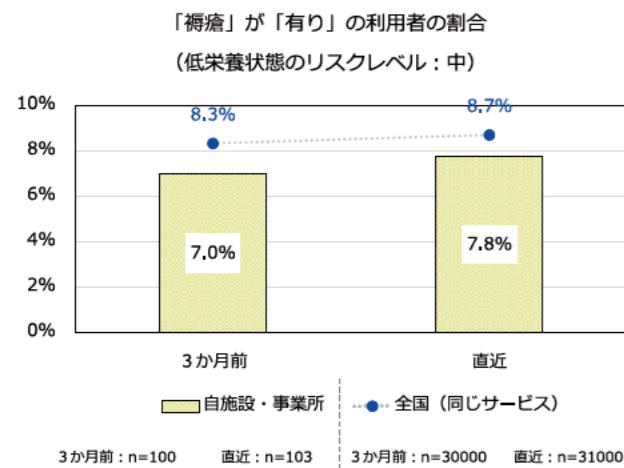
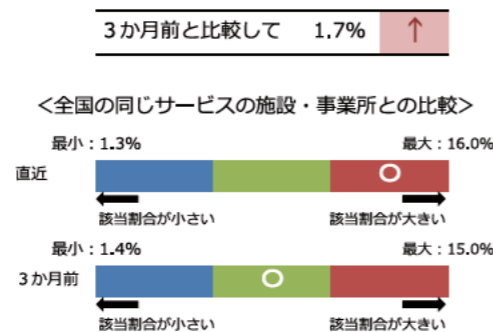
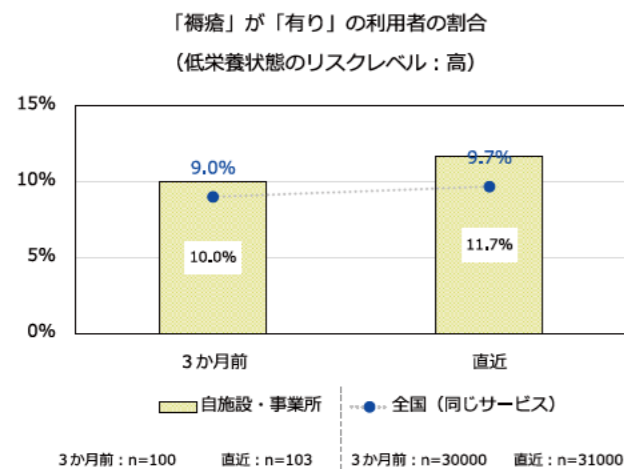
別紙様式5-1 栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例）

フリガナ	性別	□男 □女	生年月日	年 月 日	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			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（入院）直前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	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン 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(kg/1ヶ月)	□無 □有(kg/1ヶ月)	□無 □有(kg/1ヶ月)	□無 □有(kg/1ヶ月)			
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有(kg/3ヶ月)	□無 □有(kg/3ヶ月)	□無 □有(kg/3ヶ月)	□無 □有(kg/3ヶ月)			
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有(kg/6ヶ月)	□無 □有(kg/6ヶ月)	□無 □有(kg/6ヶ月)	□無 □有(kg/6ヶ月)			
アルブミン値	□無 □有(g/dl)	□無 □有(g/dl)	□無 □有(g/dl)	□無 □有(g/dl)			
経口のみ	□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			
経路	□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			
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)			
嚥下調整の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有			
食事の形態（コード）	(コード：★ブルダウン ²)	(コード：★ブルダウン ²)	(コード：★ブルダウン ²)	(コード：★ブルダウン 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	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³			
食欲・食事の満足感	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴			
食事に対する意欲	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン 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	□	□	□	□			
食事中に嘔吐や意識混濁がある	□	□	□	□			
歯（齲蝕）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							
嚥下・生活機能関係	□嚥下（再掲） □生活機能低下	□嚥下（再掲） □生活機能低下	□嚥下（再掲） □生活機能低下	□嚥下（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			

★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、0J）
 ★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		
利用者の家族の意向			食事の準備状況（買い物、食事の支度、地域特性等）		作成年月日	年 月 日	家族構成とキーパーソン（支援者）
（以下は、入所（入居）直前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（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）
プロセス	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン 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	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高
4 BMI	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	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 (kg/1ヶ月)	□無 □有 (kg/1ヶ月)	□無 □有 (kg/1ヶ月)	□無 □有 (kg/1ヶ月)	□無 □有 (kg/1ヶ月)	□無 □有 (kg/1ヶ月)	□無 □有 (kg/1ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有 (kg/3ヶ月)	□無 □有 (kg/3ヶ月)	□無 □有 (kg/3ヶ月)	□無 □有 (kg/3ヶ月)	□無 □有 (kg/3ヶ月)	□無 □有 (kg/3ヶ月)	□無 □有 (kg/3ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有 (kg/6ヶ月)	□無 □有 (kg/6ヶ月)	□無 □有 (kg/6ヶ月)	□無 □有 (kg/6ヶ月)	□無 □有 (kg/6ヶ月)	□無 □有 (kg/6ヶ月)	□無 □有 (kg/6ヶ月)
血清アルブミン値	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)
褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
4 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	□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）	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
主菜、副菜の摂取量（割合）	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	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）	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (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）	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (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）	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (kcal/kg) g (g/kg)	kkal (kcal/kg) g (g/kg)
嚥下調整食の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
食事の形態（コード）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン 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	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い
食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど）	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
本人の意欲	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³
食欲・食事の満足感	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴
食事に対する意欲	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴
口腔ケア	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□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（齲蝕）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	□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	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘
水分関係	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水
代謝関係	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱
心理・精神・認知症関係	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症
医薬品	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響
特記事項							
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない
サービス継続の必要性 注）栄養改善加算算定の場合	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有

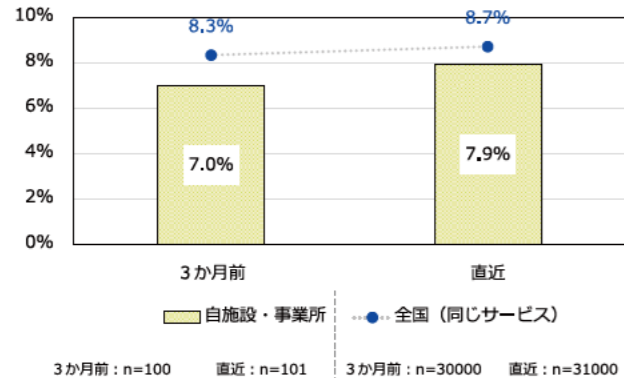
★ブルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
 ★ブルダウン² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類（4、3、2-2、2-1、1、0t、0）
 ★ブルダウン³ 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
 ★ブルダウン⁴ 1太いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

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

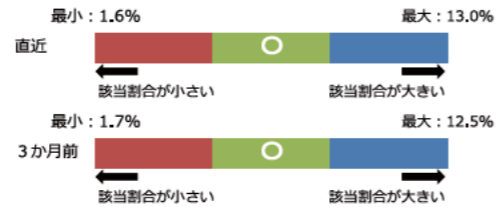
■ 食生活状況等

本人の意欲が「ややある」以上の利用者の割合

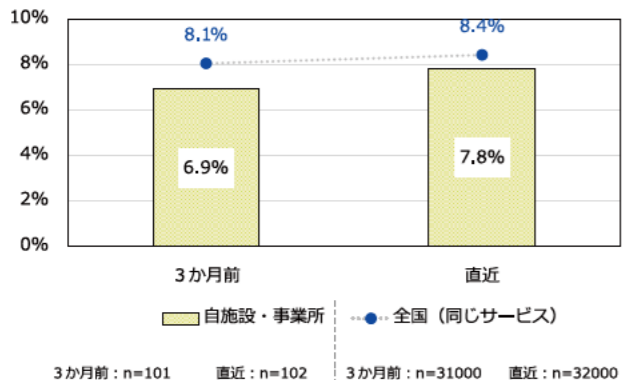


3か月前と比較して 0.9% ↑

<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>

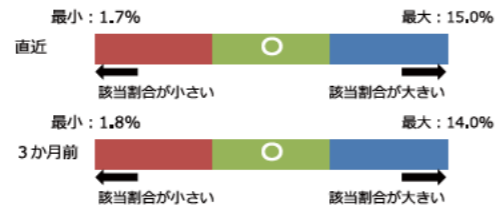


食欲・食事の満足度が「ややある」以上の利用者の割合

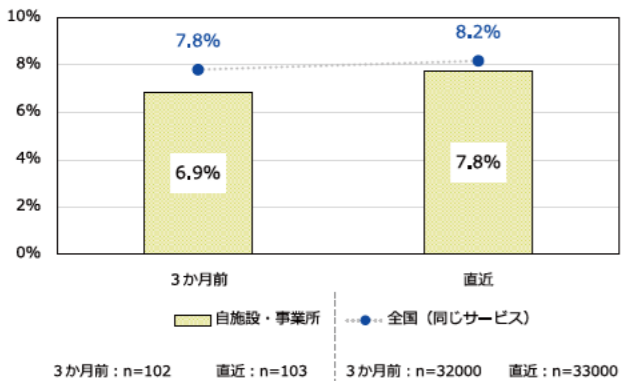


3か月前と比較して 0.9% ↑

<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>

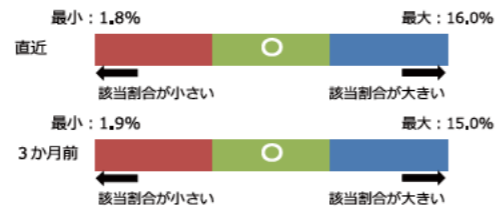


食事に対する意識が「ややある」以上の利用者の割合



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			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							

(以下は、入所(入居)直前の状態にて作成。)

実施日(記入者名)	年 月 日()	年 月 日()	年 月 日()	年 月 日()
プロセス	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン 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	□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
食事の形態(コード)	(コード: ★ブルダウン ²)	(コード: ★ブルダウン ²)	(コード: ★ブルダウン ²)	(コード: ★ブルダウン 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	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³
食欲・食事の満足感	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴
食事に対する意識	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴
多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題)	□口腔衛生 □摂食・嚥下 □口腔衛生 □摂食・嚥下 □口腔衛生 □摂食・嚥下 □口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下 □口腔衛生 □摂食・嚥下 □口腔衛生 □摂食・嚥下 □口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下 □口腔衛生 □摂食・嚥下 □口腔衛生 □摂食・嚥下 □口腔衛生 □摂食・嚥下	□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
5				
正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□
咀嚼することができない	□	□	□	□
食事中に嘔吐や意識混濁がある	□	□	□	□
歯(齲蝕)のない状態で食事をしている	□	□	□	□
食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□
固形の食べ物を咀嚼しにくく感じる	□	□	□	□
食後、頬の内側や口腔内に残液がある	□	□	□	□
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	□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	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘
水分関係	□浮腫 □脱水 □浮腫 □脱水 □浮腫 □脱水 □浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水 □浮腫 □脱水 □浮腫 □脱水 □浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水 □浮腫 □脱水 □浮腫 □脱水 □浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水 □浮腫 □脱水 □浮腫 □脱水 □浮腫 □脱水
代謝関係	□感染 □発熱 □感染 □発熱 □感染 □発熱 □感染 □発熱	□感染 □発熱 □感染 □発熱 □感染 □発熱 □感染 □発熱	□感染 □発熱 □感染 □発熱 □感染 □発熱 □感染 □発熱	□感染 □発熱 □感染 □発熱 □感染 □発熱 □感染 □発熱
心理・精神・認知症関係	□閉じこもり □うつ □認知症 □閉じこもり □うつ □認知症 □閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症 □閉じこもり □うつ □認知症 □閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症 □閉じこもり □うつ □認知症 □閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症 □閉じこもり □うつ □認知症 □閉じこもり □うつ □認知症
医薬品	□薬の影響 □薬の影響 □薬の影響 □薬の影響	□薬の影響 □薬の影響 □薬の影響 □薬の影響	□薬の影響 □薬の影響 □薬の影響 □薬の影響	□薬の影響 □薬の影響 □薬の影響 □薬の影響
特記事項				
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善 □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 □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 □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 □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場合	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有

★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、0)
 ★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かまわない。

(D) 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

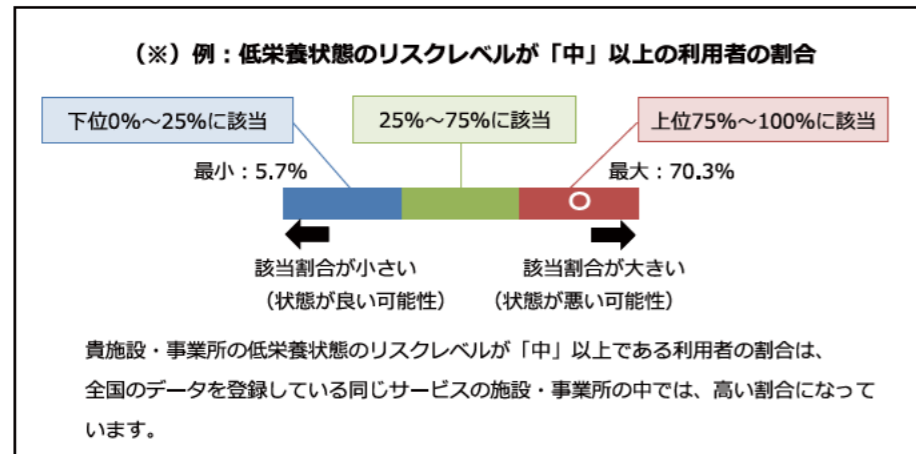
- 事業所フィードバックは、自施設・事業所の利用者の状況と、全国の栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算をLIFEにデータ登録している同じサービスの事業所における、利用者を対象とした値を表示しています。
- 自施設・事業所の利用者の状況およびその推移や、全国の利用者と比較した相対的な状況等を確認することができます。

<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。

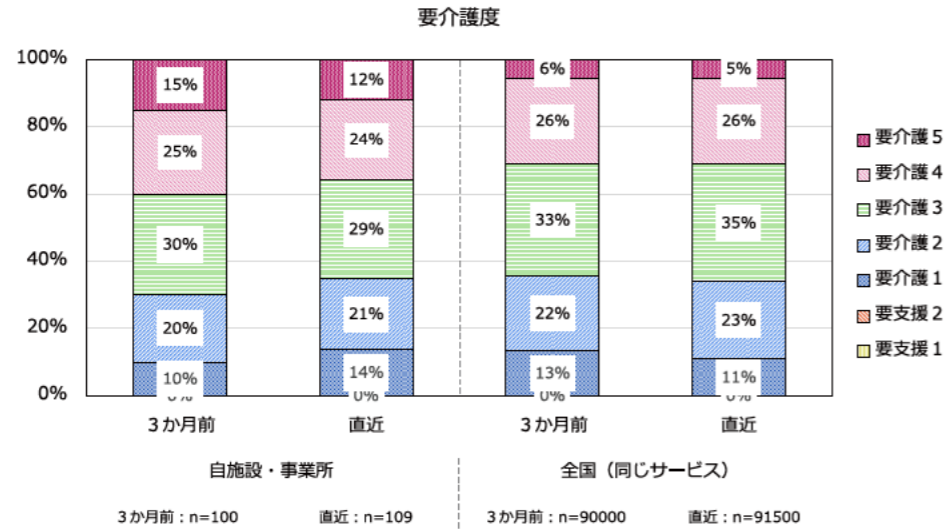
対象期間中に、自施設・事業所ではどのような利用者がいたか、どのような取組を実施したか等の状況等も考慮しながら、本フィードバックをサービスの改善に向けた検討の材料としてご活用ください。



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		

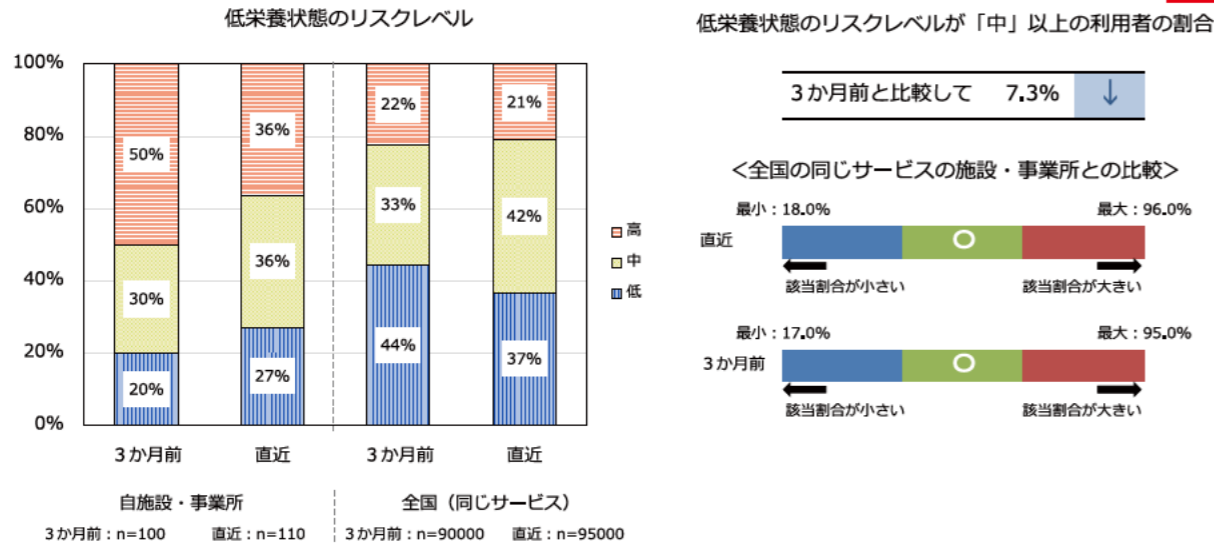
事業所番号 : 999999999 サービス : サンプルサービス 集計時点 : 2022年4月 登録分
事業所名称 : サンプル施設
集計に含まれる全国の同じサービスの事業所数 : 【直近】 10000 【3か月前】 10150

■ 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。)

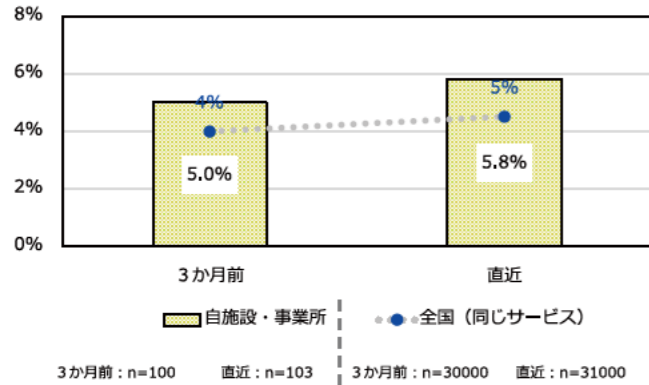
別紙様式 4-1 栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング (施設) (様式例)

Table with columns for user information (フリガナ, 氏名, 性別, etc.), assessment results (プロセス, リスクレベル, etc.), and care status (要介護度, etc.). Includes a memo field at the bottom.

■ 体重減少が「有り」の利用者の割合

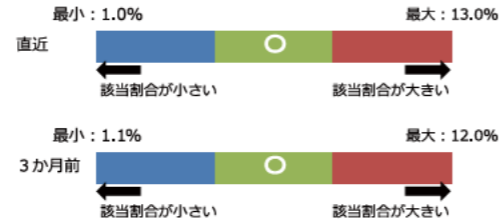
③

3%以上の体重減少（/1ヶ月）が「有り」の利用者の割合

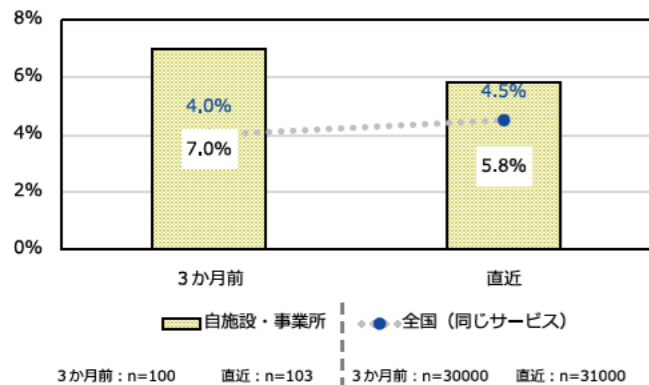


3か月前と比較して 0.8% ↑

<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>

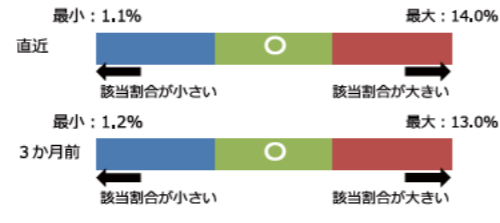


3%以上の体重減少（/3ヶ月）が「有り」の利用者の割合

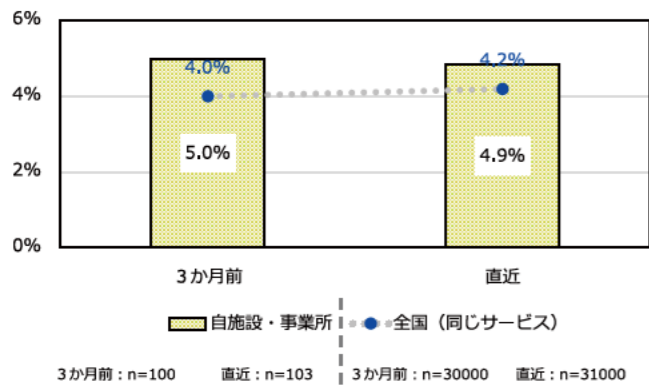


3か月前と比較して 1.2% ↓

<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>

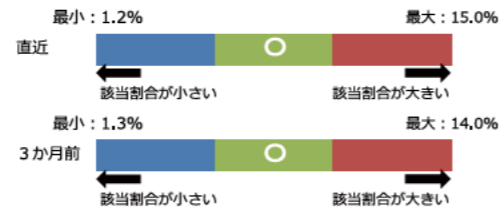


3%以上の体重減少（/6ヶ月）が「有り」の利用者の割合



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）

フリガナ	性別	口男	口女	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			作成年月日				年	月
家族の意向	本人							日	
(以下は、入居（入館）直後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 ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹					
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
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()	口無
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()	口無
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()	口無
意識	口無	口有()	口無	口有()	口無	口有()	口無	口有()	口無
経口のみ	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	口経口のみ
経口栄養法	口経口栄養法	口経口栄養法	口経口栄養法	口経口栄養法	口経口栄養法	口経口栄養法	口経口栄養法	口経口栄養法	口経口栄養法
その他									
食事摂取量（割合）	%	%	%	%					
主食の摂取量（割合）	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %					
主菜、副菜の摂取量（割合）	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %					
その他（補助食品など）									
摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)					
提供栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)					
必要栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)					
嚥下調整の必要性	口無	口有	口無	口有	口無	口有	口無	口有	口無
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
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	口無
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					
多職種による栄養ケアの連携（摂食・嚥下）	口口口口口口	口口口口口口	口口口口口口	口口口口口口					
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					
食事中に嘔吐や意識障害がある	口	口	口	口					
歯（義歯）のない状態で食事をしている	口	口	口	口					
食べ物を口腔内に溜め込む	口	口	口	口					
固形の食べ物を咀嚼しにくく中にむせる	口	口	口	口					
食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	口	口	口	口					
水分でむせる	口	口	口	口					
食事中、食後に嘔吐をすることがある	口	口	口	口					
その他、気が付いた点									
嚥下・生活機能関係	口嚥下(再掲) 口生活機能低下	口嚥下(再掲) 口生活機能低下	口嚥下(再掲) 口生活機能低下	口嚥下(再掲) 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	口無
経口維持加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している場合は必須									
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 食事の調理環境	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									

