

# 【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。

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

(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) 個別機能訓練加算(Ⅱ) .....	33
(D) ADL維持等加算 .....	49
(E) リハビリテーションマネジメント加算等 .....	55
(F) 褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理(通所・居宅サービス)(施設サービス) .....	75
(G) 排せつ支援加算 .....	81
(H) 自立支援促進加算 .....	89
(I) かかりつけ医連携薬剤調整加算・薬剤管理指導 .....	113
(J) 栄養アセスメント加算(通所・居宅サービス) .....	117
(K) 栄養マネジメント強化加算(施設サービス) .....	127
(L) 口腔衛生管理加算(Ⅱ) .....	137
(M) 口腔機能向上加算(Ⅱ) .....	145

### (2)利用者別フィードバック

(A) 科学的介護推進体制加算(通所・居宅サービス) .....	151
(B) 科学的介護推進体制加算(施設サービス) .....	161
(C) 個別機能訓練加算(Ⅱ) .....	171
(D) ADL 維持等加算 .....	179
(E) リハビリテーションマネジメント加算等 .....	183
(F) 褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理 .....	193
(G) 排せつ支援加算 .....	201
(H) 自立支援促進加算 .....	205
(I) 栄養アセスメント加算(通所・居宅サービス) .....	217
(J) 栄養マネジメント強化加算(施設サービス) .....	225
(K) 口腔衛生管理加算(Ⅱ) .....	233
(L) 口腔機能向上加算(Ⅱ) .....	241

(A) 科学的介護推進体制加算（通所・居宅サービス）

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。

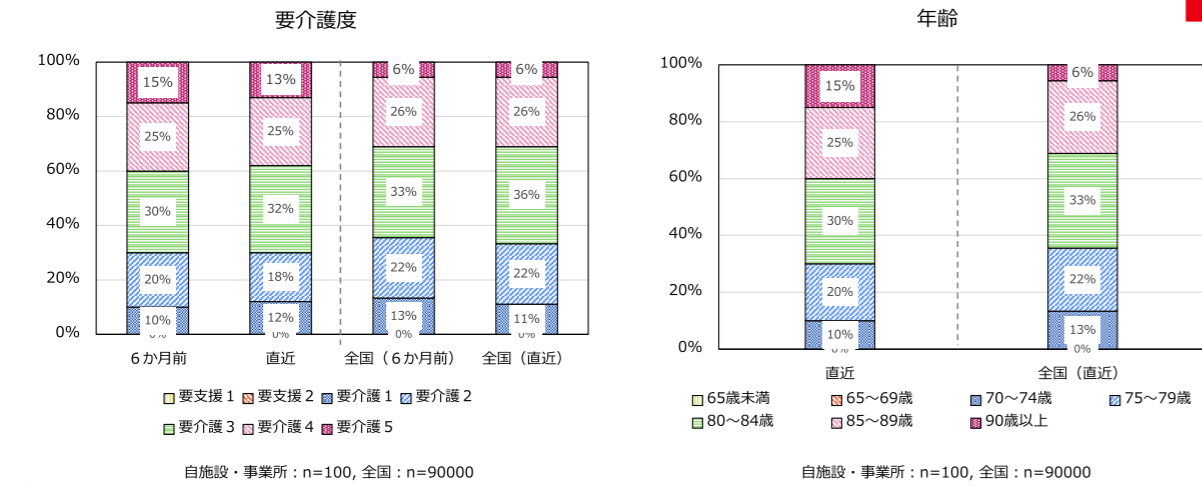
○自施設・事業所の利用者の状況およびその推移や、全国の利用者と比較した相対的な状況を確認することができます。

○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。

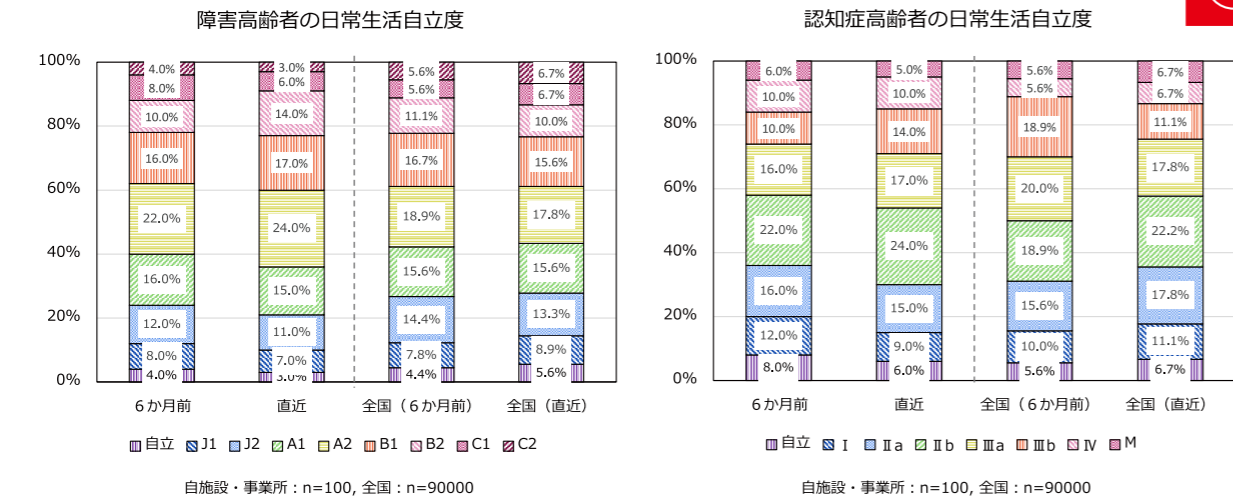
事業所番号 : 999999999 サービス : 介護福祉施設サービス 集計時点 : 2022年3月 登録分データまで  
事業所名称 : サンプル施設

■要介護度・年齢



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



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「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（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

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
	(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)

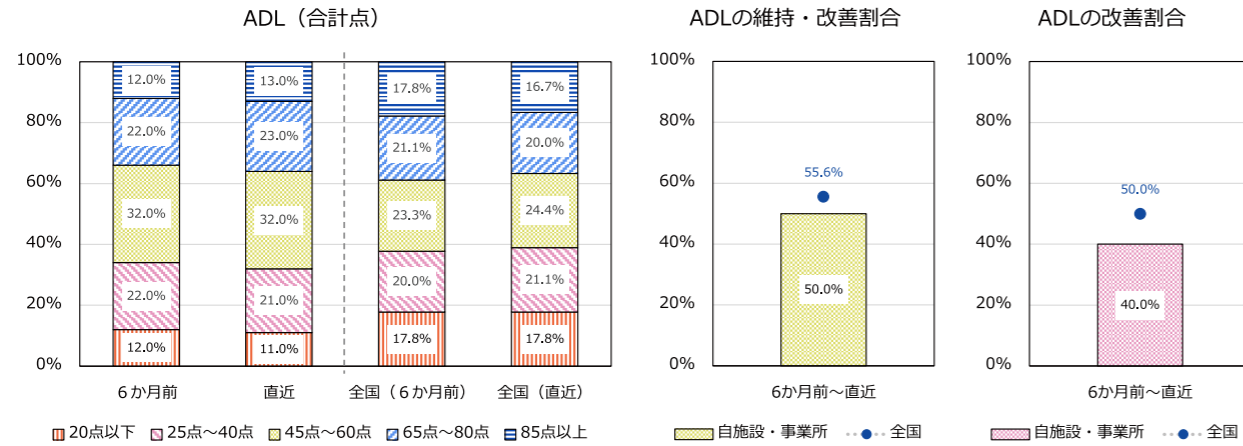
口腔・栄養	身長 ( cm)	体重 ( kg)	褥瘡の有無 [任意項目] <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	口腔の健康状態		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・硬いものを避け柔らかいものばかり食べる <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・入れ歯を使っている <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・むせやすい <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> </ul>		

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)

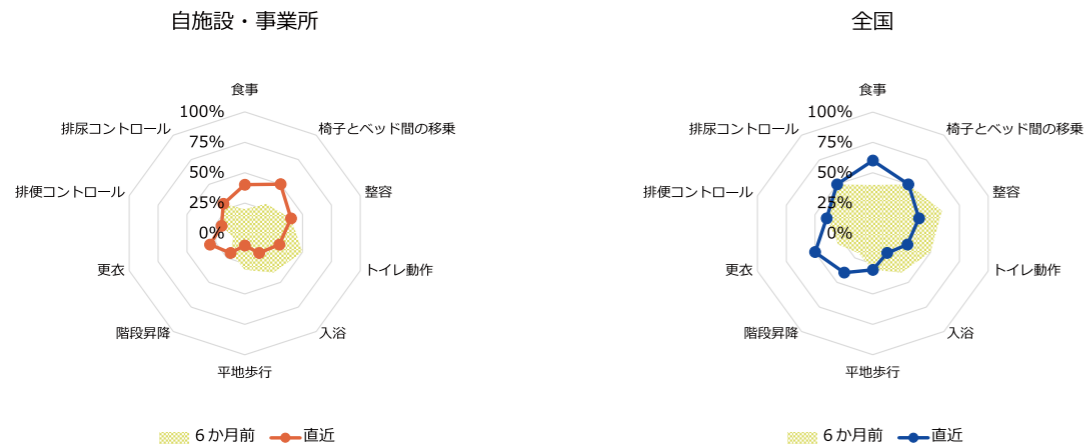
※初回の入力時には誤嚥性肺炎の既往、二回目以降の入力時は前回の評価後の誤嚥性肺炎の発症について記載

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 (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]

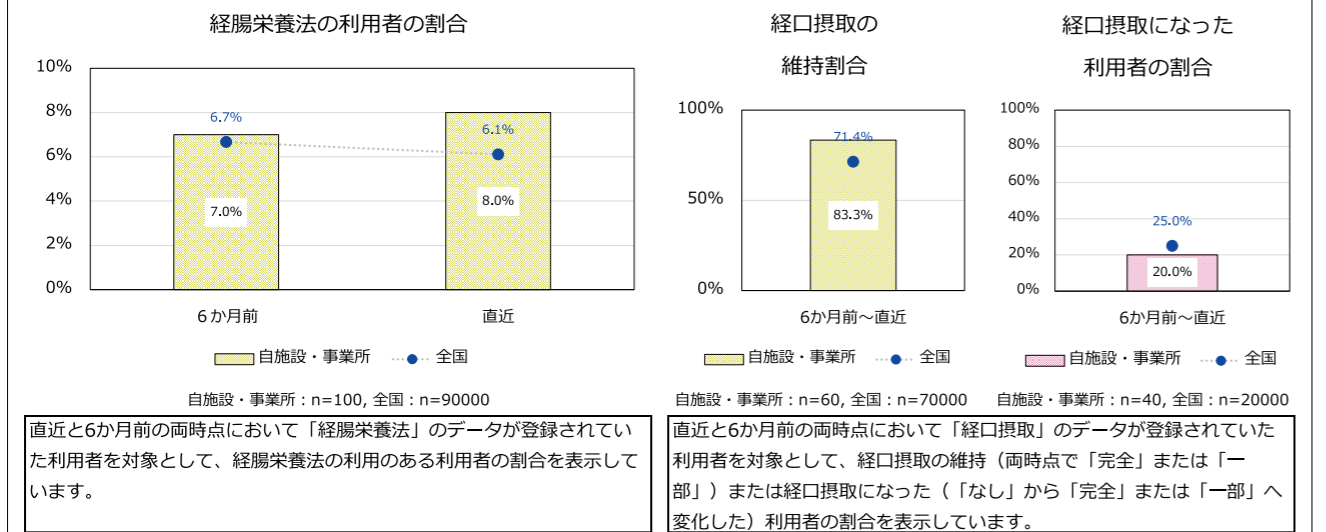
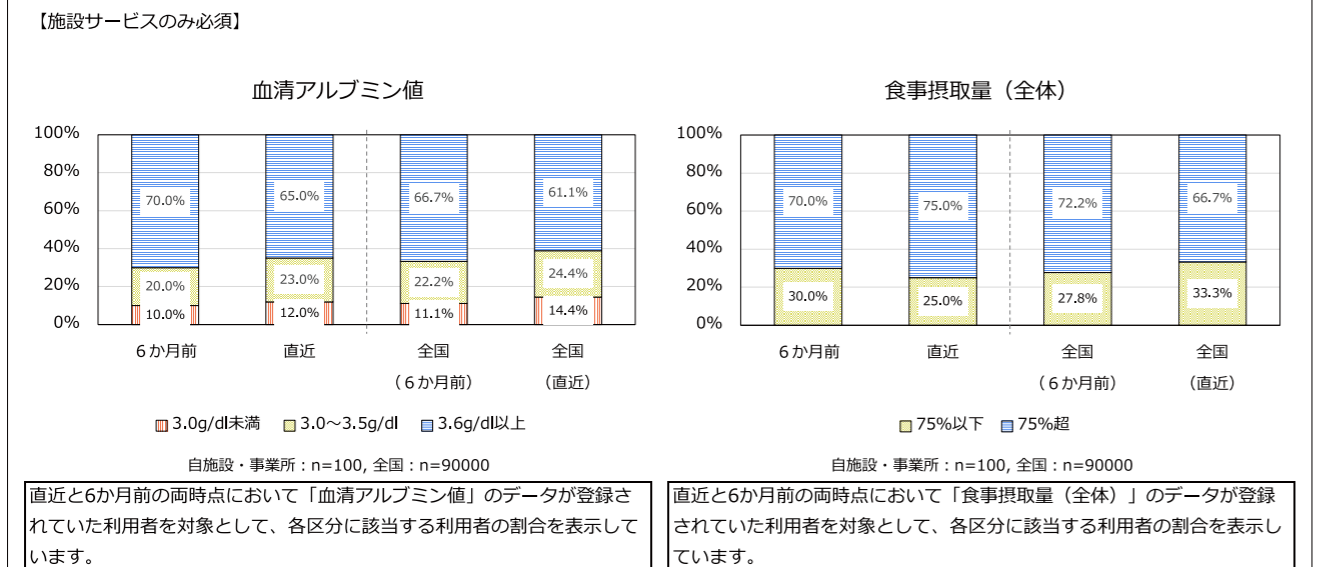
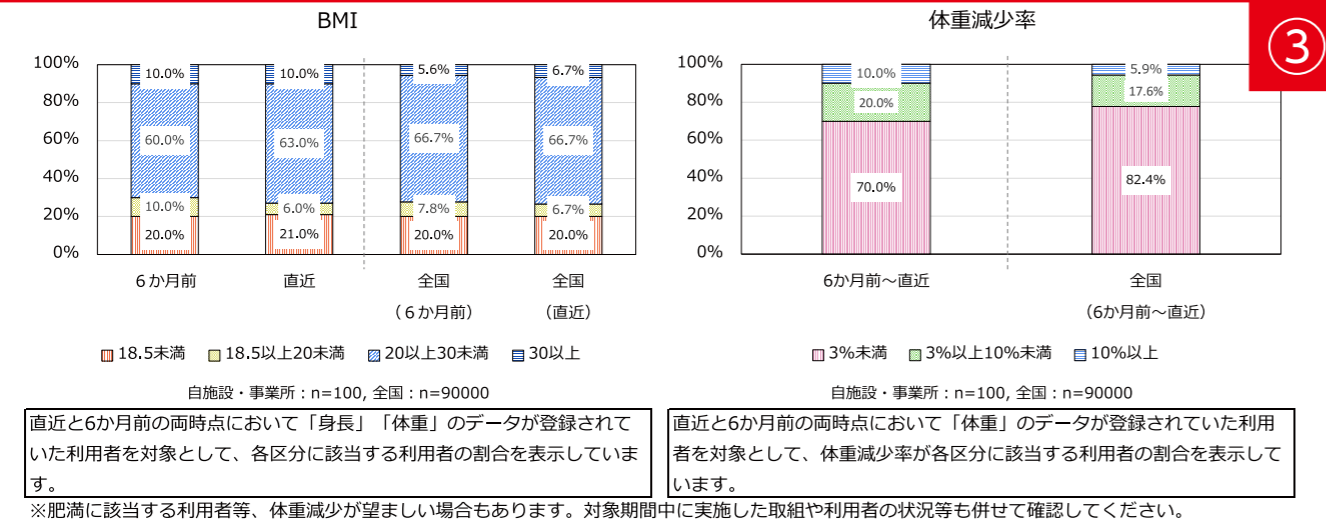
入所/サービス継続中  
中止 (中止日： )  
居宅 (※) 介護老人福祉施設入所 介護老人保健施設入所 介護医療院入所 介護療養型医療施設入院  
医療機関入院 死亡 その他

※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



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・栄養

口腔の健康状態

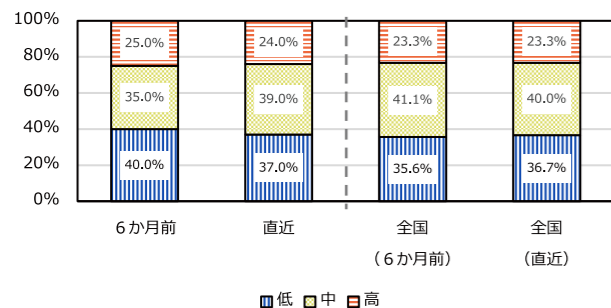
	はい	いいえ
・硬いものを避け柔らかいものばかり食べる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・入れ歯を使っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・むせやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)

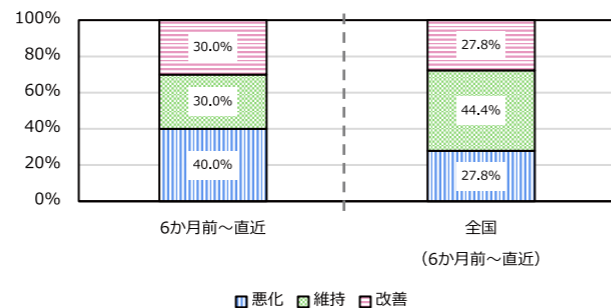
※初回の入力時には誤嚥性肺炎の既往、二回目以降の入力時は前回の評価後の誤嚥性肺炎の発症について記載

【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



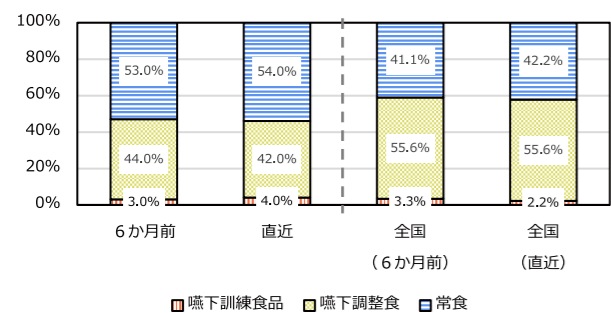
自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

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。

食事形態の分布

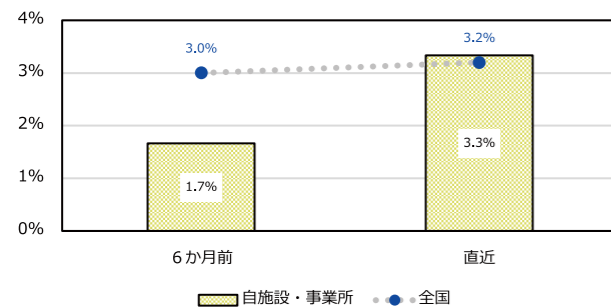


自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

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】

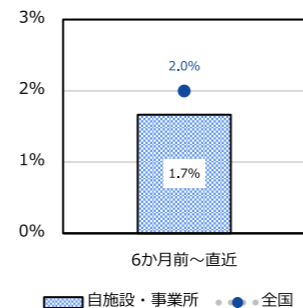
褥瘡がある利用者の割合



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。

※「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。

4

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

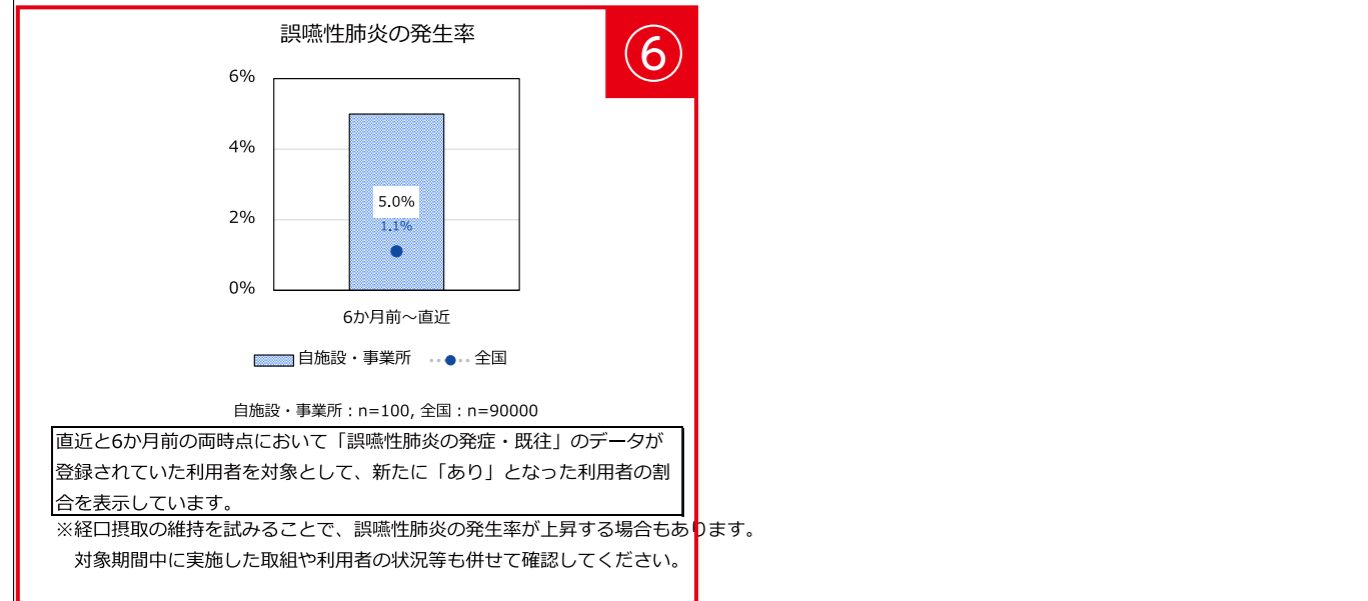
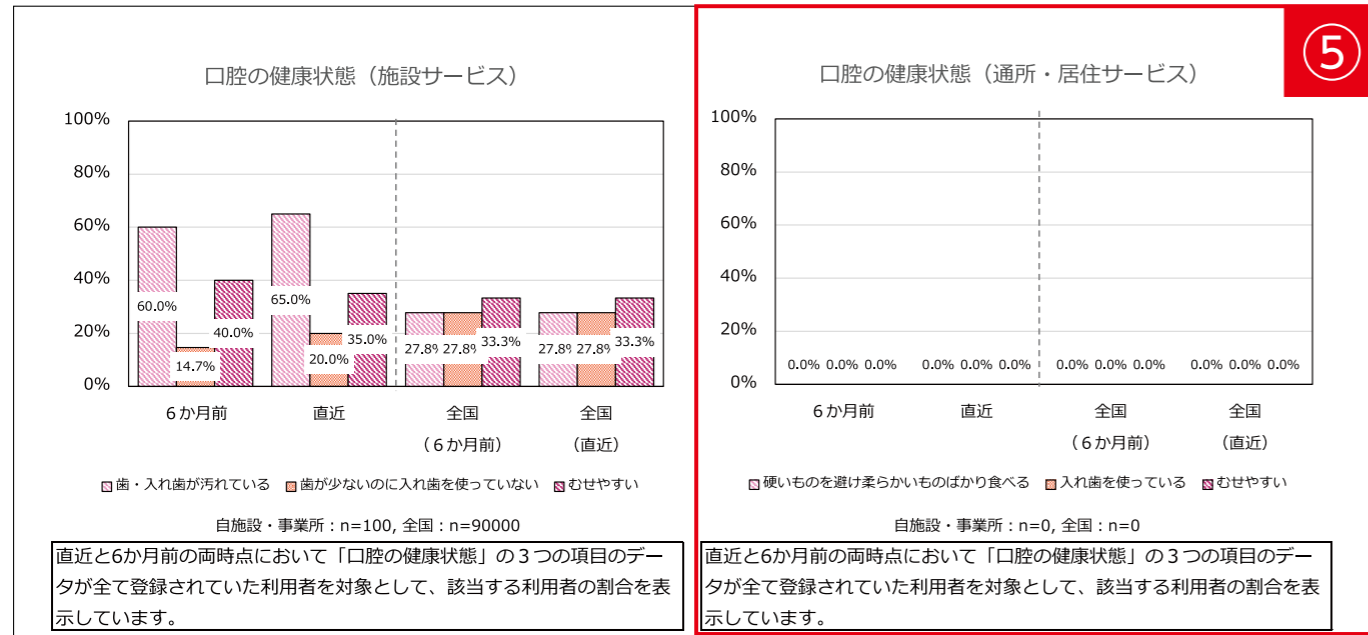
医療機関入院 死亡 その他

※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

4



### 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)	
・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)	
・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

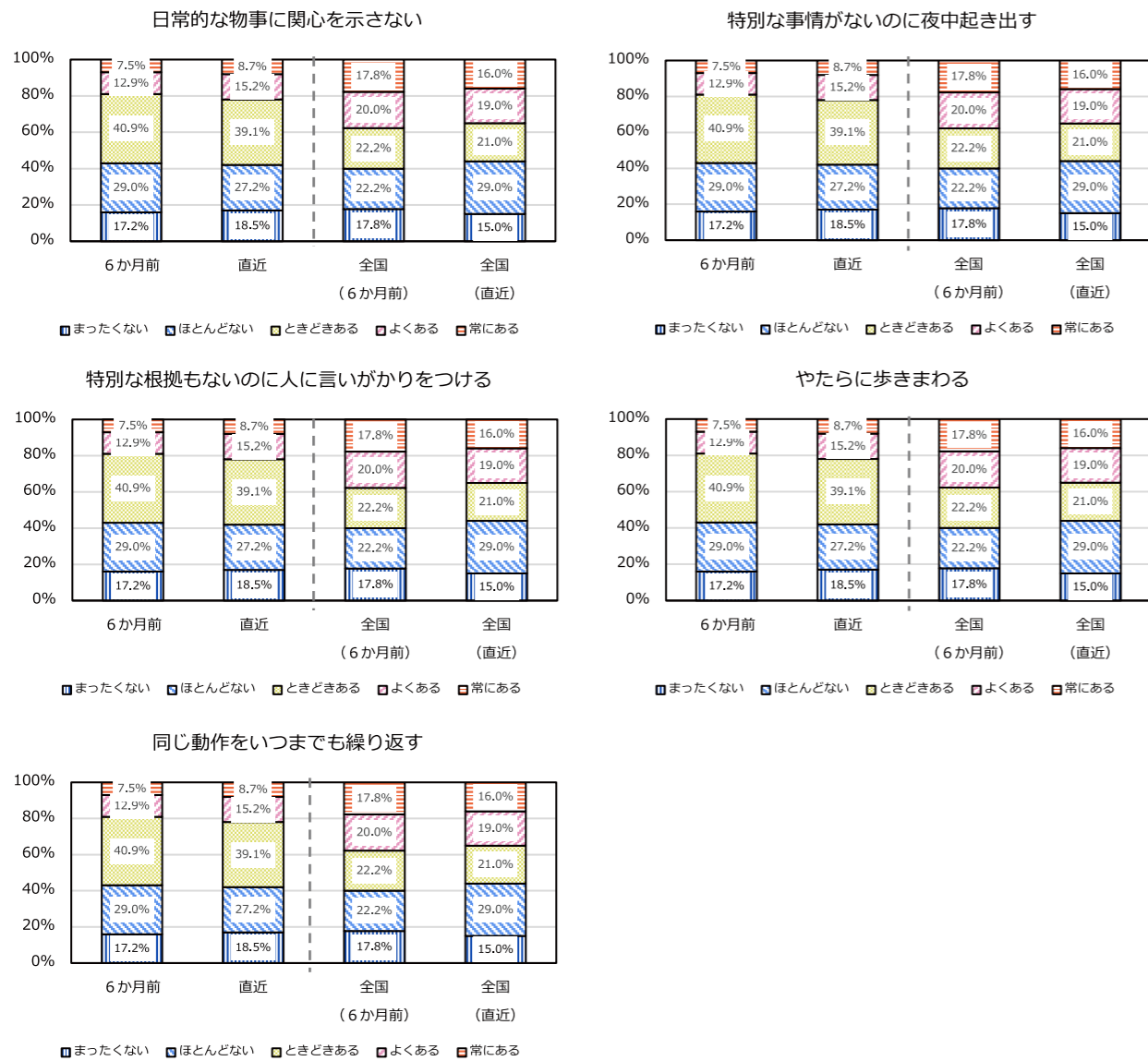
※居宅サービスを利用する場合 (介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック)

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		

**6**

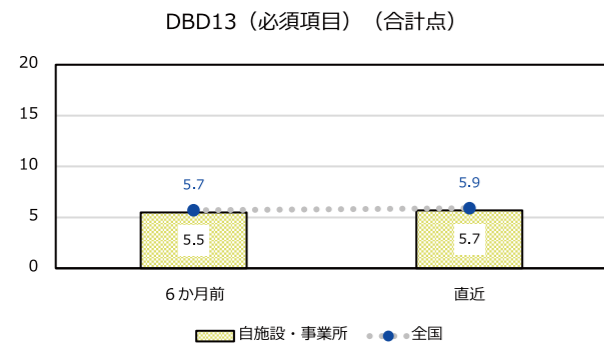
7

■ 認知症



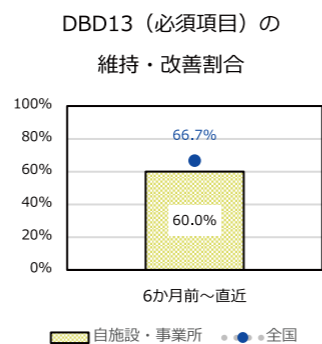
自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

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

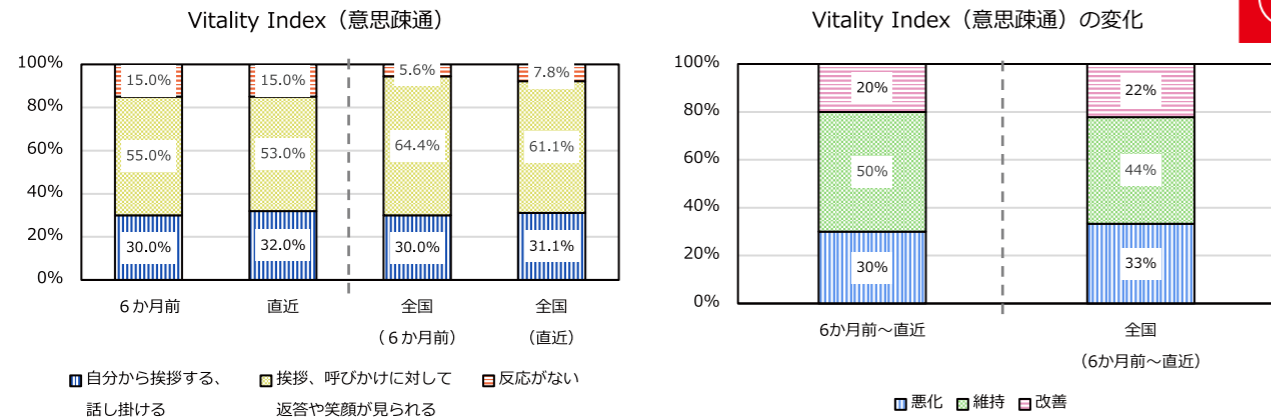
直近と6か月前の両時点において「DBD13（必須項目）」の全項目のデータが登録されていた利用者を対象として、合計点が維持または改善した利用者の割合を表示しています。

7

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	
認知症	・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"/>	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"/>		
・排せつ	<input type="checkbox"/>	食事に興味がない、全く食べようとしない	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	<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"/>		
	<input type="checkbox"/>	排せつに全く興味がない	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
・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	

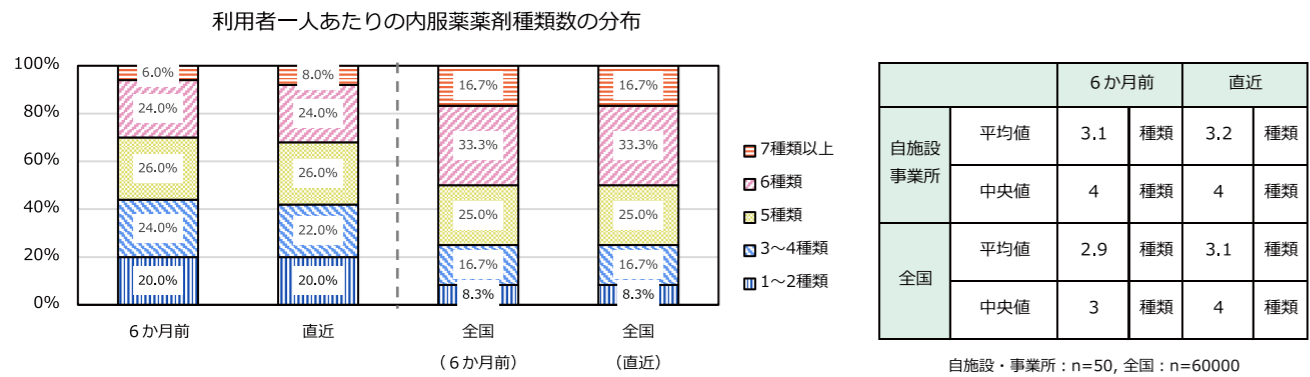
(注) 任意項目との記載のない項目は必須項目とする

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。

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 ( ))

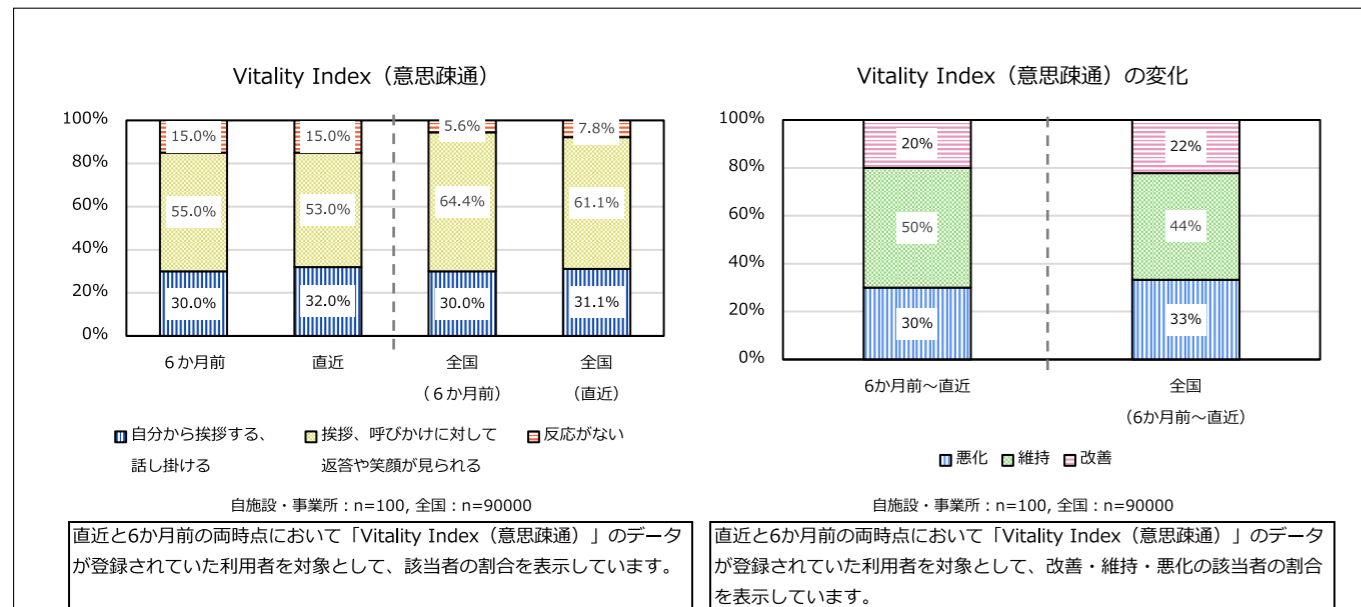
DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載)

	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"/>
・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

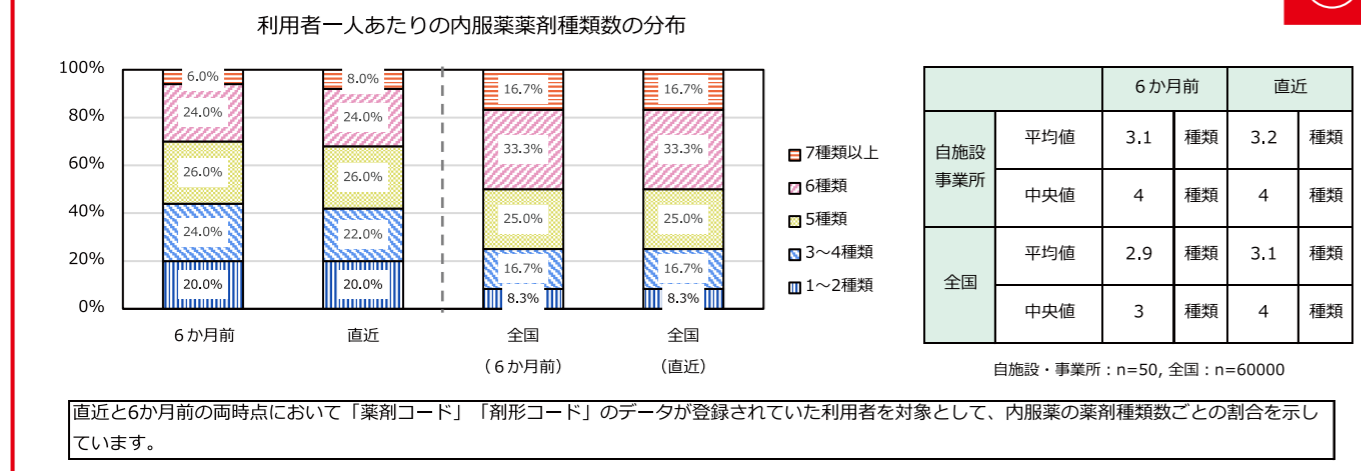
8





■ 服薬情報 (科学的介護推進体制加算 (Ⅱ) のみ必須項目)

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)

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)	

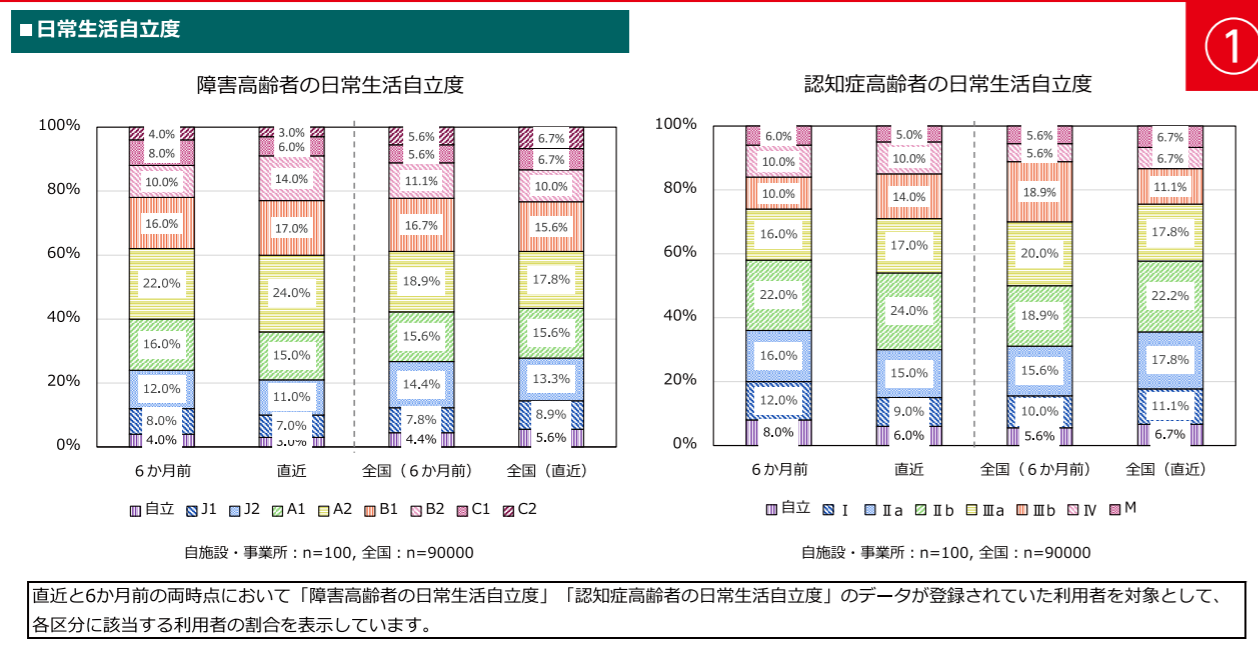
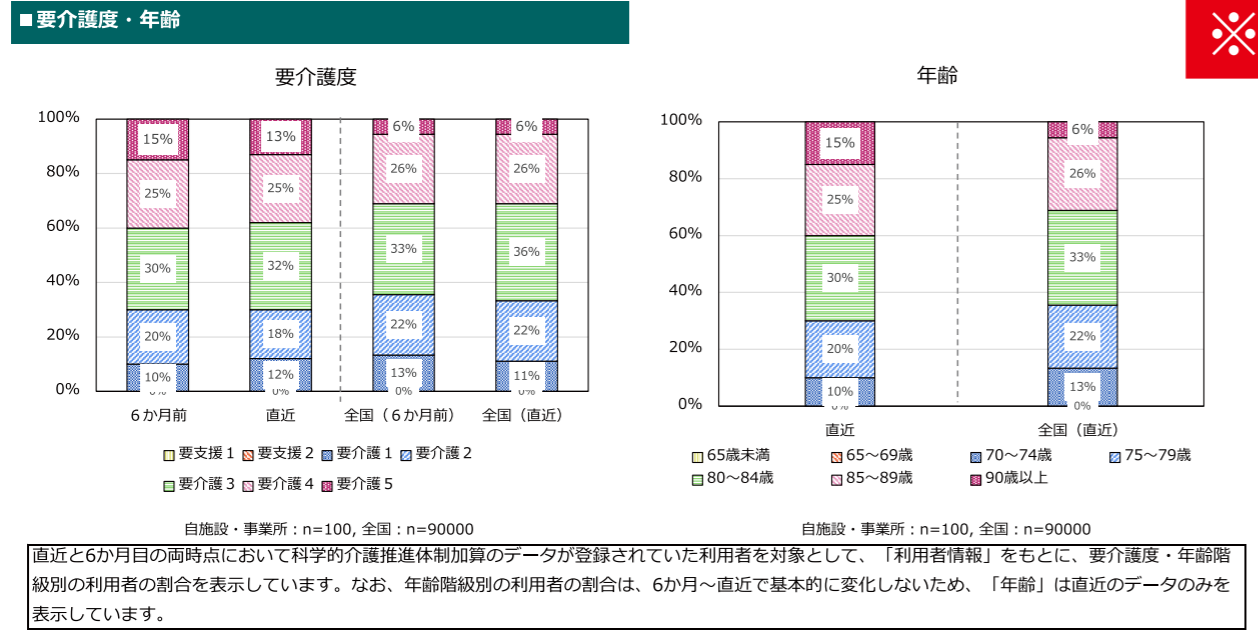
※初回の入力時には誤嚥性肺炎の既往、二回目以降の入力時は前回の評価後の誤嚥性肺炎の発症について記載

(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」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

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

・食事	自立 <input type="checkbox"/> 10	一部介助 <input type="checkbox"/> 5	全介助 <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

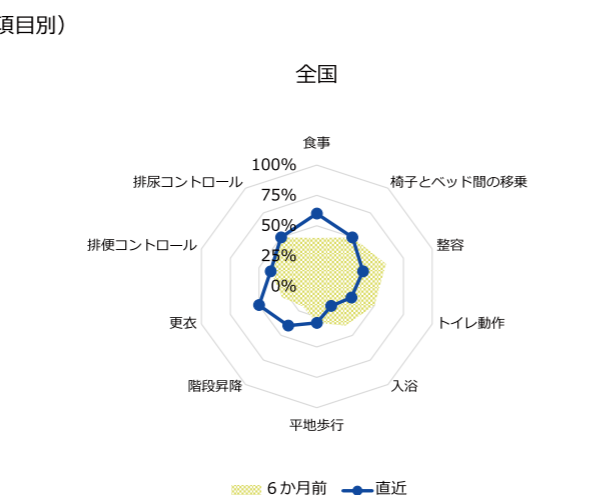
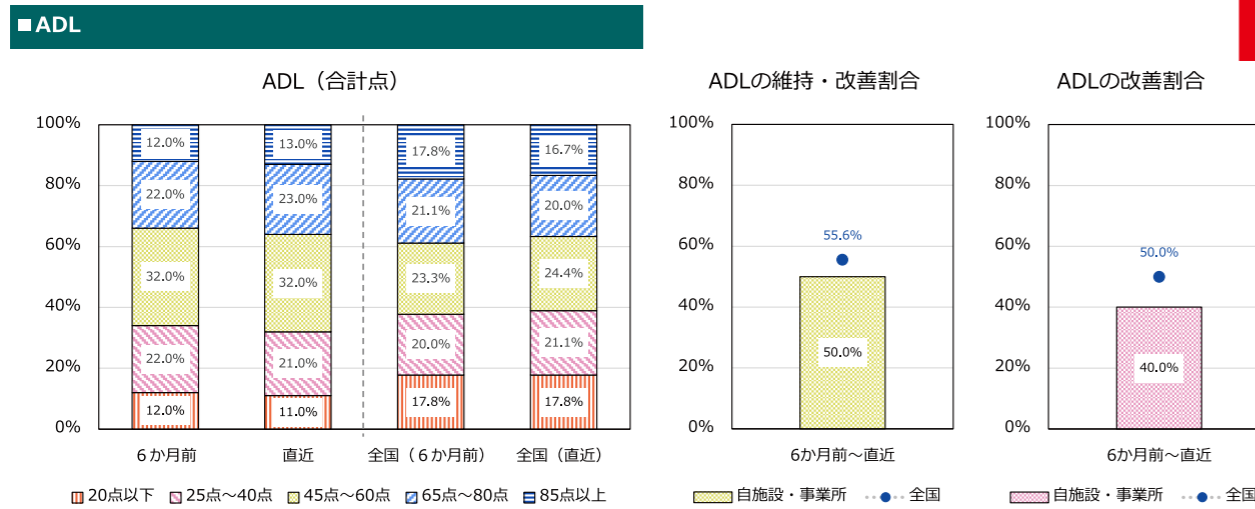
医療機関入院 死亡 その他

※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 (※) <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

2



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があった場合は記載] [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]

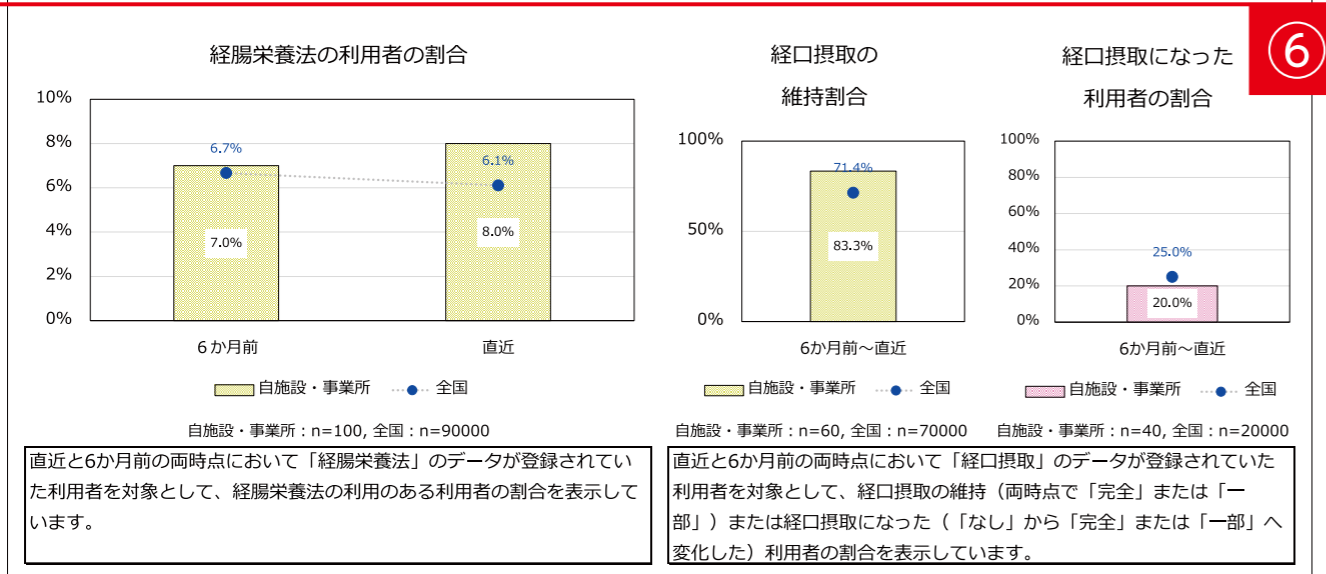
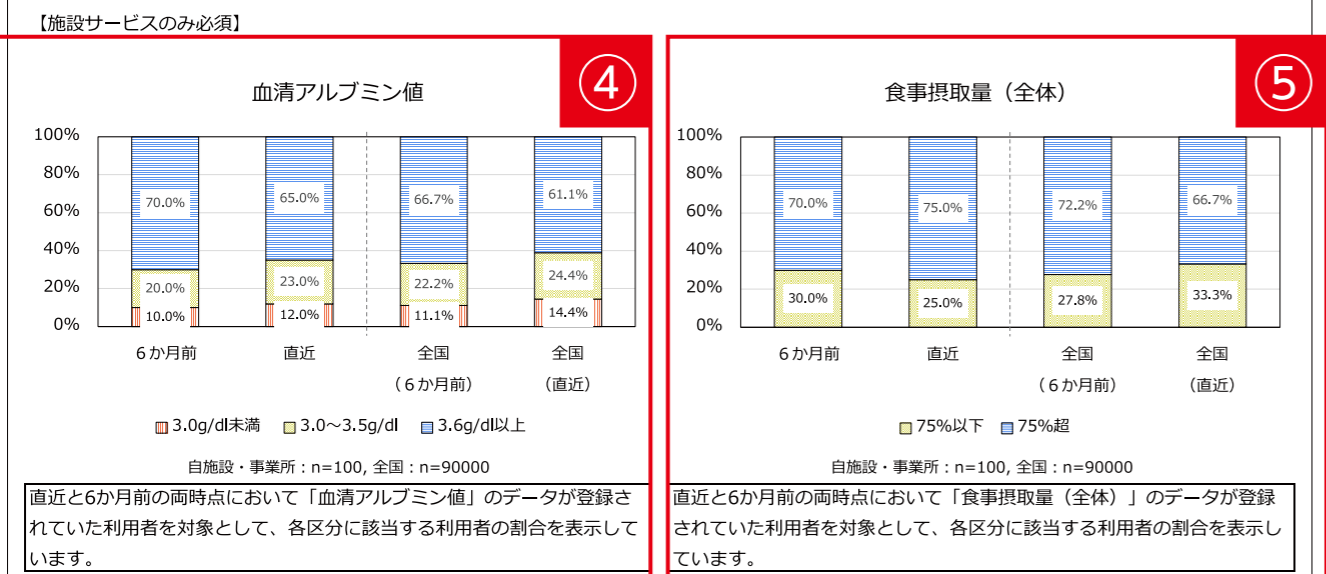
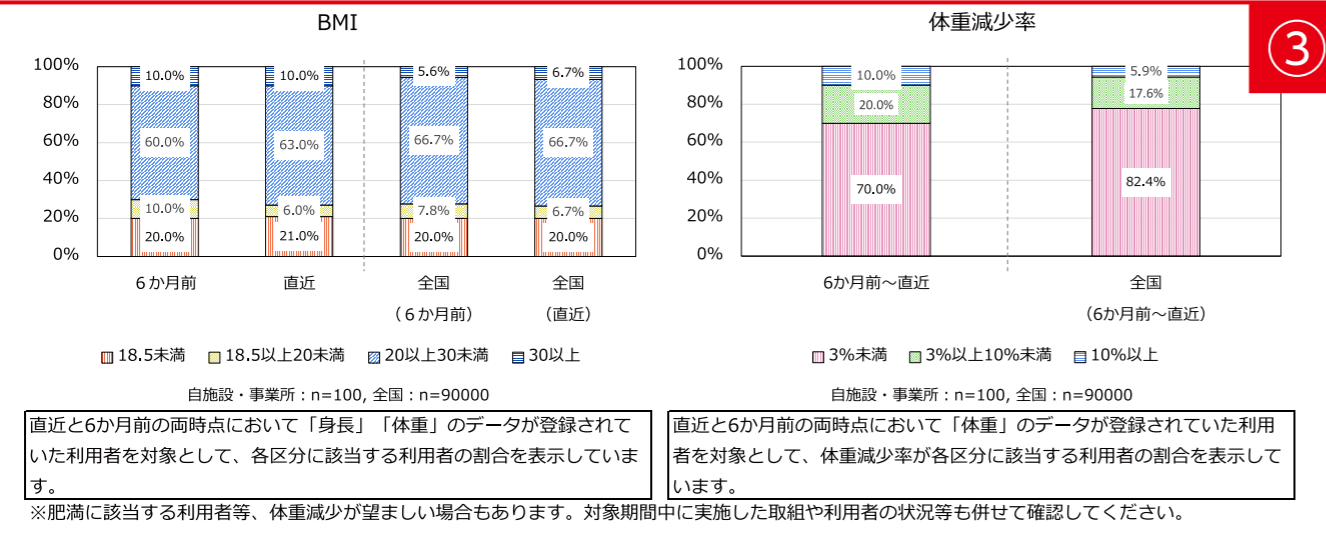
入所/サービス継続中  
中止 (中止日: )  
居宅 (※) 介護老人福祉施設入所 介護老人保健施設入所 介護医療院入所 介護療養型医療施設入院  
医療機関入院 死亡 その他

※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



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があった場合は記載] [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所  
医療機関入院 死亡 その他

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

・嚥下調整食の必要性 なし あり (コード 4 3 2-2 2-1 1j 0t 0j)

・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

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)

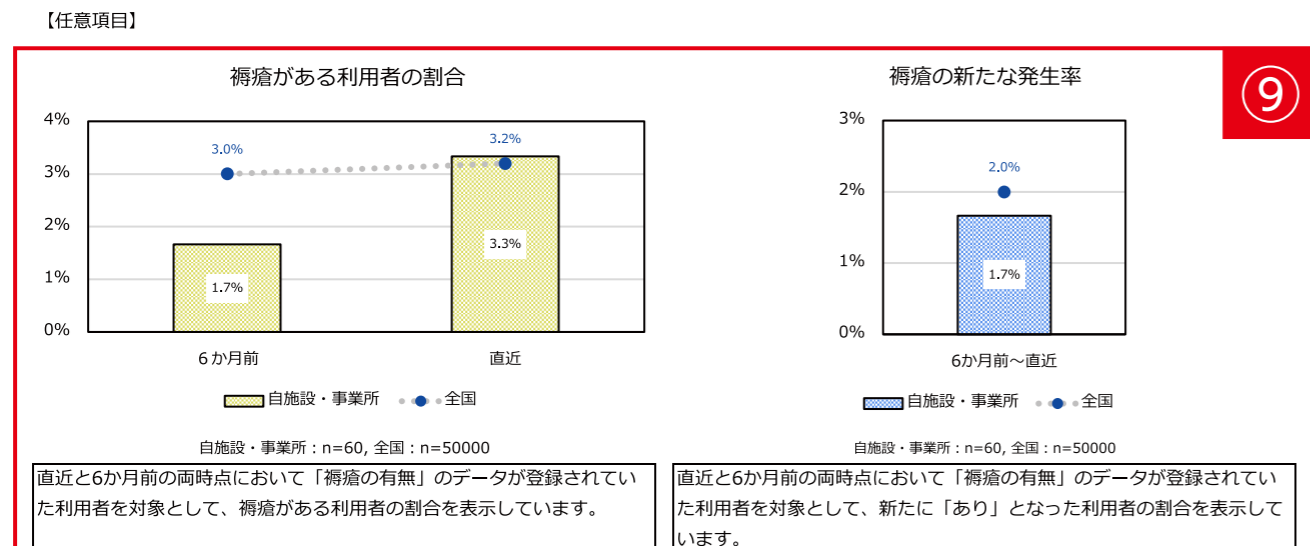
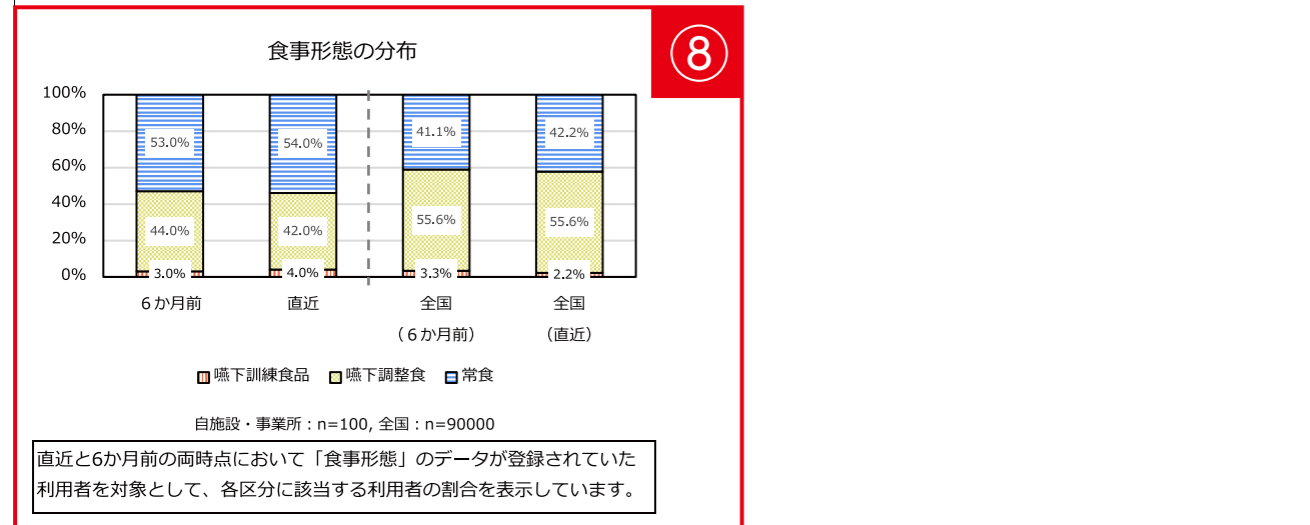
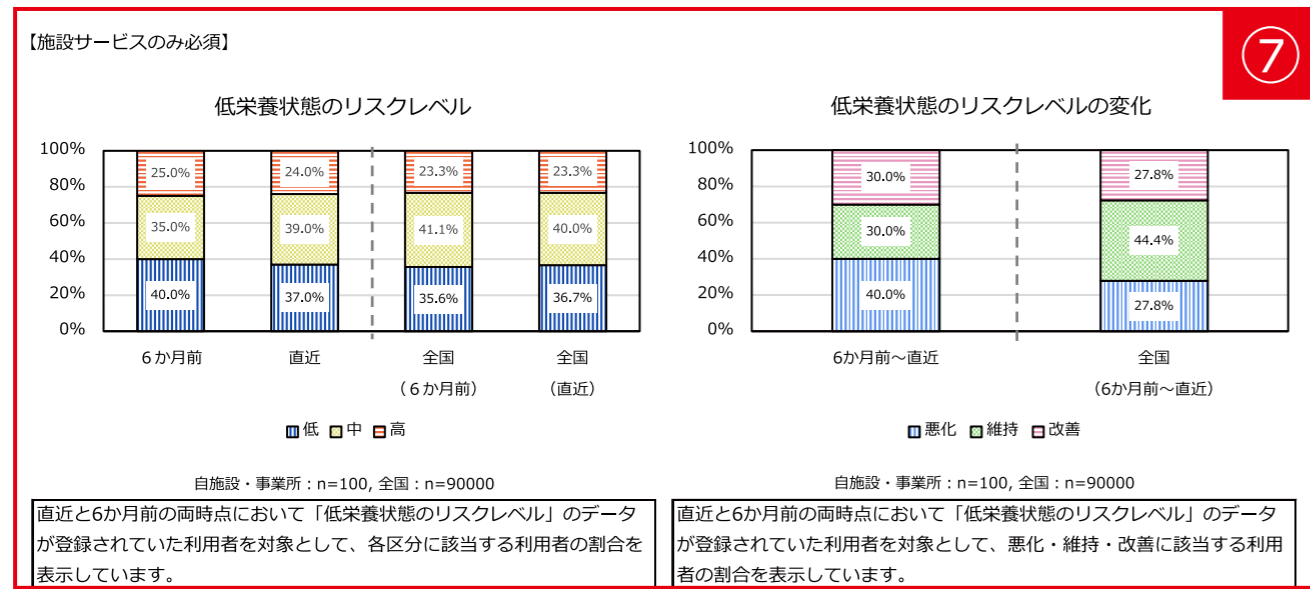
血清アルブミン値 なし あり ( g/dl) | 褥瘡の有無 [任意項目] なし あり

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



※「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

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があった場合は記載] [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

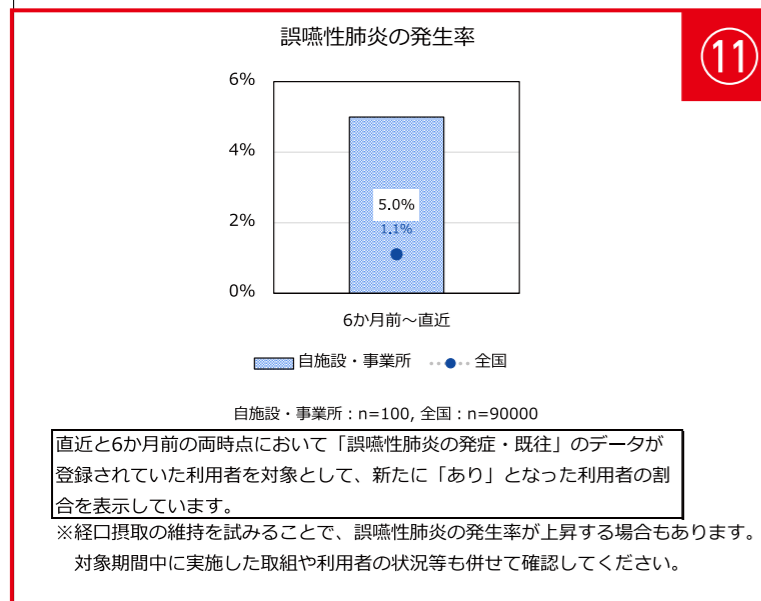
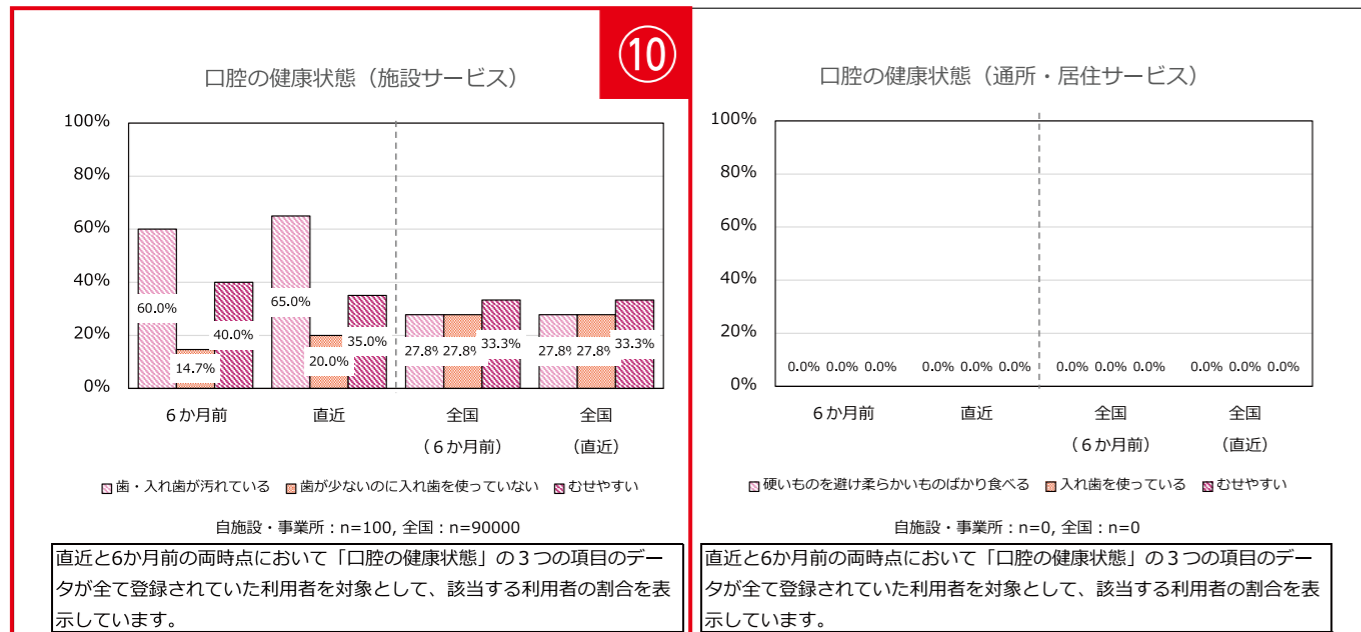
在宅復帰の有無等 [任意項目]

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

※居宅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)

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	経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	
	8	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	
	必要栄養量	エネルギー ( kcal) たんぱく質 ( g)	提供栄養量
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	9		
菌・入れ歯が汚れている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いい		
菌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		
むせやすい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いい		
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（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

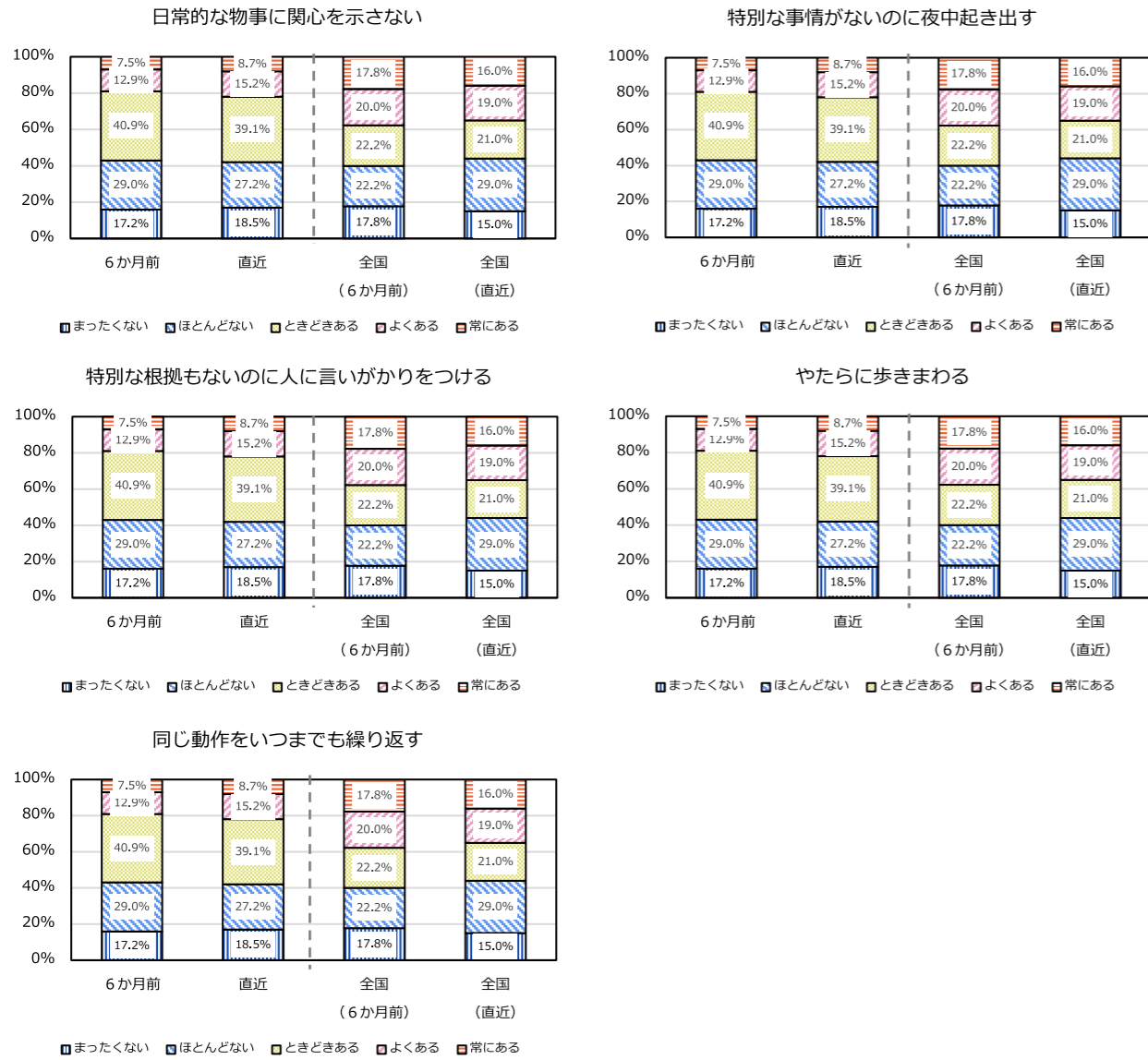
※居宅サービスを利用する場合（介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック）

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（※） <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

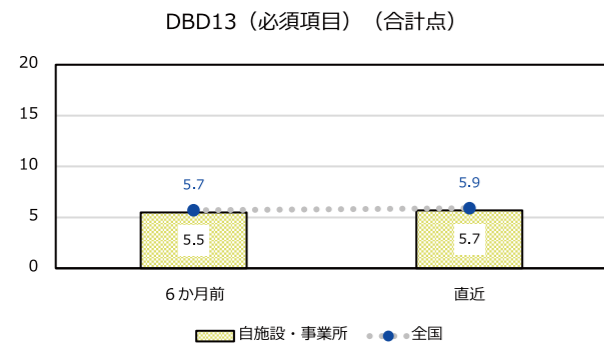
12

■ 認知症



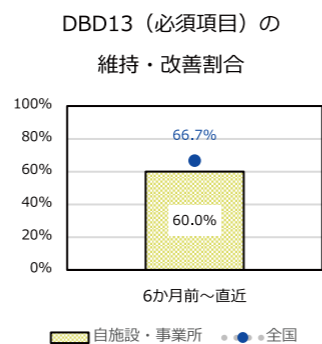
自施設・事業所：n=100, 全国：n=90000

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

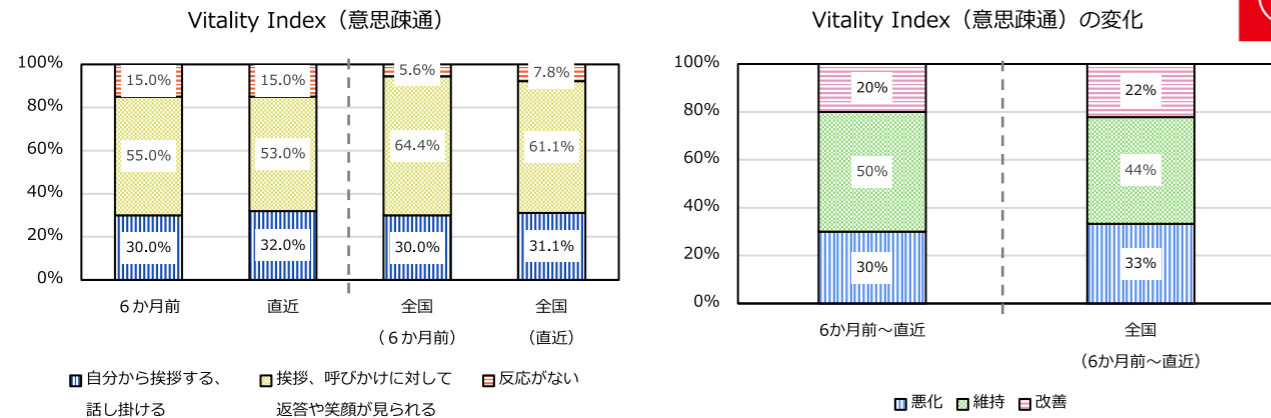
直近と6か月前の両時点において「DBD13（必須項目）」の全項目のデータが登録されていた利用者を対象として、合計点が維持または改善した利用者の割合を表示しています。

12

認知症の診断		DBD13（認知症の診断または疑いのある場合に記載）					
□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（ ））		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"/>		

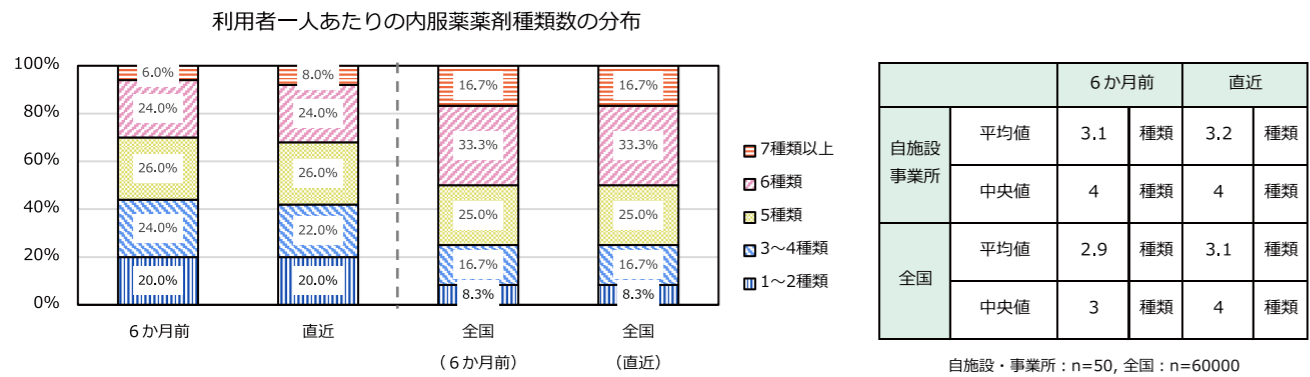
（注）任意項目との記載のない項目は必須項目とする

13



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

・特別な事情がないのに夜中起き出す

・特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける

・やたらに歩きまわる

・同じ動作をいつまでも繰り返す

【以下、任意項目】

・同じ事を何度も何度も聞く

・よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする

・昼間、寝てばかりいる

・口汚くののしる

・場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする

・世話をされるのを拒否する

・物を貯め込む

・出しや筆筒の中身をみんな出してしまう

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

【以下、任意項目】

・起床 いつも定時に起床している 起こさない起床しないことがある 自分から起床することはない

・食事 自分から進んで食べようとする 促されると食べようとする

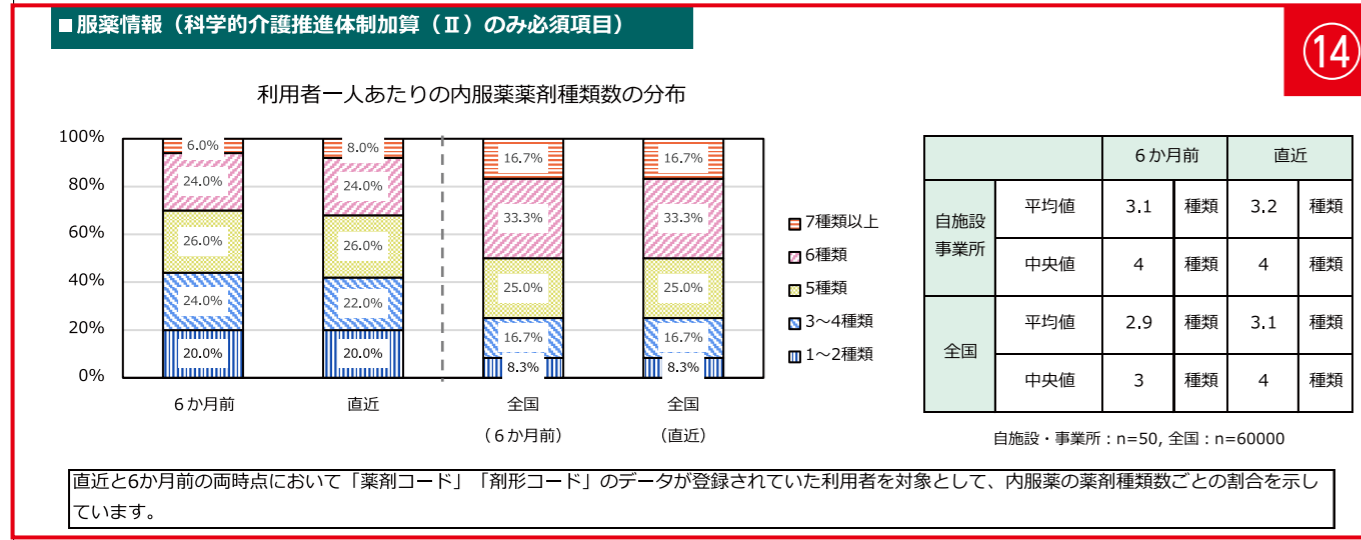
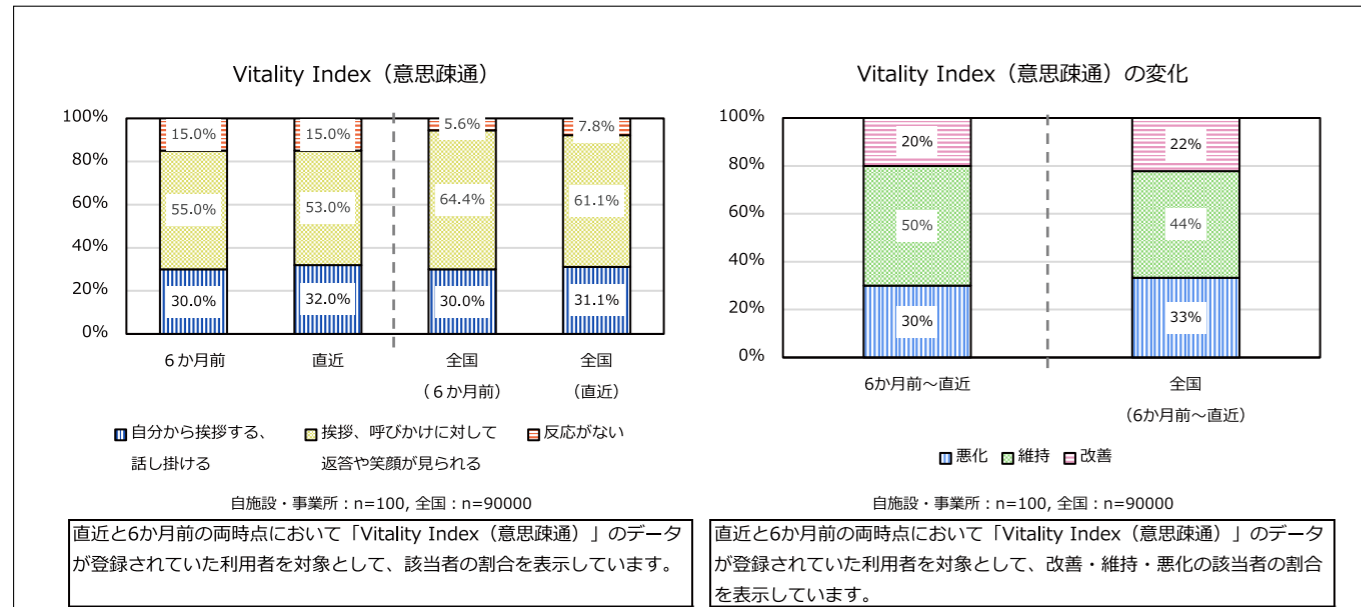
・排泄 食事に興味がない、全く食べようとしない

・排せつ いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う 時々、尿意便意を伝える

・リハビリ・活動 いつも自らリハビリに向かう、活動を求める 促されて向かう 拒否、無関心

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 (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所  
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)

14

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 (※) <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	

(C) 個別機能訓練加算 (II)

事業所フィードバック 個別機能訓練加算

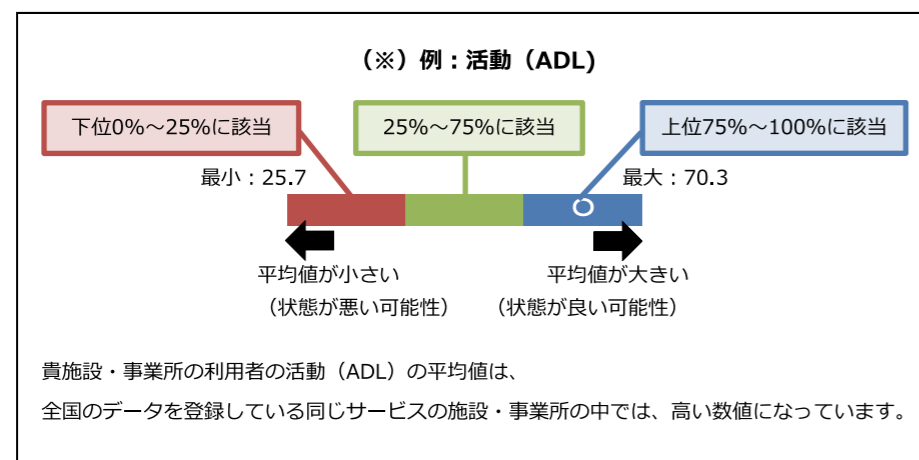
- 事業所フィードバックは、自施設・事業所の利用者の状況と、全国の個別機能訓練加算をLIFEにデータ登録している同じサービスの事業所における、利用者を対象とした値を表示しています。
- 自施設・事業所の利用者の状況およびその推移や、全国の利用者と比較した相対的な状況等を確認することができます。

<データ解釈時の注意点>

以下の①～⑤は、データを解釈する際の注意点です。

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

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



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

(様式中に該当無し)

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

事業所名称 : サンプル施設

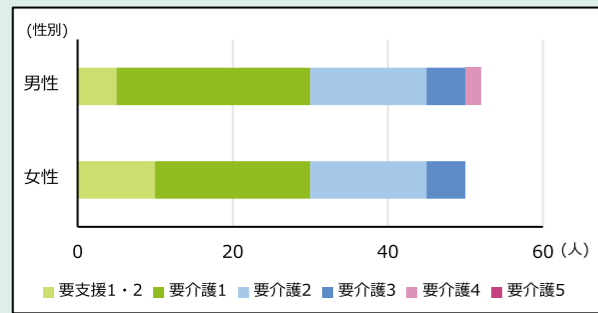
集計に含まれる全国の同じサービスの事業所数 : 【3か月前】 10000 【直近】 10150

※「集計に含まれる全国の同じサービスの事業所数」は、個別機能訓練情報を基に算出しています。

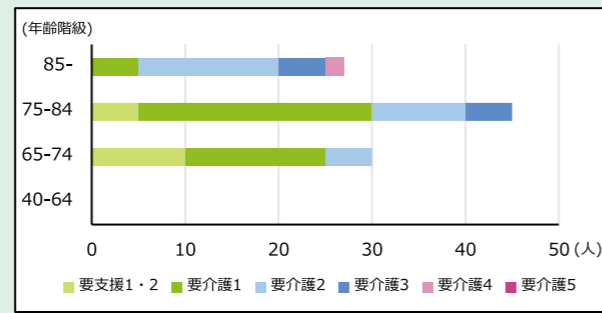
■利用者特性

■利用者特性

性別人数（要介護度）

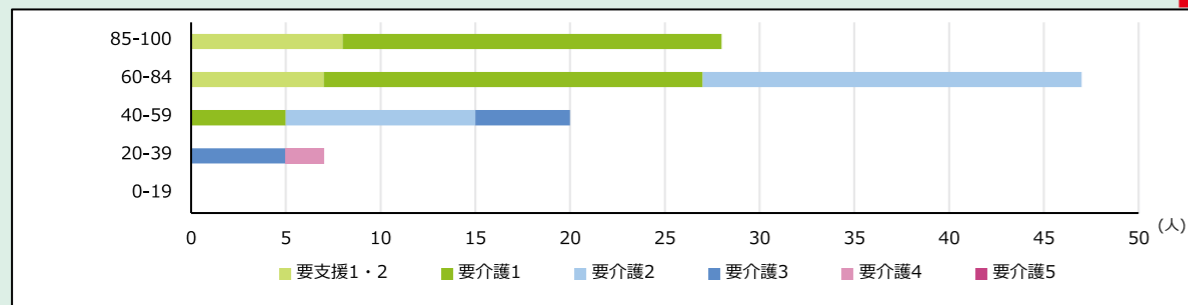


年齢階級別人数（要介護度）



■ADLスコア

ADLスコア別人数（要介護度）



【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。）

※「性別・年齢階級」について

個別機能訓練加算の事業所フィードバック票に示されている「性別」「年齢階級」は、個別機能訓練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。

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	①～②
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)	②		
	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		
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		



### 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 要介護度 成者： 年 月 日生 ( 歳)
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 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）

※①～⑤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**

個別機能訓練の目標

機能訓練の短期目標（今後3ヶ月） （機能）	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。

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**

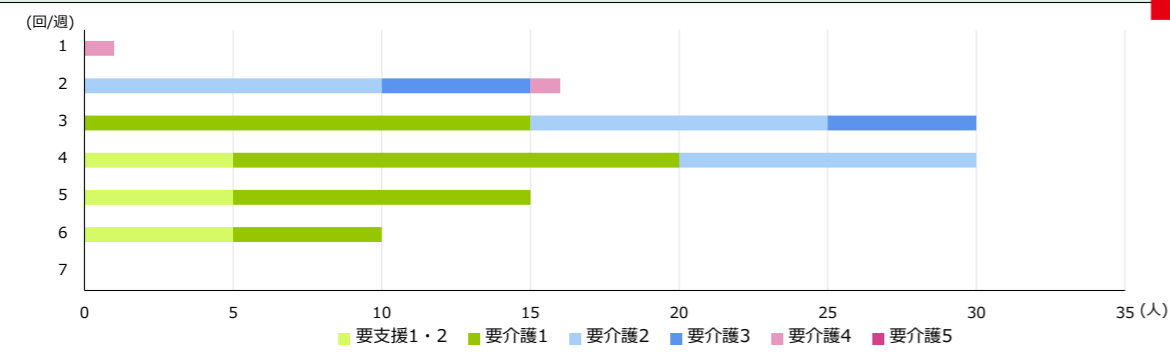
個別機能訓練の実施による変化	個別機能訓練実施における課題とその要因
----------------	---------------------

※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等を行い、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：
--	-----------------------------

4

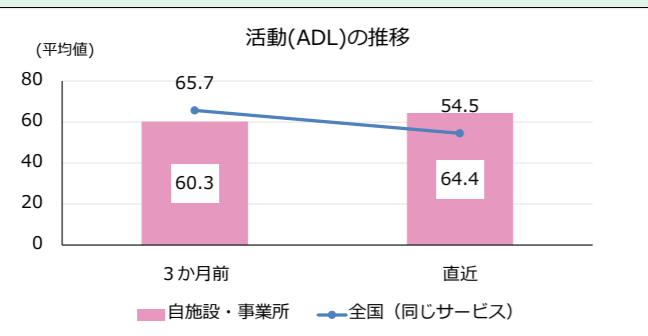
■ 頻度(個別機能訓練の頻度)



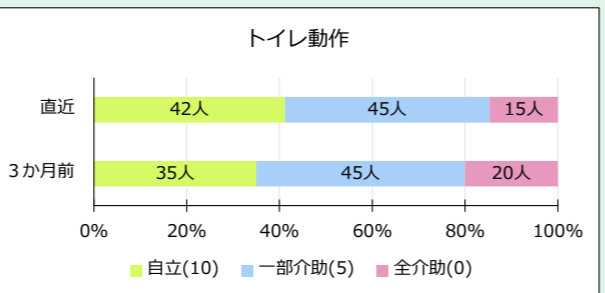
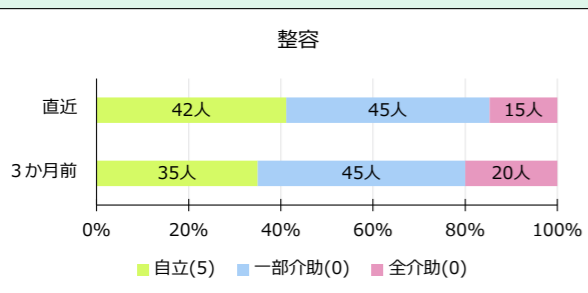
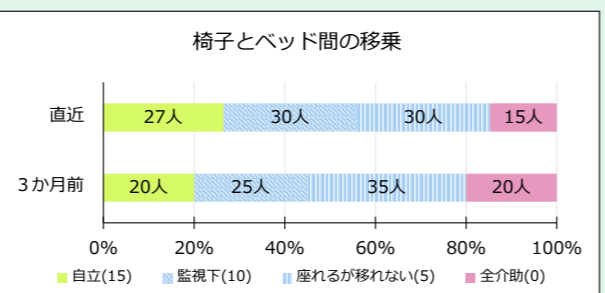
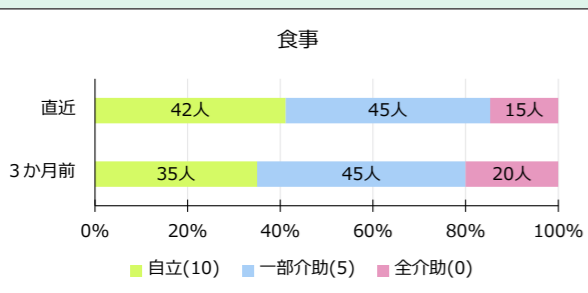
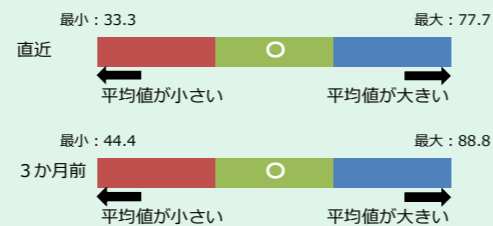
【メモ欄】(事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。)

■ ADL・IADLの推移

■ 項目別ADLスコア(3か月前と直近の比較)



<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>



別紙様式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 要介護度 年 月 日生( 歳)
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 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)			

※①～⑤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

個別機能訓練の目標

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。

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		4 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
-----------------------------	------

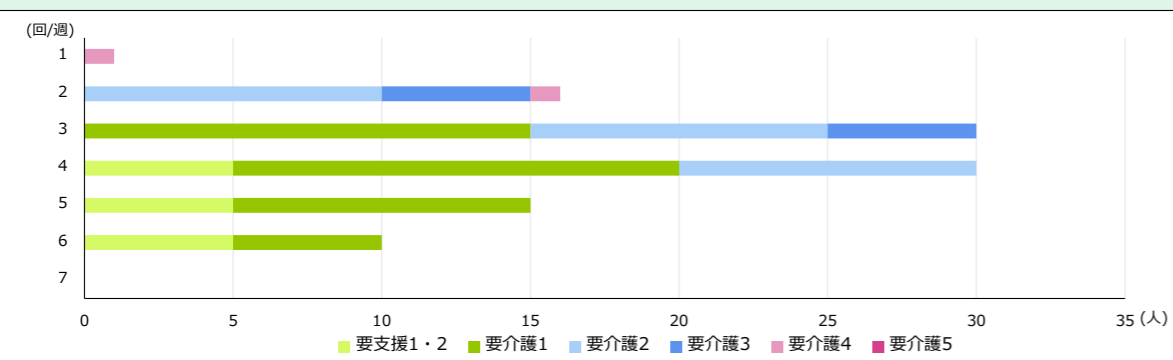
III 個別機能訓練実施後の対応

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等を行い、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:
--	-----------------------------

■ 頻度(個別機能訓練の頻度)

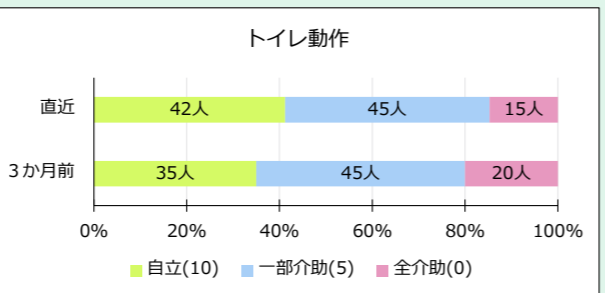
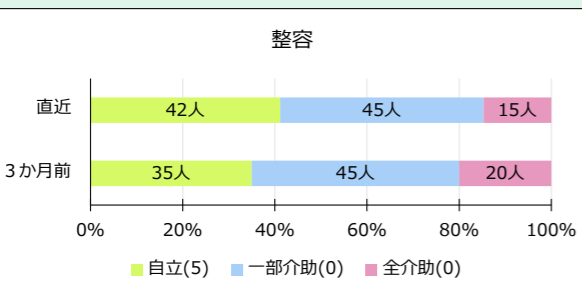
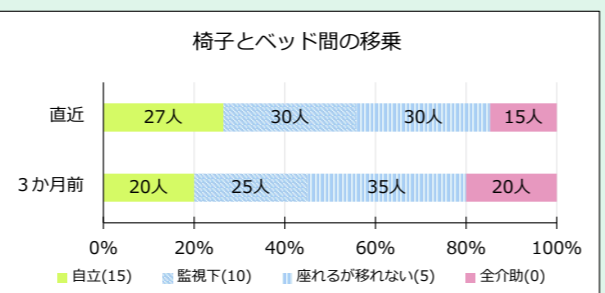
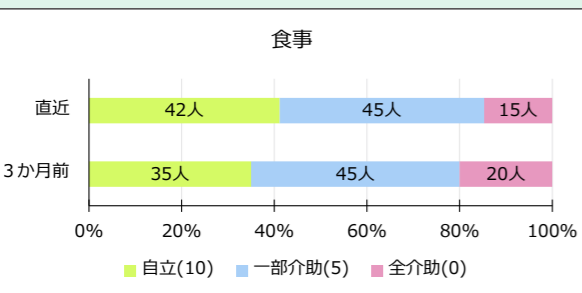
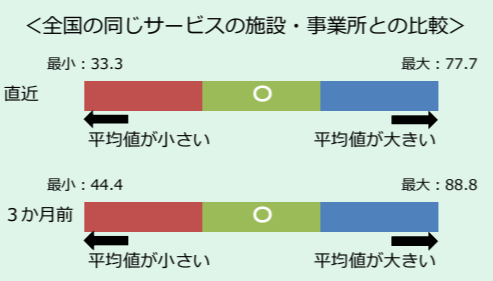
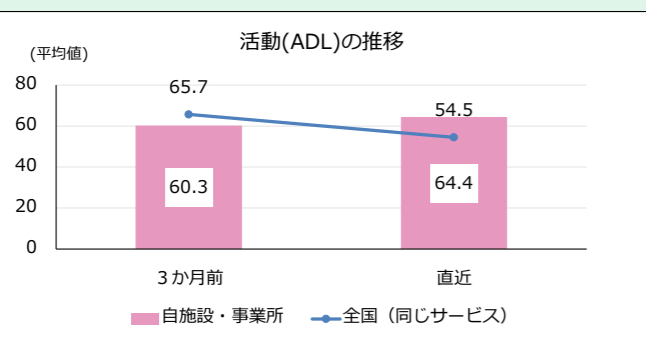


【メモ欄】(事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。)

■ ADL・IADLの推移

■ 項目別ADLスコア(3か月前と直近の比較)

4

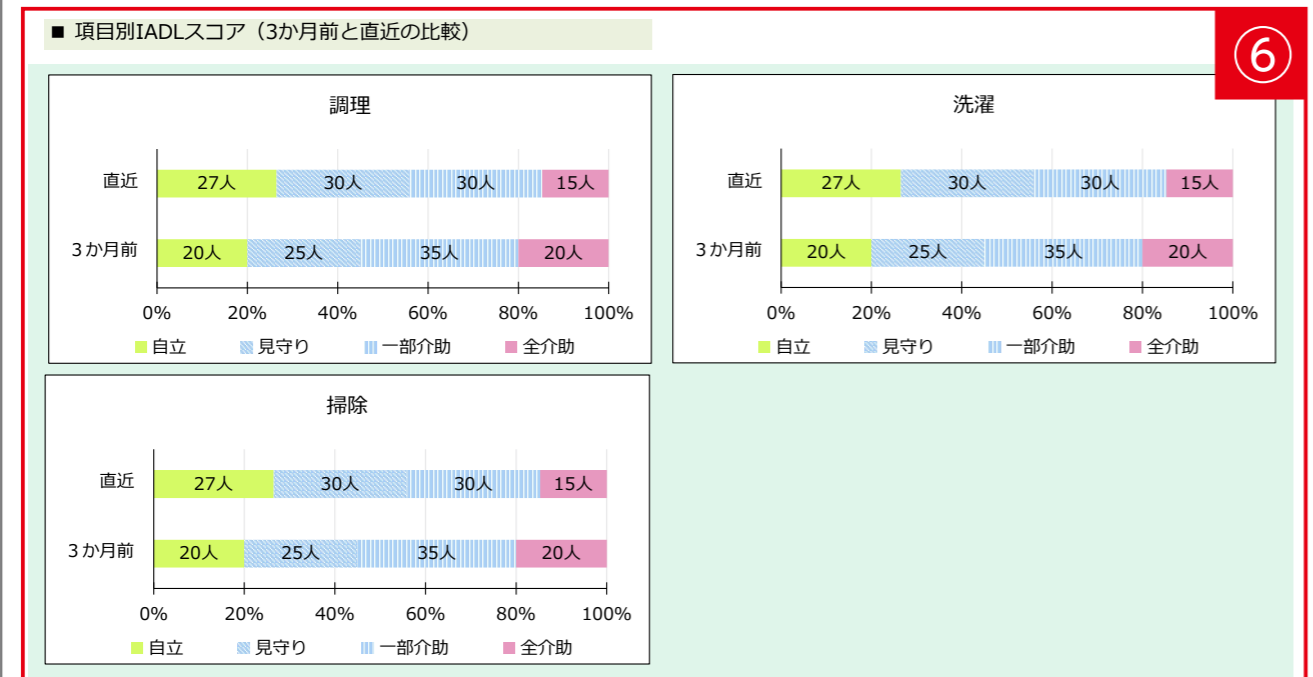


別紙様式3-2

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)	5		
	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		
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		



【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

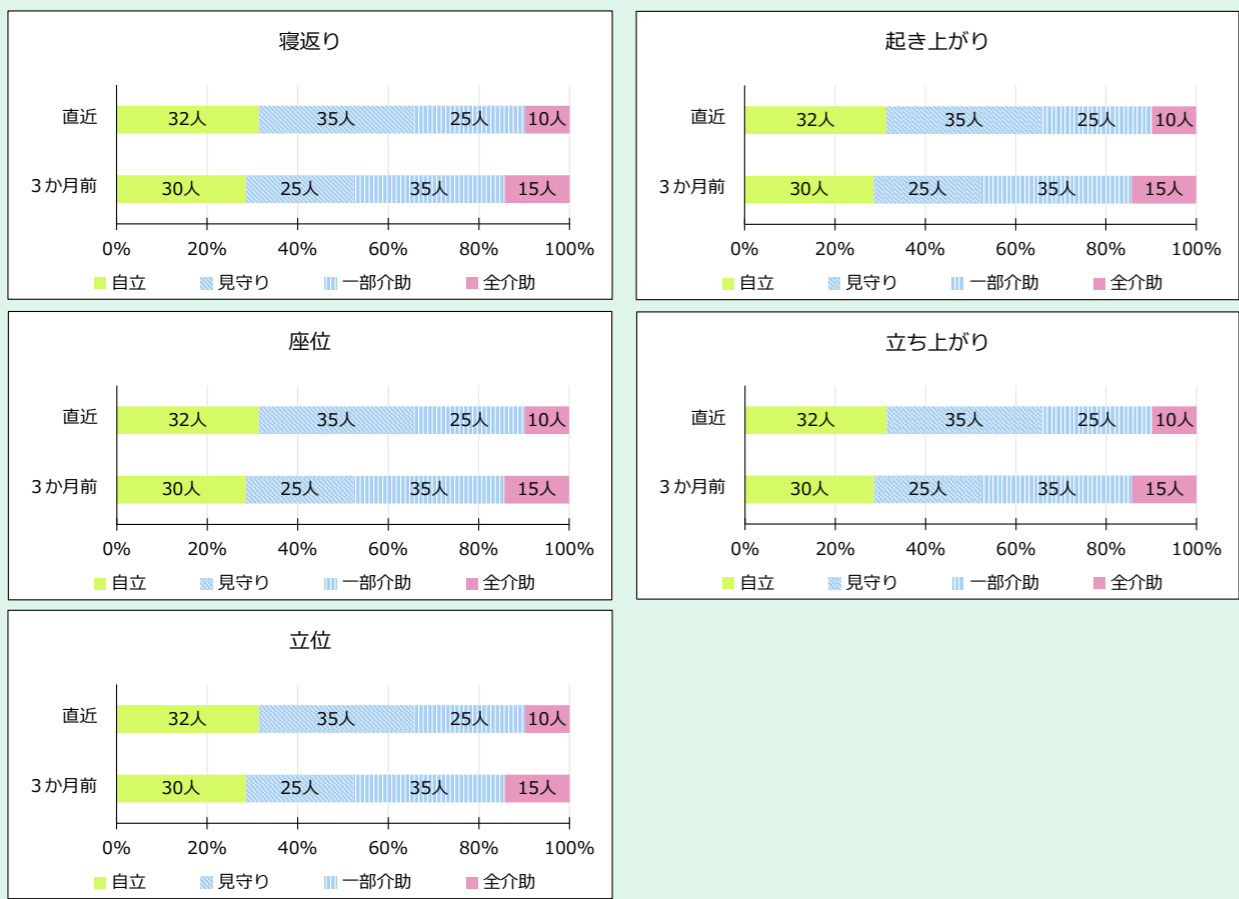
利用者氏名		生年月日	年 月 日	男・女
評価日	令和 年 月 日( ) : ~ :			要介護度
評価スタッフ		職種		

	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)	<b>5</b>		
	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		
IADL	調理	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	<b>6</b>		
	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		

7

■ 起居動作の推移

■ 項目別起居動作スコア（3か月前と直近の比較）



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

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	
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	7	
	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	



■補足

「事業所フィードバックの見方について」

LIFEに登録された利用者情報を利用し、各事業所単位に利用者の状態像、利用実態、利用効果を把握していただくために、集計結果をグラフにより可視化した資料です。今後のサービス方針等の検討にご活用ください。

1. 利用者特性について

■ 利用者特性

登録された利用者全員（当該項目にデータがない場合は除く）の状態像として、性別、年齢階級別に人数をグラフで表示しています。

自事業所の特性として、要介護度や性別にどのような傾向があるか等の実態把握にご利用ください。

■ ADLスコア

利用者のADLスコア別に人数を集計したグラフとなります。上記と同様に利用者像の実態把握にご利用ください。

2. 個別機能訓練の状況について

■ プログラム内容別人数(要介護度)

プログラム内容の①に登録されたデータをもとに、プログラム内容ごとの現在の利用人数（要介護度別）をグラフで表示しています。

これにより、どの訓練や練習の利用者が多く、利用者の要介護度に傾向があるか等の実態把握にご利用ください。

■ 頻度(個別機能訓練の頻度)

プログラム内容の①に登録されたデータをもとに、1週間あたりの個別機能訓練の回数別に人数を集計したグラフです。

上記と同様にサービス利用実態の把握にご利用ください。

3. ADL・IADLの推移について

■ 項目別ADLスコア（3か月前と直近の比較）

ADLの各項目別に選択肢別の該当人数の変化をグラフで表示しています。

3か月前と直近の状態について人数を集計していますので、項目別の改善傾向の把握にご利用ください。

■ 項目別IADLスコア（3か月前と直近の比較）

IADLの各項目別に選択肢別の該当人数の変化をグラフで表示しています。

3か月前と直近の状態について人数を集計していますので、項目別の改善傾向の把握にご利用ください。

4. 起居動作の推移について

■ 項目別起居動作スコア（3か月前と直近の比較）

起居動作の各項目別に選択肢別の該当人数の変化をグラフで表示しています。

3か月前と直近の状態について人数を集計していますので、項目別の改善傾向の把握にご利用ください。

(D) ADL 維持等加算

事業所フィードバック ADL維持等加算

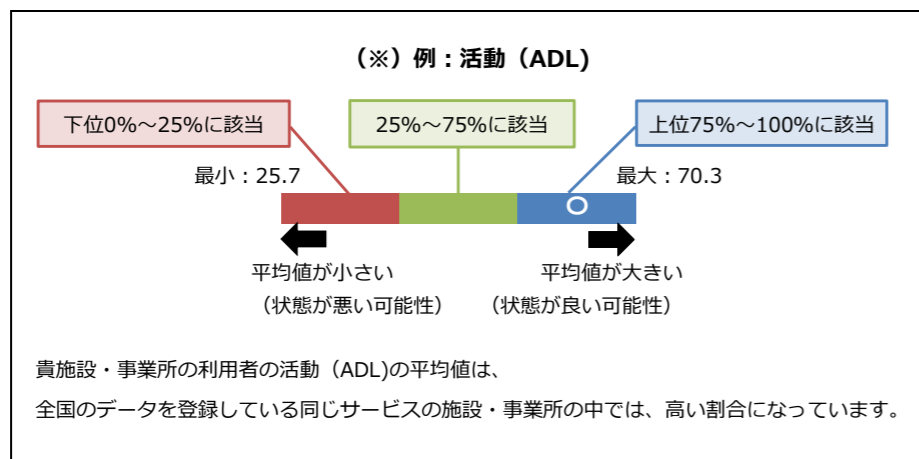
- 事業所フィードバックは、自施設・事業所の利用者の状況と、全国のADL維持等加算をLIFEにデータ登録している同じサービスの事業所における、利用者を対象とした値を表示しています。
- 自施設・事業所の利用者の状況およびその推移や、全国の利用者と比較した相対的な状況等を確認することができます。

<データ解釈時の注意点>

以下の①～⑤は、データを解釈する際の注意点です。

- ① 表示されている内容は「通知表」ではなく、自施設・事業所の強みや課題を抽出し、サービス改善に向けたPDCAサイクルを回す際の検討材料にさせていただくために、お示ししているものです。
- ② 全国値は、全国と同じサービスの利用者を対象としています。
- ③ 指標の値は、必ずしもケアの良し悪しを反映するものではありません。各施設・事業所の利用者の状況や、対象期間中に実施した取組、利用者毎の状況（入院があった、他のサービスを利用していた等）など、様々な要因が関連するため、自施設・事業所の状況と合わせて数値の解釈を行ってください。
- ④ 「全国と同じサービスの施設・事業所との比較」は、四分位数を用いて示しています。各指標における全国の同じサービスの施設・事業所の数値を順に並び替え、データを4等分にして得られた3つの区分（真ん中2つの区分は1つの区分にしています）のなかで、自施設・事業所が該当する区分に「○」が表示されています。項目によって、数値が大きいほど状態が良いものと、数値が小さいほど状態が良いものがあり、「状態が良い可能性」を青色で、「状態が悪い可能性」を赤色で表示しています。（※）
- ⑤ 直近と6ヶ月前のデータの取り方については、入力された方すべての情報を反映しているため、6ヶ月前と直近は必ずしも同じ集団の情報ではありません。

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

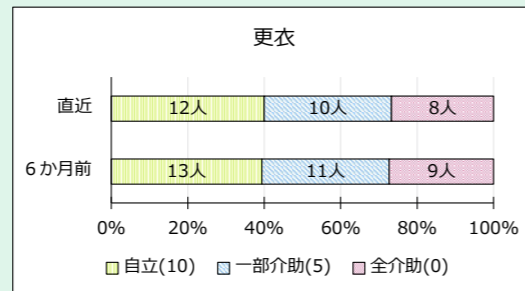
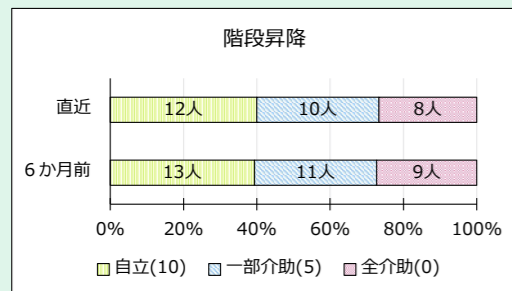
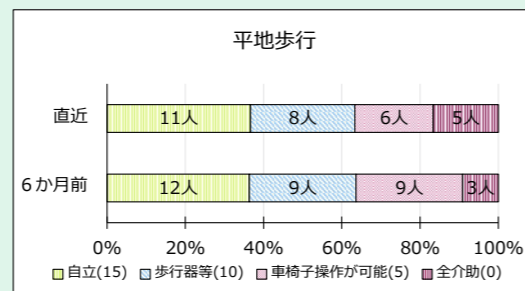
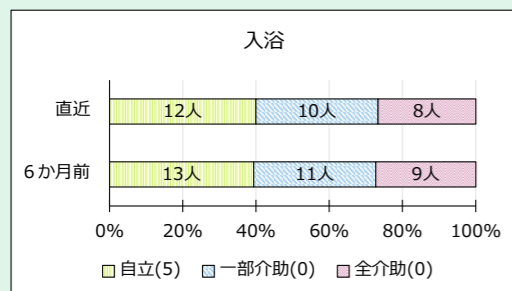
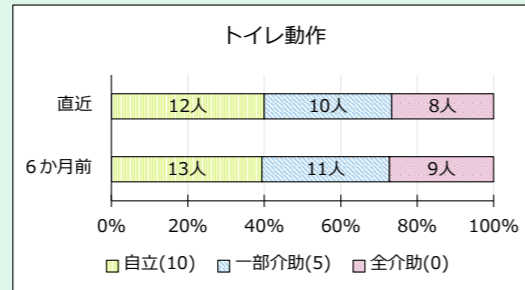
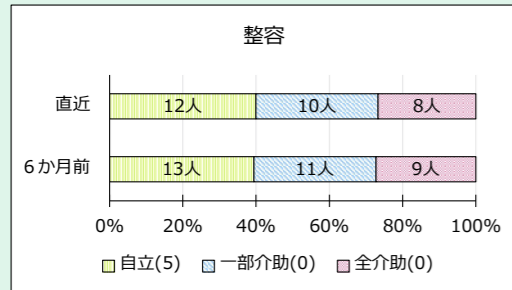
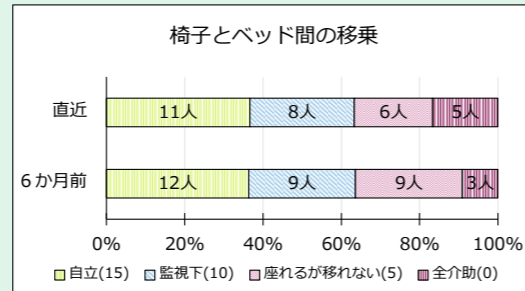
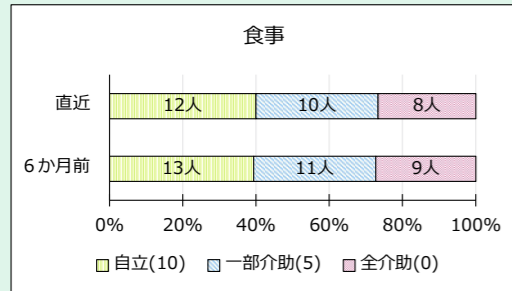
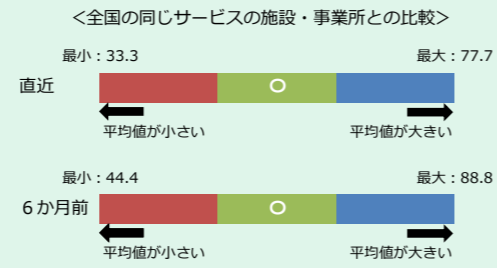
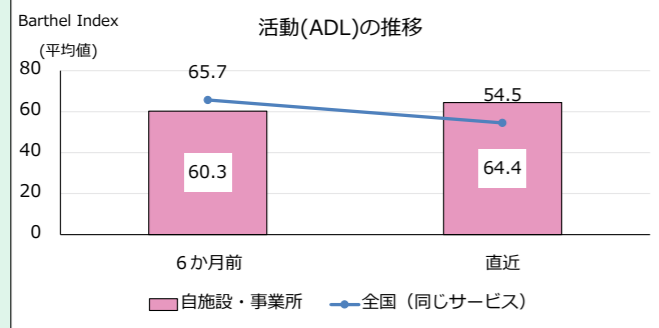


事業所番号 : 999999999      サービス : サンプルサービス  
 集計時点 : 2022年4月      登録分  
 事業所名称 : サンプル施設

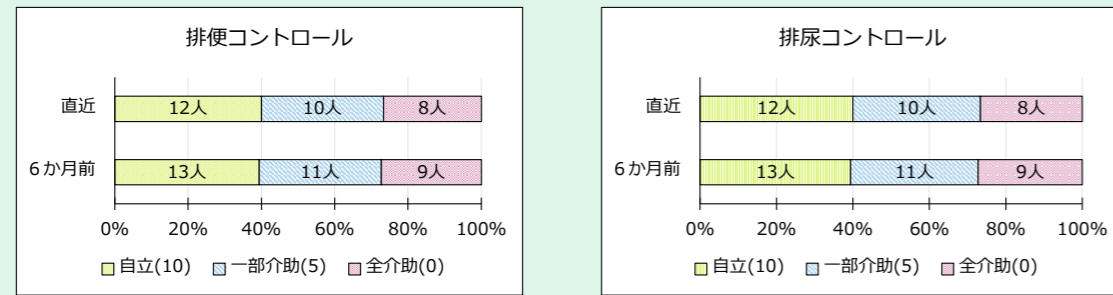
(ADL 維持等加算に様式はありません)

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  
 集計に含まれる全国と同じサービスの事業所数 : 【6か月前】 500 【直近】 505

(ADL 維持等加算に様式はありません)



(ADL 維持等加算に様式はありません)



【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。）

(E) リハビリテーションマネジメント加算等

事業所フィードバック リハビリテーションマネジメント加算等

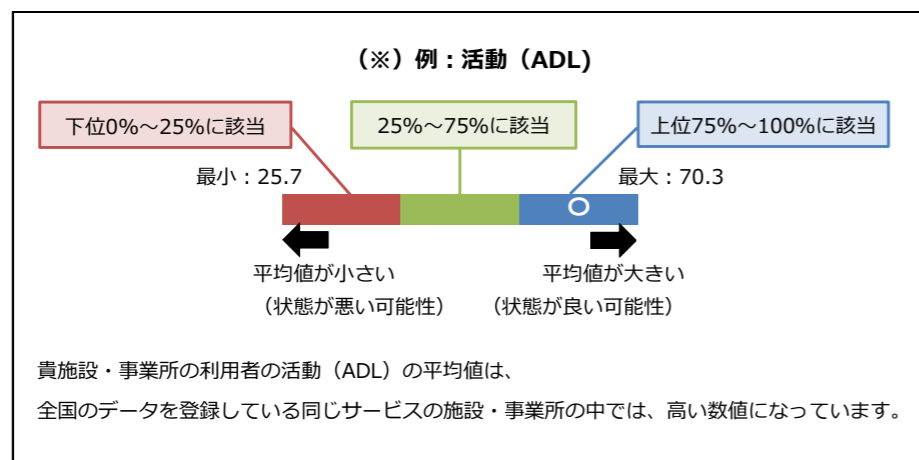
- 事業所フィードバックは、自施設・事業所の利用者の状況と、全国のリハビリテーションマネジメント加算等をLIFEにデータ登録している同じサービスの事業所における、利用者を対象とした値を表示しています。
- 自施設・事業所の利用者の状況およびその推移や、全国の利用者と比較した相対的な状況等を確認することができます。

<データ解釈時の注意点>

以下の①～⑤は、データを解釈する際の注意点です。

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

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



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

(様式中に該当無し)

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

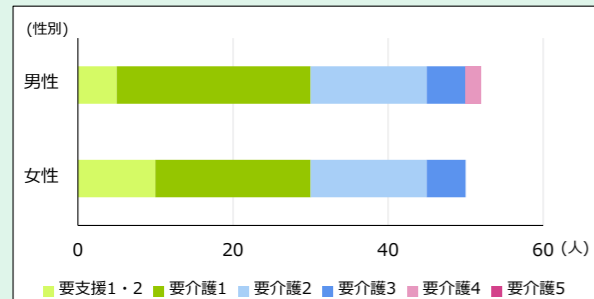
集計に含まれる全国の同じサービスの事業所数 : 【3か月前】 10000 【直近】 10150

※「集計に含まれる全国の同じサービスの事業所数」は、リハビリテーション計画書（医療介護共通部分）（様式2-1情報）を基に算出しています。

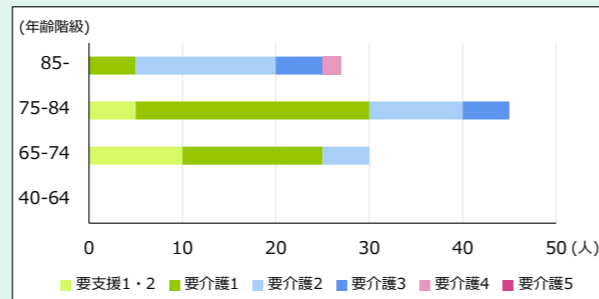
■利用者特性

■利用者特性

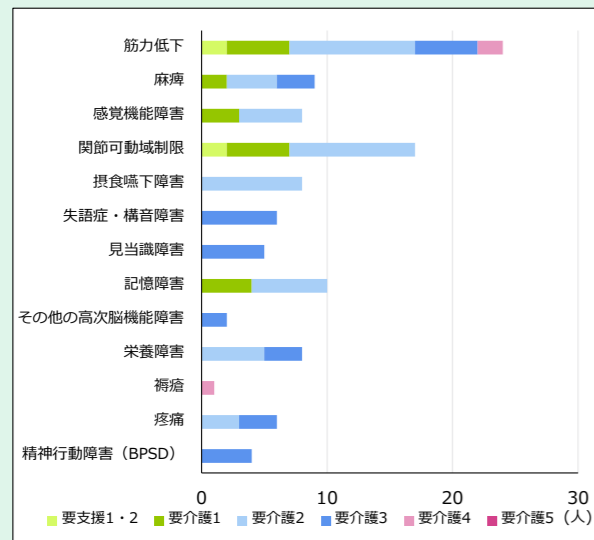
性別人数（要介護度）



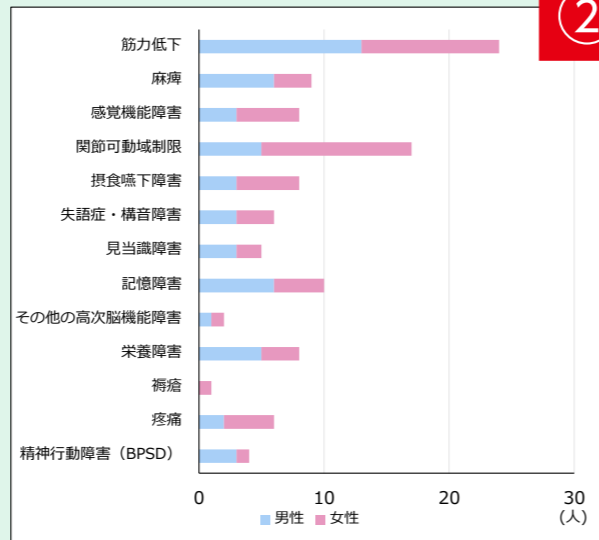
年齢階級別人数（要介護度）



機能障害別人数（要介護度）

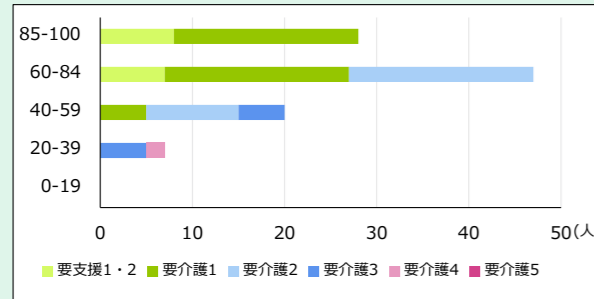


機能障害別人数（男女）

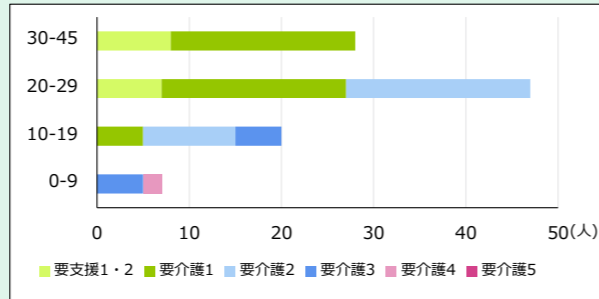


■ADL/IADLスコア

ADLスコア別人数（要介護度）



IADLスコア別人数（要介護度）



【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。）

※ 「性別・年齢階級」について

リハビリテーションマネジメント加算の事業所フィードバック票に示されている「性別」「年齢階級」は、リハビリテーションマネジメント加算等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。

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 **①**~**⑥**  
 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、I1、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	特記事項(改善の見込み含む)
筋力低下	あり	<b>②</b>
麻痺	あり	
感覚機能障害	あり	
関節可動域制限	あり	
摂食嚥下障害	あり	
失語症・構音障害	あり	
見当識障害	あり	
記憶障害	あり	
高次脳機能障害	あり	
栄養障害	あり	
褥瘡	あり	
疼痛	あり	
精神行動障害(BPSD)	あり	
□6分間歩行試験 □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)	<b>③</b>
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)

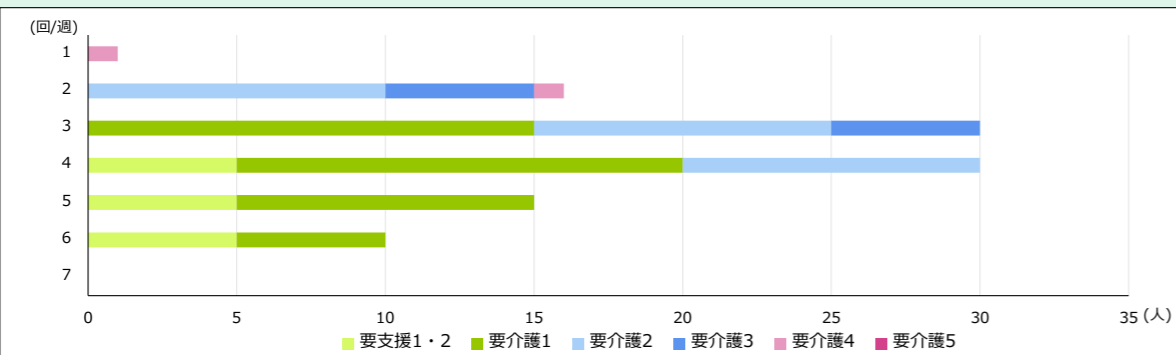








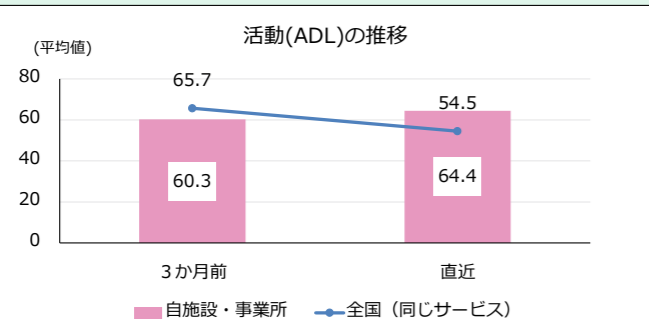
■ 頻度(リハの提供頻度)



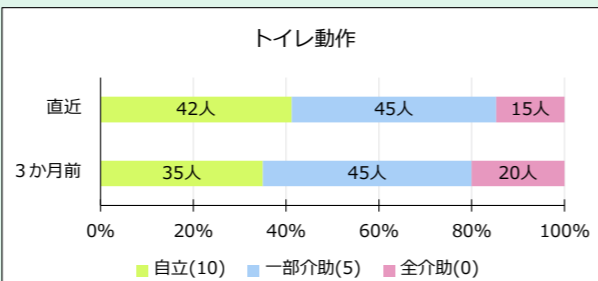
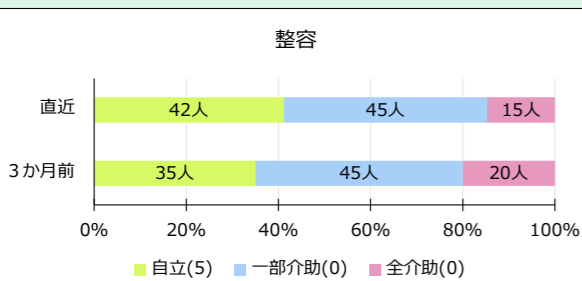
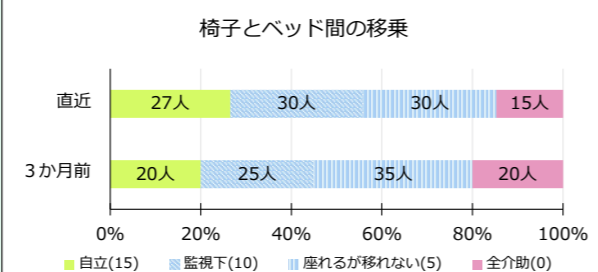
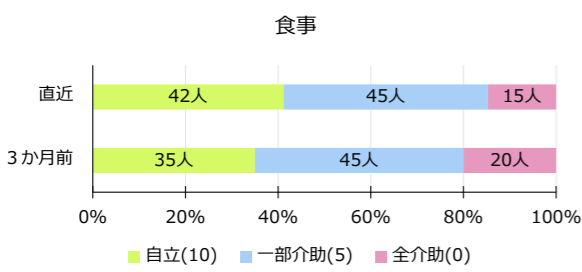
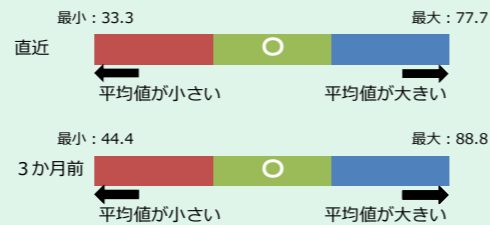
【メモ欄】(事業所内で解釈や考えられる要因などについて議論を行った内容を記載する場合にお使いください。)

■ ADL・IADLの推移

■ 項目別ADLスコア(3か月前と直近の比較)



<全国と同じサービスの施設・事業所との比較>



別紙様式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したい生活の希望等) \_\_\_\_\_  
 ■ 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	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)

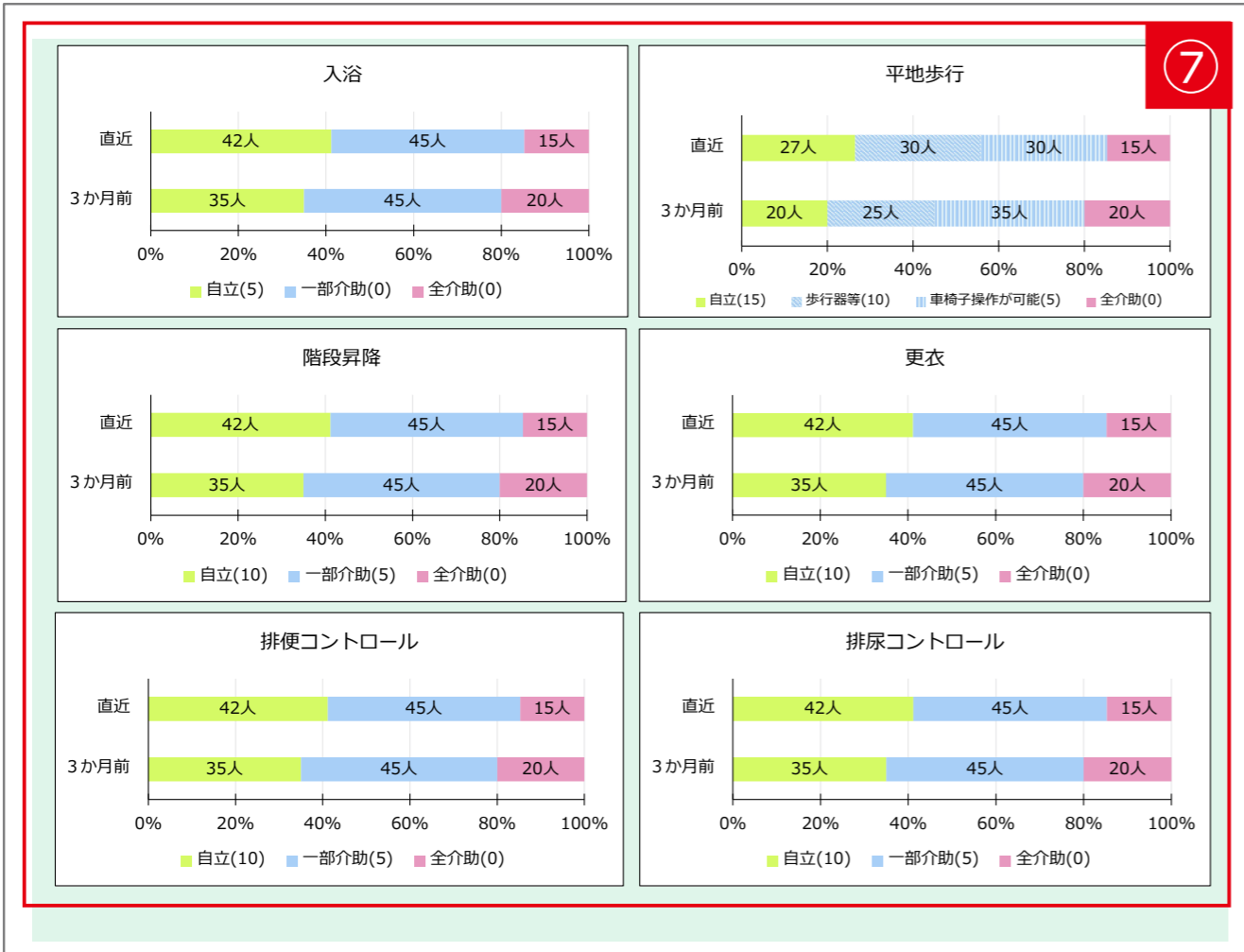
■ リハビリテーション実施上の留意点  
 (開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■ 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

特記事項: \_\_\_\_\_



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したい生活の希望等) \_\_\_\_\_  
 ■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	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

特記事項: \_\_\_\_\_





## ■補足

「事業所フィードバックの見方について」

LIFEに登録された利用者情報を利用し、各事業所単位に利用者の状態像、利用実態、利用効果を把握していただくために、集計結果をグラフにより可視化した資料です。今後のサービス方針等の検討にご活用ください。

## 1. 利用者特性について

## ■利用者特性

登録された利用者全員（当該項目にデータがない場合は除く）の状態像として、性別、年齢階級、機能障害（要介護度別、男女別）の人数をグラフで表示しています。

自事業所の特性として、どの機能障害の利用者が多く、要介護度や性別にどのような傾向があるか等の実態把握にご利用ください。

## ■ADL/IADLスコア

利用者のADL、IADLスコア別に人数を集計したグラフとなります。上記と同様に利用者像の実態把握にご利用ください。

## 2. リハマネジメント/リハ提供状況について

## ■具体的支援内容別人数

リハビリテーションサービスのNo.1に登録されたデータをもとに、リハビリ内容ごとの現在の利用人数（要介護度別）をグラフで表示しています。

これにより、どの訓練や練習の利用者が多く、利用者の要介護度に傾向があるか等の実態把握にご利用ください。

## ■頻度(リハの提供頻度)

リハビリテーションサービスのNo.1に登録されたデータをもとに、1週間あたりのリハビリ利用回数別に人数を集計したグラフです。上記と同様にサービス利用実態の把握にご利用ください。

## 3. ADL・IADLの推移について

## ■項目別ADLスコア（3か月前と直近の比較）

ADLの各項目別に選択肢別の該当人数の変化をグラフで表示しています。

3か月前と直近の状態について人数を集計していますので、項目別の改善傾向の把握にご利用ください。

## ■項目別IADLスコア（3か月前と直近の比較）

IADLの各項目別に選択肢別の該当人数の変化をグラフで表示しています。

3か月前と直近の状態について人数を集計していますので、項目別の改善傾向の把握にご利用ください。