

「LIFEを活用した取組状況の把握および訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究」【LIFE登録済事業所票】

■ご記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は自施設でLIFEを使用したことがある方がご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、ご回答時点の状況についてご回答ください。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合は「0」とご記入ください。
- ・ 具体的な回答方法については、「実施要領」をご確認ください。
- ・ 令和3年11月5日(金)までにご回答いただき、「調査実施のお願い」に記載の方法でアップロードしてください。

■調査に関するお問い合わせ先

「LIFEを活用した取組状況の把握および訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究」事務局
 電話:0120-966-619 (平日 9:30~17:30) ◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎
 メール:r3-life@surece.co.jp

問1 基本情報

(1) 施設名			
(2) 事業所番号		(4) 定員数	人
(3) 開設年(西暦)	年	(5) 利用者数(調査時点)	人

問2 職員体制(属性・人数)

	常勤専従・常勤兼務 (常勤換算人数)	非常勤専従 (常勤換算人数)	非常勤兼務 (常勤換算人数)	外部委託 (常勤換算人数)
(1) 医師	人	人	人	人
(2) 歯科医師	人	人	人	人
(3) 看護職員	人	人	人	人
(4) 理学療法士	人	人	人	人
(5) 作業療法士	人	人	人	人
(6) 言語聴覚士	人	人	人	人
(7) 管理栄養士・栄養士	人	人	人	人
(8) 歯科衛生士	人	人	人	人
(9) 相談員	人	人	人	人
(10) 介護職員	人	人	人	人
(11) その他の職員	人	人	人	人

問3 使用している記録ソフト ※同シリーズのソフトを使用している場合、選択肢をチェックしてください。

使用している記録ソフトを選んでください ※当てはまるもの全てに☑
 ※完全導入とは、施設における全業務について介護ソフトを利用している場合を指します
 ※一部導入とは、施設における一部業務についてのみ介護ソフトを利用している場合を指します

完全導入	一部導入	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	① ほのぼのシリーズ(NDソフトウェア株式会社)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	② ワイズマンシステムSP(株式会社ワイズマン)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③ その他
		ソフト名
		会社名
<input checked="" type="checkbox"/>		④ 介護ソフトは使用していない

問4	LIFEへのデータ入力・アクセスに使用している端末・台数 ※介護ソフトからのcsv連携をしている場合は、介護ソフトの利用状況を含みます					
	(1) PC		台	(3) スマートフォン		台
	(2) タブレット端末		台			
問5	LIFEへデータ入力する職員の属性・人数 ※介護ソフトからのcsv連携をしている場合は、介護ソフトの利用状況を含みます					
	(1) 医師		人	(7) 管理栄養士・栄養士		人
	(2) 歯科医師		人	(8) 歯科衛生士		人
	(3) 看護職員		人	(9) 相談員		人
	(4) 理学療法士		人	(10) 介護職員		人
	(5) 作業療法士		人	(11) その他の職員		人
	(6) 言語聴覚士		人			
問6	LIFEの活用状況					
	(1) LIFEの活用場面について、自施設に当てはまるものを選択してください ※当てはまるもの全てに☑					
	<input type="checkbox"/>	① ケアの質の向上に関する方針の策定・実施				
	<input type="checkbox"/>	② 利用者状態の管理・課題把握				
	<input type="checkbox"/>	③ 利用者状態の多職種での情報連携				
	<input type="checkbox"/>	④ フィードバック票を用いた提供サービス・ケアの見直し				
	<input type="checkbox"/>	⑤ フィードバック票を用いた利用者・家族への説明				
	<input type="checkbox"/>	⑥ その他 ()				
	<input type="checkbox"/>	⑦ 現時点では上記のいずれも活用していない				
	(2) LIFEを活用することで、ケアの一連の活動(介護過程の展開)のプロセスの中で役に立った点を教えてください ※当てはまるもの全てに☑					
	<input type="checkbox"/>	① ケアの結果を議論する組織体等を設けた(又は組織体を明確化した)				
	<input type="checkbox"/>	② ケアの質の向上に関する方針を策定した				
	<input type="checkbox"/>	③ ケアの質の向上に関する方針を施設内で周知した				
	<input type="checkbox"/>	④ ケアの質の向上に関する必要な文書を作成した				
	<input type="checkbox"/>	⑤ LIFEを活用した取組を通じて、利用者のアセスメント方法が統一された				
<input type="checkbox"/>	⑥ LIFEを活用した取組を通じて、利用者のアセスメント頻度が統一された					
<input type="checkbox"/>	⑦ LIFEを活用した取組を通じて、全利用者のアセスメントを実施するようになった					
<input type="checkbox"/>	⑧ LIFEへのデータ提出のためのアセスメントの結果、アセスメントの結果利用者の問題点・課題が明らかになった					
<input type="checkbox"/>	⑨ LIFEに利用者のデータを入力し管理することで、利用者の状態や課題を把握しやすくなった					
<input type="checkbox"/>	⑩ LIFEにアセスメントデータが一元管理されることで、多職種での情報連携がしやすくなった					
<input type="checkbox"/>	⑪ LIFEへのデータ提出を通じて、利用者の経時的な状態変化等を分析するようになった(分析する予定)					
<input type="checkbox"/>	⑫ ケア計画の見直しにむけた指標(KPI)を設定した					
<input type="checkbox"/>	⑬ その他 ()					
<input type="checkbox"/>	⑭ 現時点では上記のいずれにも当てはまらない					

問7 LIFE活用によるケアの質の向上に向けた取組の課題	
(1)	LIFEを活用したケアの質の向上に向けた取組について、課題と感ずることはありますか
<input type="radio"/>	① ある
<input type="radio"/>	② ない
(2)	LIFEを活用したケアの質の向上に向けた取組において、課題と感ずる内容を教えてください ※問7(1)で「①ある」とご回答した方がお答えください ※当てはまるもの全てに☑
<input type="checkbox"/>	① ケアの質の向上について議論する組織体(委員会等)がない
<input type="checkbox"/>	② ケアの質の向上に関する方針が施設・事業所内で周知されていない
<input type="checkbox"/>	③ 利用者のアセスメント方法がわからない
<input type="checkbox"/>	④ 利用者のアセスメント結果を多職種で共有していない
<input type="checkbox"/>	⑤ アセスメント・フィードバックをケアの質の向上に活かしていない
<input type="checkbox"/>	⑥ 既存のケアの質の向上に向けた取組とLIFEを活用した取組の連携ができていない
<input type="checkbox"/>	⑦ その他 ()
問8 LIFE活用に伴う議論の実施状況	
(1)	LIFE活用に伴い、委員会等で利用者情報等を議論する場がありましたか
<input type="radio"/>	① 既存の委員会等で議論した
<input type="radio"/>	② 新たに委員会等を設置の上、議論した
<input type="radio"/>	③ 委員会等の組織体以外で議論した
<input type="radio"/>	④ その他 ()
<input type="radio"/>	⑤ 実施していない
(2)	議論の場で議論された内容をお答えください ※問8(1)で①、②、③、④のいずれかにご回答した方がお答えください ※当てはまるもの全てに☑
<input type="checkbox"/>	① 利用者の状態像の変化
<input type="checkbox"/>	② LIFEから出力されたフィードバック内容(全国平均等)
<input type="checkbox"/>	③ 利用者の状態像等を踏まえた目標設定
<input type="checkbox"/>	④ 利用者の状態像等を踏まえたケア内容・実施方法等
<input type="checkbox"/>	⑤ その他 ()
問9 LIFE活用に伴う一体的取組(多職種連携等)の実施状況	
(1)	現在までに、LIFEへ入力したデータやフィードバック票を活用し、一体的取組(多職種連携等)に関する取り組みを行いましたか(リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養など)
<input type="radio"/>	① 行った
<input type="radio"/>	② 行っていない
(2)	今後、LIFEをどのように一体的取組(多職種連携等)の推進に活用できると感じますか 現在行っていない場合、将来的に活用できそうな選択肢にチェックしてください
<input type="checkbox"/>	① 多職種間における日々の情報共有
<input type="checkbox"/>	② 介護支援専門員との情報共有
<input type="checkbox"/>	③ 他職種を含む会議体での情報共有
<input type="checkbox"/>	④ その他 ()
<input type="checkbox"/>	⑤ 現時点では上記のいずれにも当てはまらない

問10 LIFE導入時における課題

- (1) LIFEを自施設に導入する際に、課題になったことを教えてください
※当てはまるもの全てに☑

<input type="checkbox"/>	① PC等のLIFE入力端末の準備
<input type="checkbox"/>	② ネット環境等のLIFEへのアクセス環境の準備
<input type="checkbox"/>	③ LIFEの利用申請
<input type="checkbox"/>	④ LIFEの操作方法の理解
<input type="checkbox"/>	⑤ LIFEに関連した加算についての理解
<input type="checkbox"/>	⑥ LIFEやLIFEに関連した加算についての職員への教育
<input type="checkbox"/>	⑦ LIFEへデータ入力する時間の確保
<input type="checkbox"/>	⑧ その他 ()

問11 利用者のアセスメントに関するLIFE導入前後の変化

- (1) LIFE導入により、利用者アセスメントの方法や頻度、内容に変化はありましたか

<input checked="" type="radio"/>	① あった
<input type="radio"/>	② なかった

- (2) LIFE導入前の利用者アセスメントの方法を教えてください
※問11(1)で「①あった」とご回答した方がお答えください
※利用者1人以上に実施している項目全てに☑

<input type="checkbox"/>	① 評価基準に基づき評価(ADL評価、褥瘡の評価等)
<input type="checkbox"/>	② 利用者の普段の状況等を踏まえて評価
<input type="checkbox"/>	③ 利用者・家族との面談で情報収集して評価
<input type="checkbox"/>	④ その他 ()

- (3) LIFE導入前の利用者アセスメントの頻度を教えてください
※問11(1)で「①あった」とご回答した方がお答えください

<input checked="" type="radio"/>	① 月1回以上
<input type="radio"/>	② 2か月に1回程度
<input type="radio"/>	③ 3か月に1回程度
<input type="radio"/>	④ 半年に1回程度
<input type="radio"/>	⑤ 年に1回程度以下

- (4) LIFE導入前の利用者アセスメントの内容を教えてください
※問11(1)で「①あった」とご回答した方がお答えください
※利用者1人以上に実施している項目全てに☑

<input type="checkbox"/>	① ADL(Barthel Index)
<input type="checkbox"/>	② ADL・IADL(Barthel Index以外)
<input type="checkbox"/>	③ 認知機能
<input type="checkbox"/>	④ 行動・心理症状(DBD13)
<input type="checkbox"/>	⑤ 行動・心理症状(DBD13以外)
<input type="checkbox"/>	⑥ 意欲(Vitality Index)
<input type="checkbox"/>	⑦ 栄養状態
<input type="checkbox"/>	⑧ 口腔・嚥下機能
<input type="checkbox"/>	⑨ 褥瘡
<input type="checkbox"/>	⑩ 日中の活動(離床時間/外出回数/居室以外における滞在時間)
<input type="checkbox"/>	⑪ 排泄
<input type="checkbox"/>	⑫ 服薬
<input type="checkbox"/>	⑬ その他 ()

	(5)	LIFE導入後の利用者アセスメントの方法を教えてください ※問11(1)で「①あった」とご回答した方がお答えください ※利用者1人以上に実施している項目全てに☑
	<input type="checkbox"/>	① 評価基準に基づき評価(ADL評価、褥瘡の評価等)
	<input type="checkbox"/>	② 利用者の普段の状況等を踏まえて評価
	<input type="checkbox"/>	③ 利用者・家族との面談で情報収集して評価
	<input type="checkbox"/>	④ その他 ()
	(6)	LIFE導入後の利用者アセスメントの頻度を教えてください ※問11(1)で「①あった」とご回答した方がお答えください
	<input checked="" type="radio"/>	① 月1回以上
	<input checked="" type="radio"/>	② 2か月に1回程度
	<input checked="" type="radio"/>	③ 3か月に1回程度
	<input checked="" type="radio"/>	④ 半年に1回程度
	<input checked="" type="radio"/>	⑤ 年に1回程度以下
	(7)	LIFE導入後の利用者アセスメントの内容を教えてください ※問11(1)で「①あった」とご回答した方がお答えください ※利用者1人以上に実施している項目全てに☑
	<input type="checkbox"/>	① ADL(Barthel Index)
<input type="checkbox"/>	② ADL・IADL(Barthel Index以外)	
<input type="checkbox"/>	③ 認知機能	
<input type="checkbox"/>	④ 行動・心理症状(DBD13)	
<input type="checkbox"/>	⑤ 行動・心理症状(DBD13以外)	
<input type="checkbox"/>	⑥ 意欲(Vitality Index)	
<input type="checkbox"/>	⑦ 栄養状態	
<input type="checkbox"/>	⑧ 口腔・嚥下機能	
<input type="checkbox"/>	⑨ 褥瘡	
<input type="checkbox"/>	⑩ 日中の活動(離床時間/外出回数/居室以外における滞在時間)	
<input type="checkbox"/>	⑪ 排泄	
<input type="checkbox"/>	⑫ 服薬	
<input type="checkbox"/>	⑬ その他 ()	
問12 アセスメントにおける課題		
	(1)	LIFEを活用した利用者のアセスメントについて、感じている課題を教えてください ※当てはまるもの全てに☑
	<input type="checkbox"/>	① アセスメント方法がわからない・わかりにくい
	<input type="checkbox"/>	② アセスメントに手間がかかる
	<input type="checkbox"/>	③ より適切なアセスメント指標がある →具体的な指標名()
<input type="checkbox"/>	④ その他 ()	
(2)	LIFEを活用した利用者のアセスメントについて、他に感じる課題があればご自由にお書きください	
	(3)	今後もLIFEを利用者アセスメントに使用したいと思えますか
	<input checked="" type="radio"/>	① 思う
	<input checked="" type="radio"/>	② やや思う
	<input checked="" type="radio"/>	③ どちらでもない
	<input checked="" type="radio"/>	④ あまり思わない
	<input checked="" type="radio"/>	⑤ 思わない

問13 LIFEへのデータ登録方法

- (1) **2021年9月分のデータとして**LIFEへデータ登録した利用者数をお答えください
 ※複数の加算を算定している利用者も1人としてカウントしてください

LIFEデータ登録者数		人	
-------------	--	---	--

- (2) LIFEへどのようにデータ登録していますか
 ※当てはまるもの全てに☑
 ※インポート機能とは、介護ソフトからLIFEへデータ登録するためのcsvを出力し、LIFEにデータ登録する機能のことをいいます

<input type="checkbox"/>	① インポート機能の活用
<input type="checkbox"/>	② LIFE上での直接入力
<input type="checkbox"/>	③ その他 ()

- (3) インポート機能の利便性について、どのように感じますか
 ※問13(2)で「①インポート機能の活用」とご回答した方がお答えください
 ※当てはまるもの全てに☑

<input type="radio"/>	① 便利だと思う
<input type="radio"/>	② やや便利だと思う
<input type="radio"/>	③ どちらでもない
<input type="radio"/>	④ やや不便だと思う
<input type="radio"/>	⑤ 不便だと思う

- (4) インポート機能について、どのような点が不便と感じますか
 ※問13(3)で「④やや不便だと思う」あるいは「⑤不便だと思う」とご回答した方がお答えください
 ※当てはまるもの全てに☑

<input type="checkbox"/>	① インポート機能の使用手順が理解しづらい
<input type="checkbox"/>	② インポート時にエラーが頻発する
<input type="checkbox"/>	③ インポート機能を使うより直接入力の方が早い
<input type="checkbox"/>	④ LIFEにインポートするデータを介護ソフトから出力するのが難しい
<input type="checkbox"/>	⑤ その他 ()

- (5) LIFE活用に関わる以下の項目について、施設全体でかかった時間をお答えください
 ※**2021年9月分データの提出**におけるご状況をご回答ください

アセスメントにかかった時間		時間		分
記録ソフトへデータ入力する時間		時間		分
※紙媒体へ記載している場合は、その記載時間をご回答ください				
インポート機能の利用にかかった時間		時間		分
※介護ソフトからLIFEへデータ登録するためのcsvを出力し、LIFEにデータ登録するまでの時間をご回答ください				
LIFE上での直接入力にかかった時間		時間		分

- (6) LIFEへデータを直接入力している理由を教えてください
 ※問13(2)で「②LIFE上での直接入力」とご回答した方がお答えください
 ※当てはまるもの全てに☑

<input type="checkbox"/>	① 使用している介護ソフトがLIFEに全く対応していない
<input type="checkbox"/>	② 使用している介護ソフトがLIFEに一部対応していない(対応していない加算がある等)
<input type="checkbox"/>	③ 使用している介護ソフトはLIFEに対応しているが、事業所が介護ソフトをアップデートしていないので使えない
<input type="checkbox"/>	④ 使用している介護ソフトはLIFEに対応しているが、介護ソフトからデータを出力するのが難しい
<input type="checkbox"/>	⑤ 使用している介護ソフトはLIFEに対応しているが、インポート機能を使うのが難しい
<input type="checkbox"/>	⑥ 利用者数が少ない又は加算を算定している人数が少ないために、手入力のほうが早い
<input type="checkbox"/>	⑦ LIFEと介護ソフトを導入しているPCが異なるため、インポート機能を使用できない
<input type="checkbox"/>	⑧ その他 ()

(7) LIFEへのデータ登録の過程で、負担を感じますか	
<input type="radio"/>	① 負担を感じる
<input type="radio"/>	② やや負担を感じる
<input type="radio"/>	③ どちらでもない
<input type="radio"/>	④ あまり負担を感じない
<input type="radio"/>	⑤ 負担を感じない
(8) LIFEへのデータ登録の過程で、負担や課題を感じた・感じる点にチェックしてください ※問13(7)で「①負担を感じる」あるいは「②やや負担を感じる」とご回答した方がお答えください ※当てはまるもの全てに☑	
<input type="checkbox"/>	① LIFEの操作方法の理解
<input type="checkbox"/>	② LIFEのアカウント登録
<input type="checkbox"/>	③ ランチャーのダウンロード
<input type="checkbox"/>	④ LIFEの起動・ログイン
<input type="checkbox"/>	⑤ 職員IDの設定
<input type="checkbox"/>	⑥ 利用者IDの設定
<input type="checkbox"/>	⑦ LIFEへのデータ入力作業
<input type="checkbox"/>	⑧ LIFEへのCSVインポート
<input type="checkbox"/>	⑨ その他 ()
問14 LIFE全体としての介護の質に及ぼす影響	
(1) LIFE全体として、LIFEの活用が介護の質の向上に寄与すると感じますか	
<input type="radio"/>	① 思う
<input type="radio"/>	② やや思う
<input type="radio"/>	③ どちらでもない
<input type="radio"/>	④ あまり思わない
<input type="radio"/>	⑤ 思わない
(2) その理由を教えてください ※問14(1)で「④あまり思わない」あるいは「⑤思わない」とご回答した方がお答えください	
問15 LIFEへのご要望	
(1) 全体を通して、LIFEに対して感じる課題やご要望(フィードバック票への希望など)があればご自由にお書きください	

調査票への回答は以上です。ご協力ありがとうございました。

「LIFEを活用した取組状況の把握および訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究」(LIFE未登録事業所票)

■ご記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は事業所・施設の管理者の方がご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、ご回答時点の状況についてご回答ください。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合は「0」とご記入ください。
- ・ 具体的な回答方法については、「実施要領」をご確認ください。
- ・ 令和3年11月5日(金)までにご回答いただき、「調査実施のお願い」に記載の方法でご返送してください。

■調査に関するお問い合わせ先

「LIFEを活用した取組状況の把握および訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究」事務局
 電話:0120-966-619 (平日 9:30~17:30) ◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎
 〒103-8790
 東京都中央区日本橋3丁目13番5号 KDX313ビル 5階 SRC内

問1 基本情報

(1) 施設名			
(2) 事業所番号		(4) 定員数	人
(3) 開設年(西暦)		年	(5) 利用者数(調査時点)
			人

問2 職員体制(属性・人数)

	常勤専従・常勤兼務 (常勤換算人数)	非常勤専従 (常勤換算人数)	非常勤兼務 (常勤換算人数)	外部委託 (常勤換算人数)
(1) 医師	人	人	人	人
(2) 歯科医師	人	人	人	人
(3) 看護職員	人	人	人	人
(4) 理学療法士	人	人	人	人
(5) 作業療法士	人	人	人	人
(6) 言語聴覚士	人	人	人	人
(7) 管理栄養士・栄養士	人	人	人	人
(8) 歯科衛生士	人	人	人	人
(9) 相談員	人	人	人	人
(10) 介護職員	人	人	人	人
(11) その他の職員	人	人	人	人

問3 使用している介護ソフトの会社

(1) 使用している介護ソフトの会社を選んでください ※当てはまるもの全てに☑
 ※完全導入とは、施設における全業務について介護ソフトを利用している場合を指します
 ※一部導入とは、施設における一部業務についてのみ介護ソフトを利用している場合を指します

完全導入	一部導入	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	① ほのぼのシリーズ(NDソフトウェア株式会社)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	② ワイズマンシステムSP(株式会社ワイズマン)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③ その他
		ソフト名
		会社名
<input checked="" type="checkbox"/>		④ 介護ソフトは使用していない

問4 これまでの利用者及び自施設に関するデータ分析内容

(1) データ分析の実施有無を教えてください

- ① 実施したことがある
 ② 実施していない

(2) 実施頻度を教えてください
 ※問4(1)で「①実施したことがある」とご回答の方がお答えください

- ① 現在、定期的を実施している → 年()回程度
 ② 現在、不定期に実施している
 ③ 過去に、定期的を実施していた
 ④ 過去に、不定期に実施していた
 ⑤ その他 ()

(3) 実施体制を教えてください
 ※問4(1)で「①実施したことがある」とご回答の方がお答えください
 ※当てはまるもの全てに☑

- ① 既に利用者のケア等を検討する委員会があり、その委員会で分析を実施している
 委員会等の名称 ()
 ② 委員会等の組織体以外で分析を実施している
 ③ その他 ()

(4) 分析項目を教えてください
 ※問4(1)で「①実施したことがある」とご回答の方がお答えください
 ※当てはまるもの全てに☑

- ① 利用者のADL・IADL
 ② 利用者の認知機能
 ③ 利用者の行動心理症状
 ④ 利用者の栄養状態
 ⑤ 利用者の口腔・嚥下機能
 ⑥ その他 ()

問5 これまでの利用者への介護状態のフィードバック状況

(1) データ分析した結果や利用者の介護状態の推移等を利用者あるいはその家族にフィードバックしたことはありますか

- ① ある
- ② ない

(2) 実施頻度を教えてください
※問5(1)で「①ある」とご回答した方がお答えください

- ① 現在、定期的を実施している → 年()回程度
- ② 現在、不定期に実施している
- ③ 過去に、定期的を実施していた
- ④ 過去に、不定期に実施していた
- ⑤ その他 ()

(3) フィードバックする対象者を教えてください
※問5(1)で「①ある」とご回答した方がお答えください
※当てはまるもの全てに☑

- ① 利用者本人
- ② 利用者の家族
- ③ その他 ()

(4) フィードバック内容を教えてください
※問5(1)で「①ある」とご回答した方がお答えください
※当てはまるもの全てに☑

- ① ADL・IADL
- ② 認知機能
- ③ 行動心理情報
- ④ 栄養状態
- ⑤ 口腔・嚥下機能
- ⑥ その他 ()

問6 ケアの質の向上に向けたPDCAサイクルの取組

(1) ケアの質の向上に向けたPDCAサイクルの取組において、課題と感ずることはありますか

- ① ある
- ② ない

(2) ケアの質の向上に向けたPDCAサイクルの取組において、課題と感ずる内容を教えてください
 ※問6(1)で「①ある」とご回答した方がお答えください
 ※当てはまるもの全てに☑

- ① ケアの質の向上について議論する組織体(委員会等)がない
- ② ケアの質の向上に関する方針が施設・事業所内で周知されていない
- ③ 利用者のアセスメント方法がわからない
- ④ 利用者のアセスメント結果を多職種で共有していない
- ⑤ アセスメント・フィードバックをケアの質の向上に活かしていない
- ⑥ その他 ()

問7 LIFEの今後の活用意向

(1) LIFEの今後の活用意向を教えてください

- ① 活用したい(アカウント申請済み)
- ② 活用したい(アカウント申請予定)
- ③ 活用したいと思わない

(2) LIFEを活用したいと思わない理由を教えてください
 ※問7(1)で「③活用したいと思わない」とご回答した方がお答えください
 ※当てはまるもの全てに☑

- ① 利用申請の方法がわからない
- ② LIFEやLIFEに関連した加算についてよく知らない
- ③ LIFEに関連する加算を算定する予定がない
- ④ LIFEに登録する項目のうち、これまでアセスメントしていなかった項目が多い
- ⑤ データ連携が可能な介護ソフトを導入していない
- ⑥ データを入力する職員の負担が大きい
- ⑦ 具体的な入力項目やフィードバックされる内容を知らない
- ⑧ 魅力的なフィードバック機能がない
- ⑨ 利用者や家族の同意が得られない
- ⑩ 法人としてLIFEを活用しない判断をしている
- ⑪ 特に理由はない
- ⑫ その他 ()

調査票への回答は以上です。ご協力ありがとうございました。

「LIFEを活用した取組状況の把握および訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究」【介護支援専門員票】(案)

■ご記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は調査対象の利用者を担当している介護支援専門員がご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、令和3年12月1日(水)現在の状況についてご回答ください
- ・ 調査対象の利用者の選定方法については、事業所にご確認ください。
- ・ 選択肢のあるものは、選択肢の番号に○をつけるか、黄色で塗りつぶしてください。(指示がある場合のみ複数回答可)
- ・ チェック欄があるものは、該当するものにチェックをしてください。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合は「0」とご記入ください。
- ・ 令和4年1月7日(金)までにメールまたはFAXにて返送ください。

■調査に関するお問い合わせ先

「LIFEを活用した取組状況の把握および訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究」事務局

電話：080-3753-2095

◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎

FAX：03-5157-2143

住所：〒100-8141東京都千代田区永田町2-10-3

問1 介護支援専門員の基本情報

(1) 事業所の管理者	1 該当	2 非該当	
(2) 介護支援専門員としての業務経験年数		年	か月
(3) 担当件数(要支援1・2は介護予防支援業務の委託を受けている人数)	居宅介護		件
	介護予防		件
(4) 勤務形態	1 常勤専従	2 常勤兼務	
	3 非常勤専従	4 非常勤兼務	
(5) 主任介護支援専門員資格	1 あり	2 なし	
(6) その他の保有資格 (当てはまるもの全てに○)	1 医師	2 歯科医師	3 薬剤師
	4 保健師	5 助産師	6 看護師
	7 准看護師	8 理学療法士	9 作業療法士
	10 社会福祉士	11 介護福祉士	12 視能訓練士
	13 義肢装具士	12 歯科衛生士	15 言語聴覚士
	16 あん摩マッサージ指圧師		17 はり師
	18 きゅう師	19 柔道整復師	20 管理栄養士・栄養士
	21 精神保健福祉士		
	22 介護福祉士養成のための実務者研修(旧ホームヘルパー1級)		
	23 介護職員初任者研修(旧ホームヘルパー2級)		
	24 旧ホームヘルパー3級		25 その他
(7) 年齢	歳(整数でご回答ください)		

(8) 法人が提供しているサービス(関連法人を含む)、(9)貴事業所に併設されているサービスとして該当するもの全てに☐を付けてください。※「併設されているサービス」とは、貴事業所と同一敷地内もしくは隣接する敷地内の事業所において提供されているサービスのことを言います。必要に応じて事業所管理者の方に記入いただいてもかまいません。

提供主体		提供主体	
法人	併設	法人	併設
<居宅サービス>		<施設サービス>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	訪問介護	20	介護老人福祉施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	訪問入浴介護	21	介護老人保健施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	訪問看護	22	介護療養型医療施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	通所介護	23	介護医療院
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<医療サービス>	
5	訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	病院
6	通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25	診療所(在宅療養支援診療所)
7	短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	診療所(在宅療養支援診療所以外)
8	短期入所療養介護		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9	特定施設入居者生活介護		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	福祉用具貸与または販売		
<地域密着型サービス>		<その他>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	27	サービス付き高齢者向け住宅
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	夜間対応型訪問介護	28	有料老人ホーム
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	地域密着型通所介護	29	養護老人ホーム、軽費老人ホーム (ケアハウスA、B)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	認知症対応型通所介護	30	旧高齢者専用賃貸住宅
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	小規模多機能型居宅介護	31	地域包括支援センター (在宅介護支援センター)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	認知症対応型共同生活介護	32	特になし
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17	地域密着型特定施設入居者生活介護		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18	地域密着型老人福祉施設入所者生活介護		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19	看護小規模多機能型居宅介護		

問2 LIFEの認知度	
(1) 調査前(10月1日以前)からLIFEを知っていましたか	1 知っていた 2 知らなかった
※(1)で「1」の場合、(2)に回答ください	(2) LIFEを知った経緯(当てはまるもの全てに○) 1 行政(厚生労働省・自治体) 2 居宅サービス事業所 3 介護支援専門員(事業所内) 4 介護支援専門員(事業所外) 5 職能団体等 6 その他の事業所 7 民間のホームページ、雑誌等 8 その他(<input type="text"/>)
※(1)で「1」の場合、(3)に回答ください	(3) LIFEから提供されるフィードバック票等の情報は、担当する利用者の事業所選定等にあたり参考になりますか 1 非常に参考になる 2 参考になる 3 どちらともいえない 4 あまり参考にならない 5 参考にならない 6 わからない
※(1)で「1」の場合、(4)に回答ください	(4) 担当する利用者が利用する居宅サービス事業所では、LIFEを活用していますか 1 活用している (担当する全利用者のうち、LIFEを活用する事業所を利用している利用者の割合: <input type="text"/> 割) 2 活用していない 3 分からない

問4 LIFEを活用したPDCAの取組の状況

1. ケアマネジメントの展開における効果

- | | |
|--|--|
| <p>(1) 次のうち、LIFEを活用して実施したことを教えてください(当てはまるもの全てに○)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1 居宅介護支援(ケアマネジメント)の質の向上に関する方針を策定した 2 居宅介護支援(ケアマネジメント)の質の向上に関する方針を事業所内で周知した 3 居宅介護支援(ケアマネジメント)の質の向上に関する必要な文書を作成した 4 利用者の経時的な状態変化等を分析した 5 ケアプランの見直しにむけた指標(目安)を設定した 6 PDCAサイクル推進のために、サービス提供の結果を議論する組織体等を設けた(又は組織体を明確化した) 7 その他() 8 特にない |
|--|--|

- | | |
|---|--|
| <p>(2) LIFEを活用することで、ケアマネジメントの一連の活動(ケアマネジメントの展開)のプロセスの中で役に立つと考えられる点を教えてください(当てはまるもの全てに○)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1 利用者の状態や課題を把握しやすくなる 2 ケアプランの適切な見直しの検討につながる 3 これまでとは違った視点で利用者の目標設定がしやすくなる 4 利用者への適切なモニタリングが可能となる 5 サービス担当者会議等で、データを用いた検討ができる 6 居宅サービス事業所のアセスメント力強化につながる 7 居宅サービス事業所において実施したケアの評価ができる 8 居宅サービス事業所間での情報連携がしやすくなる 9 居宅サービス事業所と介護支援専門員との情報連携がしやすくなる 10 LIFEにアセスメントデータが一元管理されることで、多職種での情報連携がしやすくなる 11 その他() 12 特にない |
|---|--|

2. モニタリングへの影響

- | | |
|--|--|
| <p>(1) フィードバック票を提供された利用者では、モニタリングに変化はありましたか(利用者によって違う場合、当てはまるもの全てに○)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1 目標の達成度合いが上がった 2 目標達成に向けた居宅サービス事業所職員の意識が変わった 3 目標そのものが変わった 4 利用者や家族からの要望が変わった 5 利用者の満足度が上がった 6 必要なサービスが変化した 7 居宅サービス事業所からの意見が増えた 8 特に変化はなかった |
|--|--|

3. フィードバック票がケアマネジメントプロセスに与えた影響	
(1) フィードバック票を踏まえて、ケアプランの見直しを行った(見直しを検討した)利用者が1人でもいましたか	1 いた 2 いない
※(1)で「1」の場合、 (2)に回答ください (当てはまるもの全てに○)	(2) (見直しをした場合)どのような見直しを行いましたか 1 利用者が利用する居宅サービスを追加した 2 利用者が利用する居宅サービスを削減した 3 利用者が利用する居宅サービスの回数を増やした 4 利用者が利用する居宅サービスの回数を減らした 5 目標を変更した 6 その他
※(1)で「1」の場合、 (3)に回答ください	(3) (見直しをした場合)ケアプランの見直しをした理由 1 フィードバック票を受けて見直すべきと感じたから 2 モニタリングの結果、見直すべきと感じたから 3 利用者本人から希望があったから 4 利用者の家族から希望があったから 5 利用者住所や事業所名等軽微な変更のため 6 その他
(4) ケアプランの見直しにあたって、フィードバック票の活用可能性はどの程度ですか	1 活用できる 2 現時点である程度活用できるが、改善されれば更に活用できる 3 時系列のデータがあれば活用できる(※時系列のデータの表示がない場合) 4 現時点では活用できないが、改善されれば活用できる 5 活用できるとは思わない

問5 フィードバック票の活用	
(1) どのような場面で事業所 フィードバック票を活用でき ると感じましたか (当てはまるもの全てに○)	1 居宅サービス事業所における利用者像の把握 2 居宅サービス事業所のケア実施状況の把握 3 居宅サービス事業所の強みの把握 4 居宅サービス事業所の選定・見直し 5 他の居宅サービス事業所との情報共有 6 その他 ()
(2) 事業所フィードバック票につ いて、改善点や追加してほし い内容があればご記入くださ い	
(3) どのような場面で利用者 フィードバック票を活用でき ると感じましたか (当てはまるもの全てに○)	1 利用者像・課題の把握 2 ケアプランの作成・見直し 3 サービス実施状況の把握 4 サービス提供の結果の評価 5 他の居宅サービス事業所との情報共有 6 利用者・家族への説明 7 その他 () 8 特に活用できると思わない
(4) 利用者フィードバック票につ いて、改善点や追加してほし い内容があればご記入くださ い	

問6 フィードバック票を活用したケアの質の向上に関する課題	
(1) フィードバック票を活用した ケアの質の向上に関する課題 について教えてください (当てはまるもの全てに○)	1 活用するイメージがわからない 2 活用に必要なデータが足りない 3 LIFEを活用している事業所が分からない 4 フィードバック票の結果の見方がわからない 5 フィードバック票の結果から、どのようにケアを改善すればよいかわ からない 6 データ入力のための評価が利用者にとって負担である 7 データ入力や提出が事業所にとって負担である 8 その他() 9 特に課題はない

「LIFEを活用した取組状況の把握および訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究」【訪問系サービス事業所票】

■ご記入にあたってのご注意

- ・この調査票はフィードバック票をご覧になり、現場で活用いただいた方等がご記入ください。
- ・特に指定の無い限り、令和3年12月1日(水)現在の状況についてご回答ください
- ・選択肢のあるものは、プルダウンメニューから○を選び、選択肢に○をつけてください。
(記載がある場合のみ、複数回答可(紫色で着色されています))
- ・数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合は「0」とご記入ください。
- ・令和4年1月7日(金)までにメールまたはFAXにて返送ください。

■調査に関するお問い合わせ先

「LIFEを活用した取組状況の把握および訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究」事務局

電話 :080-3753-2095

◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎

FAX :03-5157-2143

住所 :〒100-8141東京都千代田区永田町2-10-3

問1 基本情報

(1) 事業所名			
(2) 事業所番号			
(3) 開設年(西暦)	年	(4) 利用者数	人
(5) 事業所職員の平均年齢	歳(整数でご回答ください)		

問2 職員体制(属性・人数)

	常勤専従・常勤兼務 (常勤換算人数)	非常勤専従 (常勤換算人数)	非常勤兼務 (常勤換算人数)	派遣契約 (常勤換算人数)
(1) 医師	人	人	人	人
(2) 歯科医師	人	人	人	人
(3) 看護職員	人	人	人	人
(4) 理学療法士	人	人	人	人
(5) 作業療法士	人	人	人	人
(6) 言語聴覚士	人	人	人	人
(7) 管理栄養士・栄養士	人	人	人	人
(8) 歯科衛生士	人	人	人	人
(9) 相談員	人	人	人	人
(10) 介護職員	人	人	人	人
(11) その他の職員	人	人	人	人

問5 LIFEの認知度	
(1) 本調査の実施前からLIFEを知っていましたか	
<input type="checkbox"/>	① 知っていた
<input type="checkbox"/>	② 知らなかった
(2) 同じ法人が経営する別のサービスにおいてLIFEを活用していますか ※問5(1)で「①知っていた」とご回答した方がお答えください	
<input type="checkbox"/>	① 活用している
<input type="checkbox"/>	② 活用していない
<input type="checkbox"/>	③ 分からない

問6 通常時のアセスメントの実施状況(※本調査参加以前の2021年10月における状況としてご回答ください)	
(1) 利用者に関するアセスメントの実施頻度を教えてください	
<input type="checkbox"/>	① 定期的に実施している → 年(<input type="text"/>)回程度
<input type="checkbox"/>	② 不定期に実施している
<input type="checkbox"/>	③ 実施していない(その理由: <input type="text"/>)
<input type="checkbox"/>	④ その他 (<input type="text"/>)
(2) アセスメントの実施対象者(利用者)を教えてください	
<input type="checkbox"/>	① 全員
<input type="checkbox"/>	② 必要な利用者のみ → 全利用者のうち <input type="text"/> 割程度
<input type="checkbox"/>	③ その他 (<input type="text"/>)
(3) アセスメントの実施者(職員)を教えてください	
<input type="checkbox"/>	① 利用者に訪問している職員(訪問介護員等)が評価をしている
<input type="checkbox"/>	② 自事業所の他の職員(訪問介護員等)または管理者が評価をしている
<input type="checkbox"/>	③ 居宅介護支援事業所から評価の結果を受領している
<input type="checkbox"/>	④ 居宅介護支援事業所以外の他事業所等から評価の結果を受領している
<input type="checkbox"/>	⑤ 評価の実施・結果の受領はしていない
<input type="checkbox"/>	⑥ その他 (<input type="text"/>)
(4) 利用者のアセスメント方法を教えてください ※利用者1人以上に実施している項目全てに○	
<input type="checkbox"/>	① 評価基準に基づき評価(ADL評価、褥瘡の評価等)
<input type="checkbox"/>	② 利用者の普段の状況等を踏まえて評価
<input type="checkbox"/>	③ 利用者・家族との面談で情報収集して評価
<input type="checkbox"/>	④ その他 (<input type="text"/>)

	(5) 利用者のアセスメント項目を教えてください ※利用者1人以上に実施している項目全てに○ ※何らかの形でアセスメントを実施している方のみご回答ください
	① ADL(Barthel Index)
	② ADL・IADL(Barthel Index以外)
	③ 認知機能・行動心理症状(DBD13)
	④ 認知機能・行動心理症状(DBD13以外)
	⑤ 意欲(Vitality Index)
	⑥ 栄養状態
	⑦ 口腔・嚥下機能
	⑧ 褥瘡
	⑨ 日中の活動(離床時間/外出回数/居室以外における滞在時間)
	⑩ 排泄
	⑪ 服薬
	⑫ その他 ()

問7 通常時のデータ分析の実施状況(※本調査参加以前の2021年10月における状況としてご回答ください)

(1) データ分析の実施有無を教えてください
※データ分析とは、利用者の要介護度やアセスメント結果等のデータを蓄積し、
時系列データから今後の推移の状況を把握したり、法人内や事業所内等の利用者集団と
比較したりしてケアの内容等を検討すること等を指します。

- | | |
|--|-------------------|
| | ① 実施したことがある |
| | ② 実施していない(その理由:) |

(2) 実施頻度を教えてください
※問7(1)で「①実施したことがある」とご回答した方がお答えください

- | | |
|--|--------------------------|
| | ① 現在、定期的実施している → 年()回程度 |
| | ② 現在、不定期に実施している |
| | ③ 過去に、定期的実施していた |
| | ④ 過去に、不定期に実施していた |
| | ⑤ その他 () |

(3) 実施体制を教えてください
※問7(1)で「①実施したことがある」とご回答した方がお答えください
※当てはまるもの全てに○

- | | | | |
|--|-------------------|---------|--|
| | ① 既存の委員会等で実施 | 委員会等の名称 | |
| | ② 新たに委員会等を設置の上、実施 | 委員会等の名称 | |
| | ③ 委員会等の組織体以外で実施 | | |
| | ④ その他 () | | |

(4) 分析項目を教えてください
※問7(1)で「①実施したことがある」とご回答した方がお答えください
※当てはまるもの全てに○

- | | |
|--|-------------------|
| | ① 利用者のADL・IADL |
| | ② 利用者の認知機能・行動心理症状 |
| | ③ 利用者の栄養状態 |
| | ④ 利用者の口腔・嚥下機能 |
| | ⑤ その他 () |

問8	通常時の利用者へのフィードバック実施状況(※本調査参加以前の2021年10月における状況としてご回答ください)
(1) データ分析の結果を利用者あるいはその家族にフィードバックしたことはありますか	
①	ある
②	ない(その理由: _____)
(2) 実施頻度を教えてください ※問8(1)で「①ある」とご回答した方がお答えください	
①	現在、定期的を実施している → 年(_____)回程度
②	現在、不定期に実施している
③	過去に、定期的を実施していた
④	過去に、不定期に実施していた
⑤	その他 (_____)
(3) フィードバックする対象者を教えてください ※問8(1)で「①ある」とご回答した方がお答えください ※当てはまるもの全てに○	
①	利用者本人
②	利用者の家族
③	その他 (_____)
(4) フィードバック内容を教えてください ※問8(1)で「①ある」とご回答した方がお答えください ※当てはまるもの全てに○	
①	ADL・IADL
②	認知機能・行動心理症状
③	栄養状態
④	口腔・嚥下機能
⑤	要介護度の推移
⑥	その他 (_____)

問9 LIFEにデータ入力する際の課題

(1) 利用者のアセスメントに関する負担について教えてください ※各項目であてはまるものに○

	大きい	やや大きい	どちらでもない	やや小さい	小さい	評価していない
① ADL(Barthel Index)						
② ADL・IADL(Barthel Index以外)						
③ 認知機能・行動心理症状(DBD13)						
④ 認知機能・行動心理症状(DBD13以外)						
⑤ 意欲(Vitality Index)						
⑥ 栄養状態						
⑦ 口腔・嚥下機能						
⑧ 褥瘡						
⑨ 日中の活動						
⑩ 排泄						
⑪ 服薬						

(2) 利用者へのアセスメントの課題を教えてください ※当てはまるもの全てに○

① アセスメント方法がわからない・わかりにくい	
② アセスメントに手間がかかる	
③ より適切なアセスメント指標がある →具体的な指標名()	
④ その他()	

(3) LIFEシステムへアクセスしている端末・台数を教えてください ※介護ソフトからのcsv連携をしている場合は、介護ソフトの利用状況を含みます

PC	台	タブレット端末	台
スマートフォン	台		

(4) データ入力する職員の属性・人数を教えてください ※介護ソフトからのcsv連携をしている場合は、介護ソフトの利用状況を含みます

管理者	人	理学療法士	人
生活相談員	人	作業療法士	人
看護師	人	言語聴覚士	人
准看護師	人	介護職員	人
保健師	人	その他の職員	人

(5) LIFEへどのようにデータ入力していますか ※当てはまるもの全てに○ ※インポート機能とは、介護ソフトからLIFEへデータ登録するためのcsvを出力し、LIFEにデータ登録する機能のことをいいます

① インポート機能の活用	
② LIFEシステム上での直接入力	
③ その他()	

(6) 利用者のアセスメント結果をLIFEにデータ入力する負担について教えてください

①	大きい
②	やや大きい
③	どちらでもない
④	やや小さい
⑤	小さい
⑥	その他 ()

(7) データ入力への負担が生じる場面について教えてください
※当てはまるもの全てに○

①	LIFEの操作方法の理解
②	LIFEのアカウント登録
③	ランチャーのダウンロード
④	LIFEの起動・ログイン
⑤	職員IDの設定
⑥	利用者IDの設定
⑦	LIFEへのデータ入力作業
⑧	LIFEへのCSVインポート
⑨	その他 ()

問10 モデル事業で提供されたフィードバック票の活用に関する課題

(1) モデル事業で提供されたフィードバック票によるケアの見直しをしましたか

①	はい
②	ケアの見直しはしたが、フィードバック票が影響したものではない
③	いいえ

(2) 事業所フィードバック票を受けて、どのようにケアを見直したのか教えてください。
※問10(1)で「①はい」を選択した方がご回答ください

--

(3) フィードバック票によるケアの見直しをしなかった理由を教えてください
※問10(1)で「②ケアの見直しはしたが、フィードバック票が影響したものではない」「③いいえ」を選択した方がご回答ください
※当てはまるもの全てに○

①	フィードバック票の見方が分からなかったから
②	ケアを見直す必要性を感じなかったから
③	見直す必要性は感じたが、どのように見直したら良いか分からなかったから
④	見直す必要性は感じたが、利用者の意向にそぐわなかったから
⑤	見直すための人員や時間、費用が不足しているから
⑥	その他 ()

(4) フィードバック票に追加してほしい内容や分析軸があれば教えてください

--

問11 LIFEの活用状況

- (1) LIFEを活用することで、ケアの一連の活動(介護過程の展開)のプロセスの中で役に立った点を教えてください
 ※当てはまるもの全てに○

<input type="checkbox"/>	① PDCAサイクル推進のためケアの結果を議論する組織体等を設けた(又は明確化した)
<input type="checkbox"/>	② ケアの質の向上に関する方針を策定した
<input type="checkbox"/>	③ ケアの質の向上に関する方針を事業所内で周知した
<input type="checkbox"/>	④ ケアの質の向上に関する必要な文書を作成した
<input type="checkbox"/>	⑤ LIFEを活用した取組を通じて、利用者のアセスメント方法が統一された
<input type="checkbox"/>	⑥ LIFEを活用した取組を通じて、利用者のアセスメント頻度が統一された
<input type="checkbox"/>	⑦ LIFEを活用した取組を通じて、全利用者のアセスメントを実施するようになった
<input type="checkbox"/>	⑧ LIFEへのデータ提出のためのアセスメントの結果、利用者の問題点・課題が明らかになった
<input type="checkbox"/>	⑨ LIFEに利用者のデータを入力し管理することで利用者の状態・課題を把握しやすくなった
<input type="checkbox"/>	⑩ LIFEにアセスメントデータが一元管理されることで多職種で情報連携しやすくなった
<input type="checkbox"/>	⑪ 利用者の経時的な状態変化等を分析するようになった(分析する予定)
<input type="checkbox"/>	⑫ 訪問介護計画/訪問看護計画の見直しにむけた指標(KPI)を設定した
<input type="checkbox"/>	⑬ その他 ()

問12 LIFE全体としての介護の質に及ぼす影響

- (1) LIFE全体として、LIFEの活用が介護の質の向上に寄与すると感じますか

<input type="checkbox"/>	① 思う
<input type="checkbox"/>	② やや思う
<input type="checkbox"/>	③ どちらでもない
<input type="checkbox"/>	④ あまり思わない
<input type="checkbox"/>	⑤ 思わない

- (2) 上記の理由を教えてください

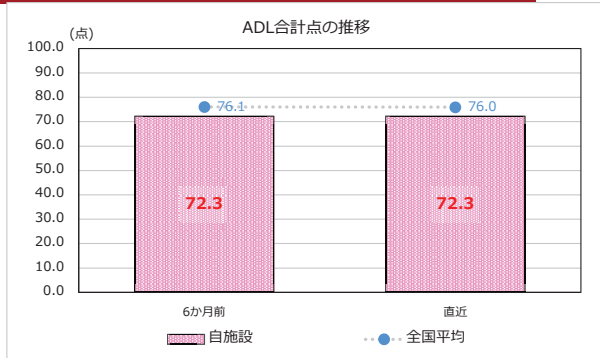
問13 LIFE全体としての介護の質に及ぼす影響

- (1) 全体を通して、LIFEに対して感じる課題やご要望(フィードバック票への希望など)があればご自由にお書きください

調査票への回答は以上です。ご協力ありがとうございました。

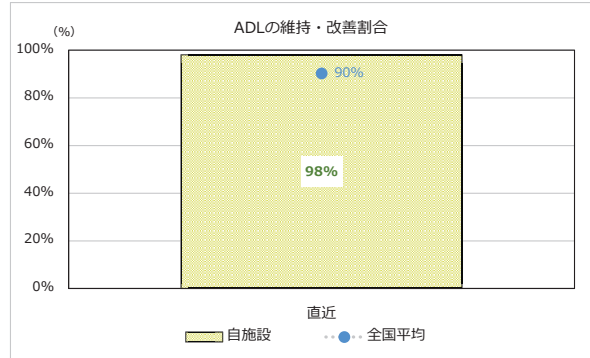
事業所番号： 3600000000 サービス： 訪問介護
 事業所名称： ○○訪問介護事業所

■ ADL合計点、ADLの維持・改善



補足

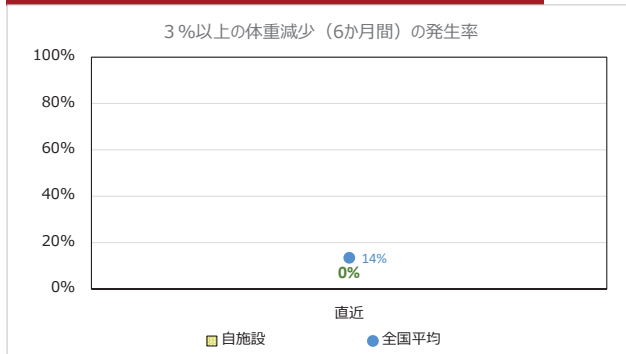
- ・ADL合計点の自施設平均と全国平均の変化を示しています。
- ・全国平均は、モデル事業に参加している事業所の平均の推移を示しています。



補足

- ・グラフの各時点とその前回（6か月前）の両時点においてデータ登録のあった利用者について、ADL合計点が維持または改善した利用者の割合を示しています。
- ・全国平均は、モデル事業に参加している事業所の平均を示しています。

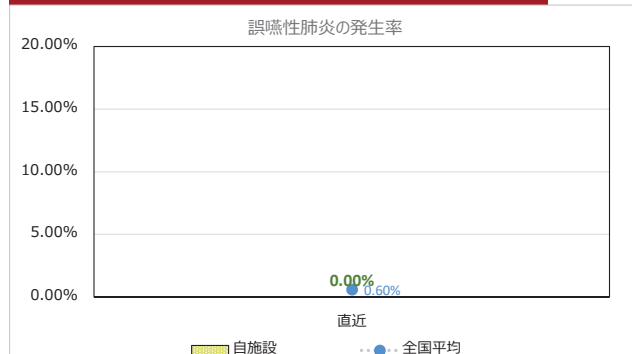
■ 3%以上の体重減少の発生率



補足

- ・6か月間での3%以上の体重減少が新たに発生した利用者の割合を示しています。
- ・全国平均は、モデル事業に参加している事業所の平均を示しています。

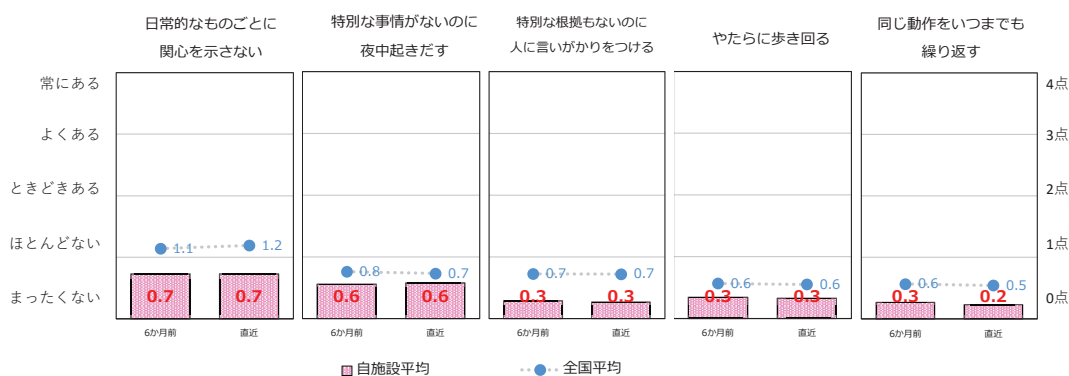
■ 誤嚥性肺炎の発症



補足

- ・6か月間で誤嚥性肺炎が新たに発生した利用者の割合を示しています。
- ・全国平均は、モデル事業に参加している事業所の平均を示しています。

■ 行動心理症状（DBD13 必須項目）

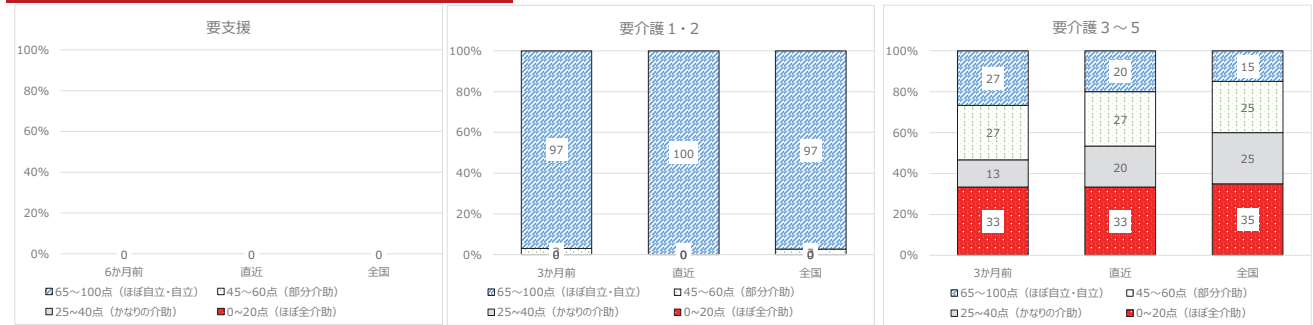


補足

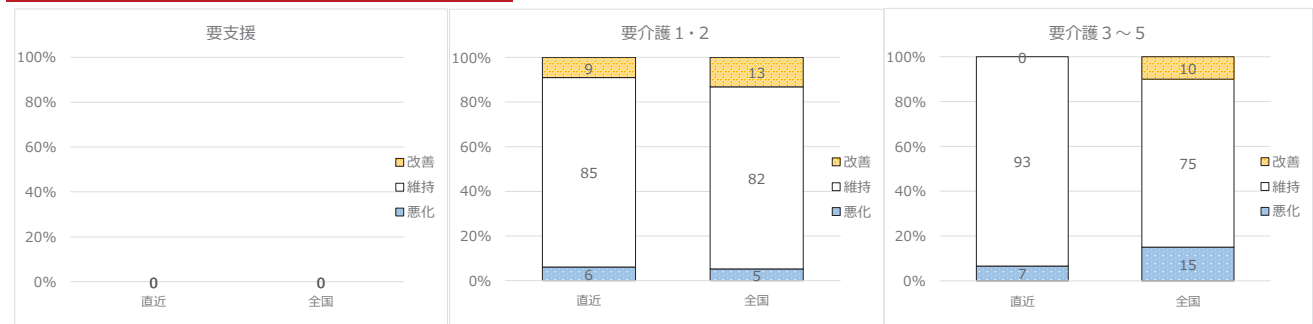
- ・DBD13（必須項目）について、各項目の平均点の変化を示しています。
- ・全国平均は、モデル事業に参加している事業所の平均を示しています。

事業所番号 : 360000000 サービス : 訪問介護
事業所名称 : ○○訪問介護事業所

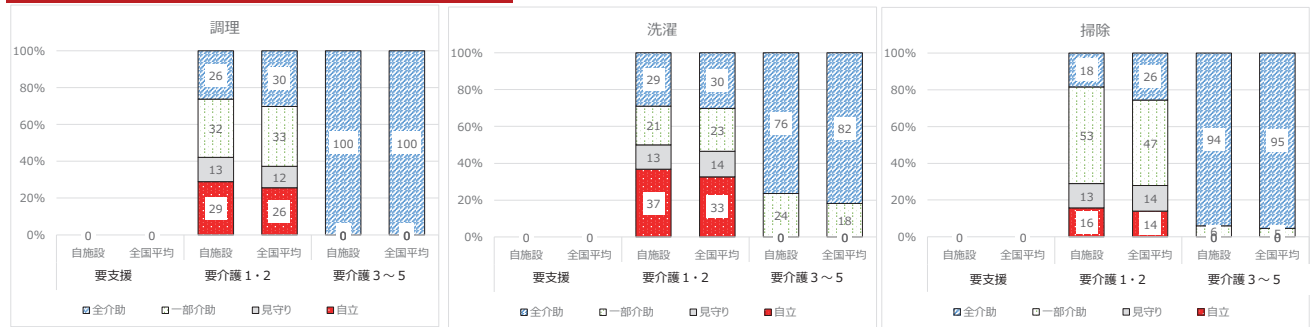
■ 要介護度別のADL合計点数の分布の変化



■ 要介護度別のADLの変化状況



■ 要介護度別の利用者のIADLの分布



補足

■ 指標値の算出方法

集計対象の加算様式等の名称	生活機能チェックシート
集計対象の項目名	ADL・IADL
対象データの範囲	過去6ヶ月間の3か月毎のデータ
留意事項	全国平均値は、各サービスにおける全国平均値 各月の最後のデータを採用して時系列推移を表示

■ グラフ（指標値）の見方

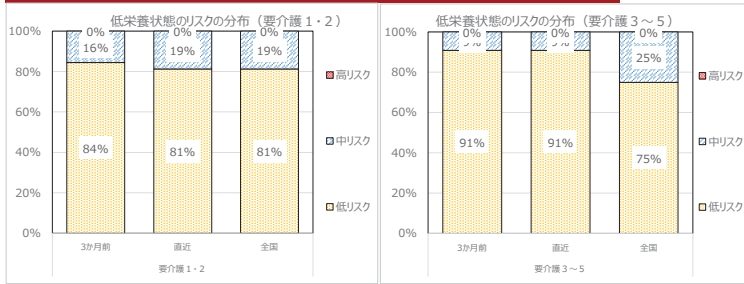
- ・ 自施設・事業所及び全国におけるADL・IADLの状況を表しています。
- ・ 各月の点数分布は、施設や利用者の状況、周辺環境、単なる偶然等の様々な要因で変化します。点数分布に変化が見られた場合、変化の理由をひとつに求めるのではなく、利用者の日常生活動作に関するケアを多面的に振り返り、自施設内での検討や他事業所への相談を行うきっかけとしてください。

■ 確認すべき利用者

-

事業所番号 : 3600000000 サービス : 訪問介護
事業所名称 : ○○訪問介護事業所

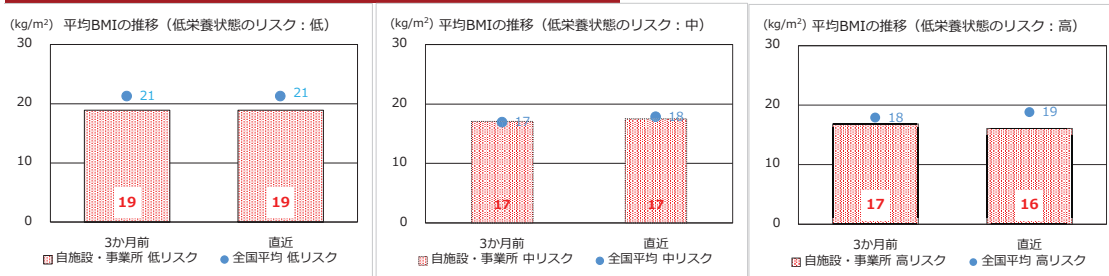
■ 低栄養状態のリスクの分布



補足

- ・低栄養状態のリスクの分布を自施設の変化と全国(最新月)で示しています。
- ・全国平均は、モデル事業に参加している事業所の平均を示しています。

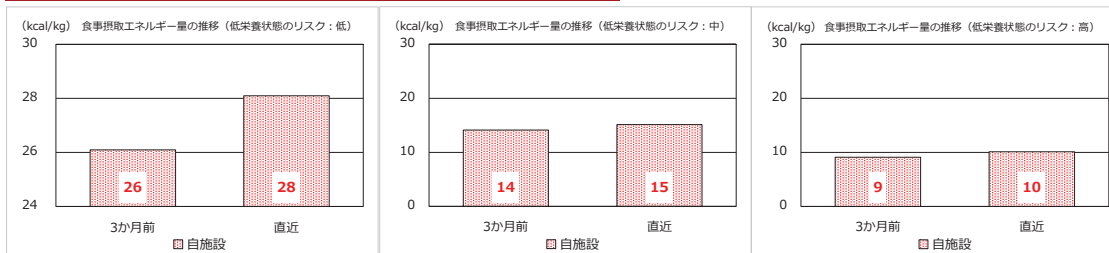
■ 低栄養状態のリスクレベル別 BMIの状況



補足

- ・太字の数値は自施設・事業所の平均値、細い字の数値は全国平均を示しています。

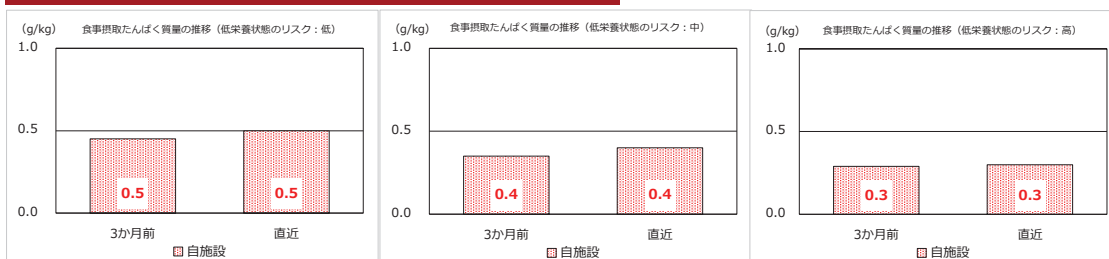
■ 低栄養状態のリスクレベル別 食事摂取エネルギー量の状況



補足

- ・太字の数値は自施設・事業所の平均値を示しています。

■ 低栄養状態のリスクレベル別 食事摂取たんぱく質の状況



補足

- ・太字の数値は自施設・事業所の平均値を示しています。

補足

■ 指標値の算出方法

集計対象の加算様式等の名称	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)
集計対象の項目名	低栄養状態のリスクレベル、BMI、摂取栄養量 (エネルギー・たんぱく質 (現体重当たり))
対象データの範囲	過去6ヶ月間の3か月毎のデータ
留意事項	全国平均値は、各サービスにおける全国平均値 (データが少ない項目は非表示)。各月の最後のデータを採用して時系列推移を表示

■ グラフ (指標値) の見方

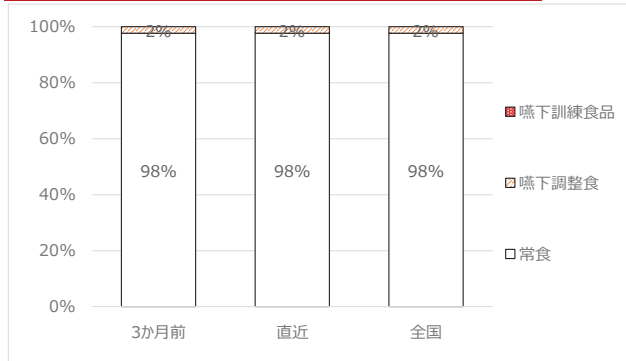
- 低栄養状態のリスクレベルの分布
 - ・直近時点の低栄養状態のリスクレベルの分布の変化を表示しています。

■ 確認すべき利用者

- 全体
 - ・低栄養状態のリスクレベルの分布、BMI、摂取栄養量の経時的変化を確認し、利用者個々の栄養管理を見直してください。
- 低栄養状態のリスクレベルの状況
 - ・中リスク・高リスクの者の人数の割合を確認し、利用者個々のデータを確認してください。

事業所番号 : 3600000000 サービス : 訪問介護
 事業所名称 : ○○訪問介護事業所

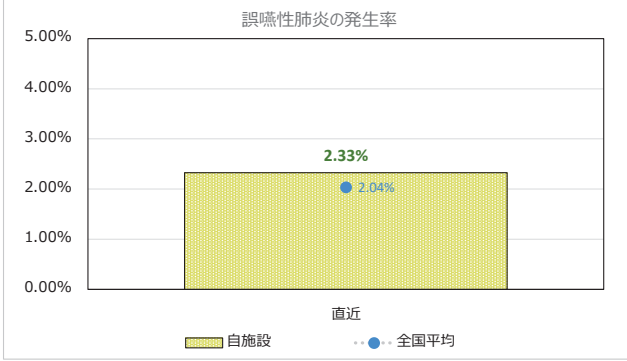
■ 食形態の分布



補足

- ・食形態の分布を自施設の変化と全国（最新月）で示しています。
- ・全国平均は、モデル事業に参加している事業所の平均を示しています。

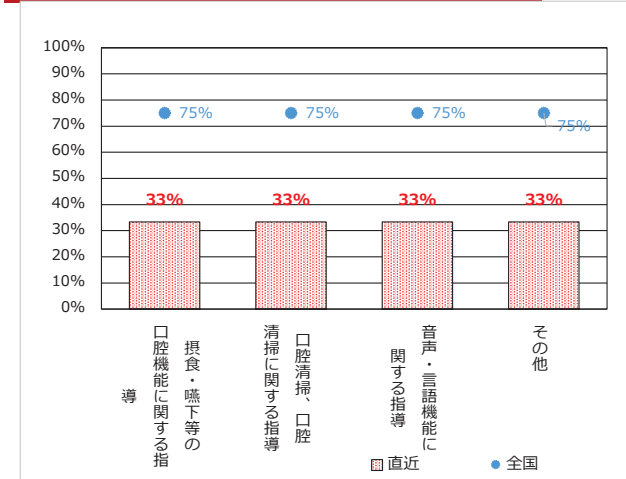
■ 誤嚥性肺炎の発症



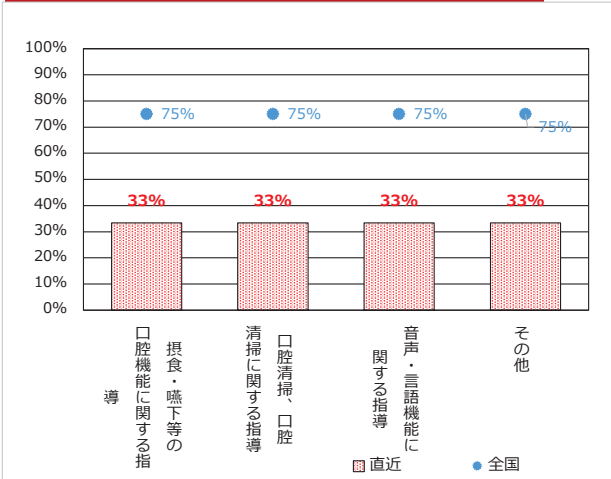
補足

- ・6か月間で誤嚥性肺炎が新たに発生した利用者の割合を示しています。
- ・全国平均は、モデル事業に参加している事業所の平均を示しています。

■ 口腔機能改善管理計画：実施内容



■ 実施記録



補足

■ 指標値の算出方法

集計対象の加算様式等の名称	口腔機能向上サービスに関する計画書 (様式例)
集計対象の項目名	食形態等、誤嚥性肺炎の発症・罹患
対象データの範囲	過去6ヶ月間の3か月毎のデータ
留意事項	全国平均値は、各サービスにおける全国平均値 各月の最後のデータを採用して時系列推移を表示

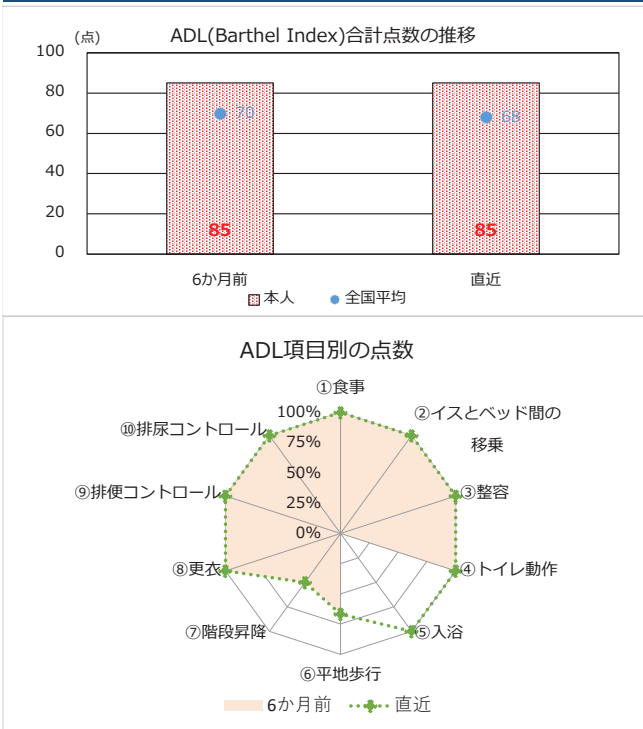
■ グラフ (指標値) の見方

- ・全国平均と自施設・事業所における栄養補給法や誤嚥性肺炎の発症の状況を表しています。
- ・全国データと比べて、自施設・事業所の経口摂取者の割合や、経口摂取の有無別の誤嚥性肺炎の発症状況を確認しましょう。

利用者番号 : 000007
MRI管理番号 :
事業所名称 : ○○訪問介護事業所

作成時点 : 2022年1月12日
年齢 : 74 歳 性別 : 男性 身長 : 169 cm
サービス : 訪問介護

■ ADL



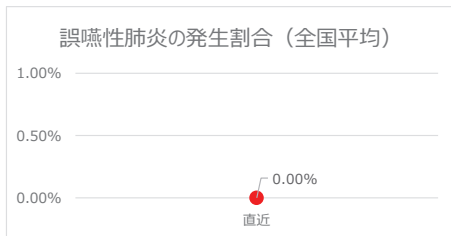
補足
・ADLは点数が100点だと自立、80点はほぼ自立、60点は部分介助、40点以下はかなりの介助を必要とし、20点以下はほぼ全介助であることを示しています。
・レーダーチャートは、折れ線グラフの各時点におけるご本人のADLの評価の各項目の点数を示しています。

■ 口腔

	6か月前	直近
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	いいえ	いいえ
入れ歯を使っている	はい	はい
むせやすい	いいえ	いいえ

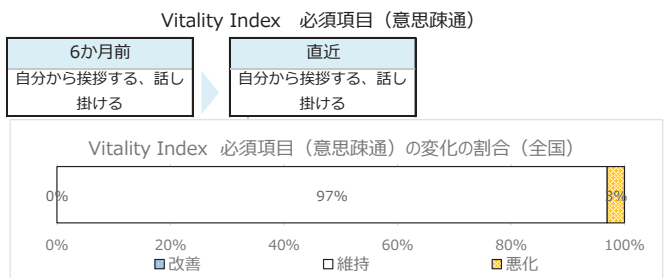
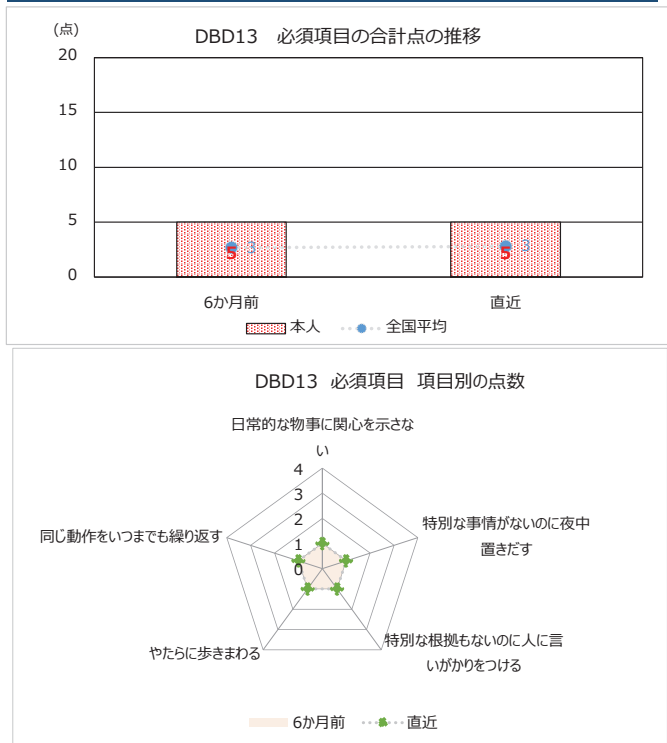
	前回	直近
誤嚥性肺炎の発症	-	2021/10/01

※全国平均：モデル事業に参加している利用者の利用事業所の平均を表示



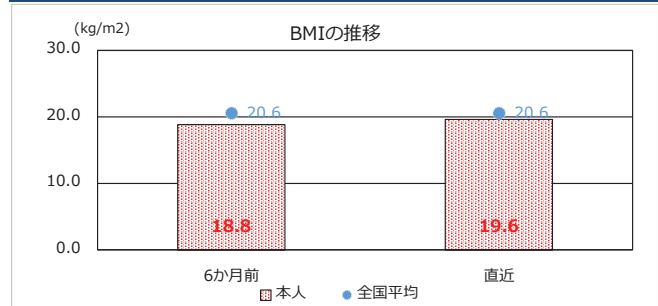
補足
・誤嚥性肺炎の既往を確認し、嚥下機能等の低下に伴う誤嚥が発生していないか確認してください。
・改善すべき問題点を確認し、実施目標および問題に対する実施内容が適切であるか確認してください。

■ 行動心理症状



補足
・行動心理症状・意欲を評価する各項目について、改善する余地はないか、また以前より悪化していないか確認しましょう。
・行動心理症状・意欲が低下する恐れのある利用者に対して、どのような項目で低下する可能性があるか確認し、必要な対策を検討しましょう。

■ 栄養

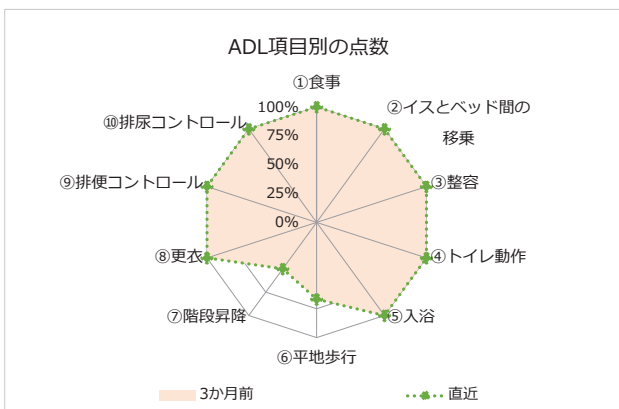
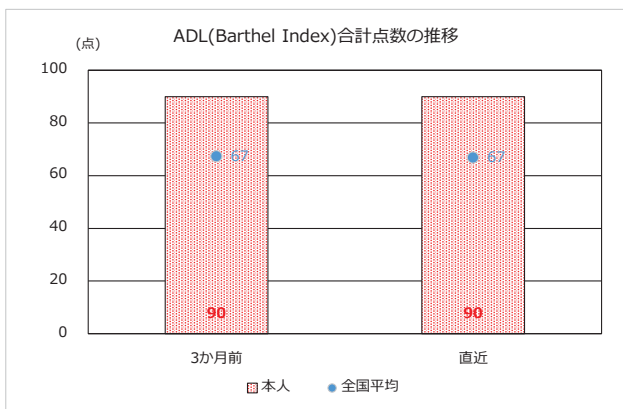


補足
・体重減少が認められる場合は、摂取栄養量の確認及び必要栄養量の見直しを行ってください。急な体重増加が認められる場合は浮腫の有無を確認してください。
・BMIは18.5kg/m²未満で低体重（やせ）、BMI25.0kg/m²以上で肥満を表します。

利用者番号 : 000007
MRI管理番号 :
事業所名称 : ○○訪問介護事業所

作成時点 : 2022年1月12日
年齢 : 74 歳 性別 : 男性 身長 : 169 cm
サービス : 訪問介護

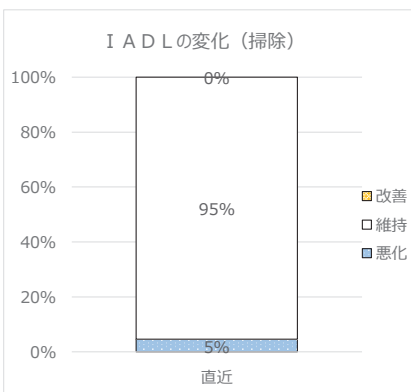
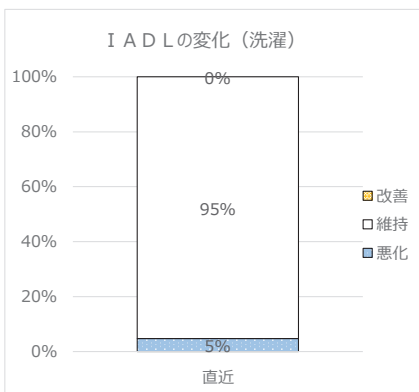
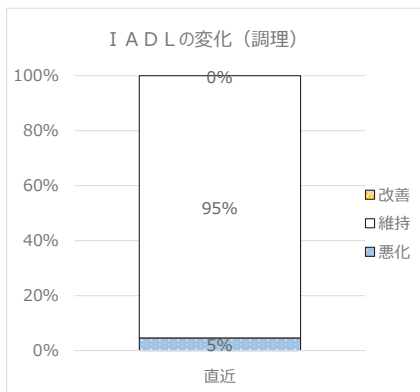
■ 日常生活動作 (ADL)



※Barthel Indexが評価指標として用いられています。
※全国平均は、モデル事業に参加している利用者の利用事業所の平均を示しています。
※ADLのレーダーチャートは各項目の満点を100%とし、ご本人の点数を割合 (%) で表示しています。

■ 手段的日常生活動作 (IADL)

	3か月前	直近
調理	一部介助	一部介助
洗濯	自立	自立
掃除	一部介助	一部介助



※グラフは、3か月前と直近の状態像 (IADL) の変化の全国平均値を示しています。

補足

■ 指標値の算出方法

集計対象の加算モード等の名称	個別機能訓練計画書：生活機能チェックシート、ADL維持等加算、自立支援促進に関するスクリーニング・支援計画書、リハビリテーション計画書
集計対象の項目名	ADL、IADL
対象データの範囲	前月までの過去3か月間のデータ
集計値	過去6か月間の時系列推移、全国平均値との比較
留意事項	・全国平均は、同一要介護度における利用者平均を算出しています。

■ グラフ (指標値) の見方

- 折れ線グラフは、ご本人のADL・IADLの評価の合計点数の推移を示しています。
- ADLは点数が100点だと自立、80点はほぼ自立、60点は部分介助、40点以下はかなりの介助を必要とし、20点以下はほぼ全介助であることを示しています。
- レーダーチャートは、折れ線グラフの各時点におけるご本人のADL・IADLの評価の各項目の点数を示しています。

■ 確認すべき利用者

- BIの点数に変化があった場合は、自立度に変化があった具体的な項目を確認してください。その上で、該当項目に関するケアを振り返り、自施設内での検討や他事業所への相談を行うきっかけとして下さい。

利用者フィードバック票 栄養ページ

利用者番号 : 000007
 MRI管理番号 :
 事業所名称 : ○○訪問介護事業所
 サービス : 訪問介護

作成時点 : 2022年1月12日
 年齢 : 74 歳 性別 : 男性 身長 : 169 cm

■ 最新の栄養状態

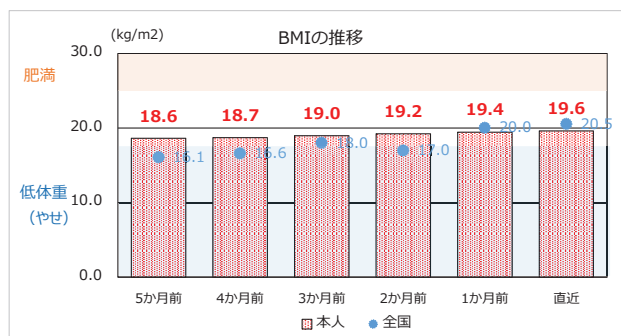
低栄養状態のリスクレベル : 中
 目標体重(kg) : 61kg~71.1kg

栄養状態総合評価 : -
 標準体重(kg) : 62.8kg

※記録日 : 2021/10/01

■ 低栄養状態のリスクレベル・体重変化

	5か月前	4か月前	3か月前	2か月前	1か月前	直近
低栄養状態のリスクレベル	-	-	-	-	-	中
体重(kg)	53.2	53.5	54.2	54.9	55.5	56.0
BMI(kg/m ²)	18.6	18.7	19.0	19.2	19.4	19.6

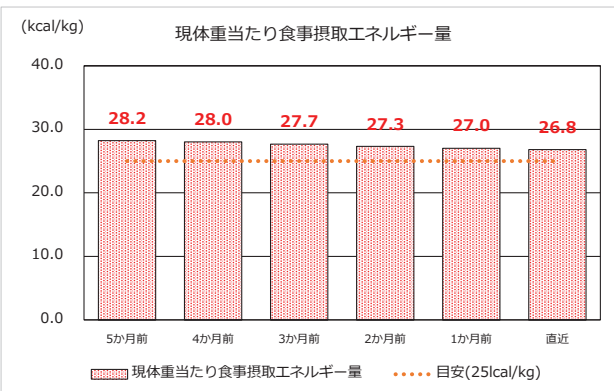


補足

- ・前回値に比し、悪化は赤色で表示。欠損値は「-」で表示しています。
- ・全国平均は、モデル事業に参加している利用者の利用事業所の平均を示しています。

■ 食事摂取量

	5か月前	4か月前	3か月前	2か月前	1か月前	直近
静脈・経腸栄養	-	-	-	-	-	-
必要エネルギー量(kcal)	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800
必要たんぱく質量(g)	60	60	60	60	60	60
提供エネルギー量(kcal)	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500
提供たんぱく質量(g)	50	50	50	50	50	50
食事摂取エネルギー量(kcal)	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500
食事摂取たんぱく質量(g)	50	50	50	50	50	50
現体重当たり食事摂取エネルギー量(kcal/kg)	28.2	28.0	27.7	27.3	27.0	26.8
現体重当たり食事摂取たんぱく質量(g/kg)	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
主食摂取割合(%)	60%	60%	60%	60%	60%	60%
副食摂取割合(%)	40%	40%	40%	20%	10%	40%



補足

- ・前回値に比し、悪化は赤色で表示。欠損値（「静脈・経腸栄養」については「有」でない場合は「-」で表示しています。

■ 食事(栄養) 摂取影響因子

	5か月前	4か月前	3か月前	2か月前	1か月前	直近
姿勢維持低下						
咀嚼低下						
嚥下機能低下						
消化器症状						
褥瘡						
特定症状の有無	●			●		●
意欲低下	●					

補足

■ 指標値の算出方法

集計対象の加算様式等の名称	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
集計対象の項目名	低栄養状態のリスクレベル、総合評価、身長、体重、食事時の摂食・嚥下状況、栄養ケアの課題、必要栄養量_エネルギー、必要栄養量_たんぱく質、提供栄養量_エネルギー、提供栄養量_たんぱく質、主食の摂取量、主菜の摂取量、副菜の摂取量
対象データの範囲	過去12か月間のデータ(直近6か月分を表示)
集計値	過去12か月間の時系列推移、前回記録時からの改善状況
留意事項	各月の最後のデータを採用して時系列推移を表示しています

■ グラフ(指標値)の見方

- ・BMIは18.5kg/m²未満で低体重(やせ)、25.0kg/m²以上で肥満を表します。
- ・食事摂取エネルギー量、食事摂取たんぱく質量が必要エネルギー量を充足しているか確認してください。

補足

- ・欠損値は「-」で表示しています。

■ 確認すべき利用者

- ・体重減少が認められる場合は、摂取栄養量の確認及び必要栄養量の見直しを行ってください。急な体重増加が認められる場合は浮腫の有無を確認してください。
- ・体重当たりの摂取エネルギー量低下、または、体重当たりの摂取たんぱく質低下が認められる場合は、必要エネルギー量や栄養補給法等を見直してください。浮腫がある場合は解釈に注意が必要です。

利用者フィードバック票 口腔機能ページ（居宅向け）

利用者番号 : 000007
 MRI管理番号 :
 事業所名称 : ○○訪問介護事業所
 サービス : 訪問介護

作成時点 : 2022年1月12日
 年齢 : 74 歳 性別 : 男性

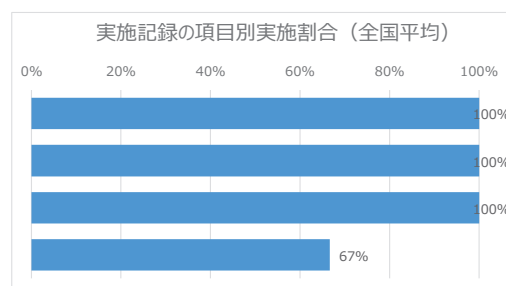
■ 口腔

問題点の個数		3か月前	直近
口腔衛生状態	口臭	なし	なし
	歯の汚れ	なし	なし
	義歯の汚れ	あり	あり
口腔機能	舌苔	なし	あり
	食べこぼし	なし	なし
	舌の動きが悪い	なし	なし
	むせ	なし	なし
特記事項	痰がらみ	なし	なし
	口腔乾燥	なし	なし
	歯、義歯、歯周病、口腔粘膜の疾患の可能性	あり	あり
	音声・言語機能に関する疾患の可能性	-	あり
誤嚥性肺炎の発症		なし	なし
食形態等		常食	常食



■ 実施記録

	3か月前	直近
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	なし	なし
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	なし	なし
音声・言語機能に関する指導	なし	なし
その他	なし	なし



補足

■ 指標値の算出方法

集計対象の加算様式等の名称	口腔衛生管理加算様式、口腔機能向上サービスに関する課題把握・アセスメント・モニタリング・評価票
集計対象の項目名	かかりつけ歯科医、入れ歯の使用、食形態、誤嚥性肺炎の既往、口腔に関する問題点、実施目標、実施内容
対象データの範囲	前月までの過去6か月間のデータ
集計値	過去6か月間の時系列推移、最新記録日における利用者の状態
留意事項	各月の最後のデータを採用して時系列推移を表示しています

■ グラフ（指標値）の見方

- ・誤嚥性肺炎の既往を確認し、嚥下機能等の低下に伴う誤嚥が発生していないか確認してください。
- ・改善すべき問題点を確認し、実施目標および問題に対する実施内容が適切であるか確認してください。
- ・各グラフで示している全国平均は、モデル事業に参加している利用者の利用事業所の平均を示しています。

■ 確認すべき利用者

- ・口腔機能に関する問題点がある利用者に対して、設定している実施目標や内容が適切であるか確認し、必要に応じて見直しを実施して下さい。

設問	回答の選択肢		
1. 利用者の社会的交流について、お聞きします。			
1) 当月内の、利用者の社会的交流はどのような状況でしたか			
関心のある活動への参加	0. なかった	1. あった	2. わからない
家族や友人の訪問	0. なかった	1. あった	2. わからない
家族や友人とのその他の交流 ※直接顔を合わせる以外の交流	0. なかった	1. あった	2. わからない
家族や友人との葛藤や怒り	0. なかった	1. あった	2. わからない
一部の家族や近い知り合いに対する恐れ	0. なかった	1. あった	2. わからない
ネグレクト、粗末に扱われる、虐待される	0. なかった	1. あった	2. わからない
2) 当月内に、利用者は孤独感や寂しさを表現しましたか			
0. 全くない			
1. 表現することがある			
2. 常に表現している			
3. わからない			
2. 利用者の希望する生き方の実現について、お聞きします。			
1) 当月内に、利用者は、今の状況において可能な範囲で、自分の希望する生き方を実現できていましたか			
0. かなりできていた			
1. できている部分もあった			
2. 全くできていなかった			
3. わからない			
3. 利用者の希望するケアの実施について、お聞きします。			
1) 当月内に、利用者*は、本人の受けたいケア・支援（アドバンス・ケア・プランニング含む）についての話し合いに参加し、周りの人（家族・医療・介護専門職を含む）にその内容が共有されましたか *利用者本人の意思が確認できない場合は、代理人を指す			
0. 話し合い、共有された			
1. 話し合いはされたが、共有されなかった			
2. 話し合いはされなかった			
3. わからない			
4. 利用者の活動制限について、お聞きします。			
1) 当月内に、利用者は、療養の場において身体抑制を受けましたか（四肢の抑制、ベッドの4点柵、車いすのテーブル等）			
0. いいえ			
1. はい			
2. わからない			
5. 利用者の疾患悪化予防について、お聞きします。			
1) 当月内に、利用者に新たな疾患が発生したり、既往疾患が再発・再燃しましたか			
0. いいえ			
1. はい			
2. わからない			
2) 当月内に、利用者は、何回入院しましたか			
() 回			
(入院した場合) ①入院日・退院日 ※複数あった場合は3回まで回答してください			
入院日(年月日) ※例えば2021年4月1日の場合、20210401と入力してください 退院日(年月日) ※例えば2021年4月1日の場合、20210401と入力してください			
(入院した場合) ②入院日・退院日 ※複数あった場合は3回まで回答してください			
入院日(年月日) ※例えば2021年4月1日の場合、20210401と入力してください 退院日(年月日) ※例えば2021年4月1日の場合、20210401と入力してください			
(入院した場合) ③入院日・退院日 ※複数あった場合は3回まで回答してください			
入院日(年月日) ※例えば2021年4月1日の場合、20210401と入力してください 退院日(年月日) ※例えば2021年4月1日の場合、20210401と入力してください			
(入院した場合) ①直近の入院は過去30日以前予定されていましたが ※複数あった場合は3回まで、各入院についてそれぞれ回答してください			
0. いいえ			
1. はい			
2. わからない			
1. 呼吸器感染症（急性気管支炎、肺炎等）			
2. 尿路感染			
3. うっ血性心不全			
4. 高血圧			
5. 転倒または骨折（自動車事故を除く）			
6. 体重減少または栄養失調			
7. 下痢、胃腸炎、クロストリジウム・デフィシル腸炎			
8. 慢性閉塞性肺疾患（COPD）、喘息			
9. 褥瘡、蜂窩織炎			
10. 精神状態の変化			
11. 電解質異常（脱水、低ナトリウム血症）			
12. 便秘、宿便、便秘や宿便による腸閉塞			
13. けいれん、てんかん発作			
14. 敗血症			
15. 糖尿病（血糖コントロール不良）			
16. 貧血			
17. 急性腎不全			
18. 上記のいずれにも該当しない			
(入院した場合) ②直近の入院は過去30日以前予定されていましたが ※複数あった場合は3回まで、各入院についてそれぞれ回答してください			
0. いいえ			
1. はい			
2. わからない			
1. 呼吸器感染症（急性気管支炎、肺炎等）			
2. 尿路感染			
3. うっ血性心不全			
4. 高血圧			
5. 転倒または骨折（自動車事故を除く）			
6. 体重減少または栄養失調			
7. 下痢、胃腸炎、クロストリジウム・デフィシル腸炎			
8. 慢性閉塞性肺疾患（COPD）、喘息			
9. 褥瘡、蜂窩織炎			
10. 精神状態の変化			
11. 電解質異常（脱水、低ナトリウム血症）			
12. 便秘、宿便、便秘や宿便による腸閉塞			
13. けいれん、てんかん発作			
14. 敗血症			
15. 糖尿病（血糖コントロール不良）			
16. 貧血			
17. 急性腎不全			
18. 上記のいずれにも該当しない			

(入院した場合) ③直近の入院は過去30日以前予定されていたか ※複数あった場合は3回まで、各入院についてそれぞれ回答してください	0. いいえ 1. はい 2. わからない
(入院した場合) ③直近の入院の直接の原因になった疾患・状態を1つ回答してください。 ※複数あった場合は3回まで、各入院についてそれぞれ回答してください	1. 呼吸器感染症(急性気管支炎、肺炎等) 2. 尿路感染 3. うっ血性心不全 4. 高血圧 5. 転倒または骨折(自動車事故を除く) 6. 体重減少または栄養失調 7. 下痢、胃腸炎、クロストリジウム・ディフィシル腸炎 8. 慢性閉塞性肺疾患(COPD)、喘息 9. 褥瘡、蜂窩織炎 10. 精神状態の変化 11. 電解質異常(脱水、低ナトリウム血症) 12. 便秘、宿便、便秘や宿便による腸閉塞 13. けいれん、てんかん発作 14. 敗血症 15. 糖尿病(血糖コントロール不良) 16. 貧血 17. 急性腎不全 18. 上記のいずれにも該当しない
3) 当月内における救急外来受診の回数(入院に至ったものは含まない)	()回
4) 当月内における営業時間外の緊急コールの回数	()回
5) 当月内における営業時間外の緊急訪問の回数	()回
6. 利用者の尿路感染予防について、お聞きます。	
1) 当月内に、利用者は、尿路感染症(UTI)を有しましたか	0. なし 1. 診断があり、治療を受けている 2. 診断があり、経過観察されているが、治療を受けていない 3. わからない
(診断を受けた場合) 診断日 ※診断された年月しかわからない場合は〇年〇月1日として回答してください	診断日(年月日) ※例えば2021年4月1日の場合、20210401と入力してください
7. 利用者の褥瘡予防について、お聞きます。	
1) 当月内に、利用者は、褥瘡を有しましたか ※最重度の褥瘡について回答してください	0. 褥瘡はない 1. 持続した発赤部分がある 2. 皮膚層の部分的喪失 3. 皮膚の深くぼみ 4. 筋層や骨の露出 5. 判定不能 6. わからない
2) 当月内に、利用者は、皮膚の裂傷や切り傷(手術創以外)(スキンテア)を有しましたか	0. いいえ 1. はい 2. わからない
8. 利用者の呼吸困難への対処について、お聞きます。	
1) 利用者は、過去3日間に呼吸困難(息切れ)がありましたか ※過去3日間における最も悪い状態について回答してください	0. 症状はない 1. 休息中にはないが、非日常的な活動により生じる 2. 休息中にはないが、日常的な活動により生じる 3. 休息中にもある 4. 症状はあるが、程度は不明 5. 症状の有無はわからない
2) 利用者の呼吸困難感、過去3日間にどの程度コントロールできていましたか ※過去3日間における最も悪い状態について回答してください	0. 呼吸困難はない 1. 呼吸困難は自製内であり、特にコントロールを行っていないか、または変更の必要はない 2. コントロールは適切に効いている 3. コントロールは効くが、常に実施できていない 4. コントロールを行なっているが、十分に効いていない 5. 呼吸困難がある時のコントロール方法はないか、効いていない 6. コントロールできているかわからない
9. 利用者の疼痛への対処について、お聞きます。	
1) 利用者は、過去3日間に痛みがありましたか ※過去3日間における最も悪い状態について回答してください	0. 痛みはない 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度 4. 激しく、耐え難いことがある 5. 痛みはあるが程度は不明 6. わからない
2) 利用者の痛みは、過去3日間にどの程度コントロールできていましたか ※過去3日間における最も悪い状態について回答してください	0. 痛みはない 1. 痛みは自製内であり、特にコントロールを行っていないか、または変更の必要はない 2. コントロールは適切に効いている 3. コントロールは効くが、常に実施できていない 4. コントロールを行なっているが、十分に効いていない 5. 痛みがある時のコントロール方法はないか、効いていない 6. コントロールできているかわからない

10. 利用者の脱水の予防について、お聞きします。			
1) 当月内に、利用者は、脱水を有しましたか	0. なし		
	1. 診断があり、治療を受けている		
	2. 診断があり、経過観察されているが、治療は受けていない		
	3. わからない		
(診断を受けた場合) 診断日 ※診断された年月しかわからない場合は〇年〇月1日として回答してください		診断日(年月日) ※例えば2021年4月1日の場合、20210401と入力してください	
11. 利用者の排泄について、お聞きします。			
1) 当月内に、どの性状の便が最も多く利用者にみられましたか	0. タイプ1 硬くて木の葉のようなコロコロ便		
	1. タイプ2 木の実を集めて固めたようなソーセージ状の硬便		
	2. タイプ3 表面にヒビがあるソーセージ状の便		
	3. タイプ4 表面がなめらかで柔らかいソーセージ状の便		
	5. タイプ5 柔らかい半固形状の便		
	6. タイプ6 泥状の便		
	7. タイプ7 固形物を含まない液体状の便		
	8. 便性状を把握していない		
2) 当月内に、排泄に関して、以下に当てはまる状態が利用者にみられましたか ・尿失禁：尿が不随意にもれるという愁訴 ・便失禁：無意識または自分の意思に反して肛門から便がもれる症状 ・IAD：尿または便(あるいは両方)が皮膚に接触することにより生じる皮膚炎	0. なし		
	1. あり		
	尿失禁(ありの場合は1)		
	便失禁(ありの場合は1)		
	失禁関連皮膚障害(IAD)(ありの場合は1) そのほか(ありの場合は具体的に記入)		
2. わからない			
12. 利用者の転倒転落による外傷の予防について、お聞きします。			
1) 当月内に、利用者に、転倒転落はありましたか ※外傷の定義：縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった場合、または筋肉・関節の挫傷を生じた場合、または検査を要した頭部外傷/骨折の場合	0. 転倒転落なし		
	1. 外傷(※)を伴わない転倒転落あり		
	2. 外傷(※)を伴う転倒転落あり		
	3. わからない		
(外傷を伴う転倒転落ありの場合) 転倒転落した日 ※5回以上あった場合は直近の5回について回答してください ※年月しかわからない場合は〇年〇月1日として回答してください		発生日(年月日) ※例えば2021年4月1日の場合、20210401と入力してください 発生日(年月日) ※例えば2021年4月1日の場合、20210401と入力してください 発生日(年月日) ※例えば2021年4月1日の場合、20210401と入力してください 発生日(年月日) ※例えば2021年4月1日の場合、20210401と入力してください 発生日(年月日) ※例えば2021年4月1日の場合、20210401と入力してください	
13. 利用者の寝床以外での活動について、お聞きします			
1) 過去3日間において、利用者が寝床から身体を離れた時間/日を回答してください (他動、寝床で座る動作等も含む) ※寝床から身体を離れた状態：寝床に身体の一部が接地していないこと	0. なし(寝たきり)		
	1. 1時間未満		
	2. 1時間以上2時間未満		
	3. 2時間以上3時間未満		
	4. 3時間以上4時間未満		
	5. 4時間以上		
2) 過去3日間において、利用者が寝室の外に出た回数を回答してください (短時間でもよい)	1. 1日もない		
	2. 過去3日間には出ていないが、通常は3日間のうちには出ている		
	3. 1~2日間		
	4. 3日間		
	5. わからない		
	3) 過去3日間において、利用者が家(建物)の外に出た回数を回答してください (短時間でもよい)	1. 1日もない	
2. 過去3日間には出ていないが、通常は3日間のうちには出ている			
3. 1~2日間			
4. 3日間			
5. わからない			
14. 利用者の睡眠について、お聞きします。			
1) 過去3日間において、睡眠の障害により利用者の生活に支障が出ていましたか	0. なし		
	1. あるが過去3日間には見られなかった		
	2. 過去3日間のうち1日見られた		
	3. 過去3日間のうち2日見られた		
	4. 過去3日間毎日見られた		
5. わからない			
15. 利用者の認知機能と生活状況について、お聞きします。			
1) 過去3日間において、以下のいずれかの兆候が利用者にみられましたか ・焦燥感 ・意欲の低下 ・易怒性が高い ・興奮状態 ・感情が不安定	0. なし		
	1. あるが過去3日間には見られなかった		
	2. 過去3日間のうち1日見られた		
	3. 過去3日間のうち2日見られた		
	4. 過去3日間毎日見られた		
5. わからない			
16. 家族への支援について、お聞きします。			
1) 当月内において、家族は無理なく穏やかに過ごせましたか ※家族：利用者にとっての家族、家族と聞いて思い浮かべる人	0. はい		
	1. いいえ		
2) 当月内において、家族は介護のために疲れ切っていましたか ※家族：利用者にとっての家族、家族と聞いて思い浮かべる人	2. わからない		
	0. いいえ		
1. はい			
2. わからない			
17. 利用者が感じている生活の質について、お聞きします。(利用者ご本人の回答データがある場合のみ記入してください) ※0~10 の11段階で記入してください。			
1) 今の生活に満足している	全くそう思わない	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	大変そう思う
2) 安心して生活している	全くそう思わない	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	大変そう思う
3) 痛みや不快感なく過ごせている	全くそう思わない	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	大変そう思う
4) 排泄に関して困っている	全くそう思わない	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	大変そう思う
5) 今の状況で自分の希望する生き方を実現できている	全くそう思わない	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	大変そう思う
18. 訪問看護師から見た利用者の生活の質について、お聞きします。			

1) 楽しそうである	1. ない		
	2. まれにある		
	3. 時々ある		
	4. よくある		
2) 食事を楽しんでいる	1. ない		
	2. まれにある		
	3. 時々ある		
	4. よくある		
3) 身内や知り合いに会うとうれしそう	1. ない		
	2. まれにある		
	3. 時々ある		
	4. よくある		
4) 周りの人が活動するのを見て楽しんでいる	1. ない		
	2. まれにある		
	3. 時々ある		
	4. よくある		
5) 自分から人に話しかける	1. ない		
	2. まれにある		
	3. 時々ある		
	4. よくある		
6) 仕事やレク活動について話す	1. ない		
	2. まれにある		
	3. 時々ある		
	4. よくある		
7) 怒りっぽい	1. ない		
	2. まれにある		
	3. 時々ある		
	4. よくある		
8) 物を乱暴に扱う	1. ない		
	2. まれにある		
	3. 時々ある		
	4. よくある		
9) 大声で叫んだりする	1. ない		
	2. まれにある		
	3. 時々ある		
	4. よくある		
19. 利用者の家族が感じている安心感について、お聞きします。（ご家族ご本人の回答データがある場合のみ記入してください）			
※0～4 の5段階（0. 全くそう思わない 1. あまりそう思わない 2. どちらでもない 3. ややそう思う 4. とてもそう思う）で記入してください。			
1) 療養者の受けている治療や支援に安心している	全くそう思わない	0 1 2 3 4	とてもそう思う
2) 療養者はあまり苦痛を感じないで過ごしている	全くそう思わない	0 1 2 3 4	とてもそう思う
3) 私の心配事には十分に対処してもらっている	全くそう思わない	0 1 2 3 4	とてもそう思う
4) 色々なサービスがあるので安心だ	全くそう思わない	0 1 2 3 4	とてもそう思う
5) 安心して自宅で療養できる	全くそう思わない	0 1 2 3 4	とてもそう思う

参考資料 8 訪問看護・追加フィードバック票：事業所票（イメージ）

訪問看護 新規項目 フィードバック票（事業所票）イメージ

事業所名：〇〇〇ステーション

作成日：xxxx/xx/xx

1. 利用者の社会的交流

	前回			今回	
社会的交流に関する問題点の個数（平均）	1.4		▶	1.2	
関心のある活動への参加	あり	: 2件 : 20%	▶	あり	: 7件 : 70%
家族や友人の訪問	あり	: 9件 : 90%	▶	あり	: 9件 : 90%
家族や友人とのその他の交流 ※直接顔を合わせる以外の交流	あり	: 5件 : 50%	▶	あり	: 5件 : 50%
家族や友人との葛藤や怒り	あり	: 2件 : 20%	▶	あり	: 4件 : 40%
一部の家族や近い知り合いに対する恐れ	あり	: 1件 : 10%	▶	あり	: 1件 : 10%
ネグレクト、粗末に扱われる、虐待される	あり	: 0件 : 0%	▶	あり	: 0件 : 0%
孤独感や寂しさ ※前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	全くない	: 40%	▶	全くない	: 50%
				表現することがある	: 50%

2. 利用者の希望する生き方の実現

	前回			今回	
希望する生き方の実現 ※前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	できている部分もあった	: 60%	▶	できている部分もあった	: 80%

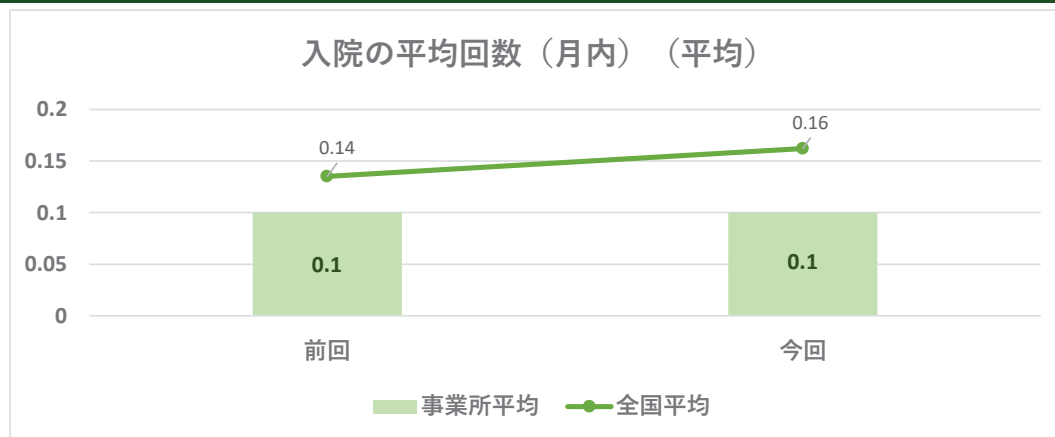
3. 利用者の希望するケアの実施

	前回			今回	
本人の受けたいケア・支援（アドバンス・ケア・プランニング含む）についての話し合いに参加し、周りの人（家族・医療・介護専門職を含む）にその内容が共有されたか ※1：利用者本人の意思が確認できない場合は、代理人を指す ※2：前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	話し合い、共有された	: 90%	▶	話し合い、共有された	: 100%

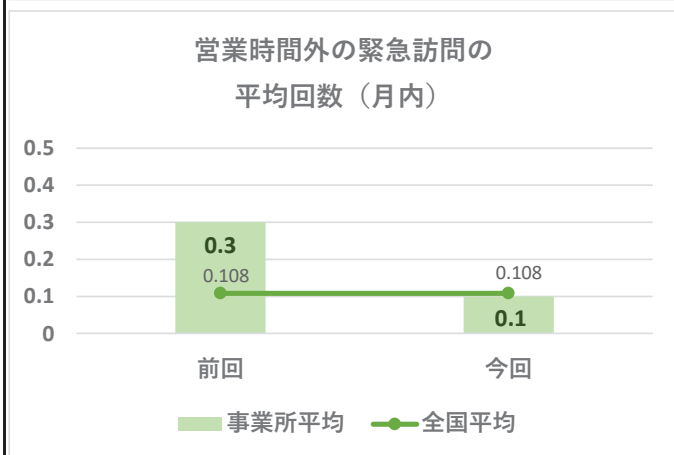
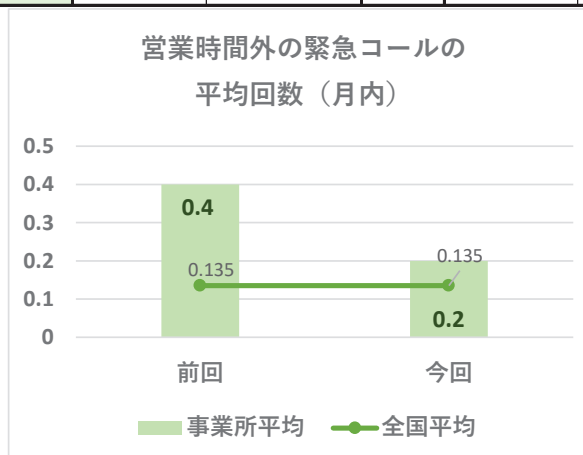
4. 利用者の活動制限

	前回			今回	
療養の場における身体抑制の有無（月内）	あり	: 0件 : 0%	▶	あり	: 0件 : 0%

5. 利用者の疾患悪化予防



	前回			今回	
新たな疾患の発生や、既往疾患の再発・再燃の有無	あり	: 4件 : 40%	▶	あり	: 3件 : 30%
直近の入院は過去30日以前予定されていたか	はい	: 0件 : 0%	▶	はい	: 0件 : 0%
入院の原因になった疾患・状態 ※前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	入院なし	: 100%	▶	入院なし	: 100%



6. 利用者の尿路感染予防

	前回			今回	
尿路感染症（UTI）の有無（月内） ※前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	なし	: 100%	▶	なし	: 100%

7. 利用者の褥瘡予防

	前回			今回	
褥瘡の有無（月内） ※前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	褥瘡はない	: 80%	▶	褥瘡はない	: 90%
皮膚の裂傷や切り傷（手術創以外）（スキンテア）の有無	あり	: 2件	▶	あり	: 1件
		: 20%			

8. 利用者の呼吸困難への対処

	前回			今回	
呼吸困難（息切れ）の有無（過去3日間） ※前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	症状はない	: 80%	▶	症状はない	: 80%
呼吸困難感のコントロール ※前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	呼吸困難はない	: 80%	▶	呼吸困難はない	: 80%

9. 利用者の疼痛への対処

	前回			今回	
痛みの有無（過去3日間） ※前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	痛みはない	: 40%	▶	痛みはない	: 50%
痛みのコントロール ※前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	痛みはない	: 40%	▶	痛みはない	: 50%

10. 利用者の脱水の予防

	前回		▶	今回	
	なし	100%		なし	100%
脱水の有無（月内） ※前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	なし	100%	▶	なし	100%

11. 利用者の排せつ

	前回		▶	今回	
	タイプ4 便性状を 把握して いない	30%		タイプ4	40%
便の性状（月内） ※タイプの詳細は備考欄に記載 ※前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	タイプ4 便性状を 把握して いない	30%	▶	タイプ4	40%
排せつの状態（月内） ※前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	あり（尿失禁）	50%	▶	あり（尿失禁）	50%
	あり（便失禁）	50%		あり（便失禁）	50%

【備考】便の性状タイプ一覧

- ・タイプ1：硬くて木の实のようなコロコロ便
- ・タイプ2：木の实を集めて固めたようなソーセージ状の硬便
- ・タイプ3：表面にヒビがあるソーセージ状の便
- ・タイプ4：表面がなめらかで柔らかいソーセージ状の便
- ・タイプ5：柔らかい半固形状の便
- ・タイプ6：泥状の便
- ・タイプ7：固形物を含まない液体状の便

12. 利用者の転倒転落による外傷の予防

	前回		▶	今回	
	転倒転落なし	100%		転倒転落なし	100%
転倒転落の有無（月内） ※1：外傷の定義は備考欄に記載 ※2：前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	転倒転落なし	100%	▶	転倒転落なし	100%

【備考】外傷の定義

縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった場合、または筋肉・関節の挫傷を生じた場合、または検査を要した頭部外傷/骨折の場合

13. 利用者の寢床以外での活動

	前回		▶	今回	
寢床から身体を離れた時間/日（過去3日間） ※前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	4時間以上	: 40%		4時間以上	: 40%
寝室の外に出た回数（過去3日間） ※前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	3日間	: 60%		3日間	: 50%
家の外に出た回数（過去3日間） ※前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	1日もない	: 50%		1~2日間	: 50%

14. 利用者の睡眠

	前回		▶	今回	
睡眠の障害による生活の支障の有無（過去3日間） ※前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	なし	: 90%		なし	: 90%

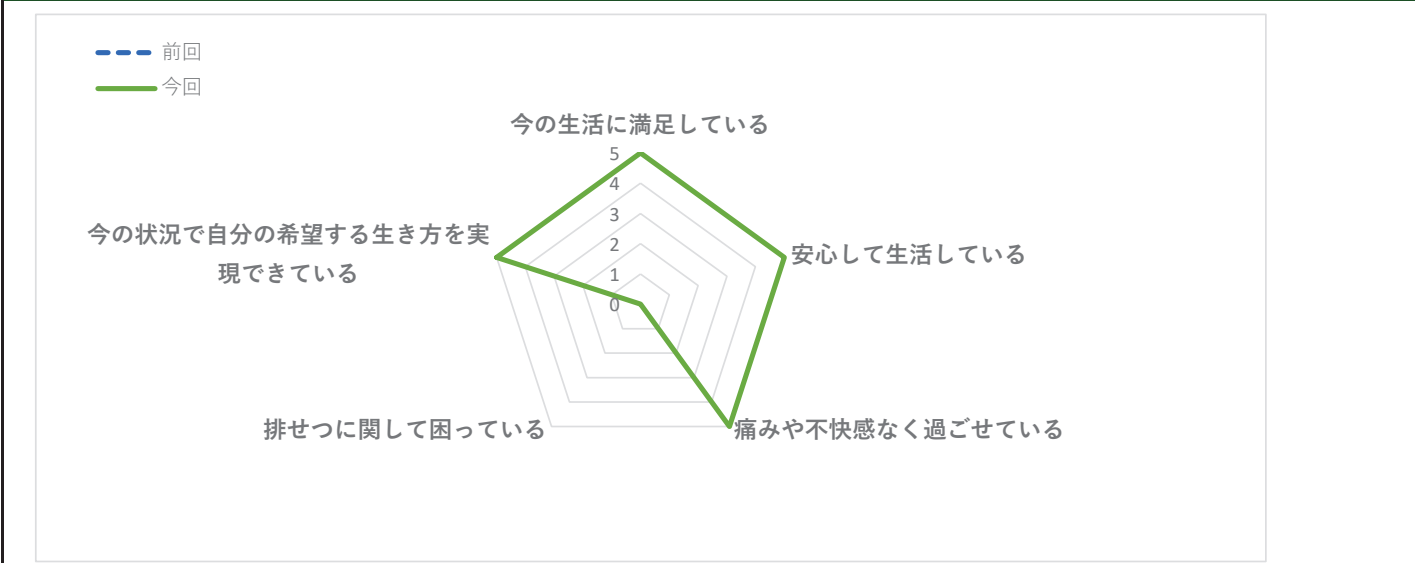
15. 利用者の認知機能と生活状況

	前回		▶	今回	
以下のいずれかの兆候の有無（過去3日間） 【焦燥感・意欲の低下・易怒性が高い・興奮状態・感情が不安定】 ※前回と今回のそれぞれで最も多かった回答を表示	なし	: 70%		なし	: 60%

16. 利用者の家族への支援

	前回		▶	今回	
家族は無理なく穏やかに過ごせたか（月内）	はい	: 5件 : 50%		はい	: 5件 : 50%
家族は介護のために疲れ切っていたか（月内）	はい	: 4件 : 40%		はい	: 3件 : 30%

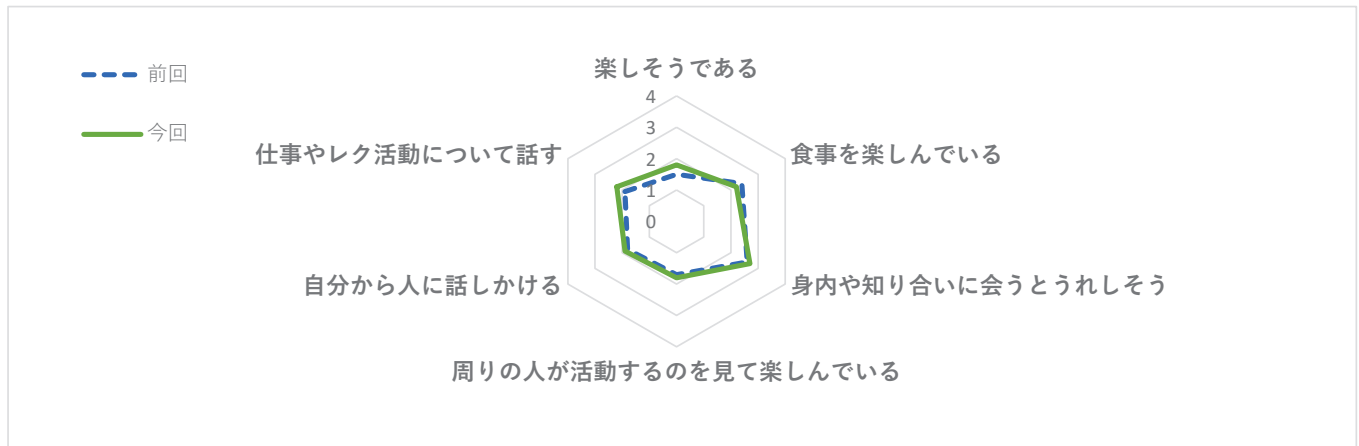
17. 利用者が感じている生活の質（平均） ※本人の回答データがある場合のみ表示



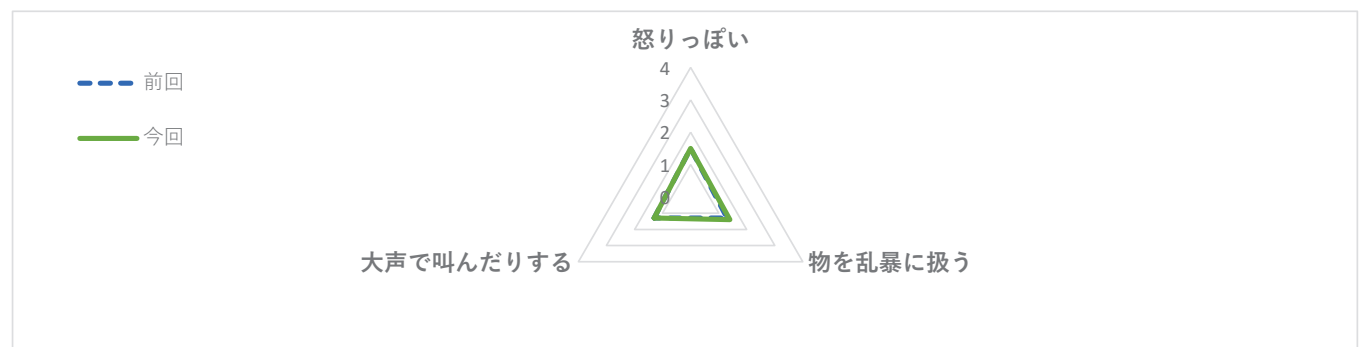
【備考】 評価尺度
まったくそう思わない ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → 大変そう思う

18. 訪問看護師から見た利用者の生活の質（平均）

訪問看護師から見た利用者の生活の質 I

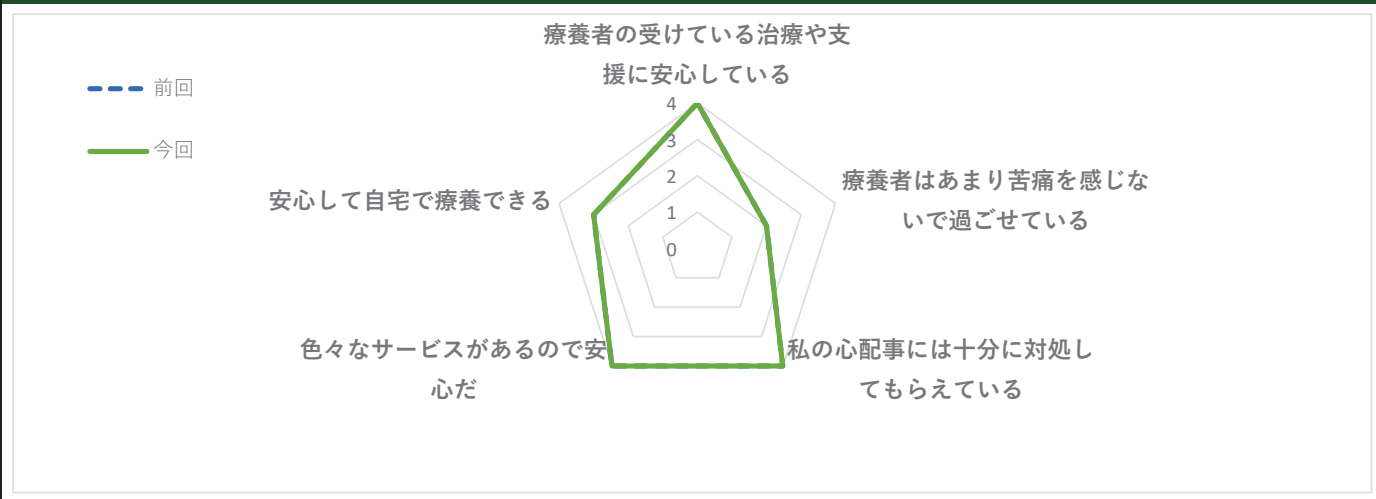


訪問看護師から見た利用者の生活の質 II



【備考】 評価尺度 ない：1、まれにある：2、時々ある：3、よくある：4

19. 利用者の家族が感じている安心感（平均） ※家族本人の回答データがある場合のみ表示



【備考】 評価尺度 まったくそう思わない ← 0 1 2 3 4 → とてもそう思う

参考資料 9 訪問看護・追加フィードバック票：利用者票（イメージ）

訪問看護 新規項目 フィードバック票（利用者票）イメージ

利用者ID：事業所が付与した任意の文字列

利用者氏名：（空白）

作成日：xxxx/xx/xx

事業所名：〇〇〇ステーション

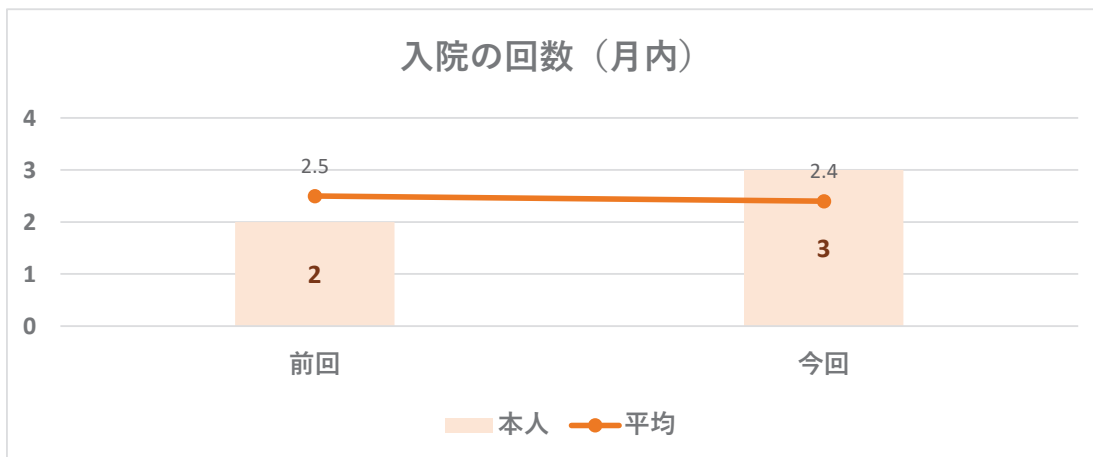
1. 利用者の社会的交流			
	前回		今回
社会的交流に関する問題点の個数	0		2
関心のある活動への参加	あり	▶	なし
家族や友人の訪問	あり	▶	あり
家族や友人とのその他の交流 ※直接顔を合わせる以外の交流	あり	▶	あり
家族や友人との葛藤や怒り	なし	▶	なし
一部の家族や近い知り合いに対する恐れ	なし	▶	あり
ネグレクト、粗末に扱われる、虐待される	なし	▶	なし
孤独感や寂しさ	まったくない	▶	表現することがある

2. 利用者の希望する生き方の実現			
	前回		今回
希望する生き方の実現	まったくできていなかった	▶	できている部分もあった

3. 利用者の希望するケアの実施			
	前回		今回
本人の受けたいケア・支援（アドバンス・ケア・プランニング含む）についての話し合いに参加し、周りの人（家族・医療・介護専門職を含む）にその内容が共有されたか *利用者本人の意思が確認できない場合は、代理人を指す	話し合いはされたが、共有されなかった	▶	話し合い、共有された

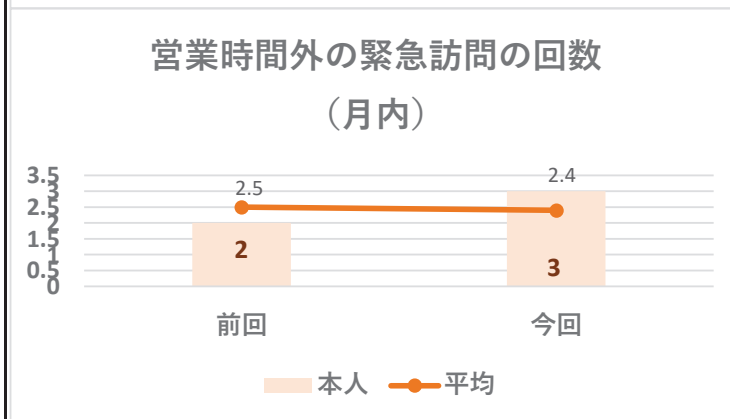
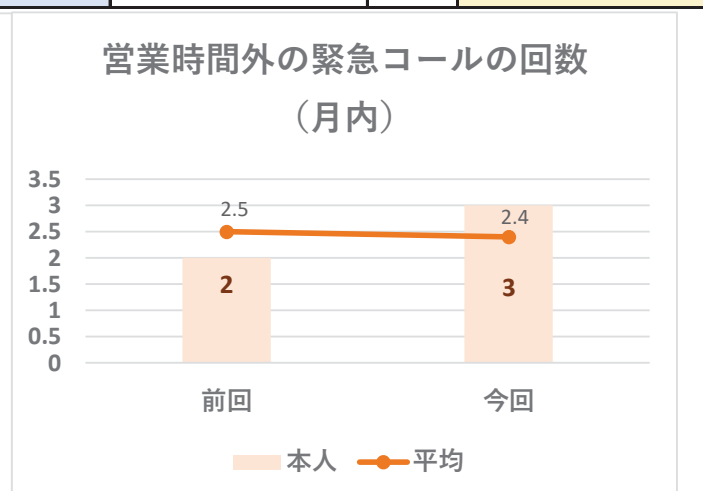
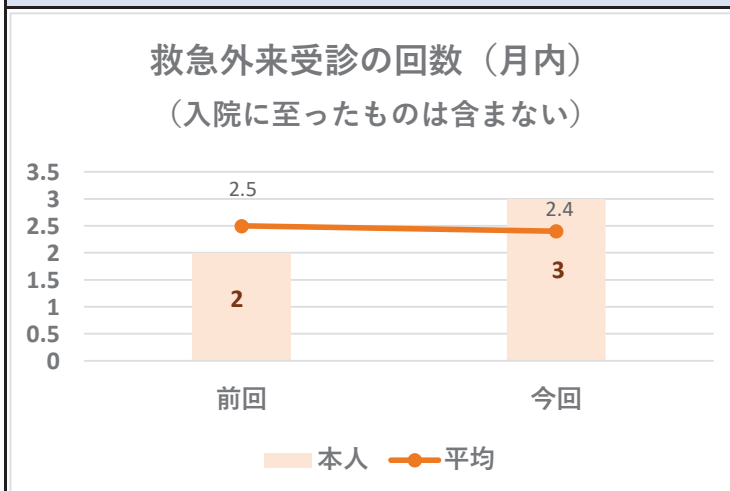
4. 利用者の活動制限			
	前回		今回
療養の場における身体抑制の有無（月内）	なし	▶	あり

5. 利用者の疾患悪化予防



入院日
2021年10月1日
2021年10月5日
2021年10月20日
2021年4月5日
2021年4月30日

	前回		今回
新たな疾患の発生や、既往疾患の再発・再燃の有無	いいえ	▶	いいえ
直近の入院（1回目）は過去30日以前予定されていたか	いいえ	▶	いいえ
入院（1回目）の原因になった疾患・状態	尿路感染	▶	転倒または骨折
直近の入院（2回目）は過去30日以前予定されていたか	いいえ	▶	いいえ
入院（2回目）の原因になった疾患・状態	尿路感染	▶	貧血
直近の入院（3回目）は過去30日以前予定されていたか	-	▶	いいえ
入院（3回目）の原因になった疾患・状態	-	▶	尿路感染



6. 利用者の尿路感染予防

	前回		今回
尿路感染症（UTI）の有無（月内）	診断があり、治療を受けている	▶	診断があり、治療を受けている
診断日	2021年4月1日	▶	2021年10月1日

7. 利用者の褥瘡予防

	前回		今回
褥瘡の有無（月内）	なし	▶	持続した発赤部がある
皮膚の裂傷や切り傷（手術創以外）（スキンテア）の有無	なし	▶	なし

8. 利用者の呼吸困難への対処

	前回		今回
呼吸困難（息切れ）の有無（過去3日間）	症状はない	▶	非日常的な活動により生じる
呼吸困難感のコントロール	コントロールを行っていないか、変更の必要はない	▶	コントロールを行っているが、十分に効いていない

9. 利用者の疼痛への対処

	前回		今回
痛みの有無（過去3日間）	軽度	▶	軽度
痛みのコントロール	行っていないか、変更の必要はない	▶	適切に効いている

10. 利用者の脱水の予防

	前回		今回
脱水の有無（月内）	なし	▶	診断があり、治療を受けている
診断日	-	▶	2021年10月1日

11. 利用者の排せつ

	前回		今回
便の性状（月内） ※タイプの詳細は備考欄に記載	タイプ1	▶	タイプ4
排せつの状態（月内）	あり（尿失禁）	▶	なし

【備考】便の性状タイプ一覧

- ・タイプ1：硬くて木の実のようなコロコロ便
- ・タイプ2：木の実を集めて固めたようなソーセージ状の硬便
- ・タイプ3：表面にヒビがあるソーセージ状の便
- ・タイプ4：表面がなめらかで柔らかいソーセージ状の便
- ・タイプ5：柔らかい半固形状の便
- ・タイプ6：泥状の便
- ・タイプ7：固形物を含まない液体状の便

12. 利用者の転倒転落による外傷の予防

	前回		今回
転倒転落の有無（月内） ※外傷の定義は備考欄に記載	なし	▶	外傷を伴わない転倒 転落あり
転倒転落した日	-	▶	2021年9月10日
	-	▶	-
	-	▶	-
	-	▶	-
	-	▶	-

【備考】外傷の定義

縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった場合、または筋肉・関節の挫傷を生じた場合、または検査を要した頭部外傷/骨折の場合

13. 利用者の寝床以外での活動

	前回		今回
寝床から身体を離れた時間/日（過去3日間）	1時間以上 2時間未満	▶	2時間以上 4時間未満
寝室の外に出た回数（過去3日間）	過去3日間には出ていないが、通常は3日間のうちには出ている	▶	1～2日間
家の外に出た回数（過去3日間）	1日もない	▶	1日もない

14. 利用者の睡眠

	前回		今回
睡眠の障害による生活の支障の有無（過去3日間）	あるが過去3日間には見られなかった	▶	過去3日間のうち1日見られた

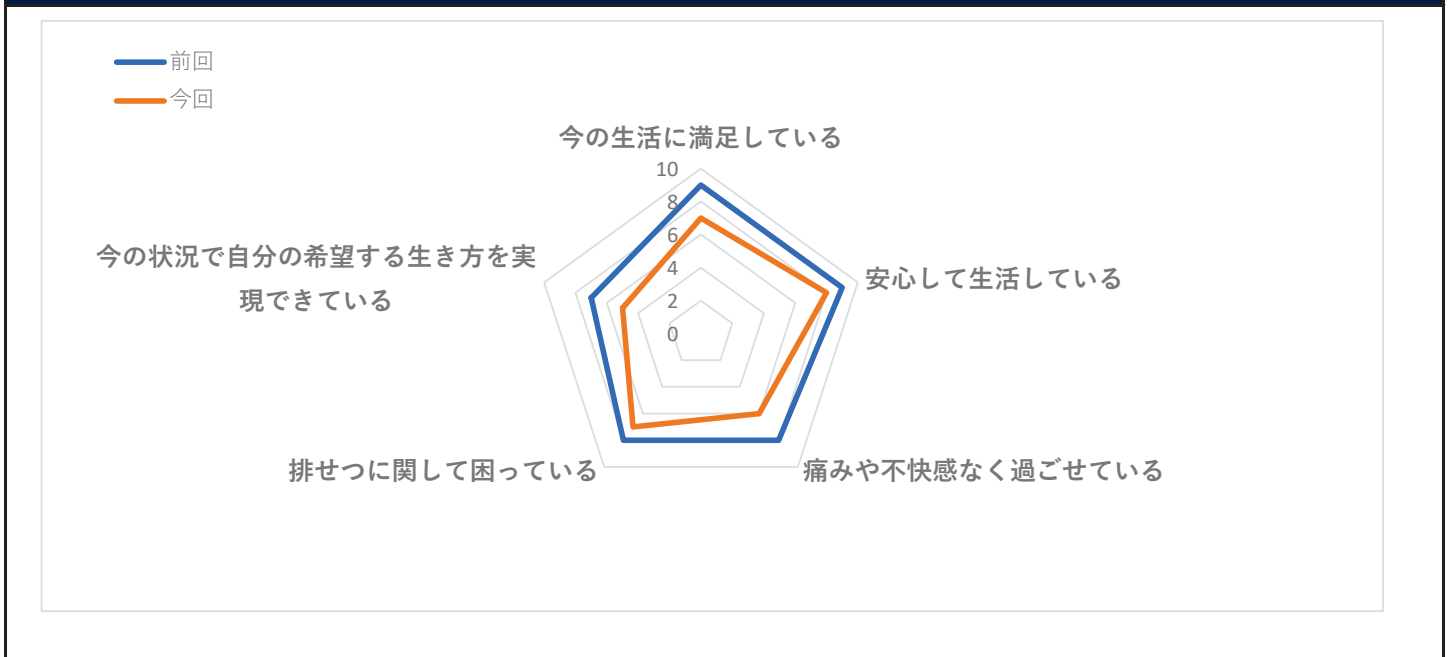
15. 利用者の認知機能と生活状況

	前回		今回
以下のいずれかの兆候の有無（過去3日間） <ul style="list-style-type: none"> ・ 焦燥感 ・ 意欲の低下 ・ 易怒性が高い ・ 興奮状態 ・ 感情が不安定 	あるが過去3日間には見られなかった	▶	過去3日間のうち1日見られた

16. 利用者の家族への支援

	前回		今回
家族は無理なく穏やかに過ごせたか（月内）	はい	▶	はい
家族は介護のために疲れ切っていたか（月内）	はい	▶	はい

17. 利用者が感じている生活の質 ※本人の回答データがある場合のみ表示



【備考】評価尺度

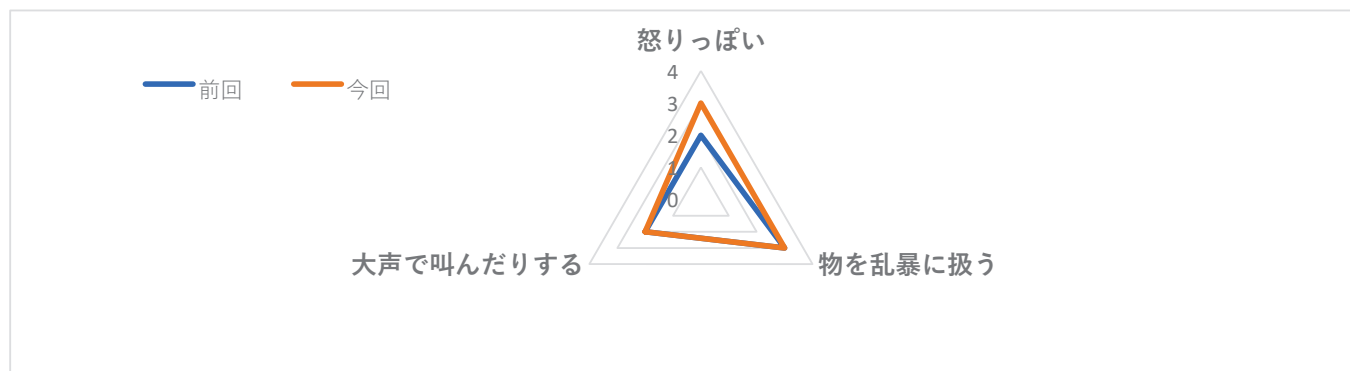
まったくそう思わない ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → 大変そう思う

18. 訪問看護師から見た利用者の生活の質

訪問看護師から見た利用者の生活の質 I

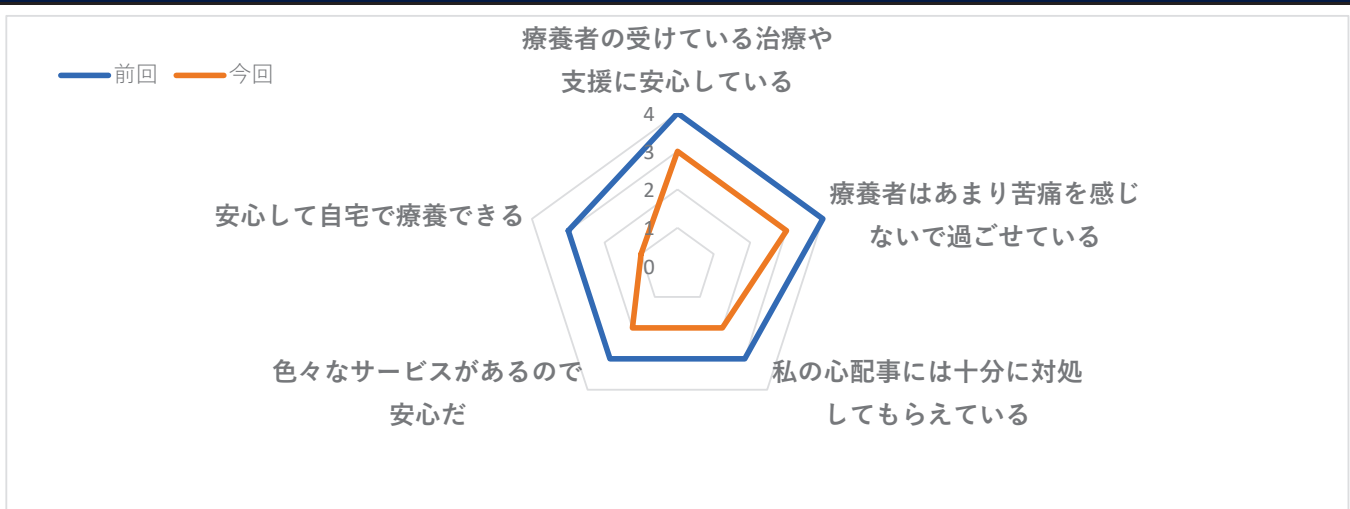


訪問看護師から見た利用者の生活の質 II



【備考】評価尺度 ない：1、まれにある：2、時々ある：3、よくある：4

19. 利用者の家族が感じている安心感 ※家族本人の回答データがある場合のみ表示



【備考】評価尺度 まったくそう思わない ← 0 1 2 3 4 → とてもそう思う

フィードバック帳票の見方

集計表はエクセルファイル形式です。

初めのシートは「目次」になっており、青字部分をクリックすると、該当するシートが開きますので、閲覧したいシートを選択してください。

目次

クリックすると、該当するシートが開きます。

科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）	科学的介護推進に関する評価（施設サービス）（1ページ目/2ページ）
	科学的介護推進に関する評価（施設サービス）（2ページ目/2ページ）
科学的介護推進体制加算	科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）
栄養マネジメント強化加算 栄養アセスメント加算	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
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	口腔衛生管理加算 様式
口腔機能向上加算（Ⅱ）	口腔機能向上サービスに関する計画書
個別機能訓練加算（Ⅱ）	生活機能チェックシート
	個別機能訓練計画書（1ページ目/2ページ）
	個別機能訓練計画書（2ページ目/2ページ）
リハビリテーションマネジメント加算（A）□（B）□ リハビリテーション計画書情報加算 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	リハビリテーション計画書（別紙様式2-1）（1ページ目/2ページ）
	リハビリテーション計画書（別紙様式2-1）（2ページ目/2ページ）
	リハビリテーション計画書（別紙様式2-2）（1ページ目/2ページ）
	リハビリテーション計画書（別紙様式2-2）（2ページ目/2ページ）
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）（Ⅱ） 褥瘡対策指導管理（Ⅱ）	褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書/褥瘡対策に関する診療計画書
排せつ支援加算	排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書（1ページ目/2ページ）
	排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書（2ページ目/2ページ）
自立支援促進加算	自立支援促進に関する評価・支援計画書（1ページ目/2ページ）
	自立支援促進に関する評価・支援計画書（2ページ目/2ページ）
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）（Ⅲ） 薬剤管理指導	薬剤変更等に係る情報提供書

各シートの上には「データの概要」として、以下のような情報が掲載されています。「データの概要」から、「サービス」「パターン」について、閲覧したい情報を選択することが可能です。

データの概要

集計対象年月	2021年4月
サービス	訪問リハビリテーション
パターン	該当者数

【補足】

- 「該当者数」を選択すると、データが入力されている利用者の人数が表示されます。
- 「割合・平均値」を選択すると、計（合計）に対する割合が表示されます。選択式ではなく数値を入力する項目の場合は、平均値が表示されます。

「サービス」を選択することにより、表示している各様式の項目について、全国の同じサービスの施設・事業所のデータを集計した値を見ることが可能となります。

[目次に戻る](#)

科学的介護推進に関する評価（施設サービス）（1ページ目/2ページ）

データの概要

集計対象年月	2021年4月	
サービス	通所介護	←サービスを選択可能です
パターン	該当者数	←割合・平均値も選択可能です

■データ登録者の概要

データ登録者の要介護度別の内訳 ↓集計は表示していません

	全国
要支援1	
要支援2	
要介護1	
要介護2	
要介護3	
要介護4	
要介護5	
計（合計）	

データ登録者の年齢階級別の内訳

	全国
40-64歳	
65-69歳	
70-74歳	
75-79歳	
80-84歳	
85-89歳	
90歳以上	
計（合計）	

データ登録者の性別の内訳

	全国
男	
女	
計（合計）	

■障害高齢者の日常生活自立度

障害高齢者の日常生活自立度

	全国
自立	
J1	
J2	
A1	
A2	
B1	
B2	
C1	
C2	
計（合計）	

■ 認知症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

	全国
自立	
I	
II a	
II b	
III a	
III b	
IV	
M	
計 (合計)	

■ 総論

同居家族等[科学的介護推進体制加算（I）では任意項目]

	全国
無し	
有り	
計 (合計)	

同居家族等（「有り」の場合）[科学的介護推進体制加算（I）では任意項目]

		全国
配偶者	該当無し	
	該当有り	
	計 (合計)	
子	該当無し	
	該当有り	
	計 (合計)	
その他	該当無し	
	該当有り	
	計 (合計)	

家族等が介護できる時間[科学的介護推進体制加算（I）では任意項目]

	全国
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	
計 (合計)	

ADL (項目別)

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

ADL (合計点)

	全国
80-100	
55-75	
30-50	
0-25	
計(合計)	

※ADLの一部項目が入力されていない利用者が含まれている可能性があります。

■口腔・栄養

BMI

		全国
18.5未満		
18.5以上25未満		
25以上		
計（合計）		

低栄養状態のリスクレベル

		全国
低		
中		
高		
計（合計）		

栄養補給法

			全国
経腸栄養法	該当無し		
	該当有り		
	計（合計）		
静脈栄養法	該当無し		
	該当有り		
	計（合計）		

経口摂取

		全国
無し		
一部		
完全		
計（合計）		

嚥下調整食品の必要性

		全国
無し		
有り		
計（合計）		

食事形態

	全国
0j_嚥下訓練食品0j	
0t_嚥下訓練食品0t	
1j_嚥下調整食1j	
2-1_嚥下調整食2-1	
2-2_嚥下調整食2-2	
3_嚥下調整食3	
4_嚥下調整食4	
常食	
計 (合計)	

とろみ

	全国
無し	
薄い	
中間	
濃い	
計 (合計)	

食事摂取量 (%)

	全国
食事摂取量 (全体)	
主食の摂取量	
副食の摂取量	

必要栄養量 (エネルギー：キロカロリー、たんぱく質：グラム)

	全国
必要栄養量_エネルギー	
必要栄養量_たんぱく質	

提供栄養量 (エネルギー：キロカロリー、たんぱく質：グラム)

	全国
提供栄養量_エネルギー	
提供栄養量_たんぱく質	

血清アルブミン値_有無

	全国
無し	
有り	
計 (合計)	

血清アルブミン値 (g/dl)

		全国
血清アルブミン値		

口腔の健康状態

			全国
歯・入れ歯が汚れている	該当無し		
	該当有り		
	計 (合計)		
歯が少ないのに入れ歯を使っていない	該当無し		
	該当有り		
	計 (合計)		
むせやすい	該当無し		
	該当有り		
	計 (合計)		

誤嚥性肺炎の発症・既往

		全国
無し		
有り		
計 (合計)		

■ 認知症

認知症の診断

		全国
無し		
有り		
計 (合計)		

認知症の診断 (「有り」の場合)

			全国
アルツハイマー病	該当無し		
	該当有り		
	計 (合計)		
血管性認知症	該当無し		
	該当有り		
	計 (合計)		
レビー小体病	該当無し		
	該当有り		
	計 (合計)		
その他	該当無し		
	該当有り		
	計 (合計)		

DBD13

		全国
日常的な物事に関心を示さない	全くない	
	ほとんどない	
	ときどきある	
	よくある	
	常にある	
	計（合計）	
特別な事情がないのに夜中起き出す	全くない	
	ほとんどない	
	ときどきある	
	よくある	
	常にある	
	計（合計）	
特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	全くない	
	ほとんどない	
	ときどきある	
	よくある	
	常にある	
	計（合計）	
やたらに歩きまわる	全くない	
	ほとんどない	
	ときどきある	
	よくある	
	常にある	
	計（合計）	
同じ動作をいつまでも繰り返す	全くない	
	ほとんどない	
	ときどきある	
	よくある	
	常にある	
	計（合計）	

Vitality Index

		全国
意思疎通	反応がない	
	挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔がみられる	
	自分から挨拶する、話し掛ける	
	計（合計）	

[目次に戻る](#)

科学的介護推進に関する評価（施設サービス）（2ページ目/2ページ）

■ 総論

既往歴[科学的介護推進体制加算（I）では任意項目] ※ご入力いただいたICD10コードにより集計しています

	全国
病名 ※上位10件を表示しています。	

服薬情報[科学的介護推進体制加算（I）では任意項目] ※入力いただいたレセプト電算コードにより集計しています

	全国
薬剤名 ※上位10件を表示しています。	