

**令和6年度介護報酬改定におけるLIFEの見直し項目及び
LIFEを活用した質の高い介護の更なる推進に資する調査研究事業
【LIFE関連加算算定事業所票(案)】**

■ご記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は●●の方がご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、令和7年●月1日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7年●月●日(●)までにご回答いただき、「調査実施のお願い」に記載の方法で提出してください。

■調査に関するお問い合わせ先

「令和6年度介護報酬改定におけるLIFEの見直し項目及びLIFEを活用した質の高い介護の更なる推進に資する調査研究事業」事務局

電話: xxx-xxx-xxx (平日 x:xx~xx:xx)

◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎

メール: xx@xx.xx.xx

問1 令和6年度介護報酬改定のLIFEに関連する見直し

(1) 科学的介護推進体制加算について、貴事業所の算定状況を回答してください

- | | |
|------|-------------------------------|
| (選択) | ① 科学的介護推進体制加算(施設系以外のサービス) |
| | ② 科学的介護推進体制加算(I)(施設系) |
| | ③ 科学的介護推進体制加算(II)(施設系) |
| | ④ 上記の加算は算定していない |
| | ⑤ 上記の加算は算定対象ではない(訪問リハビリテーション) |

科学的介護推進体制加算を算定していない理由を選択してください

(2) ※問1(1)で④を選択された方にお聞きします(訪問リハビリテーション事業所の方はご回答不要です)
※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | ① 当該加算を知らない |
| <input type="checkbox"/> | ② 加算の意義を理解できない |
| <input type="checkbox"/> | ③ 算定要件が複雑で理解できない |
| <input type="checkbox"/> | ④ 算定するためのアセスメントが負担である |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ 科学的介護推進体制加算で求められるものとは異なる独自のアセスメント方式を使用している |
| <input type="checkbox"/> | ⑥ 利用者や家族の同意が得られない |
| <input type="checkbox"/> | ⑦ 単位数が少ない |
| <input type="checkbox"/> | ⑧ 加算の算定にあたっては法人本部の意向がある |
| <input type="checkbox"/> | ⑨ その他、満たすことが難しい算定要件がある 具体的な内容 () |
| <input type="checkbox"/> | ⑩ その他() |
| <input type="radio"/> | ⑪ わからない |

(3) 科学的介護推進体制加算に含まれる項目のうち、現在収集している項目を選んでください
 ※問1(1)で④、⑤を選択された方(現在科学的介護推進体制加算を算定していない、または算定対象外の方)にお聞きます
 ※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ① 要介護度 |
| <input type="checkbox"/> | ② 障害高齢者の日常生活自立度 |
| <input type="checkbox"/> | ③ 認知症高齢者の日常生活自立度 |
| <input type="checkbox"/> | ④ ADL |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ 身長/体重 |
| <input type="checkbox"/> | ⑥ 低栄養状態のリスクレベル |
| <input type="checkbox"/> | ⑦ 栄養補給法 |
| <input type="checkbox"/> | ⑧ 食事形態 |
| <input type="checkbox"/> | ⑨ とろみ |
| <input type="checkbox"/> | ⑩ 食事摂取量 |
| <input type="checkbox"/> | ⑪ 必要栄養量 |
| <input type="checkbox"/> | ⑫ 提供栄養量 |
| <input type="checkbox"/> | ⑬ 褥瘡 |
| <input type="checkbox"/> | ⑭ 義歯の使用 |
| <input type="checkbox"/> | ⑮ むせ |
| <input type="checkbox"/> | ⑯ 歯の汚れ |
| <input type="checkbox"/> | ⑰ 歯肉の腫れ・出血 |
| <input type="checkbox"/> | ⑱ 認知症の診断(アルツハイマー病/血管性認知症/レビー小体病/その他) |
| <input type="checkbox"/> | ⑲ 生活・認知機能尺度 |
| <input type="checkbox"/> | ⑳ Vitality index(意思疎通) |
| <input type="checkbox"/> | ㉑ 診断名 |
| <input type="checkbox"/> | ㉒ 服薬情報 |
| <input checked="" type="radio"/> | ㉓ 特に収集している指標はない |

科学的介護推進体制加算に含まれる項目のうち、利用者個別の事情に依らず、通常利用者の状態評価に頻繁に用いる項目を選んでください
 (4) ※問1(1)で①～③を選択された方(現在科学的介護推進体制加算を算定している方)にお聞きします
 ※当てはまるもの全てに☑をしてください

<input type="checkbox"/>	① 要介護度
<input type="checkbox"/>	② 障害高齢者の日常生活自立度
<input type="checkbox"/>	③ 認知症高齢者の日常生活自立度
<input type="checkbox"/>	④ ADL
<input type="checkbox"/>	⑤ 身長/体重
<input type="checkbox"/>	⑥ 低栄養状態のリスクレベル
<input type="checkbox"/>	⑦ 栄養補給法
<input type="checkbox"/>	⑧ 食事形態
<input type="checkbox"/>	⑨ とろみ
<input type="checkbox"/>	⑩ 食事摂取量
<input type="checkbox"/>	⑪ 必要栄養量
<input type="checkbox"/>	⑫ 提供栄養量
<input type="checkbox"/>	⑬ 褥瘡
<input type="checkbox"/>	⑭ 義歯の使用
<input type="checkbox"/>	⑮ むせ
<input type="checkbox"/>	⑯ 歯の汚れ
<input type="checkbox"/>	⑰ 歯肉の腫れ・出血
<input type="checkbox"/>	⑱ 認知症の診断(アルツハイマー病/血管性認知症/レビー小体病/その他)
<input type="checkbox"/>	⑲ 生活・認知機能尺度
<input type="checkbox"/>	⑳ Vitality index(意思疎通)
<input type="checkbox"/>	㉑ 診断名
<input type="checkbox"/>	㉒ 服薬情報
<input type="checkbox"/>	㉓ その他任意項目 ()
<input type="radio"/>	㉔ わからない
<input type="radio"/>	㉕ 上記の指標は用いていない

(5) 科学的介護推進体制加算に含まれる項目について、アセスメントの負担(項目ごと)が大きい指標を選んでください
 ※問1(1)で①～③を選択された方(現在科学的介護推進体制加算を算定している方)にお聞きます
 ※当てはまるもの全てに☑をしてください

<input type="checkbox"/>	① ADL
<input type="checkbox"/>	② 身長/体重
<input type="checkbox"/>	③ 低栄養状態のリスクレベル
<input type="checkbox"/>	④ 栄養補給法
<input type="checkbox"/>	⑤ 食事形態
<input type="checkbox"/>	⑥ とろみ
<input type="checkbox"/>	⑦ 食事摂取量
<input type="checkbox"/>	⑧ 必要栄養量
<input type="checkbox"/>	⑨ 提供栄養量
<input type="checkbox"/>	⑩ 褥瘡
<input type="checkbox"/>	⑪ 義歯の使用
<input type="checkbox"/>	⑫ むせ
<input type="checkbox"/>	⑬ 歯の汚れ
<input type="checkbox"/>	⑭ 歯肉の腫れ・出血
<input type="checkbox"/>	⑮ 認知症の診断(アルツハイマー病/血管性認知症/レビー小体病/その他)
<input type="checkbox"/>	⑯ 生活・認知機能尺度
<input type="checkbox"/>	⑰ Vitality index(意思疎通)
<input type="checkbox"/>	⑱ 診断名
<input type="checkbox"/>	⑲ 服薬情報
<input type="checkbox"/>	⑳ その他任意項目 ()
<input type="radio"/>	㉑ 特に計測負担が重たい指標はない

(6) 科学的介護推進体制加算に含まれる項目について、入力負担(項目ごと)が大きい指標を選んでください
 ※問1(1)で①～③を選択された方(現在科学的介護推進体制加算を算定している方)にお聞きます
 ※当てはまるもの全てに☑をしてください

<input type="checkbox"/>	① ADL
<input type="checkbox"/>	② 身長/体重
<input type="checkbox"/>	③ 低栄養状態のリスクレベル
<input type="checkbox"/>	④ 栄養補給法
<input type="checkbox"/>	⑤ 食事形態
<input type="checkbox"/>	⑥ とろみ
<input type="checkbox"/>	⑦ 食事摂取量
<input type="checkbox"/>	⑧ 必要栄養量
<input type="checkbox"/>	⑨ 提供栄養量
<input type="checkbox"/>	⑩ 褥瘡
<input type="checkbox"/>	⑪ 義歯の使用
<input type="checkbox"/>	⑫ むせ
<input type="checkbox"/>	⑬ 歯の汚れ
<input type="checkbox"/>	⑭ 歯肉の腫れ・出血
<input type="checkbox"/>	⑮ 認知症の診断(アルツハイマー病/血管性認知症/レビー小体病/その他)
<input type="checkbox"/>	⑯ 生活・認知機能尺度
<input type="checkbox"/>	⑰ Vitality index(意思疎通)
<input type="checkbox"/>	⑱ 診断名
<input type="checkbox"/>	⑲ 服薬情報
<input type="checkbox"/>	⑳ その他任意項目 ()
<input type="radio"/>	㉑ 特に計測負担が重たい指標はない

(7) 現在科学的介護推進体制加算に含まれていない項目のうち、下記の選択肢の中で利用者個別の事情に依らず、通常利用者の状態評価に頻繁に用いる項目があれば選択してください
※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ① IADL |
| <input type="checkbox"/> | ② 基本動作(起居動作)「寝返り、起き上がり、座位、立ち上がり、立位」 |
| <input type="checkbox"/> | ③ 水分関係(浮腫・脱水) |
| <input type="checkbox"/> | ④ おむつ、ポータブルトイレ、尿道カテーテルの使用 |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ その他 () |
| <input type="radio"/> | ⑥ 特になし |

(8) 現在LIFE上に入力・提出欄のない項目・指標のうち、下記の選択肢の中で利用者個別の事情に依らず、通常利用者の状態評価に頻繁に用いる項目があれば選択してください
※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ① QOL(EQ-5D、ASCOT等) |
| <input type="checkbox"/> | ② 痛み(NRS、VAS等) |
| <input type="checkbox"/> | ③ 睡眠の質や量 |
| <input type="checkbox"/> | ④ 聴力 |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ 改定長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) |
| <input type="checkbox"/> | ⑥ MMSE(ミニメンタルステート検査) |
| <input type="checkbox"/> | ⑦ その他 () |
| <input type="radio"/> | ⑧ 特になし |

(9) ADL維持等加算について、貴事業所の算定状況を回答してください

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | ① ADL維持等加算 I |
| | ② ADL維持等加算 II |
| | ③ 上記の加算は算定していない |
| | ④ 上記の加算は算定対象ではない
(介護老人保健施設・介護医療院・認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護) |

(10) ADL維持等加算を算定していない理由を選択してください
※問1(9)で③を選択された方にお聞きます(問1(9)で④を選択された算定対象外サービス事業所の方はご回答不要です)
※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | ① 当該加算を知らない |
| <input type="checkbox"/> | ② 加算の意義を理解できない |
| <input type="checkbox"/> | ③ 算定要件が複雑で理解できない |
| <input type="checkbox"/> | ④ 利用者のADL評価を行うことが難しい |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ ADLの評価をBarthel Indexを用いて行うための研修を実施することが難しい |
| <input type="checkbox"/> | ⑥ ADL利得の計算が難しい |
| <input type="checkbox"/> | ⑦ 利用者や家族の同意が得られない |
| <input type="checkbox"/> | ⑧ 単位数が少ない |
| <input type="checkbox"/> | ⑨ 加算の算定にあたっては法人本部の意向がある |
| <input type="checkbox"/> | ⑩ その他、満たすことが難しい算定要件がある 具体的な内容 () |
| <input type="checkbox"/> | ⑪ その他 () |
| <input type="radio"/> | ⑫ わからない |

(11) 自立支援促進加算について、貴事業所の算定状況を回答してください

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | ① 算定している(介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院) |
| | ② 算定していない(介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院) |
| | ③ 算定対象でない(その他サービス) |

自立支援促進加算を算定していない理由を選択してください
 ※問1(11)で②を選択された方にお聞きます(介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院以外の方はご回答不要です)
 ※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ① 当該加算を知らない |
| <input type="checkbox"/> | ② 加算の意義を理解できない |
| <input type="checkbox"/> | ③ 算定要件が複雑で理解できない |
| <input type="checkbox"/> | ④ 算定するために提供が必要なアセスメント項目の定義が分かりにくい |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ 算定するためのアセスメントが負担である |
| <input type="checkbox"/> | ⑥ 利用者や家族の同意が得られない |
| <input type="checkbox"/> | ⑦ 単位数が少ない |
| <input type="checkbox"/> | ⑧ 加算の算定にあたっては法人本部の意向がある |
| <input type="checkbox"/> | ⑨ その他、満たすことが難しい算定要件がある 具体的な内容 () |
| <input type="checkbox"/> | ⑩ その他() |
| <input type="radio"/> | ⑪ わからない |

(13) 排せつ支援加算について、貴事業所の算定状況を回答してください

- | | |
|-------------|--|
| (選択) | ① 排せつ支援加算Ⅰ(介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院、看護小規模多機能型居宅介護) |
| | ② 排せつ支援加算Ⅱ(介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院、看護小規模多機能型居宅介護) |
| | ③ 排せつ支援加算Ⅲ(介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院、看護小規模多機能型居宅介護) |
| | ④ 算定していない(介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院、看護小規模多機能型居宅介護) |
| | ⑤ 算定対象でない(他サービス) |

排せつ支援加算を算定していない理由を選択してください
 ※問1(13)で④を選択された方にお聞きます(介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院、看護小規模多機能型居宅介護以外の方はご回答不要です)
 ※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ① 当該加算を知らない |
| <input type="checkbox"/> | ② 加算の意義を理解できない |
| <input type="checkbox"/> | ③ 算定要件が複雑で理解できない |
| <input type="checkbox"/> | ④ 算定するために提供が必要なアセスメント項目の定義が分かりにくい |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ 算定するためのアセスメントが負担である |
| <input type="checkbox"/> | ⑥ 利用者や家族の同意が得られない |
| <input type="checkbox"/> | ⑦ 単位数が少ない |
| <input type="checkbox"/> | ⑧ 加算の算定にあたっては法人本部の意向がある |
| <input type="checkbox"/> | ⑨ その他、満たすことが難しい算定要件がある 具体的な内容 () |
| <input type="checkbox"/> | ⑩ その他() |
| <input type="radio"/> | ⑪ わからない |

(15) 褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理について、貴事業所の算定状況を回答してください

- | | |
|-------------|---|
| (選択) | ① 褥瘡マネジメント加算Ⅰ(介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設) |
| | ② 褥瘡マネジメント加算Ⅱ(介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設) |
| | ③ 褥瘡対策指導管理Ⅰ(介護医療院) |
| | ④ 褥瘡対策指導管理Ⅱ(介護医療院) |
| | ⑤ 算定していない(介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院) |
| | ⑥ 算定対象でない(他サービス) |

(16) 褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理を算定していない理由を選択してください
 ※問1(15)で⑤を選択された方にお聞きします(介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院以外の方はご回答不要です)
 ※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ① 当該加算を知らない |
| <input type="checkbox"/> | ② 加算の意義を理解できない |
| <input type="checkbox"/> | ③ 算定要件が複雑で理解できない |
| <input type="checkbox"/> | ④ 算定するために提供が必要なアセスメント項目の定義が分かりにくい |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ 算定するためのアセスメントが負担である |
| <input type="checkbox"/> | ⑥ 利用者や家族の同意が得られない |
| <input type="checkbox"/> | ⑦ 単位数が少ない |
| <input type="checkbox"/> | ⑧ 加算の算定にあたっては法人本部の意向がある |
| <input type="checkbox"/> | ⑨ その他、満たすことが難しい算定要件がある 具体的な内容 () |
| <input type="checkbox"/> | ⑩ その他 () |
| <input type="radio"/> | ⑪ わからない |

問2 重複項目と提出タイミングの統一について

重複項目が統一されたことによって生じた効果について、当てはまる項目を選んでください
 ※当てはまるもの全てに☑をしてください

(1) 重複項目とは、令和6年度介護報酬改定において、複数様式間で重複している項目の名称や評価指標等を統一し、評価のわかりにくさを解消したものを指します
 例えば、排尿に関する評価は、「排尿コントロール」に項目名・評価指標が統一されました

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ① 各加算の評価、データの収集の負担・入力負担が軽減した |
| <input type="checkbox"/> | ② 類似する指標の判断基準が加算間で統一された |
| <input type="checkbox"/> | ③ データ入力の際にアセスメント結果を解釈する手間が減った |
| <input type="checkbox"/> | ④ 職員間の情報共有が円滑になった |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ その他 () |
| <input type="radio"/> | ⑥ 特に影響はない |
| <input type="radio"/> | ⑦ 重複項目が統一された加算は算定対象ではない(訪問リハビリテーション) |

(2) 重複項目が統一されたことによって生じた課題について、当てはまる項目を選んでください
 ※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ① 以前使用していた指標が使えなくなった |
| <input type="checkbox"/> | ② アセスメントがしづらくなった |
| <input type="checkbox"/> | ③ 利用者の状態を把握する際に支障が生じている |
| <input type="checkbox"/> | ④ その他 () |
| <input type="radio"/> | ⑤ 特に影響はない |
| <input type="radio"/> | ⑥ 重複項目が統一された加算は算定対象ではない(訪問リハビリテーション) |

(3) 令和6年度報酬改定により、同一の利用者に複数の加算を算定する場合に、一定の条件下でLIFEデータの提出タイミングを統一することが可能になりましたが、実際に統一しましたか

- | | | |
|------|-----------------------|-----------|
| (選択) | <input type="radio"/> | ① 統一した |
| | <input type="radio"/> | ② 統一していない |
| | <input type="radio"/> | ③ わからない |

(4) 提出のタイミングが統一されたことによって生じた効果について、当てはまる項目を選んでください
※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | ① 各加算の評価、データの収集の負担・入力負担が軽減した |
| <input type="checkbox"/> | ② 利用者毎に入力・提出タイミングを管理する手間が減った |
| <input type="checkbox"/> | ③ 事業所内で利用者間の入力タイミングを合わせやすくなった |
| <input type="checkbox"/> | ④ 入力・提出タイミングに合わせる形でアセスメントやカンファレンス開催時期が整理され、管理しやすくなった |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ その他 () |
| <input type="radio"/> | ⑥ 特に効果は感じていない |
| <input type="radio"/> | ⑦ 提出タイミングが統一された加算は算定対象ではない(訪問リハビリテーション) |

(5) 提出のタイミングが統一されたことによって生じた課題について、当てはまる項目を選んでください
※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | ① 一部加算で入力頻度が増えたことで、アセスメントの負担増となった |
| <input type="checkbox"/> | ② 一部加算で入力頻度が増えたことで、データ入力の負担増となった |
| <input type="checkbox"/> | ③ その他 () |
| <input type="radio"/> | ④ 特に課題はない |
| <input type="radio"/> | ⑤ 提出タイミングが統一された加算は算定対象ではない(訪問リハビリテーション) |

問3 フィードバックの見直し

※令和6年以降のLIFEのフィードバック機能の利用について回答ください

(1) LIFEのフィードバック機能について、使いやすくなった機能を選んでください
※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ① グラフ関連一層別化機能(地域、要介護度など) |
| <input type="checkbox"/> | ② グラフ関連一グラフ種類の調整 |
| <input type="checkbox"/> | ③ グラフ関連一時系列の絞り込み機能の追加 |
| <input type="checkbox"/> | ④ グラフ関連一全国値に対する自施設・事業所の位置表示 |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ 提供頻度一毎月更新した集計結果を確認可能(旧LIFEでは3か月に1回) |
| <input type="radio"/> | ⑥ いずれもあてはまらない |

(2) 事業所フィードバックの参照頻度を教えてください

- | | |
|------|----------------------|
| (選択) | ① 日常的に見ている(1か月に2回以上) |
| | ② 1か月に1回程度 |
| | ③ 3か月に1回程度 |
| | ④ 半年に1回程度 |
| | ⑤ 1年に1回程度ないしそれ以下 |
| | ⑥ わからない |
| | ⑦ 事業所フィードバックは閲覧していない |

(3) 利用者フィードバックの参照頻度を教えてください

- | | |
|------|----------------------|
| (選択) | ① 日常的に見ている(1か月に2回以上) |
| | ② 1か月に1回程度 |
| | ③ 3か月に1回程度 |
| | ④ 半年に1回程度 |
| | ⑤ 1年に1回程度ないしそれ以下 |
| | ⑥ わからない |
| | ⑦ 利用者フィードバックは閲覧していない |

(4) 事業所フィードバックの提供の早さ(現状、10日の提出締め切りから約1~2日後に提供している)について、もっとも当てはまるものを選んでください

- | | |
|------|----------------------|
| (選択) | ① 早い |
| | ② ちょうどよい |
| | ③ 遅い |
| | ④ 事業所フィードバックは閲覧していない |

(5) 利用者フィードバックの提供の早さ(現状、10日の提出締め切りから約1~2日後に提供している)について、もっとも当てはまるものを選んでください

- | | |
|------|----------------------|
| (選択) | ① 早い |
| | ② ちょうどよい |
| | ③ 遅い |
| | ④ 利用者フィードバックは閲覧していない |

(6) 科学的介護推進体制加算の事業所フィードバックについて、介護ケア向上のため頻繁に閲覧・確認するグラフを選んでください
※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ① 基本情報—要介護度の割合 |
| <input type="checkbox"/> | ② 基本情報—年齢の割合 |
| <input type="checkbox"/> | ③ 基本情報—障害高齢者の日常生活自立度の割合 |
| <input type="checkbox"/> | ④ 基本情報—認知症高齢者の日常生活自立度の割合 |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ 総論—ADL合計点 |
| <input type="checkbox"/> | ⑥ 総論—ADL合計点の位置比較 |
| <input type="checkbox"/> | ⑦ 口腔・栄養—BMIの分布 |
| <input type="checkbox"/> | ⑧ 口腔・栄養—口腔関連項目における「あり」の割合 |
| <input type="checkbox"/> | ⑨ 認知症—生活・認知機能尺度 |
| <input type="radio"/> | ⑩ わからない |
| <input type="radio"/> | ⑪ 事業所フィードバックは閲覧していない |

(7) 科学的介護推進体制加算の事業所フィードバックのグラフを見る際、利用者の介護のケア状況の把握に有用と感じる層別化項目を選んでください
※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | ① 地域 |
| <input type="checkbox"/> | ② 都道府県 |
| <input type="checkbox"/> | ③ 要介護度 |
| <input type="checkbox"/> | ④ 事業所規模 |
| <input type="radio"/> | ⑤ 層別化機能は使っていない |

(8) 科学的介護推進体制加算の利用者フィードバックについて、介護ケア向上のため頻繁に閲覧・確認するグラフを選んでください
 ※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ① 日常生活自立度—障害高齢者の日常生活自立度 |
| <input type="checkbox"/> | ② 日常生活自立度—認知症高齢者の日常生活自立度 |
| <input type="checkbox"/> | ③ 総論—ADL合計点 |
| <input type="checkbox"/> | ④ 総論—ADL各項目の点数 |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ 口腔の健康状態—各項目の推移 |
| <input type="checkbox"/> | ⑥ 認知症—生活・認知機能尺度 |
| <input type="checkbox"/> | ⑦ 認知症—生活・認知機能尺度各項目の評価 |
| <input type="radio"/> | ⑧ わからない |
| <input type="radio"/> | ⑨ 利用者フィードバックは閲覧していない |

(9) 科学的介護推進体制加算の利用者フィードバックのグラフを見る際、利用者の介護ケア状況の把握に有用と感じる層別化項目を選んでください
 ※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | |
|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | ① 地域 |
| <input type="checkbox"/> | ② 都道府県 |
| <input type="checkbox"/> | ③ 年齢階級 |
| <input type="checkbox"/> | ④ 要介護度 |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ 障害高齢者の日常生活自立度 |
| <input type="checkbox"/> | ⑥ 認知症高齢者の日常生活自立度 |
| <input type="radio"/> | ⑦ 層別化機能は使っていない |

問4 LIFE活用の実態

(1) 使用している介護ソフトを選んでください
 ※当てはまるもの全てに☑をしてください
 ※完全導入とは、事業所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、事業所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 HOPE LifeMark-WINCARE(富士通株式会社)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④ カイボケ(株式会社エス・エム・エス)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤ CAREKARTE(株式会社ケアコネクトジャパン)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥ カナミッククラウドサービス(株式会社カナミックネットワーク)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑦ 介護トータルシステム『寿』(株式会社南日本情報処理センター)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑧ ケア樹(株式会社グッドツリー)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑨ ナーシングネットプラスワン(プラスワンソリューションズ株式会社)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑩ その他
		ソフト名
		会社名

(2) LIFEの利用及び評価のために使った時間をご記入ください

		(所要時間)
①	LIFEの初期設定(インストールや管理職員・操作職員の登録等、初回のみ実施が必要な作業等)	分
②	利用者1人・1月あたりのLIFEへの入力に必要な状態の評価 ※LIFEへ入力する時間や介護ソフトに記録する時間は含みません	分
③	利用者1人・1月あたりの入力に要した時間(介護記録ソフトへの入力時間も含む)	分
④	利用者1人・1月あたりのフィードバック票の表示(印刷をしている場合は印刷も含む)	分
⑤	利用者1人・1月あたりのフィードバック票の読み取り・解釈	分

問5 科学的介護の実施

(1) LIFEの利用に当たって、開始した取組みを選んでください
※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | ① | LIFEの利活用を目的とした委員会やタスクフォース等の組織体制の構築 |
| <input type="checkbox"/> | ② | LIFEの利活用を目的とした多職種連携(アセスメントのための情報連携やLIFEのフィードバックの結果について多職種で議論する等) |
| <input type="checkbox"/> | ③ | LIFEの項目に準拠した利用者のアセスメント |
| <input type="checkbox"/> | ④ | LIFEの項目のアセスメント方法や利活用方法に関する職員への教育・研修 |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ | ICT環境(パソコン等の端末やインターネット環境等)の整備 |
| <input type="checkbox"/> | ⑥ | LIFEで収集した情報やフィードバック情報を利用した利用者の目標や提供サービスの見直し・変更 |
| <input type="checkbox"/> | ⑦ | LIFEのフィードバックの結果の利用者・家族への共有 |
| <input type="checkbox"/> | ⑧ | その他 () |
| <input type="radio"/> | ⑨ | 上記のいずれにも当てはまらない |

(2) LIFEのデータについて、どのような場で議論を行ったかを選んでください
※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | | |
|--------------------------|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | ① | 既存の委員会で議論した |
| <input type="checkbox"/> | ② | 新たに委員会等を設置の上、議論した |
| <input type="checkbox"/> | ③ | 委員会等の組織体以外で議論した |
| <input type="checkbox"/> | ④ | その他 () |
| <input type="radio"/> | ⑤ | 実施していない |

(3) LIFEのデータに関する議論は、どの程度の頻度で実施されていますか？
※問5(2)で①～④を選択された方にお聞きします。
※最も近いものを1つ選んでください

- | | | | |
|------|-----------------------|---|----------|
| (選択) | <input type="radio"/> | ① | 2週間に1回以上 |
| | <input type="radio"/> | ② | 1か月に1回程度 |
| | <input type="radio"/> | ③ | 2か月に1回程度 |
| | <input type="radio"/> | ④ | 3か月に1回程度 |
| | <input type="radio"/> | ⑤ | 不定期 |
| | <input type="radio"/> | ⑥ | その他 () |

(4) LIFE導入前後を比較した際に見られた変化について当てはまるものを選んでください
※当てはまるもの全てに☑をしてください

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | ① | LIFEの利用により、これまで把握していなかった利用者の状態も把握できるようになった |
| <input type="checkbox"/> | ② | LIFE導入前後で介護の質の向上がみられた |
| <input type="checkbox"/> | ③ | LIFE導入前後で事業所職員に介護の質に対する意識変化があった |
| <input type="checkbox"/> | ④ | 利用者の経時的な状態変化等を分析するようになった |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ | 利用者の課題や問題把握が明確になった |
| <input type="checkbox"/> | ⑥ | LIFEの利用により、職員間での利用者の状態の評価が統一された |
| <input type="checkbox"/> | ⑦ | 多職種が連携してケアを行うようになった |
| <input type="checkbox"/> | ⑧ | 提供するケアを見直す頻度が高まった |
| <input type="checkbox"/> | ⑨ | 提供するケアに関する施設・事業所の方針が明確になった |
| <input type="checkbox"/> | ⑩ | 提供するケアに関する目標・目標値を定めるようになった |
| <input type="checkbox"/> | ⑪ | その他 () |
| <input type="radio"/> | ⑫ | わからない |
| <input type="radio"/> | ⑬ | 特に効果は感じていない |

問6 貴事業所について

- (1) 貴事業所の職員数を職種ごとにご記入ください
 ※法人ではなく、事業所内の人数を記載してください
 ※小数点第1位までを記載してください

	常勤換算人数	
① 医師		人
② 歯科医師		人
③ 歯科衛生士		人
④ 薬剤師		人
⑤ 看護職員		人
⑥ 介護職員(介護福祉士除く)		人
⑦ 理学療法士		人
⑧ 作業療法士		人
⑨ 言語聴覚士		人
⑩ 管理栄養士		人
⑪ 栄養士(管理栄養士除く)		人
⑫ 介護支援専門員		人
⑬ 介護福祉士		人
⑭ 社会福祉士		人
⑮ 精神保健福祉士		人
⑯ 公認心理師		人
⑰ 相談員(⑫⑭⑮以外)		人
⑱ その他の職員		人
その他の職員の内訳()		

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。

**「令和6年度介護報酬改定におけるLIFEの見直し項目及び
LIFEを活用した質の高い介護の更なる推進に資する調査研究事業」
【LIFE関連加算未算定事業所票(案)】**

■ご記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は●●の方がご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、令和7年●月1日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7年●月●日(●)までにご回答いただき、「調査実施のお願い」に記載の方法で提出してください。

■調査に関するお問い合わせ先

「令和6年度介護報酬改定におけるLIFEの見直し項目及びLIFEを活用した質の高い介護の更なる推進に資する調査研究事業」事務局

電話:xxxx-xxx-xxx (平日 x:xx~xx:xx)

◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎

メール:xx@xx.xx.xx

問1 使用している介護ソフト

- (1) 使用している介護ソフトを選んでください
 ※当てはまるもの全てに☑をしてください
 ※完全導入とは、事業所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、事業所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 HOPE LifeMark-WINCARE(富士通株式会社)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④ カイボケ(株式会社エス・エム・エス)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤ CAREKARTE(株式会社ケアコネクトジャパン)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥ カナミッククラウドサービス(株式会社カナミックネットワーク)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑦ 介護トータルシステム『寿』(株式会社南日本情報処理センター)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑧ ケア樹(株式会社グッドツリー)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑧ ナーシングネットプラスワン(プラスワンソリューションズ株式会社)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑨ その他
○		ソフト名
		会社名
		⑩ 介護ソフトは使用していない

- (2) 使用している介護ソフトのLIFE対応状況を教えてください

(選択)	① 完全に対応している
	② 一部対応している
	③ 全く対応していない
	④ わからない

問2 利用者および自事業所に関するデータ分析内容

- (1) 利用者の状態の評価の実施状況を教えてください

(選択)	① 評価している
	② 評価していない

<p>評価している利用者の状態の内容を教えてください ※問2(1)で①を選択された方にお聞きします ※当てはまるもの全てに☑をしてください</p>	
<input type="checkbox"/>	① 利用者のADL(日常生活動作、食事・移乗・歩行・更衣・排泄・トイレ動作等)
<input type="checkbox"/>	② 利用者のIADL(手段的ADL、洗濯・掃除・買物・外出・趣味・公共機関の利用等)
<input type="checkbox"/>	③ 利用者の認知機能
<input type="checkbox"/>	④ 利用者の認知症の行動・心理症状(BPSD)
<input type="checkbox"/>	⑤ 利用者の意欲
<input type="checkbox"/>	⑥ 利用者の栄養状態
<input type="checkbox"/>	⑦ 利用者の口腔・嚥下機能
<input type="checkbox"/>	⑧ 利用者の褥瘡の状態
<input type="checkbox"/>	⑨ 利用者の日中の活動(離床時間/外出回数/居室以外における滞在時間)
<input type="checkbox"/>	⑩ 利用者の服薬状況
<input type="checkbox"/>	⑪ その他 ()
<p>(3) 事業所内の委員会等での利用者情報等の議論状況を教えてください ※問2(1)で①を選択された方にお聞きします ※当てはまるもの全てに☑をしてください</p>	
<input type="checkbox"/>	① 委員会で議論した
<input type="checkbox"/>	② 委員会等の組織体以外で議論した
<input type="checkbox"/>	③ その他 ()
<input type="radio"/>	④ 実施していない
<p>(4) 事業所内の委員会等での利用者情報等の議論の実施頻度を教えてください ※問2(3)で①～③を選択された方にお聞きします ※当てはまるもの全てに☑をしてください</p>	
(選択)	① 2週間に1回以上
	② 1か月に1回程度
	③ 2か月に1回程度
	④ 3か月に1回程度
	⑤ 不定期
	⑥ その他 ()

(5) 利用者状態の評価に際し、現在計測・収集している項目があれば選んでください
 ※当てはまるもの全てに☑をしてください

<input type="checkbox"/>	① 要介護度
<input type="checkbox"/>	② 障害高齢者の日常生活自立度
<input type="checkbox"/>	③ 認知症高齢者の日常生活自立度
<input type="checkbox"/>	④ ADL
<input type="checkbox"/>	⑤ 身長/体重
<input type="checkbox"/>	⑥ 低栄養状態のリスクレベル
<input type="checkbox"/>	⑦ 栄養補給法
<input type="checkbox"/>	⑧ 食事形態
<input type="checkbox"/>	⑨ とろみ
<input type="checkbox"/>	⑩ 食事摂取量
<input type="checkbox"/>	⑪ 必要栄養量
<input type="checkbox"/>	⑫ 提供栄養量
<input type="checkbox"/>	⑬ 褥瘡
<input type="checkbox"/>	⑭ 義歯の使用
<input type="checkbox"/>	⑮ むせ
<input type="checkbox"/>	⑯ 歯の汚れ
<input type="checkbox"/>	⑰ 歯肉の腫れ・出血
<input type="checkbox"/>	⑱ 認知症の診断(アルツハイマー病/血管性認知症/レビー小体病/その他)
<input type="checkbox"/>	⑲ 生活・認知機能尺度
<input type="checkbox"/>	⑳ Vitality index(意思疎通)
<input type="checkbox"/>	㉑ 診断名
<input type="checkbox"/>	㉒ 服薬情報
<input type="checkbox"/>	㉓ IADL
<input type="checkbox"/>	㉔ 基本動作(起居動作)「寝返り、起き上がり、座位、立ち上がり、立位」
<input type="checkbox"/>	㉕ 水分関係(浮腫・脱水)
<input type="checkbox"/>	㉖ おむつ、ポータブルトイレ、尿道カテーテルの使用
<input type="checkbox"/>	㉗ QOL(EQ-5D、ASCOT、HRQoL等)
<input type="checkbox"/>	㉘ 痛み(NRS、VAS等)
<input type="checkbox"/>	㉙ 睡眠の質や量
<input type="checkbox"/>	㉚ 聴力
<input type="checkbox"/>	㉛ 改定長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)
<input type="checkbox"/>	㉜ MMSE(ミニメンタルステート検査)
<input type="checkbox"/>	㉝ その他 ()
<input type="radio"/>	㉞ 特に収集している指標はない

問3 これまでの利用者または家族への説明

(1) 状態を評価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説明したことはありますか

- | | |
|------|-------------------------------|
| (選択) | <input type="checkbox"/> ① ある |
| | <input type="checkbox"/> ② ない |

(2) 実施頻度を教えてください
 ※問3(1)で①を選択された方にお聞きます

- | | |
|------|---|
| (選択) | <input type="checkbox"/> ① 現在、定期的実施している → 年()回程度 |
| | <input type="checkbox"/> ② 現在、不定期に実施している |
| | <input type="checkbox"/> ③ 過去に、定期的実施していた |
| | <input type="checkbox"/> ④ 過去に、不定期に実施していた |
| | <input type="checkbox"/> ⑤ その他 () |

(3) 説明対象者を教えてください ※問3(1)で①を選択された方にお聞きます ※当てはまるもの全てに☑をしてください	
<input type="checkbox"/>	① 利用者本人
<input type="checkbox"/>	② 利用者の家族
<input type="checkbox"/>	③ その他 ()
(4) 説明している内容を教えてください ※問3(1)で①を選択された方にお聞きます ※当てはまるもの全てに☑をしてください	
<input type="checkbox"/>	① 利用者のADL(日常生活動作、食事・移乗・歩行・更衣・排泄・トイレ動作等)
<input type="checkbox"/>	② 利用者のIADL(手段的ADL、洗濯・掃除・買物・外出・趣味・公共機関の利用等)
<input type="checkbox"/>	③ 利用者の認知機能
<input type="checkbox"/>	④ 利用者の認知症の行動・心理症状(BPSD)
<input type="checkbox"/>	⑤ 利用者の意欲
<input type="checkbox"/>	⑥ 利用者の栄養状態
<input type="checkbox"/>	⑦ 利用者の口腔・嚥下機能
<input type="checkbox"/>	⑧ 利用者の褥瘡の状態
<input type="checkbox"/>	⑨ 利用者の日中の活動(離床時間/外出回数/居室以外における滞在時間)
<input type="checkbox"/>	⑩ 利用者の服薬状況
<input type="checkbox"/>	⑪ その他 ()
問4 ケアの質の向上に向けたPDCAサイクルの取組状況	
(1) ケアの質の向上に向けたPDCAサイクルの取組において、貴事業所で実施していることを教えてください ※当てはまるもの全てに☑をしてください	
<input type="checkbox"/>	① 利用者の状態の評価や介入について考える意識付けを実施
<input type="checkbox"/>	② 全ての利用者について状態の評価を実施している
<input type="checkbox"/>	③ 利用者の状態の評価方法を統一している
<input type="checkbox"/>	④ 利用者の状態の評価を十分な頻度で実施している
<input type="checkbox"/>	⑤ 利用者の問題点や課題を把握している
<input type="checkbox"/>	⑥ 利用者の状態の評価結果を多職種で共有している
<input type="checkbox"/>	⑦ 利用者の経時的な状態変化等を分析している
<input type="checkbox"/>	⑧ 多職種での利用者の状態の評価を実施している
<input type="checkbox"/>	⑨ ケアの質の向上に関する事業所の方針が策定さ
<input type="checkbox"/>	⑩ ケア計画の見直しにむけた指標(KPI)を設定している
<input type="checkbox"/>	⑪ その他 ()
<input type="radio"/>	⑫ 取組は実施していない
(2) ケアの質の向上に向けたPDCAサイクルの取組における課題を教えてください ※当てはまるもの全てに☑をしてください	
<input type="radio"/>	① 特に課題はない
<input type="checkbox"/>	② 利用者の状態の評価や介入について考える意識付けができていない
<input type="checkbox"/>	③ 全ての利用者について状態の評価をしているわけではない
<input type="checkbox"/>	④ 利用者の状態の評価方法が統一されていない
<input type="checkbox"/>	⑤ 利用者の状態の評価頻度が少ない
<input type="checkbox"/>	⑥ 利用者の問題点や課題を十分に把握できていない
<input type="checkbox"/>	⑦ 利用者の状態の評価結果を多職種で共有していない
<input type="checkbox"/>	⑧ 利用者の経時的な状態変化等を分析できていない
<input type="checkbox"/>	⑨ 多職種での利用者の状態の評価が実施できていない
<input type="checkbox"/>	⑩ ケアの質の向上に関する事業所の方針が策定されていない
<input type="checkbox"/>	⑪ ケア計画の見直しにむけた指標(KPI)が設定されていない
<input type="checkbox"/>	⑫ 利用者の状態の評価方法がわからない
<input type="checkbox"/>	⑬ その他 ()

問5 LIFE関連加算算定の課題	
(1) 今後のLIFE関連加算の算定意向を教えてください	
(選択)	<input type="checkbox"/> ① 算定する予定である <input type="checkbox"/> ② 算定したいが課題があり算定できていない <input type="checkbox"/> ③ 算定したいと思わない
(2) LIFEを利用していない理由を教えてください ※問5(1)で②もしくは③とご回答した方にお聞きします ※当てはまるもの全てに☑をしてください	
<input type="checkbox"/>	① 利用申請の方法など、LIFEシステムの利用開始までの手順がわからない
<input type="checkbox"/>	② LIFEやLIFE関連加算についてよく知らない
<input type="checkbox"/>	③ LIFEやLIFE関連加算の意義を理解できない
<input type="checkbox"/>	④ 職員の理解が得られない
<input type="checkbox"/>	⑤ LIFE関連加算の算定要件が複雑で理解できない
<input type="checkbox"/>	⑥ 算定するために提供が必要な利用者のアセスメントが難しい
<input type="checkbox"/>	⑦ 算定するために必要な利用者のアセスメントにかかる負担が大きい
<input type="checkbox"/>	⑧ 算定するために必要な情報をアセスメントできない利用者がある
<input type="checkbox"/>	⑨ LIFE関連加算で求められるものとは異なる独自のアセスメント方式を使用している
<input type="checkbox"/>	⑩ アセスメントした情報を情報提供のために集約する負担が大きい
<input type="checkbox"/>	⑪ アセスメントした情報をLIFEシステムに入力する負担が大きい
<input type="checkbox"/>	⑫ LIFEシステムに対してデータ連携が可能な介護ソフトを導入していない
<input type="checkbox"/>	⑬ 使用している介護ソフトからLIFEへデータ連携を行う方法が難しい
<input type="checkbox"/>	⑭ LIFEへの提出情報とフィードバック情報を活用したPDCAサイクルによるサービスの質の管理が難しい
<input type="checkbox"/>	⑮ 利用者や家族の同意が得られない
<input type="checkbox"/>	⑯ LIFE関連加算の単位数が少ない
<input type="checkbox"/>	⑰ LIFE関連加算の算定に向けた教育・研修を実施できない
<input type="checkbox"/>	⑱ 加算の算定可否は法人本部が判断している(回答主体の事業所は判断できる立場にない場合に選択)
<input type="checkbox"/>	⑲ その他 ()
<input type="radio"/>	⑳ わからない

問6 貴事業所について

- (1) 貴事業所の職員数を職種ごとにご記入ください
 ※法人ではなく、事業所内の人数を記載してください
 ※小数点第1位までを記載してください

	常勤換算人数	
① 医師		人
② 歯科医師		人
③ 歯科衛生士		人
④ 薬剤師		人
⑤ 看護職員		人
⑥ 介護職員(介護福祉士除く)		人
⑦ 理学療法士		人
⑧ 作業療法士		人
⑨ 言語聴覚士		人
⑩ 管理栄養士		人
⑪ 栄養士(管理栄養士除く)		人
⑫ 介護支援専門員		人
⑬ 介護福祉士		人
⑭ 社会福祉士		人
⑮ 精神保健福祉士		人
⑯ 公認心理師		人
⑰ 相談員(⑫⑭⑮以外)		人
⑱ その他の職員		人
その他の職員の内訳()

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。