

リハビリテーション専門職と介護職との連携に関する調査研究事業の 調査検討組織 設置要綱

1. 設置目的

（株）三菱総合研究所は「リハビリテーション専門職と介護職との連携に関する調査研究事業」の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおりリハビリテーション専門職と介護職との連携に関する調査研究事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

- （1）本調査検討組織は、国立社会保障・人口問題研究所 川越雅弘氏を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- （2）委員長が必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討組織の運営

- （1）調査検討組織の運営は、（株）三菱総合研究所が行う。
- （2）前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

リハビリテーション専門職と介護職との連携に関する調査研究事業の 調査検討組織 委員等

委員長	川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 企画部 第一室長）
委員	伊藤 隆夫（一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会 会長）
	因 利恵（日本ホームヘルパー協会 会長）
	大河内 二郎（公益社団法人 全国老人保健施設協会 研修委員長）
	太田 秀樹（一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長）
	谷 隆博（一般社団法人 日本作業療法士協会 理事）
	中林 弘明（一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事）
	松井 一人（公益社団法人 日本理学療法士協会 理事）
	山口 勝也（一般社団法人 日本言語聴覚士協会 理事）

（敬称略、50音順）

【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局 老人保健課 医療・介護連携技術推進官 逢坂悟郎
- 厚生労働省 老健局 老人保健課課長補佐 鶴田真也
- 厚生労働省 老健局 老人保健課主査 村上有佳
- 厚生労働省 老健局 老人保健課主査 米倉なほ
- 厚生労働省 老健局 振興課 基準第一係長 松山政司
- 厚生労働省 老健局 振興課 基準第二係長 服部剛

リハビリテーション専門職と介護職との連携に関する調査研究事業（案）

1. 調査の目的

生活機能向上連携加算および訪問介護連携加算を算定している事業所のサービス提供に係る具体的な取組み内容を把握するとともに、平成24年度介護報酬改定が職種間・サービス間の連携を促進させ、サービス内容の改善に反映されているかの検証を行い、次期報酬改定における検討のためのデータの収集を目的とする。

2. 調査客体

○アンケート調査

- ・生活機能向上連携加算の算定実績のある訪問介護事業所全数
- ・訪問介護連携加算の算定実績のある訪問リハビリテーション事業所全数
- ・居宅介護支援事業所（抽出）（1,000カ所）

○ヒアリング調査

- ・訪問介護事業所、訪問リハビリテーション事業所、居宅介護支援事業所（訪問介護連携加算・生活機能向上連携加算の利用者あり・なし）各20カ所 の計80カ所

3. 主な調査項目

- ・事業所の属性（法人種類、利用者数、併設施設、職員体制 等）
- ・加算算定利用者の状態像
- ・リハ職と介護職の連携内容・方法、連携による効果・課題、連携に関する評価等

4. 調査内容（調査票種類、調査内容等）

アンケート調査は事業所票および利用者票とで構成され、事業所票では事業所の特性について把握する。利用者票では加算算定利用者の状況について個別に把握する。

ヒアリング調査は、加算算定事業所からは特に効果的に連携が図れた個別事例やその具体的な情報を収集し、アンケート調査では把握困難であった質的内容を把握する。加算未算定事業所からは、加算取得の障壁・問題点について情報収集する。

5. 調査方法（郵送調査等）

アンケート調査は、郵送配布および郵送回収。

ヒアリング調査は、加算算定事業所については加算を取得し連携をはかっている訪問リハ事業所、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所の3事業所をセットで実施する。加算未算定事業所については調査票に回答のあった事業所のうち協力の得られる事業所等にヒアリングを実施する。

リハビリテーション専門職と介護職との連携に関する調査【訪問介護】 【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- この調査票は、**貴事業所のサービス提供責任者または訪問介護員の方が**必要に応じ事務職員とも相談の上、ご記入下さい。この調査票は訪問介護のみについてご記入ください。
- 特に指定の無い限り、**2013年10月1日時点の状況についてご回答下さい。**
- 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ()の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- 数字を記入する欄が0（ゼロ）の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- サービス名称は略称（リハビリテーション→リハ等）で記載しています。
- 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2013年★月★日（★）までにご返送下さい。**

■調査に関するお問い合わせ先・返送先

「リハビリテーション専門職と介護職との連携に関する調査」事務局

（担当：松野・中尾・赤木・松下）

電話：★-★-★（平日9時30分～17時30分） ●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい ●

FAX：03-5157-2143（24時間受付）

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

三菱総合研究所 人間・生活研究本部 ヒューマン・ケアグループ内

ご記入者名	(事業所名：)
ご連絡先	電話： FAX：

【2013年10月1日時点】

(1) 基本情報

① 所在地	()都・道・府・県()市・区・町・村						
② 法人種類	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()						
③ 開設年月	西暦 ()年()月						
④ 要介護度別実利用者数 【2013年9月中】 ※介護予防訪問介護も実施している場合は、要支援者数もご記入ください	要支援者数	要介護者数					
	(要支援1・2)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	()人	()人	()人	()人	()人	()人	()人

利用者実人数は、利用した個人を特定した人数になります。

例) Aさん、Bさん、Cさんがその月に利用している場合→実人数3人

⑤ 要介護度別延べ利用者数 【2013年9月中】 ※介護予防訪問介護も実施している場合は、要支援者数もご記入ください	延べ要支援者数	延べ要介護者数					
	(要支援1・2)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	()人	()人	()人	()人	()人	()人	()人

利用者延べ人数は、同一の人が何回も含まれていても、それぞれを一単位として数えた人数になります。

例) 1日目にAさん・Bさん(計2人)、2日目にAさん・Cさん・Dさん(計3人)、3日にBさん・Dさん(計2人)が利用している場合
→延べ人数は 2人+3人+2人=7人

⑥事業所を運営する法人等 が同一または隣接市町村 で実施する医療・介護サー ビス (介護予防も含みます。 自事業所分は除いて回答 してください。複数回答可)	1. 病院	2. 診療所	4. 老健	5. 介護療養型医療施設
	3. 特養(地域密着型を含む)	6. 訪問介護	7. 訪問入浴介護	8. 訪問看護
	10. 通所介護	11. 通所リハ	12. ショートステイ	
	13. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウス)			
	14. サービス付き高齢者住宅		15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
	16. 認知症対応型通所介護		17. 小規模多機能型居宅介護	
	18. 認知症対応型共同生活介護	19. 複合型サービス		
	20. 居宅介護支援	21. その他()		

(2)加算等の算定状況 2013年9月実績

①生活機能向上連携加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
②特定事業所加算	1. 算定あり→a. 特定事業所加算(Ⅰ) b. 特定事業所加算(Ⅱ) c. 特定事業所加算(Ⅲ)	2. 算定なし
③特別地域訪問介護加算	1. 算定あり	2. 算定なし
④緊急時訪問介護加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし

(3)職員体制 (2013年10月1日の状況)

※訪問介護に従事する職員(兼務も含む) ※主として従事している職種にいずれか1つに分類してください。

	実人数		常勤換算		実人数		常勤換算
	常勤	非常勤	合計人数		常勤	非常勤	合計人数
訪問介護員	人	人	人	事務職員	人	人	人
うちサービス 提供責任者	人	人	人	その他	人	人	人

※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

※常勤換算数の計算方法: 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上して下さい。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。

【換算数】=[職員の1週間の勤務時間]÷[事業所が定めている1週間の勤務時間]

例1)事業所が週40時間と決めている場合で、週に16時間勤務している非常勤者の場合、16/40=0.4となります。

例2)事業所が週38時間と決めている場合で、週に8時間勤務している非常勤者の場合、8/38=0.21=0.2(四捨五入)となります。

(4)生活機能向上連携に係る内容

① 加算導入以前から、訪問リハの リハ職と同行訪問をした事例が 過去にあるか	1. ある	2. ない
② 訪問リハ事業所と連携する上 で特に苦労していること (複数回答可)	1. 訪問介護計画策定前の担当者間の調整 2. 訪問介護計画策定時の目標設定やサービス内容の調整 3. 訪問介護計画策定後の担当者間の連絡・調整 4. 担当者間の情報共有 5. その他()	
③ 訪問リハのリハ職との同行訪 問を行ったうえでサービス提 供をしたが、「生活機能向上 連携加算」の算定に至らな かったケースがあるか	1. ある	2. ない
	【件数】 2012年4月～現在まで	()件
	【理由】 (複数回答可)	a. 利用者・家族の費用負担が発生するため b. 算定に関わる手続きが煩雑なため c. その他 ()

■■■ご協力ありがとうございました■■■

(12) 医療・ケア職による対応の必要性の有無	1. あり 2. なし
「1. あり」の場合の内容(複数回答可)	1. 注射・点滴の管理 2. 中心静脈栄養の管理 3. 透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理 4. ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター（人工呼吸器）の管理 7. 気管切開のケア 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む） 10. 喀痰吸引 11. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） 12. じょくそうの処置 13. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等） 14. 服薬管理 15. その他（ ）
(13) 痛みの有無	1. 日常生活に支障のある痛みがある 2. ない
(14) 世帯構成	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居
「3. その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者（65歳以上）のみ 2. それ以外
(15) 介護者の有無	1. あり → 主介護者： _____ 2. なし
(16) 介護力	1. 介護できるものがある 2. 時間帯によっては介護できるものがある 3. 介護できるものがない
(17) 現在の住まい	1. 一戸建て 2. 集合住宅
(18) 住居の形態	1. 持家 2. 民間賃貸住宅 3. 公営賃貸住宅（市・県営、都市機構、公社等） 4. 借間 5. その他（ ）
(19) 現在利用している訪問介護サービス内容	1. 身体介護 2. 生活援助 3. 通院等乗降加算
(20) 現在利用しているサービス（当該サービスも含む・居宅介護支援以外）	①. 訪問介護 2. 訪問入浴介護 3. 訪問看護 4. 訪問リハ 5. 居宅療養管理指導 6. 通所介護 7. 通所リハ 8. 短期入所生活介護 9. 短期入所療養介護 10. 福祉用具貸与 11. 特定福祉用具販売 12. 住宅改修 13. 認知症対応型通所介護 14. 特定施設入居者生活介護 15. その他（ ）
(21) 現在（過去1ヶ月間）の受診の有無	1. あり 2. なし
「1. あり」と回答した場合、受診回数	通院： _____ 回/月 訪問診療（往診）： _____ 回/月
(22) 現在（過去1ヶ月間）の保険外のサービス利用の有無	1. あり 2. なし
「1. あり」と回答した場合、具体的なサービス	1. 配食サービス 2. 外出支援・移送サービス（例：介護タクシー等） 3. 生活支援サービス（例：買い物、草むしり等） 4. 紙おむつの支給・おむつ代の助成 5. 訪問理美容サービス 6. 民生委員による訪問 7. 緊急通報システム 8. 友愛訪問（老人クラブ、社協等） 9. 見守り支援・安否確認 10. 家族支援サービス 11. その他（ ）
(23) 訪問介護サービスを利用する前の居所	1. 自宅 2. 介護老人福祉施設 3. 介護老人保健施設 4. 病院 5. その他（ ）

(24) 利用者が利用している福祉用具の有無	1. あり	2. なし
「1. あり」と回答した場合、利用者が利用していた福祉用具の種類（複数回答可）	1. 車いす	2. 特殊寝台（電動ベッド等） 3. 歩行補助つえ 4. 歩行器 5. その他（ ）
(25) 住宅改修の有無と場所	1. あり → 場所（ ） 2. なし	

■ 訪問リハビリテーション職員（以下、リハ職）との連携の理由や連携者の所属についてお聞きします					
(26) 連携先の訪問リハ事業所	1. 同一法人で併設の事業所 2. 同一法人で併設以外の事業所 3. 他法人で近隣の事業所 4. 他法人で近隣以外の事業所				
(27) 連携先の居宅介護支援事業所	1. 同一法人で併設の事業所 2. 同一法人で併設以外の事業所 3. 他法人で近隣の事業所 4. 他法人で近隣以外の事業所				
(28) リハ職との連携を提案した人（主要な人1人のみ）	1. ケアマネジャー 2. 訪問介護事業所担当者 3. 訪問リハ事業所担当者 4. 主治医 5. 経営主体の法人 6. 利用者または家族 7. その他 ()				
(29) 上記の提案者が、リハ職との連携を提案した理由（複数回答可）	1. ADLの低下や転倒不安感の増強などがみられたから 2. 利用者・家族の希望があったため 3. 訪問介護・訪問リハの連携により、より質の高いサービスが提供できると考えられたため 4. リハ職による本人への助言が必要と考えたから 5. リハ職による家族への介護方法の助言が必要と考えたから 6. リハ職による動作の確認が必要と考えたから 7. 介護方法について、ヘルパーから助言を望む声があったから 8. 経営上の理由によるもの 9. その他 ()				
(30) 連携開始時（導入時）における、連携に対する各関係者の反応 （各自の当初の状況をお選びください。複数の人がいる場合は、全体的な傾向をお選びください。）		1. 非常に 積極的だった	2. やや積極的 だった	3. あまり 積極的では なかった	4. 消極的 だった
	あなた自身	1	2	3	4
	利用者本人	1	2	3	4
	家族	1	2	3	4
	リハ職	1	2	3	4
ケアマネジャー	1	2	3	4	

■ リハ職、ケアマネジャーとの情報のやりとりについて	
(31) リハ職に提供した書類 (複数回答可)	1. アセスメントシート 2. 訪問介護計画書 3. モニタリング実施記録票(モニタリング内容等) 4. サービス実施報告書(訪問介護サービス実施結果等) 5. サービス評価記録票(訪問介護サービスの評価結果等) 6. その他()
(32) リハ職から提供を受けた 書類(複数回答可)	1. アセスメントシート 2. リハビリテーション実施計画書 3. 担当医からのリハビリテーション指示書 4. モニタリング実施記録票 5. その他()
(33) リハ職との情報共有の方法 (主なもの)	1. 電話 2. メール 3. 訪問 4. その他()
(34) ケアマネジャーに提供した 書類(複数回答可)	1. アセスメントシート 2. 訪問介護計画書 3. モニタリング実施記録票(モニタリング内容等) 4. サービス実施報告書(訪問介護サービス実施結果等) 5. サービス評価記録票(訪問介護サービスの評価結果等) 6. その他()
(35) ケアマネジャーから提供を 受けた書類(複数回答可)	1. アセスメントシート 2. 居宅介護サービス計画書 第1表 3. 居宅介護サービス計画書 第2表(課題・目標・援助内容等) 4. サービス担当者会議の要点 5. サービス利用票(兼居宅サービス計画) 6. 以前入所していた介護老人保健施設からの情報提供書 7. 以前入院していた病院からの情報提供書 8. その他()
(36) ケアマネジャーとの情報共 有の方法(主なもの)	1. 電話 2. メール 3. 訪問 4. その他()
(37) ケアマネジャーが策定した 居宅サービス計画書(第2 表)に記載されていた課題	(居宅サービス計画書(第2表)で設定された課題を簡単にご記入ください)

■ 貴事業所で作成している個別援助計画についてお聞きします

(38) 個別援助計画書で設定した課題・短期目標・短期目標の達成状況

※個別援助計画書の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での短期目標の達成状況を評価して下さい。

個別援助計画策定 年月日	西暦_____年_____月_____日
課題（最も重要と考えた課題1つ）	
その課題に対する本人の意向 （〇〇まで出来るようになりたいなど）	
最も重要と考えた課題に対する短期目標	
短期目標達成に向けて実施した内容	
短期目標の達成状況（最も近いものに○）	1. ほぼ達成できた 2. 達成までには至っていないが、目標設定時よりは改善の傾向にある 3. あまり達成できなかった
	上記で「1.」ないし「2.」を選択された方に伺います。 達成できた内容を具体的に記入して下さい（例：外出頻度が増えたなど）。
	上記で「2.」ないし「3.」を選択された方に伺います。 どの部分が達成できなかったのか、また、何故達成できなかったのかを具体的に記入して下さい。

■ 同行訪問実施後の状況についてお聞きします	
(45) 同行訪問前に行っていた介助内容 (複数回答可)	1. 排泄介助 2. 食事介助 3. 清拭・入浴介助 4. 身体整容・更衣介助 5. 体位変換介助 6. 移乗介助 7. 移動介助 8. 通院・外出介助 9. 起床・就寝介助 10. 服薬介助 11. 生活援助
(46) 同行訪問後に行っている介助内容 (複数回答可)	1. 排泄介助 2. 食事介助 3. 清拭・入浴介助 4. 身体整容・更衣介助 5. 体位変換介助 6. 移乗介助 7. 移動介助 8. 通院・外出介助 9. 起床・就寝介助 10. 服薬介助 11. 生活援助
(47) 同行訪問前後で、訪問介護計画における目標部分に変更はあったか。あった場合は何か。	1. あり 2. なし
	(「1. あり」の場合は、その具体的内容についてご記入ください)
(48) 同行訪問前後で、介助の仕方 や範囲を変えた部分がある か。あった場合は何か。	1. あり 2. なし
	(「1. あり」の場合は、その具体的内容についてご記入ください) ※例：浴槽に入る場合に介助していたものを、見守りに変えた。
(49) リハ職の助言により、新たな 福祉用具の導入・変更や、住 宅改修の変更などがあつた か。あつた場合は何か。	1. あり 2. なし
	(「1. あり」の場合は、その具体的内容についてご記入ください)
(50) リハ職の助言により、家族の 介護方法などに変化はあつた か。あつた場合は何か。	1. あり 2. なし
	(変化があつた場合は、その具体的内容についてご記入ください)

■ 連携に対する評価についてお聞きします	
(51) 訪問リハと訪問介護との連携したサービス提供による利用者への効果 (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者のADLや自立に対する理解度が高まった 2. 利用者の活動性が向上した 3. 利用者の身体状態が改善（または悪化防止）した 4. 利用者・家族が意欲的になった 5. 利用者・家族のサービス満足度が上昇した 6. 家族の介護方法が変化した 7. その他（ ）
(52) 訪問リハと訪問介護との連携したサービス提供による訪問介護員への効果 (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 以前より、生活行為（入浴、調理など）のどの部分を支援すべきかが理解できるようになった 2. 以前より、生活行為に対するアセスメント力が向上した 3. 支援内容や方法がかわった（より自立を支援する方に） 4. 介助する時間が減った 5. 以前より、利用者に安全に関われるようになった 6. 以前より、利用者との関係性が良好になった 7. 以前より、リハ職に様々な相談をもちかけるようになった 8. 以前より、リハ職が身近な存在になった 9. その他（ ）
(53) リハ職による介助の仕方や範囲の助言内容に対する評価 (あなたからみた評価をご記入ください)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 非常に良かった 2. やや良かった 3. あまり良くなかった 4. 良くなかった 5. 助言はなかった
(54) リハ職による新たな福祉用具の導入・変更や、住宅改修の助言内容に対する評価 (あなたからみた評価をご記入ください)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 非常に良かった 2. やや良かった 3. あまり良くなかった 4. 良くなかった 5. 助言はなかった
(55) リハ職による家族の介護方法の助言内容に対する評価 (あなたからみた評価をご記入ください)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 非常に良かった 2. やや良かった 3. あまり良くなかった 4. 良くなかった 5. 助言はなかった
(56) 加算算定上で苦勞したこと (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者・家族に、加算の内容に関する理解が得られにくかった 2. 利用者・家族に、利用料が増えることに関する理解が得られにくかった 3. 利用者・家族に、訪問介護サービスの内容等を強化することに関する理解が得られにくかった 4. 関係者間の日程調整の時間を要した 5. 訪問介護サービス内容の変更が困難であった 6. 訪問介護と訪問リハの方針が異なっており、調整が困難であった。 7. サービス提供責任者の同行訪問の負担が大きかった 8. 事務手続きや書類作成の負担が大きかった 9. その他（ ）

■■■ご協力ありがとうございました■■■

リハビリテーション専門職と介護職との連携に関する調査
【訪問リハビリテーション】
【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ の調査票は、**貴事業所の事務職員の方が**必要に応じリハビリテーション担当職員とも相談の上、ご記入下さい。この調査票は訪問リハビリテーションのみについてご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、**2013年10月1日時点の状況について**ご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ () の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0（ゼロ）の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ サービス名称は略称（リハビリテーション→リハ等）で記載しています。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2013年★月★日（★）までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先・返送先

「リハビリテーション専門職と介護職との連携に関する調査」事務局

(担当：松野・中尾・赤木・松下)

電話：★-★-★（平日9時30分～17時30分）●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●

FAX：03-5157-2143（24時間受付）

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

三菱総合研究所 人間・生活研究本部 ヒューマン・ケアグループ内

ご記入者名	(事業所名：)
ご連絡先	電話： FAX：

【2013年10月1日時点】

(1)基本情報

①所在地	()都・道・府・県()市・区・町・村						
②法人種類	1. 公立(都道府県・市区町村)		2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く)				
	3. 社会福祉協議会		4. 医療法人		5. 社団・財団法人		
	6. 営利法人(株式会社、有限会社)		7. 特定非営利活動法人				
	8. その他()						
③開設年月	西暦 ()年()月						
④要介護度別実利用者数【2013年9月中】 ※介護予防訪問リハも実施している場合は、要支援者数もご記入ください	要支援者数	要介護者数					
	(要支援1・2)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	()人	()人	()人	()人	()人	()人	()人

利用者実人数は、利用した個人を特定した人数になります。

例) Aさん、Bさん、Cさんがその月に利用している場合→実人数3人

⑤要介護度別延べ利用者数【2013年9月中】 ※介護予防訪問リハも実施している場合は、要支援者数もご記入ください	延べ要支援者数	延べ要介護者数					
	(要支援1・2)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	()人	()人	()人	()人	()人	()人	()人

利用者延べ人数は、同一の人が何回も含まれていても、それぞれを一単位として数えた人数になります。

例) 1日目にAさん・Bさん(計2人)、2日目にAさん・Cさん・Dさん(計3人)、3日にBさん・Dさん(計2人)が利用している場合
→延べ人数は 2人+3人+2人=7人

【訪問リハビリテーション】

⑥事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス（介護予防も含まれます。自事業所分は除いて回答してください。複数回答可）	1. 病院	2. 診療所	4. 老健	5. 介護療養型医療施設
	3. 特養（地域密着型を含む）	6. 訪問介護	7. 訪問入浴介護	8. 訪問看護
	9. 訪問リハ	10. 通所介護	11. 通所リハ	12. ショートステイ
	13. 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス）	14. サービス付き高齢者住宅	15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	16. 認知症対応型通所介護
	17. 認知症対応型共同生活介護	18. 認知症対応型共同生活介護	19. 複合型サービス	20. 居宅介護支援
	21. その他（			）

(2)加算等の算定状況 2013年9月実績

①サービス提供体制強化加算	1. 算定あり	2. 算定なし
②短期集中リハビリテーション実施加算 （退院・退所日又は要介護認定を受けた日から1月以内）	1. 算定あり→（ ）件	2. 算定なし
③短期集中リハビリテーション実施加算 （退院・退所日又は要介護認定を受けた日から1月超3月以内）	1. 算定あり→（ ）件	2. 算定なし
④訪問介護連携加算	1. 算定あり→（ ）件	2. 算定なし

(3)職員体制 (2013年10月1日の状況)

※訪問リハに従事する職員（兼務も含む）

※主として従事している職種にいずれか1つに分類してください。

	実人数		常勤換算		実人数		常勤換算
	常勤	非常勤	合計人数		常勤	非常勤	合計人数
理学療法士	人	人	人	言語聴覚士	人	人	人
作業療法士	人	人	人	その他	人	人	人

※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

※常勤換算数の計算方法：小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上して下さい。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。

〔換算数〕＝〔職員の1週間の勤務時間〕÷〔事業所が定めている1週間の勤務時間〕

例1)事業所が週40時間と決めている場合で、週に16時間勤務している非常勤者の場合、 $16/40=0.4$ となります。

例2)事業所が週38時間と決めている場合で、週に8時間勤務している非常勤者の場合、 $8/38=0.21=0.2$ （四捨五入）となります。

(4)訪問介護連携加算に係る内容

① 加算導入以前から、訪問介護の介護職と同行訪問をした事例が過去にありますか	1. ある	2. ない
② 訪問介護事業所と連携する上で特に苦労していること（複数回答可）	1. 訪問介護計画策定前の担当者間の調整 2. 訪問介護計画策定時の目標設定やサービス内容の調整 3. 訪問介護計画策定後の担当者間の連絡・調整 4. 担当者間の情報共有 5. その他（ ）	
③ 訪問介護の介護職との同行訪問を行ったうえでサービス提供をしたが、「訪問介護連携加算」の算定に至らなかったケースがありますか	1. ある	2. ない
	↓ 【件数】 2012年4月～ 現在まで	（ ）件
【理由】 （複数回答可）	a. 利用者・家族の費用負担が発生するため b. 算定に関わる手続きが煩雑なため c. その他（ ）	

■■■ご協力ありがとうございました■■■

(12) 医療・ケア職による対応の必要性の有無	1. あり 2. なし
「1. あり」の場合の内容(複数回答可)	1. 注射・点滴の管理 2. 中心静脈栄養の管理 3. 透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理 4. ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター（人工呼吸器）の管理 7. 気管切開のケア 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む） 10. 喀痰吸引 11. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） 12. じょくそうの処置 13. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等） 14. 服薬管理 15. その他（ ）
(13) 痛みの有無	1. 日常生活に支障のある痛みがある 2. ない
(14) 世帯構成	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居
「3. その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者（65歳以上）のみ 2. それ以外
(15) 介護者の有無	1. あり → 主介護者： _____ 2. なし
(16) 介護力	1. 介護できるものがある 2. 時間帯によっては介護できるものがある 3. 介護できるものがない
(17) 現在の住まい	1. 一戸建て 2. 集合住宅
(18) 住居の形態	1. 持家 2. 民間賃貸住宅 3. 公営賃貸住宅（市・県営、都市機構、公社等） 4. 借間 5. その他（ ）
(19) 現在利用しているサービス（当該サービスも含む・居宅介護支援以外）	1. 訪問介護 2. 訪問入浴介護 3. 訪問看護 ④. 訪問リハ 5. 居宅療養管理指導 6. 通所介護 7. 通所リハ 8. 短期入所生活介護 9. 短期入所療養介護 10. 福祉用具貸与 11. 特定福祉用具販売 12. 住宅改修 13. 認知症対応型通所介護 14. 特定施設入居者生活介護 15. その他（ ）
(20) 現在（過去1ヶ月間）の受診の有無	1. あり 2. なし
「1. あり」と回答した場合、受診回数	通院： _____ 回/月 訪問診療（往診）： _____ 回/月
(21) 現在（過去1ヶ月間）の保険外のサービス利用の有無	1. あり 2. なし
「1. あり」と回答した場合、具体的なサービス	1. 配食サービス 2. 外出支援・移送サービス（例：介護タクシー等） 3. 生活支援サービス（例：買い物、草むしり等） 4. 紙おむつの支給・おむつ代の助成 5. 訪問理美容サービス 6. 民生委員による訪問 7. 緊急通報システム 8. 友愛訪問（老人クラブ、社協等） 9. 見守り支援・安否確認 10. 家族支援サービス 11. その他（ ）
(22) 訪問リハのサービスを利用する前の居所	1. 自宅 2. 介護老人福祉施設 3. 介護老人保健施設 4. 病院 5. その他（ ）

(23) 利用者が利用している福祉用具の有無	1. あり	2. なし
「1. あり」と回答した場合、利用者が利用していた福祉用具の種類（複数回答可）	1. 車いす 3. 歩行補助つえ 5. その他（ ）	2. 特殊寝台（電動ベッド等） 4. 歩行器
(24) 住宅改修の有無と場所	1. あり → 場所（ ）	2. なし

■ 訪問介護職員（以下、ヘルパー）との連携の理由や連携者の所属についてお聞きします

(25) 連携先の訪問介護事業所	1. 同一法人で併設の事業所 2. 同一法人で併設以外の事業所 3. 他法人で近隣の事業所 4. 他法人で近隣以外の事業所				
(26) 連携先の居宅介護支援事業所	1. 同一法人で併設の事業所 2. 同一法人で併設以外の事業所 3. 他法人で近隣の事業所 4. 他法人で近隣以外の事業所				
(27) ヘルパーとの連携を提案した人（主要な人1人のみ）	1. ケアマネジャー 2. 訪問介護事業所担当者 3. 訪問リハビリテーション事業所担当者 4. 主治医 5. 経営主体の法人 6. 利用者または家族 7. その他 （ ）				
(28) 上記の提案者が、ヘルパーとの連携を提案した理由（複数回答可）	1. ADLの低下や転倒不安感の増強などがみられたから 2. 利用者・家族の希望があったため 3. 訪問介護・訪問リハの連携により、より質の高いサービスが提供できると考えられたため 4. リハ職による本人への助言が必要と考えたから 5. リハ職による家族への介護方法の助言が必要と考えたから 6. リハ職による動作の確認が必要と考えたから 7. 介護方法について、ヘルパーから助言を望む声があったから 8. 経営上の理由によるもの 9. その他 （ ）				
(29) 連携開始時（導入時）における、連携に対する各関係者の反応（各自の当初の状況をお選びください。複数の方がいる場合は、全体的な傾向をお選びください。）		1. 非常に 積極的だった	2. やや積極的 だった	3. あまり 積極的では なかった	4. 消極的 だった
	あなた自身	1	2	3	4
	利用者本人	1	2	3	4
	家族	1	2	3	4
	ヘルパー	1	2	3	4
ケアマネジャー	1	2	3	4	

■ サービス提供責任者、ケアマネジャーとの情報のやりとりについて	
(30) サービス提供責任者に提供した書類 (複数回答可)	1. アセスメントシート 2. リハビリテーション実施計画書 3. 担当医からのリハビリテーション指示書 4. モニタリング実施記録票 5. その他 ()
(31) サービス提供責任者から提供を受けた書類 (複数回答可)	1. アセスメントシート 2. 訪問介護計画書 3. モニタリング実施記録票(モニタリング内容等) 4. サービス実施報告書(訪問介護サービス実施結果等) 5. サービス評価記録票(訪問介護サービスの評価結果等) 6. その他 ()
(32) サービス提供責任者との情報共有の方法 (主なもの)	1. 電話 2. メール 3. 訪問 4. その他 ()
(33) ケアマネジャーに提供した書類 (複数回答可)	1. アセスメントシート 2. リハビリテーション実施計画書 3. 担当医からのリハビリテーション指示書 4. モニタリング実施記録票 5. その他 ()
(34) ケアマネジャーから提供を受けた書類 (複数回答可)	1. アセスメントシート 2. 居宅介護サービス計画書 第1表 3. 居宅介護サービス計画書 第2表(課題・目標・援助内容等) 4. サービス担当者会議の要点 5. サービス利用票(兼居宅サービス計画) 6. 以前入所していた介護老人保健施設からの情報提供書 7. 以前入院していた病院からの情報提供書 8. その他 ()
(35) ケアマネジャーとの情報共有の方法 (主なもの)	1. 電話 2. メール 3. 訪問 4. その他 ()
(36) ケアマネジャーが策定した居宅サービス計画書(第2表)に記載されていた課題	(居宅サービス計画書(第2表)で設定された課題を簡単にご記入ください)

■ 貴事業所で作成している個別援助計画についてお聞きします

(37) 個別援助計画書で設定した課題・短期目標・短期目標の達成状況

※個別援助計画書の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での短期目標の達成状況を評価して下さい。

個別援助計画策定 年月日	西暦_____年_____月_____日
課題（最も重要と考えた課題1つ）	
その課題に対する本人の意向 （〇〇まで出来るようになりたいなど）	
最も重要と考えた課題に対する短期目標	
短期目標達成に向けて実施した内容	
短期目標の達成状況（最も近いものに○）	1. ほぼ達成できた 2. 達成までには至っていないが、目標設定時よりは改善の傾向にある 3. あまり達成できなかった
	上記で「1.」ないし「2.」を選択された方に伺います。 達成できた内容を具体的に記入して下さい（例：外出頻度が増えたなど）。
	上記で「2.」ないし「3.」を選択された方に伺います。 どの部分が達成できなかったのか、また、何故達成できなかったのかを具体的に記入して下さい。

リハビリテーション専門職と介護職との連携に関する調査
【居宅介護支援事業所】
【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、**貴事業所の事務職員の方が**必要に応じ居宅介護支援専門員とも相談の上、ご記入下さい。この調査票は**居宅介護支援のみ**についてご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、**2013年10月1日時点の状況**についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ () の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0（ゼロ）の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ サービス名称は略称（リハビリテーション→リハ等）で記載しています。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2013年★月★日（★）までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先・返送先

「リハビリテーション専門職と介護職との連携に関する調査」事務局
 （担当：松野・中尾・赤木・松下）
 電話：★-★-★（平日9時30分～17時30分） ●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい ●
 FAX：03-5157-2143（24時間受付）
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3
 三菱総合研究所 人間・生活研究本部 ヒューマン・ケアグループ内

事業所名	（事業所名： ）
ご連絡先	電話： FAX：

【2013年10月1日時点】

(1)基本情報							
①所在地	()都・道・府・県()市・区・町・村						
②法人種類	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()						
③開設年月	西暦 ()年()月						
④要介護度別 実利用者数 【2013年9月中】 ※介護予防居宅介護支援も実施している場合は、要支援者数もご記入ください	要支援者数	要介護者数					
	(要支援1・2)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	()人	()人	()人	()人	()人	()人	()人

利用者実人数は、利用した個人を特定した人数になります。
 例) Aさん、Bさん、Cさんがその月に利用している場合→実人数3人

【居宅介護支援事業所】

<p>⑤事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス（介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。複数回答可）</p>	<p>1. 病院 2. 診療所 3. 特養(地域密着型を含む) 4. 老健 5. 介護療養型医療施設 6. 訪問介護 7. 訪問入浴介護 8. 訪問看護 9. 訪問リハ 10. 通所介護 11. 通所リハ 12. ショートステイ 13. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウス) 14. サービス付き高齢者住宅 15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 16. 認知症対応型通所介護 17. 小規模多機能型居宅介護 18. 認知症対応型共同生活介護 19. 複合型サービス 20. 居宅介護支援 21. その他()</p>
---	--

(2) 加算等の算定状況 2013年9月実績

①特定事業所加算(Ⅰ)	1. 算定あり	2. 算定なし
②特定事業所加算(Ⅱ)	1. 算定あり	2. 算定なし
③入院時情報提供加算(Ⅰ)	1. 算定あり	2. 算定なし
④入院時情報提供加算(Ⅱ)	1. 算定あり	2. 算定なし
⑤複合型サービス事業所連携加算	1. 算定あり	2. 算定なし
⑥緊急時等居宅カンファレンス加算	1. 算定あり	2. 算定なし
⑦小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 算定あり	2. 算定なし

(3) 職員体制 (2013年10月1日の状況)
 ※居宅介護支援に従事する職員(兼務も含む)
 ※主として従事している職種にいずれか1つに分類してください。

	実人数		常勤換算		実人数		常勤換算
	常勤	非常勤	合計人数		常勤	非常勤	合計人数
主任介護支援専門員	人	人	人	その他	人	人	人
介護支援専門員							

※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

※常勤換算数の計算方法: 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上して下さい。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。

[換算数]=[職員の1週間の勤務時間]÷[事業所が定めている1週間の勤務時間]

例1) 事業所が週40時間と決めている場合で、週に16時間勤務している非常勤者の場合、16/40=0.4となります。

例2) 事業所が週38時間と決めている場合で、週に8時間勤務している非常勤者の場合、8/38=0.21=0.2(四捨五入)となります。

(4) ケアマネとリハ職との連携について あなた(ケアマネ)と、あなたの担当利用者についてお聞きします。	
(1) あなたはリハ職と利用者宅に同行訪問してケアプランをたてたことはありませんか。	<p>1. <u>ある</u> ↓ 2. ない</p> <p>【同行訪問したリハ職】(複数回答可)</p> <p>a. 同一法人(同一、併設事業所含む)のリハ職</p> <p>b. 同一法人以外のリハ職</p>
(2) あなたの現在の担当利用者の中で、リハ職と同行訪問してケアプランをたてたほうが良いと思われる人はいますか。	<p>1. <u>いる</u> ↓ 2. いない</p> <p>【該当する利用者数】</p> <p>担当利用者()人中()人について、リハ職と同行訪問できるとよい。</p>
(3) ケアマネがケアプランをたてる上で、リハ職との連携は必要だと考えますか。(あなた自身の考えをお書きください)	<p>1. <u>必要</u> ↓ 2. 不要</p> <p>【リハ職との連携をはかる上で、必要な施策や課題があればご記入ください。】</p>

(5) 訪問介護と訪問リハとの連携について	
(1) あなたの担当利用者で、現在訪問介護と訪問リハを併用している利用者はいますか。	<p>1. <u>いる</u> ↓ 2. いない</p> <p>(2) 以降にお進みください</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">回答は以上で終了です。 ご協力ありがとうございました。</p>
<p>訪問介護(サービス提供責任者)と訪問リハ(リハ職)とが同行訪問を行って訪問介護計画を作成し、サービス提供を行う場合、訪問介護は「生活機能向上連携加算」、訪問リハは訪問介護計画を作成する上での指導・助言における加算を算定することができます。</p> <p>上記の訪問介護と訪問リハとの連携についてお聞きします。</p>	
(2) あなたの担当利用者で、現在までに(加算に関わらず)サービス提供責任者とリハ職が同行訪問を行って訪問介護計画を立て、サービス提供をしたケースがありましたか。	<p>1. <u>ある</u> ↓ 2. ない 3. わからない</p> <p>(5)~(7)にご回答ください</p> <p>(3)~(4)にご回答ください</p>

＜(2)で「2. ない」「3. わからない」と回答した方にお聞きます＞	
(3) サービス提供責任者とリハ職が同行訪問を行って、訪問介護計画の作成を行うことを検討したことはありますか。	1. 検討したことがある 2. 検討したことはない
(4) サービス提供責任者とリハ職が同行訪問を行って訪問介護計画を作成することについて、特に困難と思われる点に○をつけてください。 (複数回答可)	1. 同行訪問に対して、利用者・家族の了解を得ることが困難 2. 同行訪問に対して、訪問介護事業所側の了解を得ることが困難 3. 同行訪問に対して、訪問リハ事業所側の了解を得ることが困難 4. 同行訪問の日程調整が困難 5. リハ職からヘルパーへの助言を行うことに対して、ヘルパー側で抵抗感がある 6. リハ職からヘルパーへの助言を行うことに対して、リハ職側で抵抗感がある 7. リハ職による助言が必要と思われる訪問介護利用者が少ない 8. 訪問リハと訪問介護を併用する利用者が少ない 9. 近隣に訪問介護事業所が少ない 10. 近隣に訪問リハ事業所が少ない 11. その他 ()

＜(2)で「1. ある」と回答した方にお聞きます＞	
(5) ケアマネの関わり方として、訪問介護と訪問リハとの連携をはかるうえで苦労したこと (複数回答可)	1. 利用者・家族に、加算の内容に関する理解が得られにくかった 2. 利用者・家族に、利用料が増えることに関する理解が得られにくかった 3. 利用者・家族に、訪問介護サービスの内容等を強化することに関する理解が得られにくかった 4. 関係者間の日程調整の手間を要した 5. 訪問介護サービス内容の変更が困難であった 6. 訪問介護と訪問リハのサービス方針の調整が困難であった。 7. 事務手続きや書類作成の負担が大きかった 8. その他 ()
(6) 訪問リハと訪問介護との連携したサービス提供による利用者の効果 (複数回答可)	1. 利用者・家族の意識啓発につながった 2. 利用者の身体状態が改善(または悪化防止)した 3. 利用者・家族が意欲的になった 4. 利用者・家族のサービス満足度が上昇した 5. その他 ()
(7) 訪問リハと訪問介護とが連携したサービス提供を行うことに対するケアマネとしての評価	1. 良かった 2. どちらでもない 3. 良くなかった

■■■ご協力ありがとうございました■■■

ご自宅における日常生活や健康状態、介護サービスに関するアンケート

あなたの自宅での日常生活の状況や、健康の状態についてお聞きします。最も近いと思われる番号に○（マル）をお付けください。

1 日常生活の状況について（1）

以下の①～⑧の質問について、現在の状況に最も近い番号に○をお付け下さい。

	はい	いいえ
① 新聞を読んでいますか	1	2
② 本や雑誌を読んでいますか	1	2
③ 健康についての記事や番組に関心がありますか	1	2
④ 友人の家を訪ねていますか	1	2
⑤ 家族や友人の相談にのっていますか	1	2
⑥ 病人を見舞うことができますか	1	2
⑦ 若い人に自分から話しかけることがありますか	1	2
⑧ 週に1回以上は外出をしていますか	1	2

2 日常生活の状況について（2）

以下の①～⑦の行為について、ご自分でできるし、実際にしている場合は「1」、できるが実際にはしていない場合は「2」、できない場合は「3」にそれぞれ○（マル）をお付けください。

	自分でできるし している	自分でできるが していない	できない
① バス・電車・自家用車等で一人で外出すること	1	2	3
② 日用品の買物をする	1	2	3
③ 食事の用意をする	1	2	3
④ 薬を飲む	1	2	3
⑤ 請求書の支払いをする	1	2	3
⑥ 預貯金の出し入れをする	1	2	3
⑦ 年金などの書類を書く	1	2	3

以下の⑧～⑬の行為について、ご自分でしている（介助を受けていない）場合は「1」、家族の方や**介護職員など**による介助を受けてしている場合は「2」にそれぞれ○（マル）をお付けください。

	自分でしている （介助なし）	介助を受けて している
⑧ 自宅内での歩行	1	2
⑨ 外出時の歩行	1	2
⑩ 入浴	1	2
⑪ ズボンやパンツを脱いだり着たりすること	1	2
⑫ トイレ動作（ズボンの上げ下げ、排尿・排便、便器の後始末）	1	2
⑬ 食事をする	1	2

リハビリテーション専門職と介護職の連携に関する調査

3 日常生活の状況について（3）		介護を受けているものの番号すべてに○をお付け下さい。	
1. バス・電車・自家用車で外出すること	2. 日用品の買物をする事	3. 食事の用意をする事	4. 薬を飲むこと
5. 請求書の支払いをする事	6. 預貯金の出し入れをする事	7. 年金などの書類を書くこと	

4 あなたの現在の健康状態として最も近いものの番号に○をお付け下さい。（あてはまるもの1つに○）			
1. とてもよい	2. よい	3. あまりよくない	4. よくない

5 老人クラブ等への参加状況について		以下の会・グループ等への参加頻度に○をお付け下さい。				
	週4回以上	週2～3回	週1回	月1～3回	年に数回	参加していない
老人クラブ	1	2	3	4	5	6
町内会・自治会活動	1	2	3	4	5	6
趣味活動（お花、将棋、歌、書道など）	1	2	3	4	5	6
スポーツ関係のグループやクラブ	1	2	3	4	5	6
学習や教養サークル	1	2	3	4	5	6

6 現在利用している訪問介護・訪問リハビリテーションサービスの連携について 訪問介護（ヘルパー）と訪問リハビリテーション（リハビリスタッフ）がやりとりをしながら協力してサービスを実施することについて、感想や要望をお答えください。			
① ヘルパーとリハビリスタッフが協力してサービスを実施することについてどう思いますか。	1. 非常に良い 4. 良くない	2. 良い 5. わからない	3. あまり良くない
② リハビリスタッフと協力することは、ヘルパーにとって良いと思いますか。	1. 非常に良い 4. 良くない	2. 良い 5. わからない	3. あまり良くない
③ リハビリスタッフがかかわることによって、ヘルパーのサービス提供方法や内容に変化はありましたか。	1. 良くなった 4. わからない	2. 特に変化なし	3. 悪くなった
④ リハビリスタッフからのアドバイスに対する評価をお聞かせ下さい。	1. 非常に参考になった → 2. まあまあ参考になった → 3. あまり参考にならなかった 4. 全く参考にならなかった 5. アドバイスはなかった	（特に参考になったアドバイスがあればお書きください）	
⑤ ヘルパーやリハビリスタッフの方への要望や希望をお書き下さい。			

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

-----事業所スタッフ記入-----

記入者区分（本人以外が記入した場合）	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 介護職員	<input type="checkbox"/> その他（ ）	利用者任意ID	
--------------------	-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------	--