

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」【事業所票】

■ご記入にあたってのご注意

- ・ 通所介護・地域密着型通所介護事業所の管理者(事業所全体の方針等について回答できる方)がご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、令和元年10月1日(火)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、選択肢の番号に1つ〇をつけてください。(記載がある場合のみ、複数回答可)
- ・ 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、同封の「実施要領」をご確認ください。
- ・ 令和元年11月29日(金)までに同封の返信用封筒にて、返送ください。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」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◎

FAX : 03-6826-5060

住所 : 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 (※法人単位ではなく事業所単位でご回答ください)

(1) 開設年	西暦		年
(2) 介護保険指定事業所の指定年月	西暦		年 月
(3) 利用定員数		人	
(4) 利用登録者の平均利用年数		年	か月
(5) 初回の要介護認定(または要支援認定)があった月から12か月以内の利用者	1 15%以上		2 15%未満

問2 事業所におけるサービスの提供

(1) 施設区分	1 地域密着型	2 通常規模型	
	3 大規模型 (I)	4 大規模型 (II)	
(2) 所要時間区分・ 実施単位(コース)数 (当てはまるもの全てに〇)	1 3時間以上4時間未満 2 4時間以上5時間未満 3 5時間以上6時間未満 4 6時間以上7時間未満 5 7時間以上8時間未満 6 8時間以上9時間未満	単位 単位 単位 単位 単位 単位	※実施単位(コース)数は、例えば3時間以上4時間未満を午前・午後各1単位実施している場合、「2」とご記入ください。
(3) 営業日 (当てはまるもの全てに〇)	1 月 2 火 3 水 4 木 5 金 6 土 7 日 8 祝日 9 年末年始		
(4) サービス提供時間 (当てはまるもの全てに〇)	1 平日 時 分 ~ 時 分 2 土曜 時 分 ~ 時 分 3 日曜 時 分 ~ 時 分 4 祝日 時 分 ~ 時 分		
(5) 総合事業における 通所型サービスの提供状況	1 提供している	2 提供していない	

問3 法人が提供しているサービス・併設されているサービス

(1) 法人が提供しているサービス（関連法人を含む）、(2) 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。

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

問4 職員体制（※法人単位ではなく事業所単位でご回答ください）

(1) 在籍職員数	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)
管理者	人	人	人	人
生活相談員	人	人	人	人
看護職員	人	人	人	人
介護職員	人	人	人	人
機能訓練指導員	人	人	人	人
理学療法士	人	人	人	人
作業療法士	人	人	人	人
言語聴覚士	人	人	人	人
その他の職員	人	人	人	人
(2) 機能訓練指導員の資格 (当てはまるもの全てに○)	1 理学療法士 4 看護職員 6 あん摩マッサージ指圧師	2 作業療法士 5 柔道整復師	3 言語聴覚士	7 はり師、きゅう師

問5 A D L 維持等加算がサービスへ与えた影響

<p>(1) 届出の経緯 (最も当てはまるもの3つまでに○)</p>	<p>1 法人・事業所の方針 2 既にBarthel Indexを用いてA D L を定期的に評価していたから 3 法人・事業所としてA D L の維持・向上を目指しているから 4 加算取得によりケアの質が向上すると想定されたから 5 加算取得により収益が増加するから 6 加算の取得が容易だから 7 居宅介護支援事業所から取得を促されたから 8 利用者の尊厳の保持と自立支援に貢献できるから 9 その他 ()</p>
<p>(2) 届出にむけて新たに実施した取り組み等 (当てはまるもの全てに○)</p>	<p>1 Barthel Indexを用いたA D L 評価の実施 2 定期的なA D L 評価の実施 3 Barthel Indexを用いたA D L 評価ができる人材の確保 4 A D L 評価に関する研修等 5 サービス提供時間等の変更 6 利用者への目標の変更 7 利用者の構成等の調整 8 生活機能向上連携加算の算定 9 他事業所のリハビリ専門職等との連携 10 その他 ()</p>
<p>(3) 届出にむけて変化した取り組み内容や利用者の行動 (当てはまるもの全てに○)</p>	<p>1 A D L 評価を定期的に行うようになった 2 A D L 評価を行う利用者割合が増えた 3 A D L 維持・改善のためサービス提供時間(コース)を変更した利用者がいた 4 A D L 維持・改善のため、サービス内容を変更した利用者がいた 5 A D L 維持・改善のサービス提供のため、職員体制を変更した 6 A D L 維持・改善につながる利用者の確保を意識するようになった 7 その他 () 8 特段の変化はない</p>

(4) A D L 維持等加算について緩和・改善してほしいこと	当てはまるものすべてに✓	最も当てはまるものひとつに✓
① サービス提供時間(5時間以上)の要件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 要介護3～5の利用者割合の要件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 要介護認定(または要支援認定)の初月から12か月以内の利用者割合の要件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ A D L 評価の頻度の要件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 届出のあたっての事務手続き	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 加算点数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問6 A D L 評価の実施状況（全般）	
1 評価全般（利用開始時）	
(1) 評価の実施状況 （自事業所での評価）	1 全ての利用者について評価している 2 一部の利用者について評価している
(2) 直近半年間で A D L 評価を実施した利用者の割合	<input type="text"/> %
2 評価全般（利用中）	
(1) 評価の実施状況	1 全ての利用者について定期的に評価している ※ (2) へ 2 一部の利用者について定期的に評価している ※ (2) へ 3 全ての利用者について状態の著変時のみ評価している 4 一部の利用者について状態の著変時のみ評価している 5 その他（ <input type="text"/> ）
※(1)で「定期的に評価している」の場合、回答ください。	(2) 評価の頻度 1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 その他（ <input type="text"/> ）
3 評価結果の記録	
(1) 評価結果の記録方法	1 介護ソフト 2 紙 3 介護ソフト以外の電子化された様式（Officeソフト等）

問7 A D L 評価の実施状況（Barthel Index）																	
(1) 導入時期	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/>																
(2) 導入の経緯	1 A D L 維持等加算届出のため新たに導入した 2 A D L 維持等加算届出に関係なく導入した・前から導入していた																
(3) 評価者の人数	<table border="1"> <tr> <td>理学療法士</td> <td><input type="text"/> 人</td> <td>柔道整復師</td> <td><input type="text"/> 人</td> </tr> <tr> <td>作業療法士</td> <td><input type="text"/> 人</td> <td>あん摩マッサージ指圧師</td> <td><input type="text"/> 人</td> </tr> <tr> <td>言語聴覚士</td> <td><input type="text"/> 人</td> <td>はり師、きゅう師</td> <td><input type="text"/> 人</td> </tr> <tr> <td>看護職員</td> <td><input type="text"/> 人</td> <td>その他</td> <td><input type="text"/> 人</td> </tr> </table>	理学療法士	<input type="text"/> 人	柔道整復師	<input type="text"/> 人	作業療法士	<input type="text"/> 人	あん摩マッサージ指圧師	<input type="text"/> 人	言語聴覚士	<input type="text"/> 人	はり師、きゅう師	<input type="text"/> 人	看護職員	<input type="text"/> 人	その他	<input type="text"/> 人
理学療法士	<input type="text"/> 人	柔道整復師	<input type="text"/> 人														
作業療法士	<input type="text"/> 人	あん摩マッサージ指圧師	<input type="text"/> 人														
言語聴覚士	<input type="text"/> 人	はり師、きゅう師	<input type="text"/> 人														
看護職員	<input type="text"/> 人	その他	<input type="text"/> 人														
(4) 評価者の Barthel Index に 関する研修への参加率	<table border="1"> <tr> <td>未実施</td> <td><input type="text"/> %</td> <td>事業所内研修</td> <td><input type="text"/> %</td> </tr> <tr> <td>法人内研修</td> <td><input type="text"/> %</td> <td>法人外研修</td> <td><input type="text"/> %</td> </tr> </table>	未実施	<input type="text"/> %	事業所内研修	<input type="text"/> %	法人内研修	<input type="text"/> %	法人外研修	<input type="text"/> %								
未実施	<input type="text"/> %	事業所内研修	<input type="text"/> %														
法人内研修	<input type="text"/> %	法人外研修	<input type="text"/> %														
(5) 評価の頻度	1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 状態の著変時のみ 6 その他																
(6) 評価対象となる利用者	1 A D L 変化が見込まれる利用者 2 A D L 評価が可能な利用者 3 目標に A D L の改善を記載した利用者 4 全ての利用者 5 その他																
(7) 利用者全体に対する評価 対象となる利用者の割合	<input type="text"/> %																
(8) 評価の負担感	1 全くない 2 あまりない 3 どちらともいえない 4 ややある 5 とてもある																
(9) 評価の結果の活用状況	1 通所介護計画の目標に反映している 2 結果の記録のみしている 3 提供するサービス内容に反映している 4 その他（ <input type="text"/> ）																

3 LawtonのIADL尺度	
(1) 評価について	1 知っており、評価している 2 知っているが、評価していない 3 知らない
※(1)で 「1知っており、評価している」 の場合、回答ください。	(2) 評価者 1 機能訓練指導員のみ 2 機能訓練指導員以外も行う
	(3) 評価者の資格 (当てはまるもの全てに○) 1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 看護職員 5 柔道整復師 6 あん摩マッサージ指圧師 7 はり師、きゅう師 8 その他 ()
	(4) 評価の頻度 1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 状態の著変時のみ 6 その他
	(5) 評価対象となる利用者 1 A D L 変化が見込まれる利用者 2 A D L 評価が可能な利用者 3 目標に A D L の改善を記載した利用者 4 全ての利用者 5 その他
	(6) 利用者全体に対する評価対象となる利用者の割合 %
	4 Katz Index
(1) 評価について	1 知っており、評価している 2 知っているが、評価していない 3 知らない
※(1)で 「1知っており、評価している」 の場合、回答ください。	(2) 評価者 1 機能訓練指導員のみ 2 機能訓練指導員以外も行う
	(3) 評価者の資格 (当てはまるもの全てに○) 1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 看護職員 5 柔道整復師 6 あん摩マッサージ指圧師 7 はり師、きゅう師 8 その他 ()
	(4) 評価の頻度 1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 状態の著変時のみ 6 その他
	(5) 評価対象となる利用者 1 A D L 変化が見込まれる利用者 2 A D L 評価が可能な利用者 3 目標に A D L の改善を記載した利用者 4 全ての利用者 5 その他
	(6) 利用者全体に対する評価対象となる利用者の割合 %

5 上記以外の評価指標 ※特にない場合は、回答いただかなくて結構です	
(1) 評価指標名	
(2) 評価の実施有無	1 評価している 2 評価していない ↓ 「評価している」の場合、(3)以降に回答ください。
※(2)で「1 評価している」の場合、回答ください。	(3) 評価者 1 機能訓練指導員のみ 2 機能訓練指導員以外も行う
	(4) 評価者の資格 (当てはまるもの全てに○) 1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 看護職員 5 柔道整復師 6 あん摩マッサージ指圧師 7 はり師、きゅう師 8 その他 ()
	(5) 評価の頻度 1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 状態の著変時のみ 6 その他
	(6) 評価対象となる利用者 1 A D L 変化が見込まれる利用者 2 A D L 評価が可能な利用者 3 目標に A D L の改善を記載した利用者 4 全ての利用者 5 その他
	(7) 利用者全体に対する評価対象となる利用者の割合 %

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」【事業所票】

■ご記入にあたってのご注意

- ・ 通所介護・地域密着型通所介護事業所の管理者(事業所全体の方針等について回答できる方)がご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、令和元年10月1日(火)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、選択肢の番号に1つ○をつけてください。(記載がある場合のみ、複数回答可)
- ・ 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、同封の「実施要領」をご確認ください。
- ・ 令和元年11月29日(金)までに同封の返信用封筒にて、返送ください。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」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◎

FAX : 03-6826-5060

住所 : 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 (※法人単位ではなく事業所単位でご回答ください)

(1) 開設年	西暦		年			
(2) 介護保険指定事業所の指定年月	西暦		年		月	
(3) 利用定員数		人				
(4) 利用登録者の平均利用年数		年		か月		
(5) 初回の要介護認定(または要支援認定)があった月から12か月以内の利用者		1	15%以上		2	15%未満

問2 事業所におけるサービスの提供

(1) 施設区分	1 地域密着型	2 通常規模型				
	3 大規模型 (I)	4 大規模型 (II)				
(2) 所要時間区分・ 実施単位(コース)数 (当てはまるもの全てに○)	1 3時間以上4時間未満	単位	※実施単位(コース)数は、例えば3時間以上4時間未満を午前・午後各1単位実施している場合、「2」とご記入ください。			
	2 4時間以上5時間未満	単位				
	3 5時間以上6時間未満	単位				
	4 6時間以上7時間未満	単位				
	5 7時間以上8時間未満	単位				
	6 8時間以上9時間未満	単位				
(3) 営業日 (当てはまるもの全てに○)	1 月	2 火	3 水	4 木	5 金	6 土
	7 日	8 祝日	9 年末年始			
(4) サービス提供時間 (当てはまるもの全てに○)	1 平日	時	分	～	時	分
	2 土曜	時	分	～	時	分
	3 日曜	時	分	～	時	分
	4 祝日	時	分	～	時	分
(5) 総合事業における 通所型サービスの提供状況	1 提供している	2 提供していない				

問3 法人が提供しているサービス・併設されているサービス

(1) 法人が提供しているサービス（関連法人を含む）、(2) 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。

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

問4 職員体制（※法人単位ではなく事業所単位でご回答ください）

(1) 在籍職員数	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)
管理者	人	人	人	人
生活相談員	人	人	人	人
看護職員	人	人	人	人
介護職員	人	人	人	人
機能訓練指導員	人	人	人	人
理学療法士	人	人	人	人
作業療法士	人	人	人	人
言語聴覚士	人	人	人	人
その他の職員	人	人	人	人
(2) 機能訓練指導員の資格 (当てはまるもの全てに○)	1 理学療法士 4 看護職員 6 あん摩マッサージ指圧師	2 作業療法士 5 柔道整復師	3 言語聴覚士 7 はり師、きゅう師	

問5 ADL維持等加算の課題等		
(1) ADL維持等加算を請求していない理由	当てはまるものすべてに✓	最も当てはまるものひとつに✓
① Barthel Indexを用いた評価の負担が大きい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② ADLの維持改善以外の目的を重視したサービス提供をしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ ADL維持等加算の請求にかかる事務負担が大きい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ ADL維持等加算の請求後に事務負担等が発生する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 十分な数の機能訓練指導員がいない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ ADL維持等加算の請求を行うための職員体制が整っていない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ ADL維持等加算の単位数が少ない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 請求に関する問合せを自治体に行っても分からない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ 他の加算の算定都合上ADL維持等加算は請求していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩ その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) ADL維持等加算について緩和・改善してほしいこと		
① 利用者数の総数(20名以上)の要件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② サービス提供時間(5時間以上)の要件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 要介護3～5の利用者割合の要件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 要介護(要支援)認定の初月から12か月以内の利用者割合の要件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ ADL評価の頻度の要件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 届出にあたっての事務手続き	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 加算単位数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 今後の請求予定	1 予定している 2 予定していない 3 わからない	
	↓「予定している」の場合、(4)に回答ください。	
※(3)で「1 予定している」の場合、回答ください。	(4) 請求の予定時期	
	1 来年度 2 再来年度以降 3 未定	

問6 ADL評価の実施状況(全般)	
1 評価全般(利用開始時)	
(1) 評価の実施状況 (自事業所での評価)	1 全ての利用者について評価している 2 一部の利用者について評価している
(2) 直近半年間でADL評価を	%
2 評価全般(利用中)	
(1) 評価の実施状況	1 全ての利用者について定期的に評価している ※(2)へ 2 一部の利用者について定期的に評価している ※(2)へ 3 全ての利用者について状態の著変時のみ評価している 4 一部の利用者について状態の著変時のみ評価している 5 その他 ()
※(1)で「定期的に評価している」の場合、回答ください。	(2) 評価の頻度
	1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 その他 ()
3 評価結果の記録	
(1) 評価結果の記録方法	1 介護ソフト 2 紙 3 介護ソフト以外の電子化された様式(Officeソフト等)

問7 ADL評価の実施状況 (Barthel Index)					
(1) 導入時期	西暦	年	月		
(2) 導入の経緯	1 ADL維持等加算届出のため新たに導入した 2 ADL維持等加算届出に関係なく導入した・前から導入していた				
(3) 評価者の人数	理学療法士		人	柔道整復師	
	作業療法士		人	あん摩マッサージ指圧師	
	言語聴覚士		人	はり師、きゅう師	
	看護職員		人	その他	
(4) 評価者のBarthel Indexに関する研修への参加率	未実施		%	事業所内研修	
	法人内研修		%	法人外研修	
(5) 評価の頻度	1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 状態の著変時のみ 6 その他				
(6) 評価対象となる利用者	1 ADL変化が見込まれる利用者 2 ADL評価が可能な利用者 3 目標にADLの改善を記載した利用者 4 全ての利用者 5 その他				
(7) 利用者全体に対する評価対象となる利用者の割合			%		
(8) 評価の負担感	1 全くない 2 あまりない 3 どちらともいえない 4 ややある 5 とてもある				
(9) 評価の結果の活用状況	1 通所介護計画の目標に反映している 2 結果の記録のみしている 3 提供するサービス内容に反映している 4 その他 ()				

問8 Barthel Indexを用いたADLの評価を、機能訓練指導員以外で実施可能と思われる職種	
(1) 一定の研修や経験を有している場合に、Barthel Indexを用いたADLの評価を、機能訓練指導員以外で実施可能と思われる職種 (当てはまるもの全てに○)	
	1 生活相談員 2 介護福祉士 3 介護支援専門員 4 その他の介護職員

問9 ADL以外のアセスメントに関する実施状況評価の介護支援専門員との連携状況	
(1) 連携の有無	1 連携している 2 連携していない
(2) 評価・連携項目 (当てはまるもの全てに○)	1 身長 2 体重 3 口腔機能評価 4 認知機能評価 5 服薬状況 6 既往歴 7 嚥下機能評価 8 栄養状態評価 8 うつ・閉じこもり評価 10 視力の状況 11 聴力の状況 12 住環境の状況 13 介護負担の評価 14 行動心理状況評価 15 利用者が望む生活の評価 16 家族が望む生活の評価 17 利用者の興味・関心の評価 18 在宅での過ごし方の評価

問10 アセスメント・評価の課題	
(1) ADL 評価の課題 (当てはまるもの全てに○)	1 特段の課題はない 2 評価をする職員がいない (少ない) 3 通常業務の中で評価をする時間がない 4 利用者が評価を受けたがらない 5 評価結果を記録することが負担 6 評価結果の理解が難しい 7 目標 (通所介護計画) への反映が難しい 8 評価結果に対するサービス提供内容の変更が困難 9 その他 ()
(2) IADL 評価の課題 (当てはまるもの全てに○)	1 特段の課題はない 2 評価をする職員がいない (少ない) 3 通常業務の中で評価をする時間がない 4 利用者が評価を受けたがらない 5 評価結果を記録することが負担 6 評価結果の理解が難しい 7 目標 (通所介護計画) への反映が難しい 8 評価結果に対するサービス提供内容の変更が困難 9 その他 ()

問11 通所介護計画	
(1) ADL の数値目標	1 全員数値目標を記載している 2 一部の利用者について数値目標を記載している ※(2)(3)へ 3 数値目標は記載していない
※(1)で「2」の場合、 (2)(3)に回答ください。	(2) 数値目標を記載している利用者の割合 ※ (1) で「2」の場合 %
	(3) 数値目標を記載するケース (当てはまるもの全てに○) 1 ケアプランの長期目標にADLの維持・向上が記載されている場合 2 数値目標の設定が可能な利用者の場合 3 数値目標の設定が望ましいと考えられた利用者の場合 4 サービス担当者会議等でADLの維持・向上や数値目標が議論された場合 5 利用者と数値目標が合意できた場合 6 その他 ()

問12 ADL維持等加算がサービスへ与えた影響	
(1) 届出の経緯 (最も当てはまるもの3つまでに○)	1 法人・事業所の方針 2 既にBarthel Indexを用いてADLを定期的に評価していたから 3 法人・事業所としてADLの維持・向上を目指しているから 4 加算取得によりケアの質が向上すると想定されたから 5 加算取得により収益が増加するから 6 加算の取得が容易だから 7 居宅介護支援事業所から取得を促されたから 8 利用者の尊厳の保持と自立支援に貢献できるから 9 その他 ()

<p>(2) 届出にむけて新たに実施した取り組み等 (当てはまるもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Barthel Indexを用いた A D L 評価の実施 2 定期的な A D L 評価の実施 3 Barthel Indexを用いた A D L 評価ができる人材の確保 4 A D L 評価に関する研修等 5 サービス提供時間等の変更 6 利用者への目標の変更 7 利用者の構成等の調整 8 生活機能向上連携加算の算定 9 他事業所のリハビリ専門職等との連携 10 その他 ()
<p>(3) 届出にむけて変化した取り組み内容や利用者の行動 (当てはまるもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 A D L 評価を定期的に行うようになった 2 A D L 評価を行う利用者割合が増えた 3 A D L 維持・改善のためサービス提供時間 (コース) を変更した利用者がいた 4 A D L 維持・改善のため、サービス内容を変更した利用者がいた 5 A D L 維持・改善のサービス提供のため、職員体制を変更した 6 A D L 維持・改善につながる利用者の確保を意識するようになった 7 その他 () 8 特段の変化はない

問13 Barthel Index以外の指標による評価の実施状況

1 FIM	
(1) 評価について	<ol style="list-style-type: none"> 1 知っており、評価している 2 知っているが、評価していない 3 知らない
<p>※(1)で「1 知っており、評価している」の場合、回答ください。</p>	<p>(2) 評価者</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 機能訓練指導員のみ 2 機能訓練指導員以外も行う
	<p>(3) 評価者の資格 (当てはまるもの全てに○)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 看護職員 5 柔道整復師 6 あん摩マッサージ指圧師 7 はり師、きゅう師 8 その他 ()
	<p>(4) 評価の頻度</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 状態の著変時のみ 6 その他
	<p>(5) 評価対象となる利用者</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 A D L 変化が見込まれる利用者 2 A D L 評価が可能な利用者 3 目標に A D L の改善を記載した利用者 4 全ての利用者 5 その他
	<p>(6) 利用者全体に対する評価対象となる利用者の割合</p> <p style="text-align: center;"> %</p>

2 老研式活動能力指標	
(1) 評価について	1 知っており、評価している 2 知っているが、評価していない 3 知らない
※(1)で 「1 知っており、評価している」 の場合、回答ください。	(2) 評価者 1 機能訓練指導員のみ 2 機能訓練指導員以外も行う
	(3) 評価者の資格 (当てはまるもの全てに○) 1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 看護職員 5 柔道整復師 6 あん摩マッサージ指圧師 7 はり師、きゅう師 8 その他 ()
	(4) 評価の頻度 1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 状態の著変時のみ 6 その他
	(5) 評価対象となる利用者 1 A D L 変化が見込まれる利用者 2 A D L 評価が可能な利用者 3 目標に A D L の改善を記載した利用者 4 全ての利用者 5 その他
	(6) 利用者全体に対する評価対象となる利用者の割合 %
	3 LawtonのIADL尺度
(1) 評価について	1 知っており、評価している 2 知っているが、評価していない 3 知らない
※(1)で 「1 知っており、評価している」 の場合、回答ください。	(2) 評価者 1 機能訓練指導員のみ 2 機能訓練指導員以外も行う
	(3) 評価者の資格 (当てはまるもの全てに○) 1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 看護職員 5 柔道整復師 6 あん摩マッサージ指圧師 7 はり師、きゅう師 8 その他 ()
	(4) 評価の頻度 1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 状態の著変時のみ 6 その他
	(5) 評価対象となる利用者 1 A D L 変化が見込まれる利用者 2 A D L 評価が可能な利用者 3 目標に A D L の改善を記載した利用者 4 全ての利用者 5 その他
	(6) 利用者全体に対する評価対象となる利用者の割合 %

4 Katz Index	
(1) 評価について	1 知っており、評価している 2 知っているが、評価していない 3 知らない
※(1)で 「1 知っており、評価している」 の場合、回答ください。	(2) 評価者 1 機能訓練指導員のみ 2 機能訓練指導員以外も行う
	(3) 評価者の資格 (当てはまるもの全てに○) 1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 看護職員 5 柔道整復師 6 あん摩マッサージ指圧師 7 はり師、きゅう師 8 その他 ()
	(4) 評価の頻度 1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 状態の著変時のみ 6 その他
	(5) 評価対象となる利用者 1 A D L 変化が見込まれる利用者 2 A D L 評価が可能な利用者 3 目標に A D L の改善を記載した利用者 4 全ての利用者 5 その他
	(6) 利用者全体に対する評価対象となる利用者の割合 %
	5 上記以外の評価指標 ※特になければ、回答いただかなくて結構です
(1) 評価指標名	
(2) 評価の実施有無	1 評価している 2 評価していない ↓「評価している」の場合、(3)以降に回答ください。
※(2)で「1 評価している」の 場合、回答ください。	(3) 評価者 1 機能訓練指導員のみ 2 機能訓練指導員以外も行う
	(4) 評価者の資格 (当てはまるもの全てに○) 1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 看護職員 5 柔道整復師 6 あん摩マッサージ指圧師 7 はり師、きゅう師 8 その他 ()
	(5) 評価の頻度 1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 状態の著変時のみ 6 その他
	(6) 評価対象となる利用者 1 A D L 変化が見込まれる利用者 2 A D L 評価が可能な利用者 3 目標に A D L の改善を記載した利用者 4 全ての利用者 5 その他
	(7) 利用者全体に対する評価対象となる利用者の割合 %

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」【事業所票】

■ご記入にあたってのご注意

- ・ 通所介護・地域密着型通所介護事業所の管理者(事業所全体の方針等について回答できる方)がご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、令和元年10月1日(火)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、選択肢の番号に1つ〇をつけてください。(記載がある場合のみ、複数回答可)
- ・ 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、同封の「実施要領」をご確認ください。
- ・ 令和元年11月29日(金)までに同封の返信用封筒にて、返送ください。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」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◎

FAX : 03-6826-5060

住所 : 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(※法人単位ではなく事業所単位でご回答ください)

(1) 開設年	西暦		年		
(2) 介護保険指定事業所の指定年月	西暦		年		月
(3) 利用定員数		人			
(4) 利用登録者の平均利用年数		年		か月	
(5) 初回の要介護認定(または要支援認定)があった月から12か月以内の利用者		1	15%以上	2	15%未満

問2 事業所におけるサービスの提供

(1) 施設区分	1 地域密着型	2 通常規模型				
	3 大規模型(I)	4 大規模型(II)				
(2) 所要時間区分・ 実施単位(コース)数 (当てはまるもの全てに〇)	1 3時間以上4時間未満	単位	※実施単位(コース)数は、例えば3時間以上4時間未満を午前・午後各1単位実施している場合、「2」とご記入ください。			
	2 4時間以上5時間未満	単位				
	3 5時間以上6時間未満	単位				
	4 6時間以上7時間未満	単位				
	5 7時間以上8時間未満	単位				
	6 8時間以上9時間未満	単位				
(3) 営業日 (当てはまるもの全てに〇)	1 月	2 火	3 水	4 木	5 金	6 土
	7 日	8 祝日	9 年末年始			
(4) サービス提供時間 (当てはまるもの全てに〇)	1 平日	時	分	～	時	分
	2 土曜	時	分	～	時	分
	3 日曜	時	分	～	時	分
	4 祝日	時	分	～	時	分
(5) 総合事業における 通所型サービスの提供状況	1 提供している	2 提供していない				

問3 法人が提供しているサービス・併設されているサービス

(1) 法人が提供しているサービス（関連法人を含む）、(2) 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。

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

問4 職員体制（※法人単位ではなく事業所単位でご回答ください）

(1) 在籍職員数	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)
管理者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
生活相談員	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
看護職員	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
介護職員	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
機能訓練指導員	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
理学療法士	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
作業療法士	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
言語聴覚士	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
その他の職員	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
(2) 機能訓練指導員の資格 (当てはまるもの全てに○)	1 理学療法士 4 看護職員 6 あん摩マッサージ指圧師	2 作業療法士 5 柔道整復師	3 言語聴覚士	7 はり師、きゅう師

問5 ADL 評価にあたっての課題		
(1) ADL 維持等加算を算定していない理由	当てはまるもの すべてに✓	最も当てはまる ものひとつに✓
① ADL 維持等加算があることを知らなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 利用者数の総数（20名以上）が算定要件を満たさない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 要介護3～5の利用者割合（15%以上）が算定要件を満たさない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 初回の要支援認定があった月から起算して12か月以内である者の占める割合（15%以下）が算定要件を満たさない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ Barthel Indexを用いた評価をできる職員がいない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ Barthel Indexを用いた評価の方法が分からない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ Barthel Indexを用いた評価の負担が大きい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ Barthel Indexで評価している利用者割合が算定要件を満たさない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ ADL 利得が要件を満たしていない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩ ADL の維持改善以外の目的を重視したサービス提供をしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑪ ADL 維持等加算の届出に関する事務負担が大きい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑫ 十分な数の機能訓練指導員がいない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑬ ADL 維持等加算の届出のための職員体制が整っていない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑭ ADL 維持等加算の単位数が少ない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑮ 届出に関する問い合わせを自治体に聞いても分からない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑯ 他の加算の算定都合上、ADL 維持等加算は算定していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑰ 加算の意義が分からない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑱ その他（ <input type="text"/> ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) ADL 維持等加算について緩和・改善してほしいこと	当てはまるもの すべてに✓	最も当てはまる ものひとつに✓
① 利用者数の総数（20名以上）の要件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② サービス提供時間（5時間以上）の要件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 要介護3～5の利用者割合の要件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 要介護認定（または要支援認定）の初月から12か月以内の利用者割合の要件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ ADL 評価の頻度の要件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 届出にあたっての事務手続き	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 加算単位数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ その他（ <input type="text"/> ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 今後の届出・算定予定	1 予定している 2 予定していない 3 わからない ↓「予定している」の場合、(4)(5)に回答ください。	
※(3)で「1 予定している」の場合、回答ください。	(4) 届出をする場合、新たに実施する必要がある取組み等 1 Barthel Indexを用いたADL 評価ができる人材の確保・教育 2 ADL 維持・向上のためのサービス提供ができる人材の確保・教育 3 居宅介護支援事業所との連携 4 サービス提供時間等の変更 5 利用者への目標の変更 6 利用者の構成等の調整	
	(5) 届出の予定時期 1 来年度 2 再来年度以降 3 未定	

問6 A D L 評価の実施状況（全般）	
1 評価全般（利用開始時）	
(1) 自事業所での評価の実施状況	1 全ての利用者について評価している 2 一部の利用者について評価している 3 評価していない 4 その他
(2) 直近半年間でA D L 評価を実施した利用者の割合	%
2 評価全般（利用中）	
(1) 評価の実施状況	1 全ての利用者について <u>定期的に評価</u> している ※ (2) へ 2 一部の利用者について <u>定期的に評価</u> している ※ (2) へ 3 全ての利用者について状態の著変時のみ評価している 4 一部の利用者について状態の著変時のみ評価している 5 その他 ()
※(1)で「定期的に評価している」の場合、回答ください。	(2) 評価の頻度 1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 その他 ()
3 評価結果の記録	
(1) 評価結果の記録方法	1 介護ソフト 2 紙 3 介護ソフト以外の電子化された様式（Officeソフト等）

問7 A D L 評価の実施状況（Barthel Index）	
(1) 評価の実施有無	1 評価している ※導入時期 西暦 年 月 2 評価していない 3 知らない ※2、3の方は問8へ
※(1)で「1 評価している」の場合、回答ください。	(2) 導入の経緯 1 A D L 維持等加算届出のため新たに導入した 2 A D L 維持等加算届出に関係なく導入した・前から導入していた
(3) 評価者の人数	理学療法士 人 柔道整復師 人 作業療法士 人 あん摩マッサージ指圧師 人 言語聴覚士 人 はり師、きゅう師 人 看護職員 人 その他 人
(4) 評価者のBarthel Indexに関する研修への参加率	未実施 % 事業所内研修 % 法人内研修 % 法人外研修 %
(5) 評価の頻度	1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 状態の著変時のみ 6 その他
(6) 評価対象となる利用者	1 A D L 変化が見込まれる利用者 2 A D L 評価が可能な利用者 3 目標にA D L の改善を記載した利用者 4 全ての利用者 5 その他
(7) 利用者全体に対する評価対象となる利用者の割合	%
(8) 評価の負担感	1 全くない 2 あまりない 3 どちらともいえない 4 ややある 5 とてもある
(9) 評価の結果の活用状況	1 通所介護計画の目標に反映している 2 結果の記録のみしている 3 提供するサービス内容に反映している 4 その他 ()

問12 Barthel Index以外の指標による評価の実施状況

1 FIM

(1) 評価について	1 知っており、評価している 2 知っているが、評価していない 3 知らない
※(1)で 「1 知っており、評価している」 の場合、回答ください。	(2) 評価者 1 機能訓練指導員のみ 2 機能訓練指導員以外も行う
	(3) 評価者の資格 (当てはまるもの全てに○) 1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 看護職員 5 柔道整復師 6 あん摩マッサージ指圧師 7 はり師、きゅう師 8 その他 (<input type="text"/>)
	(4) 評価の頻度 1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 状態の著変時のみ 6 その他
	(5) 評価対象となる利用者 1 A D L 変化が見込まれる利用者 2 A D L 評価が可能な利用者 3 目標に A D L の改善を記載した利用者 4 全ての利用者 5 その他
	(6) 利用者全体に対する評価対象となる利用者の割合 <input type="text"/> %

2 老研式活動能力指標

(1) 評価について	1 知っており、評価している 2 知っているが、評価していない 3 知らない
※(1)で 「1 知っており、評価している」 の場合、回答ください。	(2) 評価者 1 機能訓練指導員のみ 2 機能訓練指導員以外も行う
	(3) 評価者の資格 (当てはまるもの全てに○) 1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 看護職員 5 柔道整復師 6 あん摩マッサージ指圧師 7 はり師、きゅう師 8 その他 (<input type="text"/>)
	(4) 評価の頻度 1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 状態の著変時のみ 6 その他
	(5) 評価対象となる利用者 1 A D L 変化が見込まれる利用者 2 A D L 評価が可能な利用者 3 目標に A D L の改善を記載した利用者 4 全ての利用者 5 その他
	(6) 利用者全体に対する評価対象となる利用者の割合 <input type="text"/> %

3 LawtonのIADL尺度	
(1) 評価について	1 知っており、評価している 2 知っているが、評価していない 3 知らない
※(1)で 「1知っており、評価している」 の場合、回答ください。	(2) 評価者 1 機能訓練指導員のみ 2 機能訓練指導員以外も行う
	(3) 評価者の資格 (当てはまるもの全てに○) 1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 看護職員 5 柔道整復師 6 あん摩マッサージ指圧師 7 はり師、きゅう師 8 その他 ()
	(4) 評価の頻度 1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 状態の著変時のみ 6 その他
	(5) 評価対象となる利用者 1 A D L 変化が見込まれる利用者 2 A D L 評価が可能な利用者 3 目標に A D L の改善を記載した利用者 4 全ての利用者 5 その他
	(6) 利用者全体に対する評価対象となる利用者の割合 %
	4 Katz Index
(1) 評価について	1 知っており、評価している 2 知っているが、評価していない 3 知らない
※(1)で 「1知っており、評価している」 の場合、回答ください。	(2) 評価者 1 機能訓練指導員のみ 2 機能訓練指導員以外も行う
	(3) 評価者の資格 (当てはまるもの全てに○) 1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 看護職員 5 柔道整復師 6 あん摩マッサージ指圧師 7 はり師、きゅう師 8 その他 ()
	(4) 評価の頻度 1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 状態の著変時のみ 6 その他
	(5) 評価対象となる利用者 1 A D L 変化が見込まれる利用者 2 A D L 評価が可能な利用者 3 目標に A D L の改善を記載した利用者 4 全ての利用者 5 その他
	(6) 利用者全体に対する評価対象となる利用者の割合 %

5 上記以外の評価指標 ※特にならぬ場合は、回答いただかなくて結構です	
(1) 評価指標名	
(2) 評価の実施有無	1 評価している 2 評価していない ↓「評価している」の場合、(3)以降に回答ください。
※(2)で「1 評価している」の場合、回答ください。	(3) 評価者 1 機能訓練指導員のみ 2 機能訓練指導員以外も行う
	(4) 評価者の資格 (当てはまるもの全てに○) 1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 看護職員 5 柔道整復師 6 あん摩マッサージ指圧師 7 はり師、きゅう師 8 その他 ()
	(5) 評価の頻度 1 概ね月1回 2 概ね3か月に1回 3 概ね半年に1回 4 概ね1年に1回 5 状態の著変時のみ 6 その他
	(6) 評価対象となる利用者 1 A D L 変化が見込まれる利用者 2 A D L 評価が可能な利用者 3 目標に A D L の改善を記載した利用者 4 全ての利用者 5 その他
	(7) 利用者全体に対する評価対象となる利用者の割合 %

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」【介護支援専門員票】

■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、令和元年10月1日（火）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1つ〇をつけてください。（記載がある場合のみ、複数回答可）
- ・ 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、同封の「実施要領」をご確認ください。
- ・ 令和元年11月29日（金）までに同封の返信用封筒にて、返送ください。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」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◎

FAX：03-6826-5060

住所：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 介護支援専門員の基本情報

(1) 立場	1 管理者	2 副管理者	3 その他
(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	居宅介護	件	
	介護予防	件	
(4) 利用登録者の平均利用年数	年	か月	
(5) 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	
(6) 主任介護専門員資格	1 あり	2 なし	

問2 保有資格

(1) 保有資格 (当てはまるもの全てに○) ※介護支援専門員以外の 資格について回答ください	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 言語聴覚士	11 柔道整復師	12 あん摩マッサージ指圧師
	13 はり師、きゅう師	14 社会福祉士	15 介護福祉士
	16 視能訓練士	17 義肢装具士	18 歯科衛生士
	19 栄養士	20 管理栄養士	21 精神保健福祉士
	22 その他（		）

問3 ADLの評価

<p>(1) ADL評価の実施状況</p>	<p>1 自身（介護支援専門員）がADL評価をしている 2 自事業所の他介護支援専門員がADL評価をしている 3 他事業所等からADL評価の結果を受領している 4 ADL評価の実施・結果の受領はしていない 5 その他（<input type="text"/>）</p>
<p>※(1)で「1」の場合、 (2)に回答ください。</p>	<p>(2) ADL評価に用いている指標</p> <p>1 Barthel Index 2 Katz Index 3 FIM 4 老研式活動能力指標 5 LawtonのIADL尺度 6 課題分析標準項目 7 包括的自立支援プログラム方式 8 居宅サービスガイドライン方式 9 MDS方式・MDS－HC方式 10 ICFステージング（R4） 11 その他（<input type="text"/>）</p>

問4 ADL維持等加算の認知等

<p>(1) 居宅介護支援事業所におけるADL維持等加算の認知</p>	<p>1 どのような加算か詳細を理解している 2 加算があることは知っている 3 加算があることを知らなかった 4 その他</p>
<p>(2) ADL維持等加算の存在を知った経緯（情報提供元）</p>	<p>1 行政（厚生労働省・自治体） 2 専門職団体等 3 通所介護事業所 4 その他の事業所 5 介護支援専門員 6 民間のホームページ、雑誌等 7 その他（<input type="text"/>）</p>
<p>(3) ADL維持等加算の届出有無を主な理由とした通所介護事業所の選定有無</p>	<p>1 ある 2 ない</p>
<p>(4) 通所介護事業所の選定にあたって、ADL維持等加算届出の影響</p>	<p>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</p>

問5 ADL維持等加算に関する課題等

- | | |
|---|--|
| <p>(1) ADL維持等加算に関する課題
(当てはまるもの全てに○)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1 ADL維持等加算を算定した場合、区分支給限度額内での調整負担が大きい 2 ADL維持等加算の算定にあたって居宅介護支援事業所の事務負担が大きい 3 ADL維持等加算を届けている事業所がわからない 4 ADL維持等加算を届けている事業所が近隣に少ない、もしくは存在しない 5 利用者のADLを定期的に評価することは利用者の負担が大きい 6 一律にADLの維持・向上を目指すことは望ましくない 7 ADL維持等加算の算定に関する居宅介護支援事業所の負担等は特段無い 8 その他 () |
|---|--|

(2) ADL維持等加算に対するご意見

問6 ADL維持等加算新設にともなう効果

- | | |
|--|---|
| <p>(1) ADL維持等加算新設による利用者への効果(ADL維持等加算を算定している事業所へのサービスを受けている利用者への効果)</p> | <p>1 あった 2 なかった 3 わからない</p> <p style="text-align: center;">↓
「1 あった」の場合、(2)に回答ください。</p> |
|--|---|

※(1)で「1 あった」の場合、(2)に回答ください。

- | | |
|--|---|
| | <p>(2) 具体的な効果の内容 (当てはまるもの全てに○)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 利用者のADLが向上した 2 利用者のIADLが向上した 3 利用者の認知機能・周辺症状が改善した 4 利用者のADLや自立に対する理解度が高まった 5 利用者の社会参加が増えた 6 利用者・家族のサービス満足度が上昇した 7 利用者・家族が意欲的になった 8 家族の介護方法が変化した 9 その他 () |
|--|---|

<p>(3) A D L 維持等加算届出に向けた通所介護事業所の変化</p>	<p>1 あった 2 なかった 3 わからない</p> <p>↓ 「1 あった」の場合、(4)に回答ください。</p>
<p>※(3)で「1 あった」の場合、(4)に回答ください。</p>	<p>(4) 具体的な効果の内容（当てはまるもの全てに○）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 通所介護事業所においてA D L 評価を行うことができる職員が増えた 2 定期的に利用者のA D L 評価がなされるようになった 3 通所介護事業所の目標に、A D L 維持・向上を掲げる利用者が増えた 4 A D L 維持・向上のためのプログラムが増えた 5 通常のプログラム以外でA D L 維持・向上のための支援が増えた 6 利用者のアウトカム(A D L)が意識されるようになった 7 居宅介護支援事業所と通所介護事業所の情報連携が密になった 8 その他（ ）