

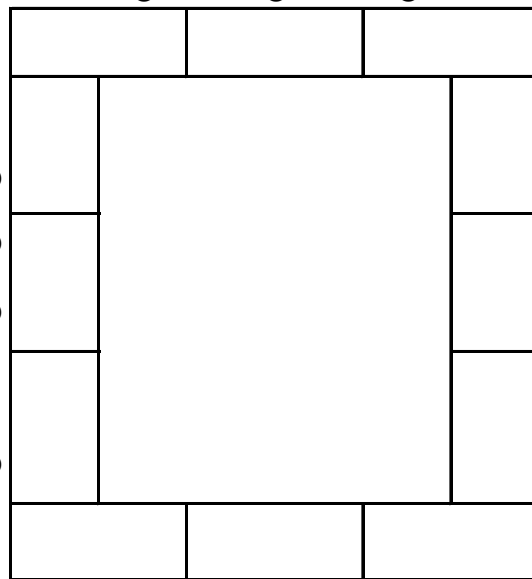
# 第18回社会保障審議会介護給付費分科会 介護報酬改定検証・研究委員会

日時 令和元年8月29日(木) 16:00~18:00

場所 ベルサール神保町 RoomA+B+C (2階)

速記

川越委員 ○  
松田委員長 ○  
小坂委員 ○



近藤委員 ○  
福井委員 ○  
藤井委員 ○

里村介護保険指導室長 ○

○ 今村委員  
○ 井上委員  
○ 井口委員  
○ 栗田委員  
○ 栗原企画官  
○ 岡野認知症施策推進室長

○ 尾崎振興課長  
○ 山口介護保険計画課長  
○ 北原介護保険データ分析室長  
○ 眞鍋老人保健課長  
○ 黒田総務課長  
○ 齋藤高齢者支援課長

関係者

関係者

事務局

記者・傍聴者

**社会保障審議会介護給付費分科会  
介護報酬改定検証・研究委員会（第18回）議事次第**

日時：令和元年8月29日（木）  
16時00分から  
於：ベルサール神保町  
RoomA+B+C（2階）

**議 題**

1. 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和元年度調査）の調査票等について
  
2. その他

介護報酬改定検証・研究委員会委員名簿

令和元年8月29日現在

あわた 粟田	しゅいち 圭一	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム研究部長
いくち 井口	つねあき 経明	東北福祉大学客員教授
いろうえ 井上	ゆきこ 由起子	日本社会事業大学専門職大学院教授
いまむら 今村	ともあき 知明	奈良県立医科大学教授
おさか 小坂	けん 健	東北大学大学院歯学研究科 国際歯科保健学分野
かわごえ 川越	まさひろ 雅弘	埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科 兼研究開発センター教授
こんどう 近藤	いすみ 和泉	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 副院長 リハビリテーション科・部 部長 健康長寿支援ロボットセンター センター長
たなか 田中	しげる 滋	埼玉県立大学理事長
ふくい 福井	さきこ 小紀子	大阪大学大学院教授
ふじい 藤井	けんいちろう 賢一郎	上智大学准教授
ふじの 藤野	よしひさ 善久	産業医科大学産業生態科学研究所教授
ほった 堀田	さとこ 聰子	慶應大学大学院教授
◎ まつだ 松田	しんや 晋哉	産業医科大学教授

◎：委員長  
(五十音順 敬称略)

## 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る 調査（令和元年度調査）の事前確認シートについて

- （1）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・・・・・・・・・・ 1
- （2）介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究事業・・・・・・・・・・ 2
- （3）介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業・・・・・・・・・・ 3
- （4）訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する  
調査研究事業・・・・・・・・・・ 4
- （5）福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業・・・・・・・・・・ 5
- （6）定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービス提供状況に関する調査研究事業・・・・ 6
- （7）医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する  
調査研究事業・・・・・・・・・・ 7



事前確認シート

事業番号	( 1 )
調査名	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
調査の趣旨	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 持続可能な介護保険制度の実現に向け、より効果的・効率的な介護保険サービスの提供について検討を進める必要がある。そのため、介護サービスの質の評価を行うことが求められている。平成 30 年度介護報酬改定では、通所介護サービスにおいて、ADL の維持・改善につながった利用者が多い事業所を評価する ADL 維持等加算が新設された。</li> <li>・ 本事業では、ADL 維持等加算に関して、申出から算定に至る過程やアウトカムの評価等について検証を行い、課題や改善点を検討する。</li> </ul>	
当該調査の目的	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本事業では、全国の通所介護事業所（地域密着型含む）を対象としたアンケート調査を行い、以下の点を明らかにすることを目的とする。             <ol style="list-style-type: none"> <li>① 申出から算定に至るまでの課題の検証</li> <li>② 事業所として ADL の維持・改善以外に目指している目標</li> </ol> </li> <li>・ 更に介護保険総合データベース内に集積されているデータを活用して、アウトカム評価の課題等について検証を行い、課題や改善点を検討する。</li> </ul>	
調査内容	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ADL 維持等加算の算定申出を行う上での課題 申出から算定に至るまでの課題として、具体的に何が障害になっているのかを検証し、算定要件や手続きの改修に関する検討材料とする。</li> <li>・ ADL 維持・改善以外に目指している目標 ADL の維持・改善以外の目標について、具体的に現場で重視する達成目標は何かを検証し、新たなインセンティブ創出への検討材料とする。</li> <li>・ ADL 維持等加算のサービス内容に与えた影響 事業所ごとに、加算算定前後における利用者の構成の変化等を、介護 DB の情報をもとに調査・分析し、加算が及ぼした影響について検証する。</li> </ul>	
集計・分析の視点	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ADL 維持等加算の算定にあたって課題となる要素が存在するか</li> <li>・ ADL 維持等加算を算定する事業所には事業所規模・地域等の特徴があるか</li> <li>・ ADL 維持等加算算定前後で各事業所における利用者構成等の変化</li> <li>・ ADL 維持等加算を算定している事業所は、事業所として通所介護計画の立て方に違いがあるか</li> <li>・ 事業所における ADL 評価の実施状況の把握</li> <li>・ ADL 以外の、新たなインセンティブ指標となる項目の把握</li> </ul>	

事前確認シート

事業番号	(2)
調査名	介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式
調査の趣旨	
<ul style="list-style-type: none"> <li>平成 30 年度介護報酬改定においては、以下のような見直しを行った。 <ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援・重度化防止に資する介護を推進する観点から、外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職や医師等と連携して作成した計画に基づく介護を評価する生活機能向上連携加算の見直し・拡充。</li> <li>機能訓練指導員の確保を推進し、利用者の心身の機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の対象資格に一定の実務経験を有するはり師、きゅう師を追加。</li> </ul> </li> <li>これらの見直しにより、機能訓練の実施方法や利用者への効果等にどのような影響を与えたかを調査するとともに、次期介護報酬改定に向け、事業所の経営面の状況にも留意しつつ、利用者の自立支援・重度化防止に向けて、調査を行う。</li> </ul>	
当該調査の目的	
<ul style="list-style-type: none"> <li>本事業では、対象サービス（「調査内容」参照）の事業所や関連するケアマネジャー、連携先のリハビリテーション事業所等に対してアンケート調査を行い、以下の点を明らかにすることを目的とする。 <ol style="list-style-type: none"> <li>①機能訓練の実施方法や外部機関との連携状況の把握・検証</li> <li>②ICTを活用した動画等の活用による利用者の状態把握の評価による効果の把握、検証</li> <li>③機能訓練指導員へのはり師、きゅう師の追加による効果等の把握・検証 等</li> </ol> </li> </ul>	
調査内容	
<p>全国の訪問介護事業所、通所介護事業所（地域密着型を含む）、短期入所生活介護事業所、特定施設入居者生活介護事業所（地域密着型を含む）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、介護老人福祉施設（地域密着型を含む）を対象として、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所の基本情報、機能訓練の実施状況、外部機関との連携状況</li> <li>生活機能向上連携加算等の算定状況</li> <li>利用者の状況（ADL・IADLの状況変化、ケアプランの目標の変化等）</li> <li>事業所とリハ職が連携することの動機や、連携による効果</li> <li>機能訓練指導員の職種別募集・雇用状況、はり師きゅう師を追加した影響 等</li> </ul> <p>について調査する。</p> <p>具体的には、事業所票、機能訓練指導員の確保に関する調査票、利用者票（生活機能向上連携加算の算定／非算定事業所）、ケアマネジャー票、リハビリテーション事業所・医療提供施設票を作成し調査する。</p> <p>また、要介護度や日常生活自立度については、介護DBを活用して把握予定。</p>	
集計・分析の視点	
<ul style="list-style-type: none"> <li>「平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告」における以下の内容を踏まえる必要がある。 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 自立支援・重度化防止に資する観点から導入・見直しされた外部のリハビリテーション専門職等との連携について、実施状況を把握するとともに、その効果を検証するべきである。</li> <li>➤ はり師、きゅう師が新たに機能訓練指導員の対象となることについては、機能訓練の質が維持されるか、また障害者の雇用等に悪影響が生じないかについて検証するべきである。</li> </ul> </li> <li>機能訓練に関する課題について、サービス間に共通の課題と、サービスごとの特性等に応じた課題について整理した上で調査・分析を行う。</li> <li>利用者の状況については、利用者を対象とした調査を行い、その結果も踏まえて効果検証を実施する。</li> </ul>	

事前確認シート

事業番号	(3)
調査名	介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業
調査の趣旨	
<p>○ 介護ロボットについては、平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告（平成 29 年 12 月 18 日社会保障審議会介護給付費分科会）において、今後の課題として「介護ロボットの幅広い活用に向けて、安全性の確保や介護職員の負担軽減・効率的な配置の観点も含めた効果実証や効果的な活用方法の検討を進めるべき」との提言がなされたところである。</p> <p>○ このため、本事業では、介護ロボットの活用内容の把握や評価指標を用いた具体的な効果の検証・把握を行うことを通じ、次期介護報酬改定等に向けた課題等の整理を行うこととする。</p>	
当該調査の目的	
<p>○ 平成 30 年度に実施した改定検証事業（介護ロボットの効果実証に関する調査研究一式）の調査結果を踏まえつつ、効果検証のための評価指標等の先行研究を用いて、介護ロボットの活用による具体的な効果等を把握・検証する。</p>	
調査内容	
<p>○ アンケート調査</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 調査対象：介護ロボットを導入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、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護</li> <li>・ 調査項目：介護ロボットの導入状況や効果の把握状況、介護ロボット利用に起因したヒヤリハット・介護事故 等</li> </ul> <p>○ ヒアリング調査</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 調査対象：上記アンケート調査の回答施設・事業所において、介護ロボットの導入効果を把握していると回答した施設・事業所のうち 20 施設・事業所程度</li> <li>・ 調査項目：施設・事業所情報、介護ロボットの導入状況や効果の把握状況、具体的な評価の状況（評価指標、評価期間、評価実施者、評価結果の活用方法） 等</li> </ul> <p>○ 実証調査</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 調査対象：見守り機器を導入する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護（18 施設・事業所程度）</li> <li>・ 調査項目：平成 30 年度「介護ロボットの効果的な活用方法に関する研究事業」（老人保健健康増進等事業）にて作成された評価指標等を活用し、導入効果の実証等を行う。</li> </ul>	
集計・分析の視点	
<p>○ 介護ロボットの効果実証方法・指標を、機種別に把握する。</p> <p>○ 介護ロボットの活用による具体的な効果を、機種別、施設の種別に把握・検証する。</p> <p>○ 介護ロボットの活用に関する課題や効果的な活用方法を、機種別、施設の種別に把握する。</p>	

事前確認シート

事業番号	(4)
調査名	訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究事業
調査の趣旨	
<ul style="list-style-type: none"> <li>平成30年度介護報酬改定においては、訪問看護サービスの中重度の要介護者の医療ニーズへの対応を強化する観点から24時間対応可能な事業所を評価したほか、利用者が希望する場所での看取りを支援するためターミナルケアを提供している事業所の評価を行った。また要支援者と要介護者に対する訪問看護費に一定の報酬差を設けるとともに加え、理学療法士等による訪問の適正化を行った。看護小規模多機能型居宅介護についても同様に、中重度の医療ニーズを有する利用者に対応できる体制やターミナルケアの充実等の評価を行った。</li> <li>これらの見直しが両サービスの提供にどのような影響を与えたかについて提供実態と共に把握し、平成33年度介護報酬改定に向け、サービスの質を担保しながら効果的・効率的な事業運営の在り方の検討に資する基礎資料を得るための調査を行う。</li> </ul>	
当該調査の目的	
<ul style="list-style-type: none"> <li>本事業では、訪問看護ステーション、訪問看護を実施している病院・診療所、看護小規模多機能型居宅介護事業所を対象とする調査を行い、以下の点を明らかにすることを目的とする。             <ol style="list-style-type: none"> <li>①訪問看護ステーション、訪問看護を実施している病院・診療所及び看護小規模多機能型居宅介護におけるサービス提供状況等を把握し、平成30年度介護報酬改定による影響や課題等を検証</li> <li>②訪問看護と看護小規模多機能型居宅介護の両サービスにおける利用者の状態像も合わせて収集し、サービス内容を分析することで提供主体の特性（加算算定状況等）を活かした地域におけるサービス提供のあり方等を検証</li> </ol> </li> </ul>	
調査内容	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業所の基本情報、各種加算・減算の算定状況</li> <li>○ 利用者の状態とサービス提供内容</li> <li>○ ターミナルケアの取組状況</li> <li>○ 他サービスとの連携状況、ICTの活用等生産性向上に資する取り組み意向</li> <li>○ 地域貢献活動、病院・診療所と他事業所との交流の状況 等</li> </ul>	
集計・分析の視点	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 新設された加算・減算や要件が見直された加算の取得実績と変更による影響を分析する。</li> <li>○ 利用者の状態とケア内容、サービス提供量を把握する。また、看取りを行っている場合のアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の取り組みの状況を把握、分析する。</li> <li>○ 効果的・効率的な事業運営の在り方の検討するため、業務の課題や改善に関する取組について把握、分析する 等</li> </ul>	

事前確認シート

事業番号	(5)
調査名	福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業
調査の趣旨	
<p>○ 福祉用具については、平成 30 年 10 月から、商品ごとの全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限を設け、適正な貸与価格の確保を図ってきたところ。</p> <p>○ 全国平均貸与価格・貸与価格の上限は、施行後の実態も踏まえつつ、概ね 1 年に 1 度の頻度で見直しを行うこととしていたが、平成 30 年度介護報酬改定検証・研究事業（福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業）の結果や第 170 回社会保障審議会介護給付費分科会（平成 31 年 4 月 10 日）における議論を踏まえ、今年度は見直しを行わず、令和元年 10 月に予定されている消費税増税に伴う全国平均貸与価格・貸与価格の上限の引き上げ及び新商品に係る全国平均貸与価格の公表・貸与価格の上限設定のみを行うこととし、今後の見直しについては、継続的に貸与価格や経営への影響等について調査を実施し、必要な検討を行っていくこととした。</p> <p>○ このため、本事業においては、引き続き貸与価格や福祉用具貸与事業所の経営の動向について調査するとともに、次年度以降の施行に向けた検討課題を抽出する。</p>	
当該調査の目的	
<p>○ 平成 30 年 10 月以降の福祉用具貸与価格の上限設定が、実際の価格設定に与える影響のほか、福祉用具貸与事業所の経営の動向、利用者へのサービス提供に与える影響等について、前年度調査に引き続き、把握・検証を行う。</p>	
調査内容	
<p>（調査方法） 介護保険総合データベースでの分析、福祉用具貸与事業所・介護支援専門員へのアンケート調査、福祉用具貸与事業所・レンタル卸事業所へのヒアリング調査</p> <p>（調査項目）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 施行前後における福祉用具貸与価格</li> <li>② 施行前後における福祉用具貸与事業所の経営状況</li> <li>③ 施行前後における利用者への影響</li> </ol>	
集計・分析の視点	
<p>○ 介護保険総合データベースを用いた介護レセプト等情報の集計により、制度施行前後の貸与価格の変化、貸与価格総額の削減率等を把握する。</p> <p>○ 福祉用具貸与事業所・介護支援専門員へのアンケート調査及び、福祉用具貸与事業所・レンタル卸事業所へのヒアリング調査を通じて、制度施行後の事業所の対応や経営への影響、利用者に対するサービスへの影響等について把握する。</p>	

事前確認シート

事業番号	(6)
調査名	定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービス提供状況に関する調査研究事業
調査の趣旨	
<ul style="list-style-type: none"> <li>平成 30 年度介護報酬改定では、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現や人材の有効活用、事業所間ネットワーク形成の促進及び自立支援・重度化防止の推進の観点から、生活機能向上連携加算の創設、オペレーター要件の緩和、介護・医療連携推進会議の開催方法・頻度の緩和、同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬等の各種見直しを行った。</li> <li>これらの見直しによる影響を把握するとともに、次期介護報酬改定に向けて、利用者がより良いサービスをより効率的に受けられるようにするという観点から、検討すべき事項等について実態調査を行う。</li> </ul>	
当該調査の目的	
<ul style="list-style-type: none"> <li>本事業では、全国の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を対象とした調査を行い、以下の点を明らかにすることを目的とする。             <ol style="list-style-type: none"> <li>①オペレーターの兼務要件の変更による利用者処遇への影響</li> <li>②介護・医療連携推進会議の開催方法・頻度の緩和による効果や影響</li> <li>③同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬の変更等による事業所運営への影響やサービスの質への影響 等</li> </ol> </li> </ul>	
調査内容	
<ul style="list-style-type: none"> <li>事業所の基本情報（他の事業所との併設状況等）</li> <li>オペレーターの兼務など人員基準緩和を受けた兼務の状況とコール対応状況</li> <li>同一建物等減算対象事業所と非対象事業所のサービス提供回数比較</li> <li>サービス提供状況、事業収支状況、各種加算の算定状況</li> <li>介護・医療連携推進会議の開催方法、開催状況、課題 等</li> </ul> <p>※ 生活機能向上連携加算創設の影響等については、「介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究事業」において調査を行う。</p>	
集計・分析の視点	
<ul style="list-style-type: none"> <li>「平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告」における以下の内容を踏まえる必要がある。             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の同一建物等居住者へのサービス提供に係る報酬の見直しについても、その実態を把握し、それらの結果を踏まえて、利用者がより良いサービスをより効率的に受けられるようにするという観点から、見直すべき点がないかを検討すべきである。</li> <li>➤ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護のオペレーターの兼務など、各種の人員・設備基準の緩和については、サービスの質が維持されているのかなどについて検証すべきである。</li> <li>➤ 自立支援・重度化防止に資する観点から導入・見直しされた外部のリハビリテーション専門職等との連携について、実施状況を把握するとともに、その効果を検証すべきである。</li> </ul> </li> <li>利用者の状況については、利用者を対象とした調査を行い、その結果も踏まえて効果検証を実施する。</li> <li>事業所数の推移や事業所別の加算・減算の算定状況等については介護DBを用いて把握予定。</li> </ul>	

事前確認シート

事業番号	(7)
調査名	医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業
調査の趣旨	
<ul style="list-style-type: none"> <li>平成 30 年度介護報酬改定においては、新たに創設された介護医療院の報酬設定を行うとともに、介護老人保健施設については在宅復帰・在宅療養支援の機能を更に推進する観点から報酬体系の見直しを行ったところである。</li> <li>介護医療院について平成 30 年度に引き続きサービス提供の実態調査等を行うとともに、報酬体系の見直しが介護老人保健施設のサービスにどのような影響を与えたかを調査し、改定の効果検証を行う。</li> </ul>	
当該調査の目的	
<p>①介護医療院について、平成 30 年度調査の結果も踏まえ、長期療養・生活施設としての機能やサービスの提供状況等について調査を行うとともに、自治体の転換に関する取組状況についても調査を行い、今後の介護医療院に関する検討の資料とする。</p> <p>②介護老人保健施設について、中間施設としての機能や在宅復帰・在宅療養支援機能の提供状況等について検証を行う。</p>	
調査内容	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 施設の基本情報、施設サービスの実施状況</li> <li>○ 施設の各種サービス費・加算等の算定状況</li> <li>○ 利用者の医療ニーズ、実施されたサービス状況</li> <li>○ 利用者の算定した各種サービス費・加算等の状況</li> <li>○ 介護医療院への転換に関する自治体の取組状況</li> </ul>	
集計・分析の視点	
<ul style="list-style-type: none"> <li>介護医療院においてはどのようなサービス・生活環境が提供されているか。</li> <li>介護医療院への転換前後でどのような変化があったか。</li> <li>介護医療院への転換について自治体はどのように認識しているか。</li> <li>報酬体系の見直しが介護老人保健施設のサービスにどのような影響を与えたか。</li> </ul>	

## 平成 30 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る 調査（令和元年度調査）の調査概要等（目次）

※今後、介護給付費分科会（令和元年〇月〇日（〇）開催予定）での議論を踏まえた修正等があり得る。

### （１）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

- 別紙 1-1 設置要綱
- 別紙 1-2 調査概要
- 別紙 1-3 事業所票（案）（届出あり・請求あり）
- 別紙 1-4 事業所票（案）（届出あり・請求なし）
- 別紙 1-5 事業所票（案）（届出なし）
- 別紙 1-6 介護支援専門員票（案）

### （２）介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究事業

- 別紙 2-1 設置要綱
- 別紙 2-2 調査概要
- 別紙 2-3 (1) 生活機能向上連携加算に関する調査（通所介護）（案）
- 別紙 2-3 (2) 生活機能向上連携加算に関する調査（短期入所生活介護）（案）
- 別紙 2-3 (3) 生活機能向上連携加算に関する調査（認知症対応型通所介護）（案）
- 別紙 2-3 (4) 生活機能向上連携加算に関する調査（認知症対応型共同生活介護）（案）
- 別紙 2-3 (5) 生活機能向上連携加算に関する調査（特定施設入居者生活介護）（案）
- 別紙 2-3 (6) 生活機能向上連携加算に関する調査（介護老人福祉施設）（案）
- 別紙 2-3 (7) 生活機能向上連携加算に関する調査（訪問介護）（案）
- 別紙 2-3 (8) 生活機能向上連携加算に関する調査（小規模多機能型居宅介護）（案）
- 別紙 2-3 (9) 生活機能向上連携加算に関する調査（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）（案）
- 別紙 2-4 機能訓練指導員の確保に関する調査 調査票（案）
- 別紙 2-5 (1) 生活機能向上連携加算の算定事業所・施設 利用者票（案）
- 別紙 2-5 (2) 生活機能向上連携加算の非算定事業所・施設 利用者票（案）
- 別紙 2-6 ケアマネジャー票（案）
- 別紙 2-7 リハビリテーション事業所・医療提供施設票（案）

### （３）介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

- 別紙 3-1 設置要綱
- 別紙 3-2 調査概要
- 別紙 3-3 施設・事業所票（アンケート調査）（案）
- 別紙 3-4 職員向け調査票（実証調査）（案）
- 別紙 3-5 職員向けタイムスタディ調査票（実証調査）（案）
- 別紙 3-6 利用者向け調査票（実証調査）（案）



#### **(4) 訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究**

- 別紙4-1 設置要綱
- 別紙4-2 調査概要
- 別紙4-3 訪問看護ステーション票(案)
- 別紙4-4 訪問看護ステーション 利用者調査票(案)
- 別紙4-5 病院・診療所が行う訪問看護に関する調査票(案)
- 別紙4-6 病院・診療所が行う訪問看護 利用者調査票(案)
- 別紙4-7 看護小規模多機能型居宅介護事業所票(案)
- 別紙4-8 看護小規模多機能型居宅介護事業所 利用者調査票(案)

#### **(5) 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業**

- 別紙5-1 設置要綱
- 別紙5-2 調査概要
- 別紙5-3 事業所票(案)
- 別紙5-4 利用者票(案)

#### **(6) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービス提供状況に関する調査研究事業**

- 別紙6-1 設置要綱
- 別紙6-2 調査概要
- 別紙6-3 調査票(案)

#### **(7) 医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業**

- 別紙7-1 設置要綱
- 別紙7-2 調査概要
- 別紙7-3 介護医療院票(案)
- 別紙7-4 入所者票(介護医療院)(案)
- 別紙7-5 介護医療院に関する調査票(案)
- 別紙7-6 都道府県票(案)
- 別紙7-7 指定都市・中核市票(案)
- 別紙7-8 保険者票(案)
- 別紙7-9 介護老人保健施設票(案)
- 別紙7-10 退所者票(介護老人保健施設)(案)

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の調査検討組織  
設置要綱

### 1. 設置目的

株式会社三菱総合研究所は、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「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、藤野 善久を委員長とし、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、株式会社三菱総合研究所が行う。
- (2) 前号に定めるものの他、本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。

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の調査検討組織 委員等

委員長	藤野 善久 (産業医科大学 産業生態科学研究所 環境疫学教室 教授)
副委員長	川越 雅弘 (埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科兼研究開発センター 教授)
委員	石井 好二郎 (同志社大学 スポーツ健康科学部 教授)
委員	石本 淳也 (公益社団法人日本介護福祉士会 会長)
委員	海老原 覚 (東邦大学医学部リハビリテーション医学研究室 教授)
委員	川畑 雅樹 (全国農業協同組合中央会 JA 高齢者福祉ネットワーク 事務局次長)
委員	鴻江 圭子 (公益社団法人全国老人福祉施設協議会 副会長)
委員	七種 秀樹 (一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長)
委員	藤井 賢一郎 (上智大学総合人間科学部 准教授)
委員	山根 一人 (公益社団法人日本理学療法士協会 理事)

(敬称略、50音順)

### 【オブザーバー】

- 田邊 和孝 厚生労働省 老健局老人保健課 地域情報分析支援専門官
- 石丸 文至 厚生労働省 老健局老人保健課 課長補佐
- 佐々木 俊哉 厚生労働省 老健局老人保健課 介護認定係長
- 小林 志伸 厚生労働省 老健局老人保健課 介護認定係

## 資料 2（別紙 1－2）

### 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

#### 1. 調査目的

持続可能な介護保険制度の実現に向け、より効果的・効率的な介護保険サービスの提供について検討を進める必要がある。そのため、介護サービスの質の評価を行うことが求められている。平成 30 年度介護報酬改定では、通所介護サービスにおいて、ADL の維持・改善につながった利用者が多い事業所を評価する ADL 維持等加算が新設された。

本事業では、ADL 維持等加算に関して、申出から算定に至る過程やアウトカムの評価等について検証を行い、課題や改善点を検討する。

#### 2. 主な調査目的と調査方法

本調査研究では、以下の論点について、介護保険総合データベース分析・アンケート調査・ヒアリング調査から調査を行う。

論点・仮説	総合 DB 分析	アンケート調査	ヒアリング調査
ADL 維持等加算の算定にあたって課題となる要素が存在する	●	●	●
ADL 維持等加算を算定する事業所には事業所規模・地域等の特徴がある	●	●	
ADL 維持等加算算定前後で各事業所における利用者構成等の変化	●		
ADL 維持等加算を算定している事業所は、事業所として通所介護計画の立て方に違いがある		●	●
事業所における ADL 評価の実施状況の把握		●	●
ADL 以外の、新たなインセンティブ指標となる項目の把握		●	●

#### 3. 介護保険総合データベース分析

##### ● 対象データ

介護保険総合データベースに登録されている（される）通所介護事業所及び地域密着型通所介護の請求全データのうち、以下のデータを分析する。

- ・平成 30 年 4 月～令和元年 6 月（サービス提供年月）の給付実績情報
- ・上記サービス提供年月時点の事業所台帳情報

##### ● 分析対象

各事業所における要介護度別の利用者数、利用時間別の利用者数、摘要欄に記載されている ADL 値に基づく ADL 利得、等

- 主な分析内容  
算定基準を満たすことの難易度、アウトカム指標に資する算定基準であること  
の検証、利用者・事業所毎のADL利得や属性情報等に基づく分析 等

#### 4. アンケート調査

- 調査対象

通所介護事業所及び地域密着型通所介護事業所

- ① ADL維持等加算届出あり／算定あり事業所  
事業所票：635 事業所【悉皆】  
介護支援専門員票：318 人【多段階抽出】
- ② ADL維持等加算届出あり(適合・非適合)／算定なし事業所  
事業所票：254 事業所【悉皆※適合事業所】  
500 事業所【無作為抽出※非適合事業所】  
介護支援専門員票：377 人【多段階抽出】
- ③ ADL維持等加算届出なし事業所  
事業所票：500 事業所【無作為抽出】  
介護支援専門員票：250 人【多段階抽出】

- 主な調査項目

- ① ADL維持等加算届出あり／算定あり事業所票  
基本情報、ADL評価の実施状況(全般、BI、BI以外)、介護支援専門員との連携状況、アセスメント・評価の課題、及び通所介護計画におけるADLの数値目標の状況【以下、①～③共通項目】及びADL維持等加算がサービスへ与えた影響、
- ② ADL維持等加算届出あり(適合・非適合)／算定なし事業所票  
①～③共通項目及びADL維持等加算がサービスへ与えた影響、ADL維持等加算の課題
- ③ ADL維持等加算届出なし事業所票  
①～③共通項目及びADL維持等加算の課題
- ④ 介護支援専門員票(調査対象事業所を通じ配布)  
基本情報、ADL維持等加算の認知度、及びADL維持等加算の課題 等

#### 5. 訪問調査

- 調査対象

通所介護事業所及び地域密着型通所介護事業所

- ① ADL維持等加算届出あり／算定あり事業所：5 事業所
- ② ADL維持等加算届出あり(適合・非適合)／算定なし事業所：5 事業所

- 主な調査項目

ADL維持等加算以外に目指している目標、これまでのADL評価状況、ADL維持等加算算定にあたっての課題 等

以上

## 「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 (案)】※届出有・請求有

### ■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9月1日(木)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「記載要領」をご確認ください。
- ・ 令和元年\*\*月\*\*日(\*)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：\*\*-\*\*-\*\* (平日10:00~17:00)

◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎

FAX:\*\*

E-mail：\*\*

〒\*\* \*\*

### 問1 基本情報

(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	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	※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○)	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"/>			
<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"/>	30 特になし		

### 問4 職員体制

(1) 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
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	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	

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 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 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 届出のあたったの事務手続き	<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	%
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 <span style="text-decoration: underline;">に</span> 評価している ※ (2) へ 2 一部の利用者について定期的 <span style="text-decoration: underline;">に</span> 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 <span style="text-decoration: underline;">に</span> 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) 導入時期	西暦      年      月
(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	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) 評価者に対する教育 (当てはまるもの全てに○)	1 特になし                          2 事業所内での教育 3 法人内での教育                  4 法人外での教育
(6) 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
(7) 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
(8) 利用者全体に対する評価対象となる利用者の割合	%
(9) 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
(10) 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 Barthe 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、Barthe 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 A D L 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 口腔機能の評価 4 認知機能の評価              5 服薬状況                      6 既往歴 7 栄養状態の評価              8 うつ・閉じこもりの評価 9 視力の状況                    10 住環境の状況              11 介護負担の評価 12 行動心理状況評価            13 利用者が望む生活の評価 14 家族が望む生活の評価      15 利用者の興味・関心の評価 16 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) A D L 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 評価をする職員が少ない (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 その他 ( )
(2) I A D L 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 評価をする職員が少ない (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 その他 ( )

問11 通所介護計画	
(1) A D L 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 A D L 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 A D L 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 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      2 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      2 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 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      2 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"/> %
	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      2 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"/> %

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(案)】※届出有・請求無

## ■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9月1日(木)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「記載要領」をご確認ください。
- ・ 令和元年\*\*月\*\*日(\*)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：\*\*-\*\*-\*\* (平日10:00~17:00)

◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎

FAX:\*\*

E-mail：\*\*

〒\*\* \*\*

## 問1 基本情報

(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 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○)	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"/>			
<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"/>	30 特になし		

問4 職員体制

(1) 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
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	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		

問5 A D L 維持等加算の課題等		
(1) A D L 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 A D L 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 A D L 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 A D L 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 A D L 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 A D L 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) A D L 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 A D L 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 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	%
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</u> に評価している ※ (2) へ 2 一部の利用者について <u>定期的</u> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/>
(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	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 ( <input type="text"/> )
(5) 評価者に対する教育 (当てはまるもの全てに○)	1 特になし      2 事業所内での教育 3 法人内での教育      4 法人外での教育
(6) 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
(7) 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
(8) 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"/> %
(9) 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
(10) 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"/> )

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 口腔機能の評価 4 認知機能の評価      5 服薬状況      6 既往歴 7 栄養状態の評価      8 うつ・閉じこもりの評価 9 視力の状況      10 住環境の状況      11 介護負担の評価 12 行動心理状況評価      13 利用者が望む生活の評価 14 家族が望む生活の評価      15 利用者の興味・関心の評価 16 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 評価をする職員が少ない (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 その他 ( <input type="text"/> )



(2) I A D L 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 その他 ( )
------------------------------------	--

問11 通所介護計画	
(1) A D L 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○) <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>数値目標の設定が可能な利用者の場合</li> <li>数値目標の設定が望ましいと考えられた利用者の場合</li> <li>サービス担当者会議等で A D L の維持・向上や数値目標が議論された場合</li> <li>利用者と数値目標が合意できた場合</li> <li>その他 ( )</li> </ol>

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 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 その他 ( )
(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○)	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 その他 ( )
(3) 届出にむけて <b>変化した</b> 取り組み内容や利用者 の行動 (当てはまるもの全てに○)	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	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      2 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 %

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      2 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 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      2 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"/> %
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      2 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"/> %

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」【事業所票 (案)】※届出無

### ■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9月1日(木)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「記載要領」をご確認ください。
- ・ 令和元年\*\*月\*\*日(\*)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：\*\*-\*\*-\*\* (平日10:00~17:00)

◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎

FAX:\*\*

E-mail: \*\*

〒\*\* \*\*

### 問1 基本情報

(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"/>	
<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"/>	30 特になし

問4 職員体制

(1) 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
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	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		

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	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) 評価者に対する教育 (当てはまるもの全てに○)	1 特になし 2 事業所内での教育 3 法人内での教育 4 法人外での教育
(6) 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
(7) 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
(8) 利用者全体に対する評価対象となる利用者の割合	%
(9) 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
(10) 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      2 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      2 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 Lowton 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      2 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      2 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 ※特にならな場合は、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 (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。
- ・ 調査対象の利用者の選定方法については、同封の「記載要領」をご参照ください。
- ・ 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「記載要領」をご確認ください。
- ・ 令和元年\*月\*日(\*)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：\*\*-\*\*-\*\* (平日10:00~17:00)      ◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎

FAX：\*\*

E-mail：\*\*

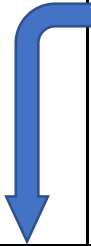
### 問1 介護支援専門員の基本情報

(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 <b>(当てはまるもの全てに○)</b>  ※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 鍼灸師	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 Index                  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 A D L 維持等加算の認知等

<p>(1) 居宅介護支援事業所におけるA D L 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) A D L 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) A D L 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、A D L 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>	<p>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</p> <p>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</p> <p>3 ADL維持等加算を届けている事業所がわからない</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>6 一律にADLの維持・向上を目指すことは望ましくない</p> <p>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</p> <p>8 その他 ( )</p>
---	--

<p>(2) ADL維持等加算に対するご意見</p>
----------------------------

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>
<p>※(1)で「1 あった」の場合、(2)に回答ください。</p>	<p>(2) 具体的な効果の内容 (当てはまるもの全てに○)</p> <p>1 利用者のADLが向上した</p> <p>2 利用者のIADLが向上した</p> <p>3 利用者の認知機能・周辺症状が改善した</p> <p>4 利用者のADLや自立に対する理解度が高まった</p> <p>5 利用者の社会参加が増えた</p> <p>6 利用者・家族のサービス満足度が上昇した</p> <p>7 利用者・家族が意欲的になった</p> <p>8 家族の介護方法が変化した</p> <p>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	1 あった                      2 なかった                      3 わからない ↓ 「1 あった」の場合、(4)に回答ください。
	※(3)で「1 あった」の場合、(4)に回答ください。	(4) 具体的な効果の内容 (当てはまるもの全てに○) 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 ( <span style="background-color: #f4a460; display: inline-block; width: 150px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span> )



「介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式」  
調査検討委員会 設置要綱

1. 設置目的

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所は介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式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、以下のとおり介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式の調査検討委員会（以下「調査検討委員会」という。）を設置する。

2. 実施体制

- (1) 本調査検討委員会は、委員長 1 名、副委員長 1 名、委員 7 名で構成する。
- (2) 委員長が必要と認めるときは、本調査検討委員会において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討委員会の運営

- (1) 調査検討委員会の運営は、株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所が行う。
- (2) 前号に定めるもののほか、本調査検討委員会の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討委員会が定める。

「介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式」  
調査検討委員会 委員名簿

- |              |            |  |
|--------------|------------|--|
| いながき<br>稲垣   | みのる<br>実   | 全国視覚障害者雇用促進連絡会 幹事                            |
| おおた<br>太田    | むつみ<br>睦美  | 日本作業療法士協会 監事                                 |
| ◎ かわごえ<br>川越 | まさひろ<br>雅弘 | 埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科<br>兼研究開発センター 教授          |
| こんどう<br>近藤   | くにつぐ<br>国嗣 | 日本リハビリテーション病院・施設協会 副会長                       |
| ○ ふじの<br>藤野  | よしひさ<br>善久 | 産業医科大学産業生態科学研究所 教授                           |
| ひぐち<br>樋口    | たけあき<br>丈明 | 民間介護事業推進委員会 代表委員                             |
| まつい<br>松井    | かずひと<br>一人 | 日本理学療法士協会 理事                                 |
| まつうら<br>松浦   | まさと<br>正人  | 日本鍼灸師会 副会長                                   |
| むとう<br>武藤    | たけひと<br>岳人 | 全国老人福祉施設協議会<br>介護保険事業等経営委員会 デイサービスセンター部会 部会長 |

◎委員長 ○副委員長

(計9名, 敬称略、氏名五十音順)

【オブザーバー】

厚生労働省 老健局 振興課 課長補佐 平井 智章  
 厚生労働省 老健局 振興課 基準第二係長 羽染 敬規  
 厚生労働省 老健局 振興課 基準第二係 小俣 直貴  
 厚生労働省 老健局 総務課 認知症施策推進室 室長補佐 加藤 英樹  
 厚生労働省 老健局 総務課 認知症施策推進室 認知症施策推進係長 坪井 由紀子  
 厚生労働省 老健局 総務課 認知症施策推進室 認知症施策推進係 佐藤 寛大  
 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 企画法令係長 和田 直之  
 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 企画法令係 岩下 郁

(敬称略)

## 介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式

## 1. 調査目的

平成30年度介護報酬改定においては、以下のような見直しを行った。

- ・ 自立支援・重度化防止に資する介護を推進する観点から、外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職や医師等と連携して作成した計画に基づく介護を評価する生活機能向上連携加算の見直し・拡充。
- ・ 機能訓練指導員の確保を推進し、利用者の心身の機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の対象資格に一定の実務経験を有するはり師、きゅう師を追加。

本事業では、これらの見直しにより、機能訓練の実施方法や利用者への効果等にどのような影響を与えたかを調査するとともに、次期介護報酬改定に向け、事業所の経営面の状況にも留意しつつ、利用者の自立支援・重度化防止に向けて、調査を行う。

## 2. 調査客体

## (1) 施設（事業所）票

- ①通所介護事業所 約2,800事業所程度
- ②認知症対応型通所介護事業所 約310事業所程度
- ③短期入所生活介護事業所 約420事業所程度
- ④特定施設入居者生活介護事業所 約660事業所程度
- ⑤認知症対応型共同生活介護事業所 約2,030事業所程度
- ⑥介護老人福祉施設 約1,140事業所程度
- ⑦訪問介護事業所 約300事業所程度
- ⑧小規模多機能型居宅介護事業所 約440事業所程度
- ⑨定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 935事業所【悉皆】

【悉皆及び無作為抽出（※1）】

## (2) 機能訓練指導員の確保に関する調査票

- ①はり師・きゅう師を機能訓練指導員として配置する事業所【悉皆（※1、2）】
- ②①と同一地域に所在するはり師・きゅう師を機能訓練指導員として配置しない事業所【無作為抽出（※1）】
- ①②それぞれ約1,500事業所程度

（※1）現時点において、生活機能向上連携加算を算定している事業所・施設は少なく、またはり師・きゅう師が機能訓練指導員として配置されている事業所・施設も同様に少ないことが見込まれる。よって、生活機能向上連携加算を算定している事業所やはり師・きゅう師を機能訓練指導員として配置している事業所については、悉皆により調査を行い、生活機能向上連携加算を算定していない事業所やはり師・きゅう師を機能訓練指導員として配置していない事業所については、調査客体として対応の

件数分、確保できる調査客体の無作為抽出を行う。

(※2) 対象事業所は、介護サービス情報公表システムにおいて、「従業者である機能訓練指導員が有している資格」に、はり師・きゅう師が含まれている事業所とする。

(3) 利用者票

① (1)のうち生活機能向上連携加算算定事業所の利用者(※3)

② (1)のうち生活機能向上連携加算非算定事業所の利用者(※3)

(※3) 対象サービス毎の利用者票の対象者数については調整中。

※ 利用者に関する変化のうち、要介護度や日常生活自立度については、介護DBを活用して把握予定。

(4) ケアマネジャー票

(1)のうち、生活機能向上連携加算の算定事業所に対し、当該事業所をケアプランに位置づけた介護支援専門員(1名) 約5,000人程度

(5) リハビリテーション事業所・医療提供施設票

(1)のうち、生活機能向上連携加算の算定事業所に対し、当該事業所の生活機能向上連携加算の算定に最も多く関与した医師又はリハビリテーション専門職 約5,000人程度

3. 主な調査項目

(1) 施設(事業所)票

基本情報、生活機能向上連携加算及び個別機能訓練加算の状況(算定状況、算定メリット、非算定理由等)、外部との連携状況、機能訓練の実施状況 等

(2) 機能訓練指導員の確保に関する調査票

基本情報、個別機能訓練計画を作成した機能訓練指導員と当該計画を作成された利用者の課題、機能訓練指導員の職種別募集・雇用状況、機能訓練指導員の資格にはり師・きゅう師を追加した影響 等

(3) —① 利用者票(生活機能向上連携加算の算定事業所)

基本情報、生活機能向上連携加算の算定状況、外部の医師又はリハビリテーション専門職の助言による個別機能訓練計画への影響、生活機能向上連携加算の算定前後の利用サービスの変化 等

(3) —② 利用者票(生活機能向上連携加算の非算定事業所)

基本情報、ADL及びIADLの状況変化(生活機能向上連携加算の算定に伴う連携開始時点と令和元年8月)、ケアプランの目標の変化(生活機能向上連携加算の算定に伴う連携開始時点と令和元年8月)

(4) ケアマネジャー票

基本情報、外部機関との連携・調整の状況、施設(事業所)とリハ職が連携することの効果・影響 等

(5) リハビリテーション事業所・医療提供施設票

基本情報、施設(事業所)と連携する動機となった事項や連携による効果(個別機能訓練計画や職員の専門性等) 等

ID : ●-●●●●-●

調査票 1-1

平成 30 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)  
介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式  
**生活機能向上連携加算に関する調査(通所介護)(案)**

○調査事務局よりお問い合わせをさせて頂く場合がございますのでご回答者様のご氏名等についてお伺いします。

ご氏名		貴事業所・貴施設名(※)	
電話番号		メールアドレス	

**I. 貴事業所・貴施設の基本属性についてお伺いします**

問 1-1 法人種別	1. 社会福祉法人	2. 医療法人	3. 特定非営利活動法人					
	4. 株式会社	5. 株式会社以外の営利法人	6. その他 ( )					
問 1-2 種類・施設区分 該当する選択肢をお選びください。(○は1つ)								
1. 地域密着型	2. 通常規模型 (月平均利用延人数 750 人以下)							
3. 大規模型 (I) (月平均利用延人数 751 人以上 900 人以下)	4. 大規模型 (II) (月平均利用延人数 901 人以上)							
問 1-3 定員数	人							
問 1-4 併設施 設サービス (同一敷地内 もしくは隣接 する敷地内で 提供している サービス)に ついて、該当 するものに全 てに○を付け てください。	1. 訪問介護	18. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護						
	2. 訪問入浴介護	19. 看護小規模多機能型居宅介護						
	3. 訪問看護	20. 介護老人福祉施設						
	4. 訪問リハビリテーション	21. 介護老人保健施設						
	5. 通所介護	22. 介護療養型医療施設						
	6. 通所リハビリテーション	23. 介護医療院						
	7. 短期入所生活介護・療養介護	24. サービス付き高齢者向け住宅						
	8. 特定施設入居者生活介護	25. 有料老人ホーム						
	9. 福祉用具貸与・販売	26. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム (ケアハウス、A、B)						
	10. 居宅介護支援	27. 旧高齢者専用賃貸住宅						
	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	28. 地域包括支援センター (在宅介護支援センター)						
	12. 夜間対応型訪問介護	29. 病院						
	13. 地域密着型通所介護	30. 診療所						
	14. 認知症対応型通所介護	31. 歯科診療所						
	15. 小規模多機能型居宅介護							
	16. 認知症対応型共同生活介護							
	17. 地域密着型特定施設入居者生活介護							
問 1-5 要介護度別の利用者数(実人数)(令和元年 8 月)								
合計	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中		
人	人	人	人	人	人	人		
問 1-6 認知症高齢者の日常生活自立度別の利用者数(実人数)(令和元年 8 月)								
合計	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
人	人	人	人	人	人	人	人	人
問 1-7 職員数(令和元年 8 月 1 日時点)								
※1: 1 人が複数の職種に該当する場合には、該当する全ての職種に計上ください。								
	①常勤職員	②非常勤職員 (常勤換算※2)		② 常勤職員	②非常勤職員 (常勤換算※2)			
1)管理者	人	人	5)機能訓練指導員	人	人			
2)生活相談員	人	人	6)その他職員	人	人			
3)看護職員	人	人	7)全職員数	人	人			
4)介護職員	人	人						

※2: 常勤換算数の算出: 「職員の一週間の労働時間÷貴事業所・貴施設の所定労働時間」にて算出し、小数点以下第二位を四捨五入して小数点第一位まで計上してください。常勤専従、常勤兼務、非常勤を合算して下さい。

問 1-8 機能訓練指導員(常勤職員、非常勤職員のいずれも)として登録している職員の保有する全ての資格に○を付けてください(令和元年8月1日時点)。

貴事業所・貴施設に機能訓練指導員が 11 人以上いる場合には、大変恐れ入りますが本設問(問 1-8)と同様の表(様式自由)に 11 人目以降の状況をご記入頂き、本調査票に添付してご提出をお願い致します。

	1) 看護師	2) 准看護師	3) 理学療法士	4) 作業療法士	5) 言語聴覚士	6) 柔道整復師	7) あん摩マッサージ指圧師	8) はり師	9) きゅう師
回答例			○				○		
1 人目									
2 人目									
3 人目									
4 人目									
5 人目									
6 人目									
7 人目									
8 人目									
9 人目									
10 人目									

問 1-9 同一法人内の他事業所にリハ専門職等<sup>※1</sup>は在籍していますか。また、それらのリハ専門職等は貴事業所・貴施設等、法人内において助言を行っていますか。(令和元年8月1日時点)(○は1つ)

※1:リハ専門職等とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師のことをいう。

※2:リハビリテーション専門医:病院や診療所のリハビリテーション科等に従事する医師

	①在籍していますか	②助言を行っていますか
1) 理学療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
2) 作業療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
3) 言語聴覚士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
4) 病院・診療所のリハビリテーション専門医 <sup>※2</sup>	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
5) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医 <sup>※2</sup> 以外)	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
6) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
問 1-10 利用者のADLやIADLをどのような指標を用いて定期的に評価していますか。(あてはまるもの全てに○)	1. BI 2. FIM 3. その他( ) 4. 定期的な評価は行っていない	

## II. 加算の算定状況についてお伺いします

### ○生活機能向上連携加算の算定状況

問 2-1 令和元年8月における生活機能向上連携加算の算定有無、生活機能向上連携加算の算定に合致する取組の実施状況、利用者の実人数、加算算定にあたり連携したリハ専門職等の実人数についてお伺いします。

- 算定している (利用者実人数: 人、リハ専門職等の実人数 人)
- 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない
- 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っていない

○生活機能向上連携加算の算定によるメリット等

<問 2-2 は、問 2-1 で「1. 算定している」、「2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-2 生活機能向上連携加算の算定による利用者のメリットとして考えられることは何ですか。対象とする利用者の生活機能向上連携加算を適用する前の状態(要介護1、2と要介護3～5)別にご回答ください。 ※:リハ事業所等とは、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施している医療提供施設を指します。(以下も同様)								
	① 要介護1、2 の利用者				②要介護3～5 の利用者			
	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ある程度あてはまる	とてもあてはまる	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ある程度あてはまる	とてもあてはまる
1) 専門的な視点を踏まえ質の高い個別機能訓練計画を作成できた	1	2	3	4	1	2	3	4
2) 専門的な視点を踏まえた計画であるため、利用者に対し何故機能訓練を行うのかを自信を持って説明できるようになった。	1	2	3	4	1	2	3	4
3) 利用者の身体機能の維持・向上につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
4) 利用者の ADL や IADL の維持・向上につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
5) 利用者本人の役割の再獲得や社会参加につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
6) 利用者の重度化防止につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
7) 専門職が助言して作成した計画に基づき機能訓練を行うことで利用者の安心につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
8) 専門職が助言して作成した計画に基づき機能訓練を行うことで介護職員等の安心につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
9) その他( )	1	2	3	4	1	2	3	4
問 2-3 外部機関との連携によって個別機能訓練計画はどの程度改善されたと感じますか。	1. とても改善された 3. 変わらない 5. とても悪くなった				2. 少し改善された 4. 少し悪くなった			
問 2-4 連携の結果、職員の機能訓練やケア方法など貴事業所・貴施設にとってどのようなメリットがありましたか。 (あてはまるもの全てに○)	1. 機能訓練指導員のケアの質が向上した 2. 介護職員のケアの質が向上した 3. 利用者の状態や希望に応じたケアの機会が増えた 4. 介護職員等が安心して働けるようになった 5. 貴事業所・貴施設が提供するケアの幅が広がった 6. 介護職員の業務負担の軽減につながった 7. 介護職員等の教育につながった 8. 経営上のメリットがあった 9. ケアを行う際に多職種(連携先以外の職種も含む)で連携して対応する機会が増えた 10. 機能訓練に関するデータ管理やデータの活用力が向上した 11. その他( )							
<問 2-5 は、問 2-1 で「1. 算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>								
問 2-5 貴事業所・貴施設が令和元年8月1か月間の生活機能向上連携加算の算定にあたり連携した全てのリハ事業所等に支払うべき報酬の総額をご記入ください。 なお複数の月数あたりの契約を締結している場合には1か月分に換算した金額をご計上ください。								円

**○生活機能向上連携加算を算定しない理由等**

<問 2-6 は、問 2-1 で「2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-6 生活機能向上連携加算に該当する業務を行っているが、算定していない理由をお答えください(あてはまるもの全てに○)	
1. 加算の意義や必要性が感じられないため 2. 加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いか分からないため 3. 加算の適用を必要とする利用者がいないため 4. 利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため 5. 加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため 6. 利用者・家族の理解が得られないため 7. 個別機能訓練計画の作成が難しいため 8. 加算の算定に必要な要件がわからないため 9. 加算の算定に取り組む余裕がないため 10. かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため 11. その他( )	

<問 2-7 は、問 2-1 で「3. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っていない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-7 生活機能向上連携加算の存在をご存知でしたか。	1. 知っている	2. 知らなかった
------------------------------	----------	-----------

<問 2-8 は、問 2-7 で「1. 知っている」とお答えになった場合にお答えください>

問 2-8 生活機能向上連携加算を算定していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。	
1) 自立支援や介護予防の重要性について十分に理解できないため	
2) 加算の意義や必要性が感じられないため	
3) 貴事業所、貴施設に既にリハ職等が在籍しており、連携する必要性がないため	
4) 貴事業所・貴施設が人手不足の状況にあり、利用者の生活の維持に注力すること以外のことを行う余裕がないため	
5) 加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いか分からないため	
6) 加算の適用を必要とする利用者がいないため	
7) 利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため	
8) 加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため	
9) 利用者・家族の理解が得られないため	
10) 個別機能訓練計画の作成が難しいため	
11) 外部のリハ事業所等との連携が難しいため	
12) 加算の算定に必要な要件がわからないため	
13) 加算の算定に取り組む余裕がないため	
14) かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため	
15) その他( )	

**○個別機能訓練加算の算定状況**

問 2-9 令和元年8月における個別機能訓練加算の算定有無及び算定回数、利用者実人数についてお伺いします。				
個別機能訓練加算(Ⅰ)	1. 算定している(	回、利用者実人数:	人)	2. 算定していない
個別機能訓練加算(Ⅱ)	1. 算定している(	回、利用者実人数:	人)	2. 算定していない



**○個別機能訓練加算を算定しない理由**

<問 2-10 は、問 2-9 で個別機能訓練加算の (I) (II) のいずれかに「2. 算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-10 個別機能訓練加算を算定していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。		
	個別機能訓練加算 (I)	個別機能訓練加算 (II)
1) 加算の意義や必要性が感じられないため		
2) 加算の適用を必要とする利用者がいないため		
3) 利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため		
4) 利用者・家族の理解が得られないため		
5) 個別機能訓練計画の作成が難しいため		
6) 機能訓練指導員を常勤又は専従により配置することが難しいため		
7) 加算の算定に必要な要件がわからないため		
8) 加算の算定に取り組む余裕がないため		
9) かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため		
10) その他 ( )		

**Ⅲ. 外部との連携状況についてお伺いします**

問 3-1 貴事業所・貴施設の近隣地域において、リハ専門職等を派遣しているリハ事業所等をご存じですか。(○は1つ)。
1. 知っているリハ事業所等があり、連絡を取ったことがある 2. 知っているリハ事業所等があるが、連絡を取ったことはない 3. 知らない

<令和元年8月1日時点における状況をお伺い致します。該当する連携先が複数ある場合には、個別機能訓練計画等を作成する上で最も連携が多い連携先についてご記入ください>

問 3-2 個別機能訓練が必要か否かを把握するため利用者の定期評価を行っていますか。	1. はい 2. いいえ
問 3-3 現在、個別機能訓練計画を作成する上で外部(※1)のリハ事業所等と連携(※2)していますか。	1. 連携している 2. 連携を試みたが断念した 3. 連携を試みていない

※1：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。

※2：連携とは、生活機能向上連携加算の算定のために外部のリハ専門職等(※3)が調査対象事業所・施設への訪問等を行い、利用者のアセスメントや調査対象事業所・施設への助言を共同で行うことを指します。

**○連携している理由等**

<問 3-4～3-16 は、問 3-3 で「1. 連携している」とご回答の場合、ご回答ください>

問 3-4 連携している理由についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	1. 専門的な視点を踏まえ個別機能訓練計画等を作成できるため 2. 介護職員等の教育につながるため 3. 利用者の安心につながるため 4. 経営上のメリットがあるため 5. その他 ( )
問 3-5 貴事業所・貴施設が令和元年8月に連携している外部のリハ事業所等(以下、連携先と呼称)の件数をご記入下さい。	件

<問 3-6～問 3-11 は、令和元年8月において利用者数ベースで最も多く連携している1つの連携先を想定してご回答ください>

問 3-6 連携先は貴事業所・貴施設と同一法人か否かについてご記入ください。(○は1つ)	1. 同一法人 2. 別法人(グループ法人) 3. 別法人(グループ法人以外)
問 3-7 連携先となる事業所・施設(○は1つ)	1. 指定訪問リハビリテーション事業所 2. 指定通所リハビリテーション事業所 3. 病院 4. 診療所 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 介護医療院

<問 3-8 は、問 3-7 で「3. 病院」と答えた方がお答えください>

問 3-8 問 3-7 でご回答になられた病院の許可病床数と周辺の診療所の状況についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	1. 許可病床数が 200 床未満である 2. 許可病床数が 200 床以上である 3. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しない 4. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在する
問 3-9 連携している職種として該当するものについてお伺いします。(あ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. 医師
問 3-10 リハ事業所等による貴事業所・貴施設への訪問頻度についてお伺いします。(○は1つ)	1. 3ヶ月に1回 2. 2ヶ月に1回 3. 1ヶ月に1回 4. 1ヶ月に2回以上 5. その他 ( )
問 3-11 リハ事業所等が貴事業所・貴施設へ訪問する曜日や日時はあらかじめ決まっていますか。	1. 事前に決まった曜日・日付で訪問する。 2. 必要に応じて都度日程を調整し訪問する。

		3. その他( )
問 3-12 リハ事業所等と連携を継続する上での課題があれば、該当するものに○をつけてください。	1. 貴事業所・貴施設の職員に連携の必要性を理解させることが難しい 2. 連携先が3ヶ月に1回以上訪問する事が難しい 3. 職員が忙しく共同でアセスメントや計画等を見直すための時間が取れない 4. 貴事業所・貴施設として採算が取れない 5. 連携先に十分な対価を支払うことができない 6. その他( ) 7. 課題はない	
問 3-13 令和元年8月1日時点で連携している主なリハ事業所等は、平成30年4月以降に初めて連携を始めましたか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ	

**○連携していない理由等**

<問3-14、問3-15は、問3-3で「2. 連携を試みたが断念した」又は「3. 連携を試みていない」とお答えになった場合にお答えください>

問 3-14 連携していない理由についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	
1. 貴事業所・貴施設に個別機能訓練計画を作成できる職員がおり連携自体、不要と考えているため 2. 利用者が拒否するため 3. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在しないため 4. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在するか分からないため 5. 連携先候補となるリハ事業所等に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 6. 連携先候補となるリハ事業所等への依頼の仕方が分からないため 7. 連携先候補への報酬の単価の基準をどのように設定すれば良いかわからないため 8. 連携先候補と契約を締結することや、報酬単価を調整することに負担を感じるため 9. 連携先候補と報酬面の条件が折り合わないため 10. 連携先候補と連携頻度に関する条件が折り合わないため 11. 連携先候補と連携内容に関する条件が折り合わないため 12. 利用者の状態等の評価を共同で行うことが難しい 13. 個別機能訓練計画の作成が難しいため 14. その他( )	
問 3-15 外部のリハ職等との連携の必要性を感じていますか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ

**IV. 機能訓練の実施状況についてお尋ねします。**

<問4-1～問4-4は、問2-1で生活機能向上連携加算に「1. 算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 4-1 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)																		
課題 職種	ADL							IADL			起居動作			その他				
	食事	排泄	入浴	更衣	整容	移乗	屋内移動	階段昇降	屋外移動	調理	洗濯	掃除	起き上がり	座位	立ち上がり	立位	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
1) 理学療法士																		
2) 作業療法士																		
3) 言語聴覚士																		

問 4-2 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)										
課題 職種	課題					口腔機能向上	栄養改善	医療処置	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
	食事	排泄	入浴	更衣	整容					
1) 病院・診療所のリハビリテーション専門医										
2) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医以外)										
3) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師										

問 4-3 問 4-2 の内容の他に、令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携した医師が対応した利用者の課題についてお教えてください。(自由記述)

問 4-4 問 4-1、問 4-2 で得られた助言は具体的にどのようなものですか。効果的とお考えの助言について、その助言者の職種と助言内容をお教えてください。(自由記述)

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

ID : ●-●●●●-●

調査票 1-2

平成 30 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)  
介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式

## 生活機能向上連携加算に関する調査(短期入所生活介護)(案)

○調査事務局よりお問い合わせをさせて頂く場合がございますのでご回答者様のご氏名等についてお伺いします。

ご氏名		貴事業所・貴施設名	
電話番号		メールアドレス	

## I. 貴事業所・貴施設の基本属性についてお伺いします

問 1-1 法人種別	1. 社会福祉法人	2. 医療法人	3. 特定非営利活動法人
	4. 株式会社	5. 株式会社以外の営利法人	6. その他 ( )

## 問 1-2 種類・施設区分 該当する選択肢をお選びください。(○は1つ)

1. 単独型	2. 併設型	3. 空床型
4. 単独ユニット型	5. 併設ユニット型	6. 空床ユニット型

## 問 1-3 定員数 ※空床型の方は本体施設の定員数を記入

人

問 1-4 併設施 設サービス (同一敷地内 もしくは隣接 する敷地内で 提供している サービス)に ついて、該当 するものに全 てに○を付け てください。	1. 訪問介護	18. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護
	2. 訪問入浴介護	19. 看護小規模多機能型居宅介護
	3. 訪問看護	20. 介護老人福祉施設
	4. 訪問リハビリテーション	21. 介護老人保健施設
	5. 通所介護	22. 介護療養型医療施設
	6. 通所リハビリテーション	23. 介護医療院
	7. 短期入所生活介護・療養介護	24. サービス付き高齢者向け住宅
	8. 特定施設入居者生活介護	25. 有料老人ホーム
	9. 福祉用具貸与・販売	26. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム (ケアハウス、A、B)
	10. 居宅介護支援	27. 旧高齢者専用賃貸住宅
	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	28. 地域包括支援センター (在宅介護支援センター)
	12. 夜間対応型訪問介護	29. 病院
	13. 地域密着型通所介護	30. 診療所
	14. 認知症対応型通所介護	31. 歯科診療所
	15. 小規模多機能型居宅介護	
	16. 認知症対応型共同生活介護	
	17. 地域密着型特定施設入居者生活介護	

## 問 1-5 要介護度別の利用者数(実人数)(令和元年 8 月)

合計	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中
人	人	人	人	人	人	人

## 問 1-6 認知症高齢者の日常生活自立度別の利用者数(実人数)(令和元年 8 月)

合計	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
人	人	人	人	人	人	人	人	人

## 問 1-7 令和元年 8 月 1 か月間の利用者数(実人数)

人

問 1-8 職員数(令和元年8月1日時点)					
※1: 1人が複数の職種に該当する場合には、該当する全ての職種に計上ください。					
	①常勤職員	②非常勤職員 (常勤換算※2)		①常勤職員	②非常勤職員 (常勤換算※2)
1) 管理者	人	人	6) 栄養士	人	人
2) 医師	人	人	7) 機能訓練指導員	人	人
3) 生活相談員	人	人	8) 調理員	人	人
4) 看護職員	人	人	9) その他職員	人	人
5) 介護職員	人	人	10) 全職員数		

※2: 常勤換算数の算出: 「職員の一週間の労働時間÷貴事業所・貴施設の所定労働時間」にて算出し、小数点以下第二位を四捨五入して小数点第一位まで計上してください。常勤専従、常勤兼務、非常勤を合算して下さい。

問 1-9 機能訓練指導員(常勤職員、非常勤職員のいずれも)として登録している職員の保有する全ての資格に○を付けてください(令和元年8月1日時点)。

貴事業所・貴施設に機能訓練指導員が11人以上いる場合には、大変恐れ入りますが本設問(問1-9)と同様の表(様式自由)に11人目以降の状況をご記入頂き、本調査票に添付してご提出をお願い致します。

	1) 看護師	2) 准看護師	3) 理学療法士	4) 作業療法士	5) 言語聴覚士	6) 柔道整復師	7) あん摩マッサージ指圧師	8) はり師	9) きゅう師
回答例			○				○		
1人目									
2人目									
3人目									
4人目									
5人目									
6人目									
7人目									
8人目									
9人目									
10人目									

問 1-10 同一法人内の他事業所にリハ専門職等※1は在籍していますか。また、それらのリハ専門職等は貴事業所・貴施設等、法人内において助言を行っていますか。(令和元年8月1日時点)(○は1つ)

※1: リハ専門職等とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師のことをいう。

※2: リハビリテーション専門医: 病院や診療所のリハビリテーション科等に従事する医師

	①在籍していますか	②助言を行っていますか
1) 理学療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
2) 作業療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
3) 言語聴覚士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
4) 病院・診療所のリハビリテーション専門医※2	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
5) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医※2以外)	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
6) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ

問 1-11 利用者のADLやIADLをどのような指標を用いて定期的に評価していますか。(あてはまるもの全てに○)

1. BI                      2. FIM                      3. その他(                      )  
4. 定期的な評価は行っていない

## II. 加算の算定状況についてお伺いします

### ○生活機能向上連携加算の算定状況

問 2-1 令和元年8月における生活機能向上連携加算の算定有無、生活機能向上連携加算の算定に合致する取組の実施状況、利用者の実人数、加算算定にあたり連携したリハ専門職等の実人数についてお伺いします。

- 算定している(利用者実人数:                      人、リハ専門職等の実人数                      人)
- 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない
- 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っていない



○生活機能向上連携加算の算定によるメリット等

<問 2-2 は、問 2-1 で「1. 算定している」、「2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-2 生活機能向上連携加算の算定による利用者のメリットとして考えられることは何ですか。対象とする利用者の生活機能向上連携加算を適用する前の状態(要介護1、2と要介護3～5)別にご回答ください。

※：リハ事業所等とは、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施している医療提供施設を指します。(以下も同様)

	①要介護1、2 の利用者				②要介護3～5 の利用者			
	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ある程度あてはまる	とてもあてはまる	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ある程度あてはまる	とてもあてはまる
1) 専門的な視点を踏まえ質の高い個別機能訓練計画を作成できた	1	2	3	4	1	2	3	4
2) 専門的な視点を踏まえた計画であるため、利用者に対し何故機能訓練を行うのかを自信を持って説明できるようになった。	1	2	3	4	1	2	3	4
3) 利用者の身体機能の維持・向上につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
4) 利用者の ADL や IADL の維持・向上につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
5) 利用者本人の役割の再獲得や社会参加につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
6) 利用者の重度化防止につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
7) 専門職が助言して作成した計画に基づき機能訓練を行うことで利用者の安心につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
8) 専門職が助言して作成した計画に基づき機能訓練を行うことで介護職員等の安心につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
9) その他( )	1	2	3	4	1	2	3	4

問 2-3 外部機関との連携によって個別機能訓練計画はどの程度改善されたと感じますか。	1. とても改善された 3. 変わらない 5. とても悪くなった	2. 少し改善された 4. 少し悪くなった
---	--	--------------------------

問 2-4 連携の結果、職員の機能訓練やケア方法など貴事業所・貴施設にとってどのようなメリットがありましたか。 (あてはまるもの全てに○)	1. 機能訓練指導員のケアの質が向上した 2. 介護職員のケアの質が向上した 3. 利用者の状態や希望に応じたケアの機会が増えた 4. 介護職員等が安心して働けるようになった 5. 貴事業所・貴施設が提供するケアの幅が広がった 6. 介護職員の業務負担の軽減につながった 7. 介護職員等の教育につながった 8. 経営上のメリットがあった 9. ケアを行う際に多職種(連携先以外の職種も含む)で連携して対応する機会が増えた 10. 機能訓練に関するデータ管理やデータの活用力が向上した 11. その他( )
--	---

<問 2-5 は、問 2-1 で「1. 算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-5 貴事業所・貴施設が令和元年8月1か月間の生活機能向上連携加算の算定にあたり連携した全てのリハ事業所等に支払うべき報酬の総額をご記入ください。 なお複数の月数あたりの契約を締結している場合には1か月分に換算した金額をご計上ください。	円
--	---

**○生活機能向上連携加算を算定しない理由等**

<問 2-6 は、問 2-1 で「2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-6 生活機能向上連携加算に該当する業務を行っているが、算定していない理由をお答えください(あてはまるもの全てに○)	
1. 加算の意義や必要性が感じられないため 2. 加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いか分からないため 3. 加算の適用を必要とする利用者がいないため 4. 利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため 5. 加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため 6. 利用者・家族の理解が得られないため 7. 個別機能訓練計画の作成が難しいため 8. 加算の算定に必要な要件がわからないため 9. 加算の算定に取り組む余裕がないため 10. かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため 11. その他( )	

<問 2-7 は、問 2-1 で「3. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っていない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-7 生活機能向上連携加算の存在をご存知でしたか。	1. 知っている	2. 知らなかった
------------------------------	----------	-----------

<問 2-8 は、問 2-7 で「1. 知っている」とお答えになった場合にお答えください>

問 2-8 生活機能向上連携加算を算定していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。	
1)自立支援や介護予防の重要性について十分に理解できないため	
2)加算の意義や必要性が感じられないため	
3)貴事業所、貴施設に既にリハ職等が在籍しており、連携する必要性がないため	
4)貴事業所・貴施設が人手不足の状況にあり、利用者の生活の維持に注力すること以外のことを行う余裕がないため	
5)加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いか分からないため	
6)加算の適用を必要とする利用者がいないため	
7)利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため	
8)加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため	
9)利用者・家族の理解が得られないため	
10)個別機能訓練計画の作成が難しいため	
11)外部のリハ事業所等(※)との連携が難しいため	
12)加算の算定に必要な要件がわからないため	
13)加算の算定に取り組む余裕がないため	
14)かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため	
15)その他( )	

※：リハ事業所等とは、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施している医療提供施設を指します。(以下も同様)

**○個別機能訓練加算の算定状況**

問 2-9 令和元年8月における個別機能訓練加算の算定有無及び算定回数、利用者実人数についてお伺いします。	
個別機能訓練加算	1. 算定している(          回、利用者実人数:          人)      2. 算定していない

**○個別機能訓練加算を算定しない理由**

<問 2-10 は、問 2-9 で個別機能訓練加算に「2.算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-10 個別機能訓練加算を算定していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。	
1)加算の意義や必要性が感じられないため	
2)加算の適用を必要とする利用者がいないため	
3)利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため	
4)利用者・家族の理解が得られないため	
5)個別機能訓練計画の作成が難しいため	
6)機能訓練指導員を常勤又は専従により配置することが難しいため	
7)加算の算定に必要な要件がわからないため	
8)加算の算定に取り組む余裕がないため	
9)かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため	
10)その他( )	

**Ⅲ. 外部との連携状況についてお伺いします**

問 3-1 貴事業所・貴施設の近隣地域において、リハ専門職等を派遣しているリハ事業所等をご存じですか。(○は1つ)。	
1. 知っているリハ事業所等があり、連絡を取ったことがある	
2. 知っているリハ事業所等があるが、連絡を取ったことはない	
3. 知らない	

<令和元年8月1日時点における状況をお伺い致します。該当する連携先が複数ある場合には、個別機能訓練計画を作成する上で最も連携が多い連携先についてご記入ください>

問 3-2 個別機能訓練が必要か否かを把握するため利用者の定期評価を行っていますか。	1. はい 2. いいえ
問 3-3 現在、個別機能訓練計画を作成する上で外部(※1)のリハ事業所等と連携(※2)していますか。	1. 連携している 2. 連携を試みたが断念した 3. 連携を試みていない

※1：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。

※2：連携とは、生活機能向上連携加算の算定のために外部のリハ専門職等(※3)が調査対象事業所・施設への訪問等を行い、利用者のアセスメントや調査対象事業所・施設への助言を共同で行うことを指します。

**○連携している理由等**

<問 3-4～3-15 は、問 3-3 で「1.連携している」とご回答の場合、ご回答ください>

問 3-4 連携している理由についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	1. 専門的な視点を踏まえ個別機能訓練計画を作成できるため 2. 介護職員等の教育につながるため 3. 利用者の安心につながるため 4. 経営上のメリットがあるため 5. その他( )
問 3-5 貴事業所・貴施設が令和元年8月に連携している外部のリハ事業所等(以下、連携先と呼称)の件数をご記入下さい。	件

<問 3-6～問 3-11 は、令和元年8月において利用者数ベースで最も多く連携している1つの連携先を想定してご回答ください>

問 3-6 連携先は貴事業所・貴施設と同一法人か否かについてご記入ください。(○は1つ)	1. 同一法人 2. 別法人(グループ法人) 3. 別法人(グループ法人以外)
問 3-7 連携先となる事業所・施設(○は1つ)	1. 指定訪問リハビリテーション事業所 2. 指定通所リハビリテーション事業所 3. 病院 4. 診療所 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 介護医療院

<問 3-8 は、問 3-7 で「3. 病院」と答えた方がお答えください>

問 3-8 問 3-7 でご回答になられた病院の許可病床数と周辺の診療所の状況についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	1. 許可病床数が 200 床未満である 2. 許可病床数が 200 床以上である 3. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しない 4. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在する
問 3-9 連携している職種として該当するものについてお伺いします。(あ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. 医師
問 3-10 リハ事業所等による貴事業所・貴施設への訪問頻度についてお伺いします。(○は1つ)	1. 3ヶ月に1回 2. 2ヶ月に1回 3. 1ヶ月に1回 4. 1ヶ月に2回以上 5. その他( )



問 3-11 リハ事業所等が貴事業所・貴施設へ訪問する曜日や日時はあらかじめ決まっていますか。	1. 事前に決まった曜日・日付で訪問する。 2. 必要に応じて都度日程を調整し訪問する。 3. その他( )
問 3-12 リハ事業所等と連携を継続する上での課題があれば、該当するものに○をつけてください。	1. 貴事業所・貴施設の職員に連携の必要性を理解させることが難しい 2. 連携先が3ヶ月に1回以上訪問する事が難しい 3. 職員が忙しく共同でアセスメントや計画等を見直すための時間が取れない 4. 貴事業所・貴施設として採算が取れない 5. 連携先に十分な対価を支払うことができない 6. その他( ) 7. 課題はない
問 3-13 令和元年8月1日時点で連携している主なリハ事業所等は、平成30年4月以降に初めて連携を始めましたか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ

**○連携していない理由等**

<問3-14、問3-15は、問3-3で「2. 連携を試みたが断念した」又は「3. 連携を試みていない」とお答えになった場合にお答えください>

問 3-14 連携していない理由についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)
1. 貴事業所・貴施設に個別機能訓練計画を作成できる職員がおり連携自体、不要と考えているため 2. 利用者が拒否するため 3. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在しないため 4. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在するか分からないため 5. 連携先候補となるリハ事業所等に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 6. 連携先候補となるリハ事業所等への依頼の仕方が分からないため 7. 連携先候補への報酬の単価の基準をどのように設定すれば良いかわからないため 8. 連携先候補と契約を締結することや、報酬単価を調整することに負担を感じるため 9. 連携先候補と報酬面の条件が折り合わないため 10. 連携先候補と連携頻度に関する条件が折り合わないため 11. 連携先候補と連携内容に関する条件が折り合わないため 12. 利用者の状態等の評価を共同で行うことが難しい 13. 個別機能訓練計画の作成が難しいため 14. その他( )

問 3-15 外部のリハ職等との連携の必要性を感じていますか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ
---------------------------------------	--------------

**IV. 機能訓練の実施状況についてお尋ねします。**

<問4-1～問4-4は、問2-1で生活機能向上連携加算に「1. 算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 4-1 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)																		
課題 職種	ADL							IADL			起居動作			その他				
	食事	排泄	入浴	更衣	整容	移乗	屋内移動	階段昇降	屋外移動	調理	洗濯	掃除	起き上がり	座位	立ち上がり	立位	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
1) 理学療法士																		
2) 作業療法士																		
3) 言語聴覚士																		

問 4-2 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)										
課題 職種	課題					口腔機能向上	栄養改善	医療処置	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
1) 病院・診療所のリハビリテーション専門医										
2) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医以外)										
3) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師										

問 4-3 問 4-2 の内容の他に、令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携した医師が対応した利用者の課題についてお教えてください。(自由記述)

問 4-4 問 4-1、問 4-2 で得られた助言は具体的にどのようなものですか。効果的とお考えの助言について、その助言者の職種と助言内容をお教えてください。(自由記述)

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

ID : ●-●●●●-●

調査票 1-3

平成 30 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)  
介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式

## 生活機能向上連携加算に関する調査(認知症対応型通所介護)(案)

○調査事務局よりお問い合わせをさせて頂く場合がございますのでご回答者様のご氏名等についてお伺いします。

ご氏名		貴事業所・貴施設名(※)	
電話番号		メールアドレス	

## I. 貴事業所・貴施設の基本属性についてお伺いします

問 1-1 法人種別	1. 社会福祉法人	2. 医療法人	3. 特定非営利活動法人
	4. 株式会社	5. 株式会社以外の営利法人	6. その他 ( )

&lt;問 1-2~問 1-7 は、それぞれ貴事業所・貴施設に該当するサービスがある設問についてのみお答えください&gt;

## 問 1-2 種類・施設区分(○は1つ)

1. 単独型	2. 併設型	3. 共同型
--------	--------	--------

問 1-3 定員数	人	
問 1-4 併設施設サービス(同一敷地内もしくは隣接する敷地内で提供しているサービス)について、該当するものに全てに○を付けてください。	1. 訪問介護	18. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護
	2. 訪問入浴介護	19. 看護小規模多機能型居宅介護
	3. 訪問看護	20. 介護老人福祉施設
	4. 訪問リハビリテーション	21. 介護老人保健施設
	5. 通所介護	22. 介護療養型医療施設
	6. 通所リハビリテーション	23. 介護医療院
	7. 短期入所生活介護・療養介護	24. サービス付き高齢者向け住宅
	8. 特定施設入居者生活介護	25. 有料老人ホーム
	9. 福祉用具貸与・販売	26. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B)
	10. 居宅介護支援	27. 旧高齢者専用賃貸住宅
	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	28. 地域包括支援センター(在宅介護支援センター)
	12. 夜間対応型訪問介護	29. 病院
	13. 地域密着型通所介護	30. 診療所
	14. 認知症対応型通所介護	31. 歯科診療所
	15. 小規模多機能型居宅介護	
	16. 認知症対応型共同生活介護	
	17. 地域密着型特定施設入居者生活介護	

## 問 1-5 要介護度別の利用者数(実人数)(令和元年 8 月)

合計	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中
人	人	人	人	人	人	人

## 問 1-6 認知症高齢者の日常生活自立度別の利用者数(実人数)(令和元年 8 月)

合計	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
人	人	人	人	人	人	人	人	人

## 問 1-7 職員数(令和元年 8 月 1 日時点)

※1:1人が複数の職種に該当する場合には、該当する全ての職種に計上ください。

	①常勤職員	②非常勤職員(常勤換算※2)		①常勤職員	②非常勤職員(常勤換算※2)
1)管理者	人	人	5)機能訓練指導員	人	人
2)生活相談員	人	人	6)その他職員	人	人
3)看護職員	人	人	7)全職員数	人	人
4)介護職員	人	人			

※2:常勤換算数の算出:「職員の一週間の労働時間÷貴事業所・貴施設の所定労働時間」にて算出し、小数点以下第二位を四捨五入して小数点第一位まで計上してください。常勤専従、常勤兼務、非常勤を合算して下さい。

問 1-8 機能訓練指導員(常勤職員、非常勤職員のいずれも)として登録している職員の保有する全ての資格に○を付けてください(令和元年8月1日時点)。

貴事業所・貴施設に機能訓練指導員が11人以上いる場合には、大変恐れ入りますが本設問(問1-8)と同様の表(様式自由)に11人目以降の状況をご記入頂き、本調査票に添付してご提出をお願い致します。

	1) 看護師	2) 准看護師	3) 理学療法士	4) 作業療法士	5) 言語聴覚士	6) 柔道整復師	7) あん摩マッサージ指圧師	8) はり師	9) きゅう師
回答例			○				○		
1人目									
2人目									
3人目									
4人目									
5人目									
6人目									
7人目									
8人目									
9人目									
10人目									

問 1-9 同一法人内の他事業所にリハ専門職等<sup>※1</sup>は在籍していますか。また、それらのリハ専門職等は貴事業所・貴施設等、法人内において助言を行っていますか。(令和元年8月1日時点)(○は1つ)

※1:リハ専門職等とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師のことをいう。

※2:リハビリテーション専門医:病院や診療所のリハビリテーション科等に従事する医師

	①在籍していますか	②助言を行っていますか
1) 理学療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
2) 作業療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
3) 言語聴覚士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
4) 病院・診療所のリハビリテーション専門医 <sup>※2</sup>	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
5) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医 <sup>※2</sup> 以外)	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
6) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ

問 1-10 利用者のADLやIADLをどのような指標を用いて定期的に評価していますか。(あてはまるもの全てに○)

1. BI                      2. FIM                      3. その他(                      )  
 4. 定期的な評価は行っていない

**II. 加算の算定状況についてお伺いします**

**○生活機能向上連携加算の算定状況**

問 2-1 令和元年8月における生活機能向上連携加算の算定有無、生活機能向上連携加算の算定に合致する取組の実施状況、利用者の実人数、加算算定にあたり連携したリハ専門職等の実人数についてお伺いします。

- 算定している (利用者実人数:                      人、リハ専門職等の実人数                      人)
- 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない
- 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っていない

○生活機能向上連携加算の算定によるメリット等

<問 2-2 は、問 2-1 で「1. 算定している」、「2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

<p>問 2-2 生活機能向上連携加算の算定による利用者のメリットとして考えられることは何ですか。対象とする利用者の生活機能向上連携加算を適用する前の状態(要介護1、2と要介護3～5)別にご回答ください。</p> <p>※：リハ事業所等とは、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施している医療提供施設を指します。(以下も同様)</p>								
	①要介護1、2 の利用者				②要介護3～5 の利用者			
	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ある程度あてはまる	とてもあてはまる	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ある程度あてはまる	とてもあてはまる
1) 専門的な視点を踏まえ質の高い個別機能訓練計画を作成できた	1	2	3	4	1	2	3	4
2) 専門的な視点を踏まえた計画であるため、利用者に対し何故機能訓練を行うのかを自信を持って説明できるようになった。	1	2	3	4	1	2	3	4
3) 利用者の身体機能の維持・向上につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
4) 利用者の ADL や IADL の維持・向上につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
5) 利用者本人の役割の再獲得や社会参加につながった								
6) 利用者の重度化防止につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
7) 専門職が助言して作成した計画に基づき機能訓練を行うことで利用者の安心につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
8) 専門職が助言して作成した計画に基づき機能訓練を行うことで介護職員等の安心につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
9) その他( )	1	2	3	4	1	2	3	4
問 2-3 外部機関との連携によって個別機能訓練計画はどの程度改善されたと感じますか。	1. とても改善された 3. 変わらない 5. とても悪くなった				2. 少し改善された 4. 少し悪くなった			
問 2-4 連携の結果、職員の機能訓練やケア方法など貴事業所・貴施設にとってどのようなメリットがありましたか。 (あてはまるもの全てに○)	1. 機能訓練指導員のケアの質が向上した 2. 介護職員のケアの質が向上した 3. 利用者の状態や希望に応じたケアの機会が増えた 4. 介護職員等が安心して働けるようになった 5. 貴事業所・貴施設が提供するケアの幅が広がった 6. 介護職員の業務負担の軽減につながった 7. 介護職員等の教育につながった 8. 経営上のメリットがあった 9. ケアを行う際に多職種(連携先以外の職種も含む)で連携して対応する機会が増えた 10. 機能訓練に関するデータ管理やデータの活用力が向上した 11. その他( )							
<問 2-5 は、問 2-1 で「1. 算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>								
問 2-5 貴事業所・貴施設が令和元年8月1か月間の生活機能向上連携加算の算定にあたり連携した全てのリハ事業所等に支払うべき報酬の総額をご記入ください。 なお複数の月数あたりの契約を締結している場合には1か月分に換算した金額をご計上ください。								円

**○生活機能向上連携加算を算定しない理由等**

<問 2-6 は、問 2-1 で「2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-6 生活機能向上連携加算に該当する業務を行っているが、算定していない理由をお答えください(あてはまるもの全てに○)	
1. 加算の意義や必要性が感じられないため 2. 加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いか分からないため 3. 加算の適用を必要とする利用者がいないため 4. 利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため 5. 加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため 6. 利用者・家族の理解が得られないため 7. 個別機能訓練計画の作成が難しいため 8. 加算の算定に必要な要件がわからないため 9. 加算の算定に取り組む余裕がないため 10. かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため 11. その他( )	

<問 2-7 は、問 2-1 で「3. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っていない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-7 生活機能向上連携加算の存在をご存知でしたか。	1. 知っている	2. 知らなかった
------------------------------	----------	-----------

<問 2-8 は、問 2-7 で「1. 知っている」とお答えになった場合にお答えください>

問 2-8 生活機能向上連携加算を算定していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。	
1) 自立支援や介護予防の重要性について十分に理解できないため	
2) 加算の意義や必要性が感じられないため	
3) 貴事業所、貴施設に既にリハ職等が在籍しており、連携する必要性がないため	
4) 貴事業所・貴施設が人手不足の状況にあり、利用者の生活の維持に注力すること以外のことを行う余裕がないため	
5) 加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いか分からないため	
6) 加算の適用を必要とする利用者がいないため	
7) 利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため	
8) 加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため	
9) 利用者・家族の理解が得られないため	
10) 個別機能訓練計画の作成が難しいため	
11) 外部のリハ事業所等(※)との連携が難しいため	
12) 加算の算定に必要な要件がわからないため	
13) 加算の算定に取り組む余裕がないため	
14) かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため	
15) その他( )	

**○個別機能訓練加算の算定状況**

問 2-9 令和元年8月における個別機能訓練加算の算定有無及び算定回数、利用者実人数についてお伺いします。

個別機能訓練加算	1. 算定している( 回、利用者実人数: 人)	2. 算定していない
----------	-------------------------	------------

**○個別機能訓練加算を算定しない理由**

<問 2-10 は、問 2-9 で個別機能訓練加算に「2. 算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-10 個別機能訓練加算を算定していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。	
1) 加算の意義や必要性が感じられないため	
2) 加算の適用を必要とする利用者がいないため	
3) 利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため	
4) 利用者・家族の理解が得られないため	
5) 個別機能訓練計画の作成が難しいため	
6) 機能訓練指導員を常勤又は専従により配置することが難しいため	
7) 加算の算定に必要な要件がわからないため	
8) 加算の算定に取り組む余裕がないため	
9) かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため	
10) その他( )	



### Ⅲ. 外部との連携状況についてお伺いします

問 3-1 貴事業所・貴施設の近隣地域において、リハ専門職等を派遣しているリハ事業所等をご存じですか。  
(○は1つ)。

1. 知っているリハ事業所等があり、連絡を取ったことがある
2. 知っているリハ事業所等があるが、連絡を取ったことはない
3. 知らない

<令和元年8月1日時点における状況をお伺い致します。該当する連携先が複数ある場合には、個別機能訓練計画等を作成する上で最も連携が多い連携先についてご記入ください>

問 3-2 個別機能訓練が必要か否かを把握するため利用者の定期評価を行っていますか。 1. はい 2. いいえ

問 3-3 現在、個別機能訓練計画を作成する上で外部(※1)のリハ事業所等と連携(※2)していますか。 1. 連携している  
2. 連携を試みたが断念した  
3. 連携を試みていない

※1：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。

※2：連携とは、生活機能向上連携加算の算定のために外部のリハ専門職等(※3)が調査対象事業所・施設への訪問等を行い、利用者のアセスメントや調査対象事業所・施設への助言を共同で行うことを指します。

#### ○連携している理由等

<問 3-4～3-15 は、問 3-3 で「1. 連携している」とご回答の場合、ご回答ください>

問 3-4 連携している理由についてお伺いします。  
(あてはまるもの全てに○)

1. 専門的な視点を踏まえ個別機能訓練計画を作成できるため
2. 介護職員等の教育につながるため
3. 利用者の安心につながるため
4. 経営上のメリットがあるため
5. その他( )

問 3-5 貴事業所・貴施設が令和元年8月に連携している外部のリハ事業所等(以下、連携先と呼称)の件数をご記入下さい。 件

<問 3-6～問 3-11 は、令和元年8月において利用者数ベースで最も多く連携している1つの連携先を想定してご回答ください>

問 3-6 連携先は貴事業所・貴施設と同一法人か否かについてご記入ください。(○は1つ) 1. 同一法人  
2. 別法人(グループ法人) 3. 別法人(グループ法人以外)

問 3-7 連携先となる事業所・施設(○は1つ)

1. 指定訪問リハビリテーション事業所
2. 指定通所リハビリテーション事業所
3. 病院
4. 診療所
5. 介護老人保健施設
6. 介護療養型医療施設
7. 介護医療院

<問 3-8 は、問 3-7 で「3. 病院」と答えた方がお答えください>

問 3-8 問 3-7 でご回答になられた病院の許可病床数と周辺の診療所の状況についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)

1. 許可病床数が 200 床未満である
2. 許可病床数が 200 床以上である
3. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しない
4. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在する

問 3-9 連携している職種として該当するものについてお伺いします。  
(あ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. 医師

問 3-10 リハ事業所等による貴事業所・貴施設への訪問頻度についてお伺いします。(○は1つ)

1. 3ヶ月に1回
2. 2ヶ月に1回
3. 1ヶ月に1回
4. 1ヶ月に2回以上
5. その他( )

問 3-11 リハ事業所等が貴事業所・貴施設へ訪問する曜日や日時はあらかじめ決まっていますか。

1. 事前に決まった曜日・日付で訪問する。
2. 必要に応じて都度日程を調整し訪問する。
3. その他( )

問 3-12 リハ事業所等と連携を継続する上での課題があれば、該当するものに○をつけてください。

1. 貴事業所・貴施設の職員に連携の必要性を理解させることが難しい
2. 連携先が3ヶ月に1回以上訪問する事が難しい
3. 職員が忙しく共同でアセスメントや計画等を見直すための時間が取れない
4. 貴事業所・貴施設として採算が取れない
5. 連携先に十分な対価を支払うことができない
6. その他( )
7. 課題はない

問 3-13 令和元年8月1日時点で連携している主なリハ事業所等は、平成 30 年 4 月以降に初めて連携を始めましたか。(○は1つ)

1. はい
2. いいえ

**○連携していない理由等**

<問 3-14、問 3-15 は、問 3-3 で「2. 連携を試みたが断念した」又は「3. 連携を試みていない」とお答えになった場合にお答えください>

問 3-14 連携していない理由についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)
1. 貴事業所・貴施設に個別機能訓練計画を作成できる職員がおり連携自体、不要と考えているため 2. 利用者が拒否するため 3. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在しないため 4. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在するか分からないため 5. 連携先候補となるリハ事業所等に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 6. 連携先候補となるリハ事業所等への依頼の仕方が分からないため 7. 連携先候補への報酬の単価の基準をどのように設定すれば良いかわからないため 8. 連携先候補と契約を締結することや、報酬単価を調整することに負担を感じるため 9. 連携先候補と報酬面の条件が折り合わないため 10. 連携先候補と連携頻度に関する条件が折り合わないため 11. 連携先候補と連携内容に関する条件が折り合わないため 12. 利用者の状態等の評価を共同で行うことが難しい 13. 個別機能訓練計画の作成が難しいため 14. その他( )

問 3-15 外部のリハ職等との連携の必要性を感じていますか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ
---------------------------------------	--------------

**IV. 機能訓練の実施状況についてお尋ねします。**

<問 4-1～問 4-4 は、問 2-1 で生活機能向上連携加算に「1. 算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 4-1 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)																		
課題 職種	ADL							IADL			起居動作			その他				
	食事	排泄	入浴	更衣	整容	移乗	屋内移動	階段昇降	屋外移動	調理	洗濯	掃除	起き上がり	座位	立ち上がり	立位	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
1) 理学療法士																		
2) 作業療法士																		
3) 言語聴覚士																		

問 4-2 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)										
課題 職種	課題					口腔機能向上	栄養改善	医療処置	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
	食事	排泄	入浴	更衣	整容					
1) 病院・診療所のリハビリテーション専門医										
2) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医以外)										
3) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師										

問 4-3 問 4-2 の内容の他に、令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携した医師が対応した利用者の課題についてお教えてください。(自由記述)

問 4-4 問 4-1、問 4-2 で得られた助言は具体的にどのようなものですか。効果的とお考えの助言について、その助言者の職種と助言内容をお教えてください。(自由記述)

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。



ID : ●-●●●●●-●

調査票 1-4

平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)  
介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式

## 生活機能向上連携加算に関する調査(認知症対応型共同生活介護)(案)

○調査事務局よりお問い合わせをさせて頂く場合がございますのでご回答者様のご氏名等についてお伺いします。

ご氏名		貴事業所・貴施設名(※)	
電話番号		メールアドレス	

## I. 貴事業所・貴施設の基本属性についてお伺いします

問 1-1 法人種別	1. 社会福祉法人	2. 医療法人	3. 特定非営利活動法人
	4. 株式会社	5. 株式会社以外の営利法人	6. その他 ( )

問 1-2 定員数	人
-----------	---

問 1-3 ユニット数	ユニット
-------------	------

問 1-4 併設施設サービス(同一敷地内もしくは隣接する敷地内で提供しているサービス)について、該当するものに全てに○を付けてください。	1. 訪問介護	18. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護
	2. 訪問入浴介護	19. 看護小規模多機能型居宅介護
	3. 訪問看護	20. 介護老人福祉施設
	4. 訪問リハビリテーション	21. 介護老人保健施設
	5. 通所介護	22. 介護療養型医療施設
	6. 通所リハビリテーション	23. 介護医療院
	7. 短期入所生活介護・療養介護	24. サービス付き高齢者向け住宅
	8. 特定施設入居者生活介護	25. 有料老人ホーム
	9. 福祉用具貸与・販売	26. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B)
	10. 居宅介護支援	27. 旧高齢者専用賃貸住宅
	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	28. 地域包括支援センター(在宅介護支援センター)
	12. 夜間対応型訪問介護	29. 病院
	13. 地域密着型通所介護	30. 診療所
	14. 認知症対応型通所介護	31. 歯科診療所
	15. 小規模多機能型居宅介護	
16. 認知症対応型共同生活介護		
17. 地域密着型特定施設入居者生活介護		

問 1-5 要介護度別の利用者数(実人数)(令和元年8月)						
合計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中
人	人	人	人	人	人	人

問 1-6 認知症高齢者の日常生活自立度別の利用者数(実人数)(令和元年8月)								
合計	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
人	人	人	人	人	人	人	人	人

問 1-7 職員数(令和元年8月1日時点)					
※1:1人が複数の職種に該当する場合には、該当する全ての職種に計上ください。					
	①常勤職員	②非常勤職員(常勤換算※2)		①常勤職員	②非常勤職員(常勤換算※2)
1)管理者	人	人	4)その他職員	人	人
2)介護従業者	人	人	5)全職員数	人	人
3)計画作成担当者	人	人		人	人

※2:常勤換算数の算出:「職員の一週間の労働時間÷貴事業所・貴施設の所定労働時間」にて算出し、小数点以下第二位を四捨五入して小数点第一位まで計上してください。常勤専従、常勤兼務、非常勤を合算して下さい。

問 1-8 同一法人内の他事業所にリハ専門職等※1 は在籍していますか。また、それらのリハ専門職等は貴事業所・貴施設等、法人内において助言を行っていますか。(令和元年8月1日時点)(○は1つ) ※1:リハ専門職等とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師のことをいう。 ※2:リハビリテーション専門医:病院や診療所のリハビリテーション科等に従事する医師		
	①在籍していますか	②助言を行っていますか
1) 理学療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
2) 作業療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
3) 言語聴覚士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
4) 病院・診療所のリハビリテーション専門医※2	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
5) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医※2以外)	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
6) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
問 1-9 利用者のADLやIADLをどのような指標を用いて定期的に評価していますか。(あてはまるもの全てに○)	1. BI                      2. FIM                      3. その他(                      ) 4. 定期的な評価は行っていない	

## II. 加算の算定状況についてお伺いします

### ○生活機能向上連携加算の算定状況

問 2-1 令和元年8月における生活機能向上連携加算の算定有無、生活機能向上連携加算の算定に合致する取組の実施状況、利用者の実人数、加算算定にあたり連携したリハ専門職等の実人数についてお伺いします。
1. 算定している (利用者実人数:                      人、リハ専門職等の実人数                      人) 2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない 3. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っていない

### ○生活機能向上連携加算の算定によるメリット等

<問 2-2 は、問 2-1 で「1. 算定している」、「2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-2 生活機能向上連携加算の算定による利用者のメリットとして考えられることは何ですか。 ※: リハ事業所等とは、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施している医療提供施設を指します。(以下も同様)				
	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ある程度あてはまる	とてもあてはまる
1) 専門的な視点を踏まえ認知症対応型共同生活介護計画を作成できた	1	2	3	4
2) 一定時間座位の保持ができるようになり、座って食事ができるようになるなど、利用者にとって良い効果につながった	1	2	3	4
3) 食事や清掃、洗濯、買物など利用者のできることが増えた	1	2	3	4
4) 椅子やテーブルの高さ、配置など、生活環境面での助言を受けることができた	1	2	3	4
5) その他(                      )	1	2	3	4

問 2-3 外部機関との連携によって認知症対応型共同生活介護計画はどの程度改善されたと感じますか。	1. とても改善された 3. 変わらない 5. とても悪くなった	2. 少し改善された 4. 少し悪くなった
---	--	--------------------------

<p>問 2-4 連携の結果、職員の機能訓練やケア方法など貴事業所・貴施設にとってどのようなメリットがありましたか。 (あてはまるもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 介護職員のケアの質が向上した</li> <li>2. 利用者の状態や希望に応じたケアの機会が増えた</li> <li>3. 介護職員等が安心して働けるようになった</li> <li>4. 貴事業所・貴施設が提供するケアの幅が広がった</li> <li>5. 介護職員の業務負担の軽減につながった</li> <li>6. 介護職員等の教育につながった</li> <li>7. 経営上のメリットがあった</li> <li>8. ケアを行う際に多職種(連携先以外の職種も含む)で連携して対応する機会が増えた</li> <li>9. 生活機能の向上に関するデータ管理やデータの活用力が向上した</li> <li>10. その他( )</li> </ol>
--	---

<問 2-5 は、問 2-1 で「1. 算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>

<p>問 2-5 貴事業所・貴施設が令和元年8月1か月間の生活機能向上連携加算の算定にあたり連携した全てのリハ事業所等に支払うべき報酬の総額をご記入ください。 なお複数の月数あたりの契約を締結している場合には1か月分に換算した金額をご計上ください。</p>	円
--	---

**○生活機能向上連携加算を算定しない理由等**

<問 2-6 は、問 2-1 で「2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

<p>問 2-6 生活機能向上連携加算に該当する業務を行っているが、算定していない理由をお答えください(あてはまるもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 加算の意義や必要性が感じられないため</li> <li>2. 加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いか分からないため</li> <li>3. 加算の適用を必要とする利用者がいないため</li> <li>4. 利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため</li> <li>5. 加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため</li> <li>6. 利用者・家族の理解が得られないため</li> <li>7. 認知症対応型共同生活介護計画の作成が難しいため</li> <li>8. 加算の算定に必要な要件がわからないため</li> <li>9. 加算の算定に取り組む余裕がないため</li> <li>10. かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため</li> <li>11. その他( )</li> </ol>
--	--

<問 2-7 は、問 2-1 で「3. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っていない」とご回答の場合に、ご回答ください>

<p>問 2-7 生活機能向上連携加算の存在をご存知でしたか。</p>	<p>1. 知っている                      2. 知らなかった</p>
-------------------------------------	--

<問 2-8 は、問 2-7 で「1. 知っている」とお答えになった場合にお答えください>

<p>問 2-8 生活機能向上連携加算を算定していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。</p>	
1) 自立支援や介護予防の重要性について十分に理解できないため	
2) 加算の意義や必要性が感じられないため	
3) 貴事業所、貴施設に既にリハ職等が在籍しており、連携する必要性がないため	
4) 貴事業所・貴施設が人手不足の状況にあり、利用者の生活の維持に注力すること以外のことを行う余裕がないため	
5) 加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いか分からないため	
6) 加算の適用を必要とする利用者がいないため	
7) 利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため	
8) 加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため	
9) 利用者・家族の理解が得られないため	
10) 外部のリハ事業所等(※)との連携が難しいため	
11) 加算の算定に必要な要件がわからないため	
12) 加算の算定に取り組む余裕がないため	
13) かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため	
14) その他( )	

**Ⅲ. 外部との連携状況についてお伺いします**

問 3-1 貴事業所・貴施設の近隣地域において、リハ専門職等を派遣しているリハ事業所等をご存じですか。 (○は1つ)。
1. 知っているリハ事業所等があり、連絡を取ったことがある 2. 知っているリハ事業所等があるが、連絡を取ったことはない 3. 知らない

<令和元年8月1日時点における状況をお伺い致します。該当する連携先が複数ある場合には、認知症対応型共同生活介護計画を作成する上で最も連携が多い連携先についてご記入ください>

問 3-2 生活機能の向上を目指して利用者の定期評価を行っていますか。	1. はい 2. いいえ
問 3-3 現在、認知症対応型共同生活介護計画を作成する上で外部(※1)のリハ事業所等と連携(※2)していますか。	1. 連携している 2. 連携を試みたが断念した 3. 連携を試みていない

※1：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。  
 ※2：連携とは、生活機能向上連携加算の算定のために外部のリハ専門職等(※3)が調査対象事業所・施設への訪問等を行い、利用者のアセスメントや調査対象事業所・施設への助言を共同で行うことを指します。

**○連携している理由等**

<問 3-4～3-16 は、問 3-3 で「1. 連携している」とご回答の場合、ご回答ください>

問 3-4 連携している理由についてお伺いします。 (あてはまるもの全てに○)	1. 専門的な視点を踏まえ認知症対応型共同生活介護計画を作成できるため 2. 介護職員等の教育につながるため 3. 利用者の安心につながるため 4. 経営上のメリットがあるため 5. その他( )
問 3-5 貴事業所・貴施設が令和元年8月に連携している外部のリハ事業所等(以下、連携先と呼称)の件数をご記入下さい。	件

<問 3-6～問 3-11 は、令和元年8月において利用者数ベースで最も多く連携している1つの連携先を想定してご回答ください>

問 3-6 連携先は貴事業所・貴施設と同一法人か否かについてご記入ください。(○は1つ)	1. 同一法人 2. 別法人(グループ法人) 3. 別法人(グループ法人以外)
問 3-7 連携先となる事業所・施設(○は1つ)	1. 指定訪問リハビリテーション事業所 2. 指定通所リハビリテーション事業所 3. 病院 4. 診療所 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 介護医療院

<問 3-8 は、問 3-7 で「3. 病院」と答えた方がお答えください>

問 3-8 問 3-7 でご回答になられた病院の許可病床数と周辺の診療所の状況についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	1. 許可病床数が 200 床未満である 2. 許可病床数が 200 床以上である 3. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しない 4. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在する
問 3-9 連携している職種として該当するものについてお伺いします。 (あ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. 医師
問 3-10 リハ事業所等による貴事業所・貴施設への訪問頻度についてお伺いします。(○は1つ)	1. 3ヶ月に1回 2. 2ヶ月に1回 3. 1ヶ月に1回 4. 1ヶ月に2回以上 5. その他( )
問 3-11 リハ事業所等が貴事業所・貴施設へ訪問する曜日や日時はあらかじめ決まっていますか。	1. 事前に決まった曜日・日付で訪問する。 2. 必要に応じて都度日程を調整し訪問する。 3. その他( )
問 3-12 リハ事業所等と連携を継続する上での課題があれば、該当するものに○をつけてください。	1. 貴事業所・貴施設の職員に連携の必要性を理解させることが難しい 2. 連携先が3ヶ月に1回以上訪問する事が難しい 3. 職員が忙しく共同でアセスメントや計画等を見直すための時間が取れない 4. 貴事業所・貴施設として採算が取れない 5. 連携先に十分な対価を支払うことができない 6. その他( ) 7. 課題はない

問 3-13 令和元年8月1日時点で連携している主なリハ事業所等は、平成 30 年 4 月以降に初めて連携を始めましたか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ
---	-----------------

**○連携していない理由等**

<問 3-14、問 3-15 は、問 3-3 で「2. 連携を試みたが断念した」又は「3. 連携を試みていない」とお答えになった場合にお答えください>

問 3-14 連携していない理由についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)
1. 貴事業所・貴施設に認知症対応型共同生活介護計画を作成できる職員がおり連携自体、不要と考えているため 2. 利用者が拒否するため 3. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在しないため 4. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在するか分からないため 5. 連携先候補となるリハ事業所等に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 6. 連携先候補となるリハ事業所等への依頼の仕方が分からないため 7. 連携先候補への報酬の単価の基準をどのように設定すれば良いかわからないため 8. 連携先候補と契約を締結することや、報酬単価を調整することに負担を感じるため 9. 連携先候補と報酬面の条件が折り合わないため 10. 連携先候補と連携頻度に関する条件が折り合わないため 11. 連携先候補と連携内容に関する条件が折り合わないため 12. 利用者の状態等の評価を共同で行うことが難しい 13. 認知症対応型共同生活介護計画の作成が難しいため 14. その他( )

問 3-15 外部のリハ職等との連携の必要性を感じていますか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ
---------------------------------------	--------------

**IV. 生活機能の向上を目的とした取組の実施状況についてお尋ねします。**

<問 4-1～問 4-4 は、問 2-1 で生活機能向上連携加算に「1. 算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 4-1 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)																		
課題 職種	ADL							IADL			起居動作			その他				
	食事	排泄	入浴	更衣	整容	移乗	屋内移動	階段昇降	屋外移動	調理	洗濯	掃除	起き上がり	座位	立ち上がり	立位	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
1) 理学療法士																		
2) 作業療法士																		
3) 言語聴覚士																		

問 4-2 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)										
職種	課題					口腔機能向上	栄養改善	医療処置	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
	認知機能	歩行	転倒	排泄	入浴					
1) 病院・診療所のリハビリテーション専門医										
2) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医以外)										
3) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師										

問 4-3 問 4-2 の内容の他に、令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携した医師が対応した利用者の課題についてお教えてください。(自由記述)

問 4-4 問 4-1、問 4-2 で得られた助言は具体的にどのようなものですか。効果的とお考えの助言について、その助言者の職種と助言内容をお教えてください。(自由記述)

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。



ID : ●-●●●●-●

調査票 1-5

平成 30 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)  
介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式

## 生活機能向上連携加算に関する調査(特定施設入居者生活介護)(案)

○調査事務局よりお問い合わせをさせて頂く場合がございますのでご回答者様のご氏名等についてお伺いします。

ご氏名		貴事業所・貴施設名(※)	
電話番号		メールアドレス	

## I. 貴事業所・貴施設の基本属性についてお伺いします

問 1-1 法人種別	1. 社会福祉法人	2. 医療法人	3. 特定非営利活動法人
	4. 株式会社	5. 株式会社以外の営利法人	6. その他 ( )

## 問 1-2 種類・施設区分 該当する選択肢をお選びください。(○は1つ)

1. 有料老人ホーム (2. 除く)	2. サービス付き高齢者向け住宅
3. 軽費老人ホーム	4. 養護老人ホーム

問 1-3 特定施設入居者生活介護の指定	1. 一般型 (介護)	2. 一般型 (介護予防)	3. 地域密着型
----------------------	-------------	---------------	----------

問 1-4 サービスの提供形態	1. 一般型	2. 外部サービス利用型
-----------------	--------	--------------

問 1-5 定員数	人	
問 1-6 併設施設サービス (同一敷地内もしくは隣接する敷地内で提供しているサービス)について、該当するものに全てに○を付けてください。	1. 訪問介護	18. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護
	2. 訪問入浴介護	19. 看護小規模多機能型居宅介護
	3. 訪問看護	20. 介護老人福祉施設
	4. 訪問リハビリテーション	21. 介護老人保健施設
	5. 通所介護	22. 介護療養型医療施設
	6. 通所リハビリテーション	23. 介護医療院
	7. 短期入所生活介護・療養介護	24. サービス付き高齢者向け住宅
	8. 特定施設入居者生活介護	25. 有料老人ホーム
	9. 福祉用具貸与・販売	26. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム (ケアハウス、A、B)
	10. 居宅介護支援	27. 旧高齢者専用賃貸住宅
	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	28. 地域包括支援センター (在宅介護支援センター)
	12. 夜間対応型訪問介護	29. 病院
	13. 地域密着型通所介護	30. 診療所
	14. 認知症対応型通所介護	31. 歯科診療所
	15. 小規模多機能型居宅介護	
	16. 認知症対応型共同生活介護	
	17. 地域密着型特定施設入居者生活介護	

## 問 1-7 要介護度別の利用者数(実人数)(令和元年 8 月)

合計	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中
人	人	人	人	人	人	人

## 問 1-8 認知症高齢者の日常生活自立度別の利用者数(実人数)(令和元年 8 月)

合計	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
人	人	人	人	人	人	人	人	人

問 1-9 令和元年 8 月 1 か月間の利用者数(実人数)	人
--------------------------------	---

問 1-10 職員数(令和元年8月1日時点)					
※1:1人が複数の職種に該当する場合には、該当する全ての職種に計上ください。					
	①常勤職員	②非常勤職員 (常勤換算※2)		①常勤職員	②非常勤職員 (常勤換算※2)
1)管理者	人	人	5)機能訓練指導員	人	人
2)生活相談員	人	人	6)計画作成担当者	人	人
3)看護職員	人	人	7)その他職員	人	人
4)介護職員	人	人	8)全職員数	人	人

※2:常勤換算数の算出:「職員の一週間の労働時間÷貴事業所・貴施設の所定労働時間」にて算出し、小数点以下第二位を四捨五入して小数点第一位まで計上してください。常勤専従、常勤兼務、非常勤を合算して下さい。

問 1-11 機能訓練指導員(常勤職員、非常勤職員のいずれも)として登録している職員の保有する全ての資格に○を付けてください(令和元年8月1日時点)。  
 貴事業所・貴施設に機能訓練指導員が11人以上いる場合には、大変恐れ入りますが本設問(問1-11)と同様の表(様式自由)に11人目以降の状況をご記入頂き、本調査票に添付してご提出をお願い致します。

	1)看護師	2)准看護師	3)理学療法士	4)作業療法士	5)言語聴覚士	6)柔道整復師	7)あん摩マッサー ジ指圧師	8)はり師	9)きゅう師
回答例			○				○		
1人目									
2人目									
3人目									
4人目									
5人目									
6人目									
7人目									
8人目									
9人目									
10人目									

問 1-12 同一法人内の他事業所にリハ専門職等※1は在籍していますか。また、それらのリハ専門職等は貴事業所・貴施設等、法人内において助言を行っていますか。(令和元年8月1日時点)(○は1つ)

※1:リハ専門職等とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師のことをいう。

※2:リハビリテーション専門医:病院や診療所のリハビリテーション科等に従事する医師

	①在籍していますか	②助言を行っていますか
1)理学療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
2)作業療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
3)言語聴覚士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
4)病院・診療所のリハビリテーション専門医※2	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
5)病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医※2以外)	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
6)訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ

問 1-13 利用者のADLやIADLをどのような指標を用いて定期的に評価していますか。(あてはまるものを全てに○)  
 1. BI                    2. FIM                    3. その他(                    )  
 4. 定期的な評価は行っていない

**II. 加算の算定状況についてお伺いします**

**○生活機能向上連携加算の算定状況**

問 2-1 令和元年8月における生活機能向上連携加算の算定有無、生活機能向上連携加算の算定に合致する取組の実施状況、利用者の実人数、加算算定にあたり連携したリハ専門職等の実人数についてお伺いします。

- 算定している(利用者実人数:                    人、リハ専門職等の実人数                    人)
- 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない
- 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っていない

○生活機能向上連携加算の算定によるメリット等

<問 2-2 は、問 2-1 で生活機能向上連携加算に「1.算定している」、「2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-2 生活機能向上連携加算の算定による利用者のメリットとして考えられることは何ですか。対象とする利用者の生活機能向上連携加算を適用する前の状態(要介護1、2と要介護3～5)別にご回答ください。								
※：リハ事業所等とは、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施している医療提供施設を指します。(以下も同様)								
	①要介護1、2 の利用者				②要介護3～5 の利用者			
	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ある程度あてはまる	とてもあてはまる	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ある程度あてはまる	とてもあてはまる
1) 専門的な視点を踏まえ質の高い個別機能訓練計画を作成できた	1	2	3	4	1	2	3	4
2) 専門的な視点を踏まえた計画であるため、利用者に対し何故機能訓練を行うのかを自信を持って説明できるようになった。	1	2	3	4	1	2	3	4
3) 利用者の身体機能の維持・向上につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
4) 利用者の ADL や IADL の維持・向上につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
5) 利用者本人の役割の再獲得や社会参加につながった								
6) 利用者の重度化防止につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
7) 専門職が助言して作成した計画に基づき機能訓練を行うことで利用者の安心につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
8) 専門職が助言して作成した計画に基づき機能訓練を行うことで介護職員等の安心につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
9) その他( )	1	2	3	4	1	2	3	4
問 2-3 外部機関との連携によって個別機能訓練計画はどの程度改善されたと感じますか。	1. とても改善された 3. 変わらない 5. とても悪くなった				2. 少し改善された 4. 少し悪くなった			
問 2-4 連携の結果、職員の機能訓練やケア方法など貴事業所・貴施設にとってどのようなメリットがありましたか。 (あてはまるもの全てに○)	1. 機能訓練指導員のケアの質が向上した 2. 介護職員のケアの質が向上した 3. 利用者の状態や希望に応じたケアの機会が増えた 4. 介護職員等が安心して働けるようになった 5. 貴事業所・貴施設が提供するケアの幅が広がった 6. 介護職員の業務負担の軽減につながった 7. 介護職員等の教育につながった 8. 経営上のメリットがあった 9. ケアを行う際に多職種(連携先以外の職種も含む)で連携して対応する機会が増えた 10. 機能訓練に関するデータ管理やデータの活用力が向上した 11. その他( )							
<問 2-5 は、問 2-1 で「1.算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>								
問 2-5 貴事業所・貴施設が令和元年8月1か月間の生活機能向上連携加算の算定にあたり連携した全てのリハ事業所等に支払うべき報酬の総額をご記入ください。 なお複数の月数あたりの契約を締結している場合には1か月分に換算した金額をご計上ください。								円



**○生活機能向上連携加算を算定しない理由等**

<問 2-6 は、問 2-1 で「2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-6 生活機能向上連携加算に該当する業務を行っているが、算定していない理由をお答えください(あてはまるもの全てに○)	
1. 加算の意義や必要性が感じられないため 2. 加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いか分からないため 3. 加算の適用を必要とする利用者がいないため 4. 利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため 5. 加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため 6. 利用者・家族の理解が得られないため 7. 個別機能訓練計画の作成が難しいため 8. 加算の算定に必要な要件がわからないため 9. 加算の算定に取り組む余裕がないため 10. かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため 11. その他( )	

<問 2-7 は、問 2-1 で「3. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っていない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-7 生活機能向上連携加算の存在をご存知でしたか。	1. 知っている	2. 知らなかった
------------------------------	----------	-----------

<問 2-8 は、問 2-7 で「1. 知っている」とお答えになった場合にお答えください>

問 2-8 生活機能向上連携加算を算定していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。	
1) 自立支援や介護予防の重要性について十分に理解できないため	
2) 加算の意義や必要性が感じられないため	
3) 貴事業所、貴施設に既にリハ職等が在籍しており、連携する必要性がないため	
4) 貴事業所・貴施設が人手不足の状況にあり、利用者の生活の維持に注力すること以外のことを行う余裕がないため	
5) 加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いか分からないため	
6) 加算の適用を必要とする利用者がいないため	
7) 利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため	
8) 加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため	
9) 利用者・家族の理解が得られないため	
10) 個別機能訓練計画の作成が難しいため	
11) 外部のリハ事業所等(※)との連携が難しいため	
12) 加算の算定に必要な要件がわからないため	
13) 加算の算定に取り組む余裕がないため	
14) かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため	
15) その他( )	

**○個別機能訓練加算の算定状況**

問 2-9 令和元年8月における個別機能訓練加算の算定有無及び算定回数、利用者実人数についてお伺いします。

個別機能訓練加算	1. 算定している( )回、利用者実人数: ( )人	2. 算定していない
----------	----------------------------	------------

**○個別機能訓練加算を算定しない理由**

<問 2-10 は、問 2-9 で個別機能訓練加算に「2. 算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-10 個別機能訓練加算を算定していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。	
1) 加算の意義や必要性が感じられないため	
2) 加算の適用を必要とする利用者がいないため	
3) 利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため	
4) 利用者・家族の理解が得られないため	
5) 個別機能訓練計画の作成が難しいため	
6) 機能訓練指導員を常勤又は専従により配置することが難しいため	
7) 加算の算定に必要な要件がわからないため	
8) 加算の算定に取り組む余裕がないため	
9) かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため	
10) その他( )	

**Ⅲ. 外部との連携状況についてお伺いします**

問 3-1 貴事業所・貴施設の近隣地域において、リハ専門職等を派遣しているリハ事業所等をご存じですか。 (○は1つ)。
1. 知っているリハ事業所等があり、連絡を取ったことがある 2. 知っているリハ事業所等があるが、連絡を取ったことはない 3. 知らない

<令和元年8月1日時点における状況をお伺い致します。該当する連携先が複数ある場合には、個別機能訓練計画を作成する上で最も連携が多い連携先についてご記入ください>

問 3-2 個別機能訓練が必要か否かを把握するため利用者の定期評価を行っていますか。	1. はい 2. いいえ
問 3-3 現在、個別機能訓練計画を作成する上で外部(※1)のリハ事業所等と連携(※2)していますか。	1. 連携している 2. 連携を試みたが断念した 3. 連携を試みていない

※1：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。  
 ※2：連携とは、生活機能向上連携加算の算定のために外部のリハ専門職等(※3)が調査対象事業所・施設への訪問等を行い、利用者のアセスメントや調査対象事業所・施設への助言を共同で行うことを指します。

**○連携している理由等**

<問 3-4～3-16 は、問 3-3 で「1. 連携している」とご回答の場合、ご回答ください>

問 3-4 連携している理由についてお伺いします。 (あてはまるもの全てに○)	1. 専門的な視点を踏まえ個別機能訓練計画を作成できるため 2. 介護職員等の教育につながるため 3. 利用者の安心につながるため 4. 経営上のメリットがあるため 5. その他( )
問 3-5 貴事業所・貴施設が令和元年8月に連携している外部のリハ事業所等(以下、連携先と呼称)の件数をご記入下さい。	件

<問 3-6～問 3-11 は、令和元年8月において利用者数ベースで最も多く連携している1つの連携先を想定してご回答ください>

問 3-6 連携先は貴事業所・貴施設と同一法人か否かについてご記入ください。(○は1つ)	1. 同一法人 2. 別法人(グループ法人) 3. 別法人(グループ法人以外)
問 3-7 連携先となる事業所・施設(○は1つ)	1. 指定訪問リハビリテーション事業所 2. 指定通所リハビリテーション事業所 3. 病院 4. 診療所 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 介護医療院

<問 3-8 は、問 3-7 で「3. 病院」と答えた方がお答えください>

問 3-8 問 3-7 でご回答になられた病院の許可病床数と周辺の診療所の状況についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	1. 許可病床数が 200 床未満である 2. 許可病床数が 200 床以上である 3. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しない 4. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在する
---	---

問 3-9 連携している職種として該当するものについてお伺いします。 (あ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. 医師
問 3-10 リハ事業所等による貴事業所・貴施設への訪問頻度についてお伺いします。(○は1つ)	1. 3ヶ月に1回 2. 2ヶ月に1回 3. 1ヶ月に1回 4. 1ヶ月に2回以上 5. その他( )
問 3-11 リハ事業所等が貴事業所・貴施設へ訪問する曜日や日時はあらかじめ決まっていますか。	1. 事前に決まった曜日・日付で訪問する。 2. 必要に応じて都度日程を調整し訪問する。 3. その他( )
問 3-12 リハ事業所等と連携を継続する上での課題があれば、該当するものに○をつけてください。	1. 貴事業所・貴施設の職員に連携の必要性を理解させることが難しい 2. 連携先が3ヶ月に1回以上訪問する事が難しい 3. 職員が忙しく共同でアセスメントや計画等を見直すための時間が取れない 4. 貴事業所・貴施設として採算が取れない 5. 連携先に十分な対価を支払うことができない 6. その他( ) 7. 課題はない

問 3-13 令和元年8月1日時点で連携している主なリハ事業所等は、平成 30 年 4 月以降に初めて連携を始めましたか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ
---	-----------------

**○連携していない理由等**

<問 3-14、問 3-15 は、問 3-3 で「2. 連携を試みたが断念した」又は「3. 連携を試みていない」とお答えになった場合にお答えください>

問 3-14 連携していない理由についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)
1. 貴事業所・貴施設に個別機能訓練計画を作成できる職員がおり連携自体、不要と考えているため 2. 利用者が拒否するため 3. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在しないため 4. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在するか分からないため 5. 連携先候補となるリハ事業所等に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 6. 連携先候補となるリハ事業所等への依頼の仕方が分からないため 7. 連携先候補への報酬の単価の基準をどのように設定すれば良いかわからないため 8. 連携先候補と契約を締結することや、報酬単価を調整することに負担を感じるため 9. 連携先候補と報酬面の条件が折り合わないため 10. 連携先候補と連携頻度に関する条件が折り合わないため 11. 連携先候補と連携内容に関する条件が折り合わないため 12. 利用者の状態等の評価を共同で行うことが難しい 13. 個別機能訓練計画の作成が難しいため 14. その他( )

問 3-15 外部のリハ職等との連携の必要性を感じていますか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ
---------------------------------------	--------------

**IV. 機能訓練の実施状況についてお尋ねします。**

<問 4-1～問 4-4 は、問 2-2 で生活機能向上連携加算に「1. 算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 4-1 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)																		
課題 職種	ADL							IADL			起居動作			その他				
	食事	排泄	入浴	更衣	整容	移乗	屋内移動	階段昇降	屋外移動	調理	洗濯	掃除	起き上がり	座位	立ち上がり	立位	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
1) 理学療法士																		
2) 作業療法士																		
3) 言語聴覚士																		

問 4-2 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)										
課題 職種	課題					口腔機能向上	栄養改善	医療処置	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
	食事	排泄	入浴	更衣	整容					
1) 病院・診療所のリハビリテーション専門医										
2) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医以外)										
3) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師										

問 4-3 問 4-2 の内容の他に、令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携した医師が対応した利用者の課題についてお教えてください。(自由記述)

問 4-4 問 4-1、問 4-2 で得られた助言は具体的にどのようなものですか。効果的とお考えの助言について、その助言者の職種と助言内容をお教えてください。(自由記述)

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

ID : ●-●●●●-●

調査票 1-6

平成 30 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)  
介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式

## 生活機能向上連携加算に関する調査(介護老人福祉施設)(案)

○調査事務局よりお問い合わせをさせて頂く場合がございますのでご回答者様のご氏名等についてお伺いします。

ご氏名		貴事業所・貴施設名(※)	
電話番号		メールアドレス	

## I. 貴事業所・貴施設の基本属性についてお伺いします

問 1-1 法人種別	1. 社会福祉法人	2. 医療法人	3. 特定非営利活動法人					
	4. 株式会社	5. 株式会社以外の営利法人	6. その他 ( )					
問 1-2 種類・施設区分 該当する選択肢をお選びください。(○は1つ)								
	1. 広域型	2. 地域密着型						
	3. 広域型 (ユニット型)	4. 地域密着型 (ユニット型)						
問 1-3 定員数	人							
問 1-4 併設施 設サービス (同一敷地内 もしくは隣接 する敷地内で 提供している サービス)に ついて、該当 するものに全 てに○を付け てください。	1. 訪問介護	18. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護						
	2. 訪問入浴介護	19. 看護小規模多機能型居宅介護						
	3. 訪問看護	20. 介護老人福祉施設						
	4. 訪問リハビリテーション	21. 介護老人保健施設						
	5. 通所介護	22. 介護療養型医療施設						
	6. 通所リハビリテーション	23. 介護医療院						
	7. 短期入所生活介護・療養介護	24. サービス付き高齢者向け住宅						
	8. 特定施設入居者生活介護	25. 有料老人ホーム						
	9. 福祉用具貸与・販売	26. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム (ケアハウス、A、B)						
	10. 居宅介護支援	27. 旧高齢者専用賃貸住宅						
	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	28. 地域包括支援センター (在宅介護支援センター)						
	12. 夜間対応型訪問介護	29. 病院						
	13. 地域密着型通所介護	30. 診療所						
	14. 認知症対応型通所介護	31. 歯科診療所						
	15. 小規模多機能型居宅介護							
	16. 認知症対応型共同生活介護							
	17. 地域密着型特定施設入居者生活介護							
問 1-5 要介護度別の利用者数(実人数)(令和元年 8 月)								
合計	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中		
人	人	人	人	人	人	人		
問 1-6 認知症高齢者の日常生活自立度別の利用者数(実人数)(令和元年 8 月)								
合計	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
人	人	人	人	人	人	人	人	人
問 1-7 令和元年 8 月 1 か月間の利用者数(実人数)				人				
問 1-8 職員数(令和元年 8 月 1 日時点)								
※ 1: 1 人が複数の職種に該当する場合には、該当する全ての職種に計上ください。								
	①常勤職員	②非常勤職員 (常勤換算※2)		①常勤職員	②非常勤職員 (常勤換算※2)			
1) 管理者	人	人	6) 機能訓練指導員	人	人			
2) 生活相談員	人	人	7) 介護支援専門員	人	人			
3) 看護職員	人	人	8) その他職員	人	人			
4) 介護職員	人	人	9) 全職員数	人	人			
5) 栄養士	人	人						

※ 2: 常勤換算数の算出: 「職員の一週間の労働時間÷貴事業所・貴施設の所定労働時間」にて算出し、小数点以下第二位を四捨五入して小数点第一位まで計上してください。常勤専従、常勤兼務、非常勤を合算して下さい。

問 1-9 機能訓練指導員(常勤職員、非常勤職員のいずれも)として登録している職員の保有する全ての資格に○を付けてください(令和元年8月1日時点)。  
 貴事業所・貴施設に機能訓練指導員が11人以上いる場合には、大変恐れ入りますが本設問(問1-9)と同様の表(様式自由)に11人目以降の状況をご記入頂き、本調査票に添付してご提出をお願い致します。

	1) 看護師	2) 准看護師	3) 理学療法士	4) 作業療法士	5) 言語聴覚士	6) 柔道整復師	7) あん摩マッサージ指圧師	8) はり師	9) きゅう師
回答例			○				○		
1人目									
2人目									
3人目									
4人目									
5人目									
6人目									
7人目									
8人目									
9人目									
10人目									

問 1-10 同一法人内の他事業所にリハ専門職等<sup>※1</sup>は在籍していますか。また、それらのリハ専門職等は貴事業所・貴施設等、法人内において助言を行っていますか。(令和元年8月1日時点)(○は1つ)  
 ※1:リハ専門職等とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師のことをいう。  
 ※2:リハビリテーション専門医:病院や診療所のリハビリテーション科等に従事する医師

	①在籍していますか	②助言を行っていますか
1) 理学療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
2) 作業療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
3) 言語聴覚士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
4) 病院・診療所のリハビリテーション専門医 <sup>※2</sup>	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
5) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医 <sup>※2</sup> 以外)	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
6) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ

問 1-11 利用者のADLやIADLをどのような指標を用いて定期的に評価していますか。(あてはまるもの全てに○)  
 1. BI                      2. FIM                      3. その他(                      )  
 4. 定期的な評価は行っていない

**II. 加算の算定状況についてお伺いします**

**○生活機能向上連携加算の算定状況**

問 2-1 令和元年8月における生活機能向上連携加算の算定有無、生活機能向上連携加算の算定に合致する取組の実施状況、利用者の実人数、加算算定にあたり連携したリハ専門職等の実人数についてお伺いします。

1. 算定している(利用者実人数:                      人、リハ専門職等の実人数                      人)  
 2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない  
 3. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っていない



○生活機能向上連携加算の算定によるメリット等

<問 2-2 は、問 2-1 で「1. 算定している」、「2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-2 生活機能向上連携加算の算定による利用者のメリットとして考えられることは何ですか。				
※：リハ事業所等とは、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施している医療提供施設を指します。(以下も同様)				
	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ある程度あてはまる	とてもあてはまる
1) 専門的な視点を踏まえ質の高い個別機能訓練計画を作成できた	1	2	3	4
2) これまでの個別機能訓練計画が改善された	1	2	3	4
3) 専門的な視点を踏まえた計画であるため、利用者に対し何故機能訓練を行うのかを自信を持って説明できるようになった。	1	2	3	4
4) 利用者の身体機能の維持・向上につながった	1	2	3	4
5) 利用者の ADL や IADL の維持・向上につながった	1	2	3	4
6) 利用者本人の役割の再獲得や社会参加につながった	1	2	3	4
7) 利用者の重度化防止につながった	1	2	3	4
8) 専門職が助言して作成した計画に基づき機能訓練を行うことで利用者の安心につながった	1	2	3	4
9) 専門職が助言して作成した計画に基づき機能訓練を行うことで介護職員等の安心につながった	1	2	3	4
10) その他( )	1	2	3	4
問 2-3 外部機関との連携によって個別機能訓練計画はどの程度改善されたと感じますか。	1. とても改善された                      2. 少し改善された 3. 変わらない                              4. 少し悪くなった 5. とても悪くなった			
問 2-4 連携の結果、職員の機能訓練やケア方法など貴事業所・貴施設にとってどのようなメリットがありましたか。(あてはまるもの全てに○)	1. 機能訓練指導員のケアの質が向上した 2. 介護職員のケアの質が向上した 3. 利用者の状態や希望に応じたケアの機会が増えた 4. 介護職員等が安心して働けるようになった 5. 貴事業所・貴施設が提供するケアの幅が広がった 6. 介護職員の業務負担の軽減につながった 7. 介護職員等の教育につながった 8. 経営上のメリットがあった 9. ケアを行う際に多職種(連携先以外の職種も含む)で連携して対応する機会が増えた 10. 機能訓練に関するデータ管理やデータの活用力が向上した 11. その他( )			

<問 2-5 は、問 2-1 で「1. 算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-5 貴事業所・貴施設が令和元年8月1か月間の生活機能向上連携加算の算定にあたり連携した全てのリハ事業所等に支払うべき報酬の総額をご記入ください。 なお複数の月数あたりの契約を締結している場合には1か月分に換算した金額をご計上ください。	円
--	---

**○生活機能向上連携加算を算定しない理由等**

<問 2-6 は、問 2-1 で「2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-6 生活機能向上連携加算に該当する業務を行っているが、算定していない理由をお答えください(あてはまるもの全てに○)	
1. 加算の意義や必要性が感じられないため 2. 加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いか分からないため 3. 加算の適用を必要とする利用者がいないため 4. 利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため 5. 加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため 6. 利用者・家族の理解が得られないため 7. 個別機能訓練計画の作成が難しいため 8. 加算の算定に必要な要件がわからないため 9. 加算の算定に取り組む余裕がないため 10. かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため 11. その他( )	

<問 2-7 は、問 2-1 で「3. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っていない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-7 生活機能向上連携加算の存在をご存知でしたか。	1. 知っている	2. 知らなかった
------------------------------	----------	-----------

<問 2-8 は、問 2-7 で「1. 知っている」とお答えになった場合にお答えください>

問 2-8 生活機能向上連携加算を算定していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。	
1)自立支援や介護予防の重要性について十分に理解できないため	
2)加算の意義や必要性が感じられないため	
3)貴事業所、貴施設に既にリハ職等が在籍しており、連携する必要性がないため	
4)貴事業所・貴施設が人手不足の状況にあり、利用者の生活の維持に注力すること以外のことを行う余裕がないため	
5)加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いか分からないため	
6)加算の適用を必要とする利用者がいないため	
7)利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため	
8)加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため	
9)利用者・家族の理解が得られないため	
10)個別機能訓練計画の作成が難しいため	
11)外部のリハ事業所等との連携が難しいため	
12)加算の算定に必要な要件がわからないため	
13)加算の算定に取り組む余裕がないため	
14)かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため	
15)その他( )	

**○個別機能訓練加算の算定状況**

問 2-9 令和元年8月における個別機能訓練加算の算定有無及び算定回数、利用者実人数についてお伺いします。

個別機能訓練加算	1. 算定している(            回、利用者実人数:            人)	2. 算定していない
----------	---	------------

**○個別機能訓練加算を算定しない理由**

<問 2-10 は、問 2-9 で個別機能訓練加算に「2.算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-10 個別機能訓練加算を算定していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。	
1)加算の意義や必要性が感じられないため	
2)加算の適用を必要とする利用者がいないため	
3)利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため	
4)利用者・家族の理解が得られないため	
5)個別機能訓練計画の作成が難しいため	
6)機能訓練指導員を常勤又は専従により配置することが難しいため	
7)加算の算定に必要な要件がわからないため	
8)加算の算定に取り組む余裕がないため	
9)かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため	
10)その他( )	

**Ⅲ. 外部との連携状況についてお伺いします**

問 3-1 貴事業所・貴施設の近隣地域において、リハ専門職等を派遣しているリハ事業所等をご存じですか。(〇は1つ)。
1. 知っているリハ事業所等があり、連絡を取ったことがある 2. 知っているリハ事業所等があるが、連絡を取ったことはない 3. 知らない

<令和元年8月1日時点における状況をお伺い致します。該当する連携先が複数ある場合には、個別機能訓練計画を作成する上で最も連携が多い連携先についてご記入ください>

問 3-2 個別機能訓練が必要か否かを把握するため利用者の定期評価を行っていますか。	1. はい 2. いいえ
問 3-3 現在、個別機能訓練計画を作成する上で外部(※1)のリハ事業所等と連携(※2)していますか。	1. 連携している 2. 連携を試みたが断念した 3. 連携を試みていない

※1：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。  
 ※2：連携とは、生活機能向上連携加算の算定のために外部のリハ専門職等(※3)が調査対象事業所・施設への訪問等を行い、利用者のアセスメントや調査対象事業所・施設への助言を共同で行うことを指します。

**○連携している理由等**

<問 3-4～3-16 は、問 3-3 で「1. 連携している」とご回答の場合、ご回答ください>

問 3-4 連携している理由についてお伺いします。(あてはまるもの全てに〇)	1. 専門的な視点を踏まえ個別機能訓練計画を作成できるため 2. 介護職員等の教育につながるため 3. 利用者の安心につながるため 4. 経営上のメリットがあるため 5. その他( )
問 3-5 貴事業所・貴施設が令和元年8月に連携している外部のリハ事業所等(以下、連携先と呼称)の件数をご記入下さい。	件

<問 3-6～問 3-11 は、令和元年8月において利用者数ベースで最も多く連携している1つの連携先を想定してご回答ください>

問 3-6 連携先は貴事業所・貴施設と同一法人か否かについてご記入ください。(〇は1つ)	1. 同一法人 2. 別法人(グループ法人) 3. 別法人(グループ法人以外)
問 3-7 連携先となる事業所・施設(〇は1つ)	1. 指定訪問リハビリテーション事業所 2. 指定通所リハビリテーション事業所 3. 病院 4. 診療所 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 介護医療院

<問 3-8 は、問 3-7 で「3. 病院」と答えた方がお答えください>

問 3-8 問 3-7 でご回答になられた病院の許可病床数と周辺の診療所の状況についてお伺いします。(あてはまるもの全てに〇)	1. 許可病床数が 200 床未満である 2. 許可病床数が 200 床以上である 3. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しない 4. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在する
---	---

問 3-9 連携している職種として該当するものについてお伺いします。(あてはまるもの全てに〇)	1. 理学療法士 2. 作業療法士 3. 言語聴覚士 4. 医師
問 3-10 リハ事業所等による貴事業所・貴施設への訪問頻度についてお伺いします。(〇は1つ)	1. 3ヶ月に1回 2. 2ヶ月に1回 3. 1ヶ月に1回 4. 1ヶ月に2回以上 5. その他( )
問 3-11 リハ事業所等が貴事業所・貴施設へ訪問する曜日や日時はあらかじめ決まっていますか。	1. 事前に決まった曜日・日付で訪問する。 2. 必要に応じて都度日程を調整し訪問する。 3. その他( )
問 3-12 リハ事業所等と連携を継続する上での課題があれば、該当するものに〇をつけてください。	1. 貴事業所・貴施設の職員に連携の必要性を理解させることが難しい 2. 連携先が3ヶ月に1回以上訪問する事が難しい 3. 職員が忙しく共同でアセスメントや計画等を見直すための時間が取れない 4. 貴事業所・貴施設として採算が取れない 5. 連携先に十分な対価を支払うことができない 6. その他( ) 7. 課題はない
問 3-13 令和元年8月1日時点で連携している主なリハ事業所等は、平成 30 年 4 月以降に初めて連携を始めましたか。(〇は1つ)	1. はい 2. いいえ



**○連携していない理由等**

<問 3-14、問 3-15 は、問 3-3 で「2. 連携を試みたが断念した」又は「3. 連携を試みていない」とお答えになった場合にお答えください>

問 3-14 連携していない理由についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	
1. 貴事業所・貴施設に個別機能訓練計画を作成できる職員がおり連携自体、不要と考えているため 2. 利用者が拒否するため 3. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在しないため 4. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在するか分からないため 5. 連携先候補となるリハ事業所等に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 6. 連携先候補となるリハ事業所等への依頼の仕方が分からないため 7. 連携先候補への報酬の単価の基準をどのように設定すれば良いかわからないため 8. 連携先候補と契約を締結することや、報酬単価を調整することに負担を感じるため 9. 連携先候補と報酬面の条件が折り合わないため 10. 連携先候補と連携頻度に関する条件が折り合わないため 11. 連携先候補と連携内容に関する条件が折り合わないため 12. 利用者の状態等の評価を共同で行うことが難しい 13. 個別機能訓練計画の作成が難しいため 14. その他( )	
問 3-15 外部のリハ職等との連携の必要性を感じていますか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ

**IV. 機能訓練の実施状況についてお尋ねします。**

<問 4-1～問 4-4 は、問 2-1 で生活機能向上連携加算に「1. 算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 4-1 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)

課題 職種	ADL							IADL				起居動作			その他			
	食事	排泄	入浴	更衣	整容	移乗	屋内移動	階段昇降	屋外移動	調理	洗濯	掃除	起き上がり	座位	立ち上がり	立位	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
1)理学療法士																		
2)作業療法士																		
3)言語聴覚士																		

問 4-2 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)

課題 職種	口腔機能向上	栄養改善	医療処置	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
1) 病院・診療所のリハビリテーション専門医					
2) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医以外)					
3) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師					

問 4-3 問 4-2 の内容の他に、令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携した医師が対応した利用者の課題についてお教えてください。(自由記述)

問 4-4 問 4-1、問 4-2 で得られた助言は具体的にどのようなものですか。効果的とお考えの助言について、その助言者の職種と助言内容をお教えてください。(自由記述)

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

ID : ●-●●●●-●

調査票 1-7

平成 30 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)  
介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式  
**生活機能向上連携加算に関する調査(訪問介護)(案)**

○調査事務局よりお問い合わせをさせて頂く場合がございますのでご回答者様のご氏名等についてお伺いします。

ご氏名		貴事業所・貴施設名(※)	
電話番号		メールアドレス	

**I. 貴事業所・貴施設の基本属性についてお伺いします**

問 1-1 法人種別	1. 社会福祉法人	2. 医療法人	3. 特定非営利活動法人					
	4. 株式会社	5. 株式会社以外の営利法人	6. その他 ( )					
問 1-2 訪問介護の実施日数(令和元年8月)				日				
問 1-3 登録者数	人							
問 1-4 併設施設サービス(同一敷地内もしくは隣接する敷地内で提供しているサービス)について、該当するものに全てに○を付けてください。	1. 訪問介護	18. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護						
	2. 訪問入浴介護	19. 看護小規模多機能型居宅介護						
	3. 訪問看護	20. 介護老人福祉施設						
	4. 訪問リハビリテーション	21. 介護老人保健施設						
	5. 通所介護	22. 介護療養型医療施設						
	6. 通所リハビリテーション	23. 介護医療院						
	7. 短期入所生活介護・療養介護	24. サービス付き高齢者向け住宅						
	8. 特定施設入居者生活介護	25. 有料老人ホーム						
	9. 福祉用具貸与・販売	26. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B)						
	10. 居宅介護支援	27. 旧高齢者専用賃貸住宅						
	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	28. 地域包括支援センター(在宅介護支援センター)						
	12. 夜間対応型訪問介護	29. 病院						
	13. 地域密着型通所介護	30. 診療所						
	14. 認知症対応型通所介護	31. 歯科診療所						
	15. 小規模多機能型居宅介護							
	16. 認知症対応型共同生活介護							
	17. 地域密着型特定施設入居者生活介護							
問 1-5 要介護度別の利用者数(実人数)(令和元年 8 月)								
合計	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中		
人	人	人	人	人	人	人		
問 1-6 認知症高齢者の日常生活自立度別の利用者数(実人数)(令和元年 8 月)								
合計	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
人	人	人	人	人	人	人	人	人
問 1-7 令和元年8月1か月間の利用者数(実人数)	人							
問 1-8 職員数(令和元年8月1日時点)								
※1: 1人が複数の職種に該当する場合には、該当する全ての職種に計上ください。								
	①常勤職員	②非常勤職員(常勤換算※2)		①常勤職員	②非常勤職員(常勤換算※2)			
1)管理者	人	人	4)その他職員	人	人			
2)訪問介護員等	人	人	5)全職員数	人	人			
3)サービス提供責任者	人	人						

※2: 常勤換算数の算出: 「職員の一週間の労働時間÷貴事業所・貴施設の所定労働時間」にて算出し、小数点以下第二位を四捨五入して小数点第一位まで計上してください。常勤専従、常勤兼務、非常勤を合算して下さい。

問 1-9 同一法人内の他事業所にリハ専門職等※1 は在籍していますか。また、それらのリハ専門職等は貴事業所・貴施設等、法人内において助言を行っていますか。(令和元年8月1日時点)(○は1つ)		
※1:リハ専門職等とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師のことをいう。		
※2:リハビリテーション専門医:病院や診療所のリハビリテーション科等に従事する医師		
	①在籍していますか	②助言を行っていますか
1) 理学療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
2) 作業療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
3) 言語聴覚士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
4) 病院・診療所のリハビリテーション専門医※2	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
5) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医※2以外)	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
6) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
問 1-10 利用者のADLやIADLをどのような指標を用いて定期的に評価していますか。(あてはまるもの全てに○)	1. BI 2. FIM 3. その他( ) 4. 定期的な評価は行っていない	

## II. 加算の算定状況についてお伺いします

### ○生活機能向上連携加算の算定状況

問 2-1 平成29年8月における生活機能向上連携加算の算定有無及び利用者実人数についてお伺いします。	
生活機能向上連携加算	1. 算定していた(利用者実人数: 人、リハ専門職等の実人数 人) 2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っていたが、算定していない 3. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っていない
問 2-2 令和元年8月における生活機能向上連携加算の算定有無、生活機能向上連携加算の算定に合致する取組の実施状況、利用者の実人数、加算算定にあたり連携したリハ専門職等の実人数についてお伺いします。	
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	1. 算定している(利用者実人数: 人、リハ専門職等の実人数 人) 2. 生活機能向上連携加算(Ⅰ)の算定に合致する取組を行っているが、算定していない 3. 生活機能向上連携加算(Ⅰ)の算定に合致する取組を行っていない
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	1. 算定している(利用者実人数: 人、リハ専門職等の実人数 人) 2. 生活機能向上連携加算(Ⅱ)の算定に合致する取組を行っているが、算定していない 3. 生活機能向上連携加算(Ⅱ)の算定に合致する取組を行っていない

### ○生活機能向上連携加算の算定によるメリット等

<問 2-3 は、問 2-2 で生活機能向上連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)のいずれかに「1. 算定している」、「2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-3 生活機能向上連携加算の算定による利用者のメリットとして考えられることは何ですか。対象とする利用者の生活機能向上連携加算を適用する前の状態(要介護1、2と要介護3~5)別にご回答ください。								
※:リハ事業所等とは、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施している医療提供施設を指します。(以下も同様)								
	①要介護1、2の利用者				②要介護3~5の利用者			
	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ある程度あてはまる	とてもあてはまる	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ある程度あてはまる	とてもあてはまる
1) 専門的な視点を踏まえ訪問介護計画を作成できた	1	2	3	4	1	2	3	4
2) 一定時間座位の保持ができるようになり、座って食事ができるようになるなど、利用者にとって良い効果につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
3) 食事や清掃、洗濯、買物など利用者のできることが増えた	1	2	3	4	1	2	3	4
4) 椅子やテーブルの高さ、配置など、生活環境面での助言を受けることができた	1	2	3	4	1	2	3	4
5) その他( )	1	2	3	4	1	2	3	4

問 2-4 外部機関との連携によって訪問介護計画はどの程度改善されたと感じますか。	1. とても改善された 3. 変わらない 5. とても悪くなった	2. 少し改善された 4. 少し悪くなった
---	--	--------------------------

問 2-5 連携の結果、職員の機能訓練やケア方法など貴事業所・貴施設にとってどのようなメリットがありましたか。 (あてはまるもの全てに○)	1. 職員のケアの質が向上した 2. 利用者の状態や希望に応じたケアの機会が増えた 3. 介護職員等が安心して働けるようになった 4. 貴事業所・貴施設が提供するケアの幅が広がった 5. 介護職員の業務負担の軽減につながった 6. 介護職員等の教育につながった 7. 経営上のメリットがあった 8. 訪問介護計画の内容に見守りの援助が増えた 9. 生活機能の向上に関するデータ管理やデータの活用力が向上した 10. その他( )
--	---

<問 2-6-1 は、問 2-1 で生活機能向上連携加算に「1. 算定していた」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-6-1 貴事業所・貴施設が平成 29 年 8 月 1 か月間の生活機能向上連携加算の算定にあたり連携した全てのリハ事業所等に支払った報酬の総額をご記入ください。 なお複数の月数あたりの契約を締結している場合には 1 か月分に換算した金額をご計上ください。	円
--	---

<問 2-6-2 は、問 2-2 で生活機能向上連携加算 (I) (II) のいずれかに「1. 算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-6-2 貴事業所・貴施設が令和元年 8 月 1 か月間の生活機能向上連携加算の算定にあたり連携した全てのリハ事業所等に支払うべき報酬の総額をご記入ください。 なお複数の月数あたりの契約を締結している場合には 1 か月分に換算した金額をご計上ください。	生活機能向上連携加算 (I)	円
	生活機能向上連携加算 (II)	円

**○生活機能向上連携加算を算定しない理由等**

<問 2-7 は、問 2-2 で生活機能向上連携加算 (I) (II) のいずれかに「2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-7 生活機能向上連携加算に該当する業務を行っているが、算定していない理由をお答えください(あてはまるもの全てに○)	1. 加算の意義や必要性が感じられないため 2. 加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いか分からないため 3. 加算の適用を必要とする利用者がいないため 4. 利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため 5. 加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため 6. 利用者・家族の理解が得られないため 7. 訪問介護計画の作成が難しいため 8. 加算の算定に必要な要件がわからないため 9. 加算の算定に取り組む余裕がないため 10. かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため 11. その他( )
---	--

<問 2-8 は、問 2-2 で生活機能向上連携加算 (I) (II) のいずれかに「3. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っていない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-8 生活機能向上連携加算の存在をご存知でしたか。	1. 知っている	2. 知らなかった
------------------------------	----------	-----------

<問 2-9 は、問 2-8 で「1. 知っている」とお答えになった場合にお答えください>

問 2-9 生活機能向上連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)を算定していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。		
	①生活機能向上連携加算(Ⅰ)	②生活機能向上連携加算(Ⅱ)
1)自立支援や介護予防の重要性について十分に理解できないため		
2)加算の意義や必要性が感じられないため		
3)貴事業所、貴施設に既にリハ職等が在籍しており、連携する必要性がないため		
4)貴事業所・貴施設が人手不足の状況にあり、利用者の生活の維持に注力すること以外のことを行う余裕がないため		
5)加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いかわからないため		
6)加算の適用を必要とする利用者がいないため		
7)利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため		
8)加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため		
9)利用者・家族の理解が得られないため		
10)外部のリハ事業所等(※)との連携が難しいため		
11)加算の算定に必要な要件がわからないため		
12)加算の算定に取り組む余裕がないため		
13)かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため		
14)その他( )		

※：リハ事業所等とは、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施している医療提供施設を指します。(以下も同様)

<問 2-10 は、問 2-2 で生活機能向上連携加算(Ⅰ)に「2. 生活機能向上連携加算(Ⅰ)の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」「3. 生活機能向上連携加算(Ⅰ)の算定に合致する取組を行っていない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-10 ICT が活用できた場合、加算が算定できると思いますか。	1. 思う 2. 思わない
-------------------------------------	---------------

### ○ICT の活用について

<問 2-11 は、問 2-2 で生活機能向上連携加算(Ⅰ)の「1. 算定している」に○をつけ、算定人数が1人以上の場合にお答えください>

問 2-11 生活機能向上連携加算(Ⅰ)の算定にあたり ICT を活用しましたか。活用した場合は人数をお答えください。	1. はい( )人 2. いいえ
---	---------------------

### ○ICT を活用している場合

<問 2-12~2-16 は、問 2-11 で「1. はい」とお答えになった方がお答えください>

問 2-12 ICT を活用した利用者の状態の把握方法として該当するもの全てに○を付けてください。	1. 動画 2. テレビ電話 3. その他( )
問 2-13 活用している ICT の機器として該当するもの全てに○を付けてください。	1. パソコン 2. スマートフォン 3. タブレット端末 4. その他( )
問 2-14 活用している ICT の機器は誰が購入していますか。該当するもの全てに○を付けてください。	1. 貴事業所・貴施設 2. リハビリテーション事業所または医療提供施設 3. その他( )
問 2-15 利用者一人に対して ICT を活用する平均的な頻度についてお答えください。	【計画作成時】: 平均( )回 【計画作成後から3ヶ月後までの間】: 平均( )回
問 2-16 ICT を活用した影響についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	1. 利用者の自宅を訪問する必要がないので、リハ職等の協力が得やすくなった 2. 利用者の状態が気になったときにすぐに確認ができるようになった 3. 訪問の回数が減って職員の負担が軽減された。 4. 利用者の状態を対面で評価する場合と特に変わりなく評価できる 5. 動画等では十分な確認ができなかった。 6. その他( )



## ICTを活用していない場合

<問 2-17 は、問 2-11 で「2. いいえ」とお答えになった方がお答えください>

問 2-17 ICT を活用していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。	1. 訪問による対応が可能であるため 2. 以前から生活機能向上連携加算(Ⅱ)を算定しているため 3. リハ職等の事前の調整が難しいため 4. ICT の導入費用の負担が大きい 5. ICT の維持費用の負担が大きい 6. ICT の使用方法が難しいため 7. 利用者に心理的負担がかかるため 8. 利用者の状態を十分に把握できないと思うため 9. 利用者の同意を得ることが難しいため 10. 利用者の個人情報の適切な取扱いが難しいため 11. ICT を利用してみたが、利用者の状態を十分に確認することができなかったため 12. その他( )
---	---

## Ⅲ. 外部との連携状況についてお伺いします

問 3-1 貴事業所・貴施設の近隣地域において、リハ専門職等を派遣しているリハ事業所等をご存じですか。(○は1つ)。
1. 知っているリハ事業所等があり、連絡を取ったことがある 2. 知っているリハ事業所等があるが、連絡を取ったことはない 3. 知らない

<令和元年8月1日時点における状況をお伺い致します。該当する連携先が複数ある場合には、訪問介護計画を作成する上で最も連携が多い連携先についてご記入ください>

問 3-2 生活機能の向上を目指して利用者の定期評価を行っていますか。	1. はい 2. いいえ
問 3-3 現在、訪問介護計画を作成する上で外部(※1)のリハ事業所等と連携(※2)していますか。	1. 連携している 2. 連携を試みたが断念した 3. 連携を試みていない

※1：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。

※2：連携とは、生活機能向上連携加算の算定のために外部のリハ専門職等(※3)が調査対象事業所・施設への訪問等を行い、利用者のアセスメントや調査対象事業所・施設への助言を共同で行うことを指します。

※3：リハ専門職等とは、リハビリテーションの専門職や医師を指します。

## ○連携している理由等

<問 3-4~3-16 は、問 3-3 で「1. 連携している」とご回答の場合、ご回答ください>

問 3-4 連携している理由についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	1. 専門的な視点を踏まえ訪問介護計画を作成できるため 2. 介護職員等の教育につながるため 3. 利用者の安心につながるため 4. 経営上のメリットがあるため 5. その他( )
問 3-5 貴事業所・貴施設が令和元年8月に連携している外部のリハ事業所等(以下、連携先と呼称)の件数をご記入下さい。	件

<問 3-6~問 3-11 は、令和元年8月において利用者数ベースで最も多く連携している1つの連携先を想定してご回答ください>

問 3-6 連携先は貴事業所・貴施設と同一法人か否かについてご記入ください。(○は1つ)	1. 同一法人 2. 別法人(グループ法人) 3. 別法人(グループ法人以外)
問 3-7 連携先となる事業所・施設(○は1つ)	1. 指定訪問リハビリテーション事業所 2. 指定通所リハビリテーション事業所 3. 病院 4. 診療所 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 介護医療院

<問 3-8 は、問 3-7 で「3. 病院」と答えた方がお答えください>

問 3-8 問 3-7 でご回答になられた病院の許可病床数と周辺の診療所の状況についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	1. 許可病床数が 200 床未満である 2. 許可病床数が 200 床以上である 3. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しない 4. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在する
問 3-9 連携している職種として該当するものについてお伺いします。(あ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. 医師
問 3-10 リハ事業所等による貴事業所・貴施設への訪問頻度についてお伺いします。(○は1つ)	1. 3ヶ月に1回 2. 2ヶ月に1回 3. 1ヶ月に1回 4. 1ヶ月に2回以上 5. その他( )

問 3-11 リハ事業所等が貴事業所・貴施設へ訪問する曜日や日時はあらかじめ決まっていますか。	1. 事前に決まった曜日・日付で訪問する。 2. 必要に応じて都度日程を調整し訪問する。 3. その他( )
問 3-12 リハ事業所等と連携を継続する上での課題があれば、該当するものに○をつけてください。	1. 貴事業所・貴施設の職員に連携の必要性を理解させることが難しい 2. 連携先が3ヶ月に1回以上訪問する事が難しい 3. 職員が忙しく共同でアセスメントや計画等を見直すための時間が取れない 4. 貴事業所・貴施設として採算が取れない 5. 連携先に十分な対価を支払うことができない 6. その他( ) 7. 課題はない

問 3-13 令和元年8月1日時点で連携している主なリハ事業所等は、平成30年4月以降に初めて連携を始めましたか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ
---	-----------------

**○連携していない理由等**

<問 3-14、問 3-15 は、問 3-3 で「2. 連携を試みたが断念した」又は「3. 連携を試みていない」とお答えになった場合にお答えください>

問 3-14 連携していない理由についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	
1. 貴事業所・貴施設に訪問介護計画を作成できる職員がおり連携自体、不要と考えているため 2. 利用者が拒否するため 3. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在しないため 4. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在するか分からないため 5. 連携先候補となるリハ事業所等に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 6. 連携先候補となるリハ事業所等への依頼の仕方が分からないため 7. 連携先候補への報酬単価の基準をどのように設定すれば良いかわからないため 8. 連携先候補と契約を締結することや、報酬単価を調整することに負担を感じるため 9. 連携先候補と報酬面の条件が折り合わないため 10. 連携先候補と連携頻度に関する条件が折り合わないため 11. 連携先候補と連携内容に関する条件が折り合わないため 12. 利用者の状態等の評価を共同で行うことが難しい 13. 訪問介護計画の作成が難しいため 14. その他( )	
問 3-15 外部のリハ職等との連携の必要性を感じていますか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ

**IV. 生活機能の向上を目的とした取組の実施状況についてお尋ねします。**

<問 4-1～問 4-4 は、問 2-2 で生活機能向上連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)のいずれかに「1. 算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 4-1 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)																		
課題 職種	ADL							IADL			起居動作			その他				
	食事	排泄	入浴	更衣	整容	移乗	屋内移動	階段昇降	屋外移動	調理	洗濯	掃除	起き上がり	座位	立ち上がり	立位	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
1) 理学療法士																		
2) 作業療法士																		
3) 言語聴覚士																		

問 4-2 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)										
課題 職種	課題					口腔機能向上	栄養改善	医療処置	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
	食事	排泄	入浴	更衣	整容					
1) 病院・診療所のリハビリテーション専門医										
2) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医以外)										
3) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師										



問 4-3 問 4-2 の内容の他に、令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携した医師が対応した利用者の課題についてお教えてください。(自由記述)

問 4-4 問 4-1、問 4-2 で得られた助言は具体的にどのようなものですか。効果的とお考えの助言について、その助言者の職種と助言内容をお教えてください。(自由記述)

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

ID : ●-●●●●-●

調査票 1-8

平成 30 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)  
介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式

## 生活機能向上連携加算に関する調査(小規模多機能型居宅介護)(案)

○調査事務局よりお問い合わせをさせて頂く場合がございますのでご回答者様のご氏名等についてお伺いします。

ご氏名	貴事業所・貴施設名(※)
電話番号	メールアドレス

## I. 貴事業所・貴施設の基本属性についてお伺いします

問 1-1 法人種別	1. 社会福祉法人	2. 医療法人	3. 特定非営利活動法人					
	4. 株式会社	5. 株式会社以外の営利法人	6. その他 ( )					
問 1-2 小規模多機能型居宅介護の実施日数(令和元年8月)								
問 1-3 登録者数	人							
問 1-4 併設施設サービス(同一敷地内もしくは隣接する敷地内で提供しているサービス)について、該当するものに全てに○を付けてください。	1. 訪問介護	18. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護						
	2. 訪問入浴介護	19. 看護小規模多機能型居宅介護						
	3. 訪問看護	20. 介護老人福祉施設						
	4. 訪問リハビリテーション	21. 介護老人保健施設						
	5. 通所介護	22. 介護療養型医療施設						
	6. 通所リハビリテーション	23. 介護医療院						
	7. 短期入所生活介護・療養介護	24. サービス付き高齢者向け住宅						
	8. 特定施設入居者生活介護	25. 有料老人ホーム						
	9. 福祉用具貸与・販売	26. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B)						
	10. 居宅介護支援	27. 旧高齢者専用賃貸住宅						
	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	28. 地域包括支援センター(在宅介護支援センター)						
	12. 夜間対応型訪問介護	29. 病院						
	13. 地域密着型通所介護	30. 診療所						
	14. 認知症対応型通所介護	31. 歯科診療所						
	15. 小規模多機能型居宅介護							
	16. 認知症対応型共同生活介護							
	17. 地域密着型特定施設入居者生活介護							
問 1-5 要介護度別の利用者数(実人数)(令和元年 8 月)								
合計	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中		
人	人	人	人	人	人	人		
問 1-6 認知症高齢者の日常生活自立度別の利用者数(実人数)(令和元年 8 月)								
合計	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
人	人	人	人	人	人	人	人	人
問 1-7 職員数(令和元年8月1日時点)								
※1:1人が複数の職種に該当する場合には、該当する全ての職種に計上ください。								
	①常勤職員	②非常勤職員(常勤換算※2)		①常勤職員	②非常勤職員(常勤換算※2)			
1)管理者	人	人	4)その他職員	人	人			
2)小規模多機能型居宅介護従業者	人	人	5)全職員数	人	人			
3)介護支援専門員	人	人						

※2:常勤換算数の算出:「職員の一週間の労働時間÷貴事業所・貴施設の所定労働時間」にて算出し、小数点以下第二位を四捨五入して小数点第一位まで計上してください。常勤専従、常勤兼務、非常勤を合算して下さい。

問 1-8 同一法人内の他事業所にリハ専門職等※1は在籍していますか。また、それらのリハ専門職等は貴事業所・貴施設等、法人内において助言を行っていますか。(令和元年8月1日時点)(○は1つ)		
※1:リハ専門職等とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師のことをいう。		
※2:リハビリテーション専門医:病院や診療所のリハビリテーション科等に従事する医師		
	①在籍していますか	②助言を行っていますか
1) 理学療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
2) 作業療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
3) 言語聴覚士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
4) 病院・診療所のリハビリテーション専門医※2	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
5) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医※2以外)	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
6) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ

問 1-9 利用者のADLやIADLをどのような指標を用いて定期的に評価していますか。(あてはまるもの全てに○)	1. BI            2. FIM            3. その他(            ) 4. 定期的な評価は行っていない
--	---

**II. 加算の算定状況についてお伺いします**

**○生活機能向上連携加算の算定状況**

問 2-1 令和元年8月における生活機能向上連携加算の算定有無、生活機能向上連携加算の算定に合致する取組の実施状況、利用者の実人数、加算算定にあたり連携したリハ専門職等の実人数についてお伺いします。	
生活機能向上連携加算 (I)	1. 算定している (利用者実人数:            人、リハ専門職等の実人数            人) 2. 生活機能向上連携加算 (I)の算定に合致する取組を行っているが、算定していない 3. 生活機能向上連携加算 (I)の算定に合致する取組を行っていない
生活機能向上連携加算 (II)	1. 算定している (利用者実人数:            人、リハ専門職等の実人数            人) 2. 生活機能向上連携加算 (II)の算定に合致する取組を行っているが、算定していない 3. 生活機能向上連携加算 (II)の算定に合致する取組を行っていない

**○生活機能向上連携加算の算定によるメリット等**

<問 2-2は、問 2-1で生活機能向上連携加算 (I) (II)のいずれかに「1.算定している」、「2.生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-2 生活機能向上連携加算の算定による利用者のメリットとして考えられることは何ですか。対象とする利用者の生活機能向上連携加算を適用する前の状態(要介護1、2と要介護3～5)別にご回答ください。
※:リハ事業所等とは、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施している医療提供施設を指します。(以下も同様)

	①要介護1、2の利用者				②要介護3～5の利用者			
	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ある程度あてはまる	とてもあてはまる	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ある程度あてはまる	とてもあてはまる
1) 専門的な視点を踏まえ小規模多機能型居宅介護計画を作成できた	1	2	3	4	1	2	3	4
2) 一定時間座位の保持ができるようになり、座って食事ができるようになるなど、利用者にとって良い効果につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
3) 食事や清掃、洗濯、買物など利用者のできることが増えた	1	2	3	4	1	2	3	4
4) 椅子やテーブルの高さ、配置など、生活環境面での助言を受けることができた	1	2	3	4	1	2	3	4
5) その他(            )	1	2	3	4	1	2	3	4

問 2-3 外部機関との連携によって小規模多機能型居宅介護計画はどの程度改善されたと感じますか。	1. とても改善された 3. 変わらない 5. とても悪くなった	2. 少し改善された 4. 少し悪くなった
問 2-4 連携の結果、職員の機能訓練やケア方法など貴事業所・貴施設にとってどのようなメリットがありましたか。 (あてはまるもの全てに○)	1. 職員のケアの質が向上した 2. 利用者の状態や希望に応じたケアの機会が増えた 3. 介護職員等が安心して働けるようになった 4. 貴事業所・貴施設が提供するケアの幅が広がった 5. 介護職員の業務負担の軽減につながった 6. 介護職員等の教育につながった 7. 経営上のメリットがあった 8. 小規模多機能型居宅介護計画の内容に見守りの援助が増えた 9. 生活機能の向上に関するデータ管理やデータの活用力が向上した 10. その他( )	

<問 2-5 は、問 2-1 で生活機能向上連携加算 (I) (II) のいずれかに「1. 算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-5 貴事業所・貴施設が令和元年8月1か月間の生活機能向上連携加算の算定にあたり連携した全てのリハ事業所等に支払うべき報酬の総額をご記入ください。 なお複数の月数あたりの契約を締結している場合には1か月分に換算した金額をご計上ください。	生活機能向上連携加算 (I)	円
	生活機能向上連携加算 (II)	円

**○生活機能向上連携加算を算定しない理由等**

<問 2-6 は、問 2-1 で生活機能向上連携加算 (I) (II) のいずれかに「2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-6 生活機能向上連携加算に該当する業務を行っているが、算定していない理由をお答えください(あてはまるもの全てに○)
1. 加算の意義や必要性が感じられないため 2. 加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いか分からないため 3. 加算の適用を必要とする利用者がいないため 4. 利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため 5. 加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため 6. 利用者・家族の理解が得られないため 7. 小規模多機能型居宅介護計画の作成が難しいため 8. 加算の算定に必要な要件がわからないため 9. 加算の算定に取り組む余裕がないため 10. かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため 11. その他( )

<問 2-7 は、問 2-1 で生活機能向上連携加算 (I) (II) のいずれかに「3. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っていない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-7 生活機能向上連携加算の存在をご存知でしたか。	1. 知っている	2. 知らなかった
------------------------------	----------	-----------

<問 2-8 は、問 2-7 で「1. 知っている」とお答えになった場合にお答えください>

問 2-8 生活機能向上連携加算((I)(II))を算定していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。		
	生活機能向上連携加算 (I)	生活機能向上連携加算 (II)
1)自立支援や介護予防の重要性について十分に理解できないため		
2)加算の意義や必要性が感じられないため		
3)貴事業所、貴施設に既にリハ職等が在籍しており、連携する必要性がないため		
4)貴事業所・貴施設が人手不足の状況にあり、利用者の生活の維持に注力すること以外のことを行う余裕がないため		
5)加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いか分からないため		
6)加算の適用を必要とする利用者がいないため		
7)利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため		
8)加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため		
9)利用者・家族の理解が得られないため		
10)外部のリハ事業所等(※)との連携が難しいため		
11)加算の算定に必要な要件がわからないため		
12)加算の算定に取り組む余裕がないため		
13)かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため		
14)その他( )		

<問 2-9 は、問 2-1 で生活機能向上連携加算 (I) に「2. 生活機能向上連携加算 (I) の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」「3. 生活機能向上連携加算 (I) の算定に合致する取組を行っていない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-9 ICT が活用できた場合、加算が算定できると思いますか。	1. 思う      2. 思わない
------------------------------------	--------------------

### ○ICT の活用について

<問 2-10 は、問 2-1 で生活機能向上連携加算 (I) の「1. 算定している」に○をつけ、算定人数が1人以上の場合にお答えください>

問 2-10 生活機能向上連携加算 (I) の算定にあたり ICT を活用しましたか。活用した場合は人数をお答えください。	1. はい(      人) 2. いいえ
---	--------------------------

### ○ICT を活用している場合

<問 2-11~2-15 は、問 2-10 で「1. はい」とお答えになった方がお答えください>

問 2-11 ICT を活用した利用者の状態の把握方法として該当するもの全てに○を付けてください。	1. 動画    2. テレビ電話    3. その他(      )
問 2-12 活用している ICT の機器として該当するもの全てに○を付けてください。	1. パソコン    2. スマートフォン    3. タブレット端末 4. その他(      )
問 2-13 活用している ICT の機器は誰が購入していますか。該当するもの全てに○を付けてください。	1. 貴事業所・貴施設 2. リハビリテーション事業所または医療提供施設 3. その他(      )
問 2-14 利用者一人に対して ICT を活用する平均的な頻度についてお答えください。	【計画作成時】: 平均(      回) 【計画作成後から3ヶ月後までの間】: 平均(      回)
問 2-15 ICT を活用した影響についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	1. 利用者の自宅を訪問する必要がないので、リハ職等の協力が得やすくなった 2. 利用者の状態が気になったときにすぐに確認ができるようになった 3. 訪問の回数が減って職員の負担が軽減された。 4. 利用者の状態を対面で評価する場合と特に変わりなく評価できる 5. 動画等では十分な確認ができなかった。 6. その他(      )



**○ICTを活用していない場合**

<問 2-16 は、問 2-10 で「2. いいえ」とお答えになった方がお答えください>

問 2-16 ICT を活用していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。	1. 訪問による対応が可能であるため 2. リハ職等の事前の調整が難しいため 3. ICT の導入費用の負担が大きいため 4. ICT の維持費用の負担が大きいため 5. ICT の使用方法が難しいため 6. 利用者に心理的負担がかかるため 7. 利用者の状態を十分に把握できないと思うため 8. 利用者の同意を得ることが難しいため 9. 利用者の個人情報の適切な取扱いが難しいため 10. ICT を利用してみたが、利用者の状態を十分に確認することができなかったため 11. その他( )
---	---

**Ⅲ. 外部との連携状況についてお伺いします**

問 3-1 貴事業所・貴施設の近隣地域において、リハ専門職等を派遣しているリハ事業所等をご存じですか。(○は1つ)。
1. 知っているリハ事業所等があり、連絡を取ったことがある 2. 知っているリハ事業所等があるが、連絡を取ったことはない 3. 知らない

<令和元年8月1日時点における状況をお伺い致します。該当する連携先が複数ある場合には、小規模多機能型居宅介護計画を作成する上で最も連携が多い連携先についてご記入ください>

問 3-2 生活機能の向上を目指して利用者の定期評価を行っていますか。	1. はい 2. いいえ
問 3-3 現在、小規模多機能型居宅介護計画を作成する上で外部(※1)のリハ事業所等と連携(※2)していますか。	1. 連携している 2. 連携を試みたが断念した 3. 連携を試みていない

※1：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。

※2：連携とは、生活機能向上連携加算の算定のために外部のリハ専門職等(※3)が調査対象事業所・施設への訪問等を行い、利用者のアセスメントや調査対象事業所・施設への助言を共同で行うことを指します。

※3：リハ専門職等とは、リハビリテーションの専門職や医師を指します。

**○連携している理由等**

<問 3-4～3-16 は、問 3-3 で「1. 連携している」とご回答の場合、ご回答ください>

問 3-4 連携している理由についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	1. 専門的な視点を踏まえ小規模多機能型居宅介護計画を作成できるため 2. 介護職員等の教育につながるため 3. 利用者の安心につながるため 4. 経営上のメリットがあるため 5. その他( )
--	---

問 3-5 貴事業所・貴施設が令和元年8月に連携している外部のリハ事業所等(以下、連携先と呼称)の件数をご記入下さい。	件
---	---

<問 3-6～問 3-11 は、令和元年8月において利用者数ベースで最も多く連携している1つの連携先を想定してご回答ください>

問 3-6 連携先は貴事業所・貴施設と同一法人か否かについてご記入ください。(○は1つ)	1. 同一法人 2. 別法人(グループ法人) 3. 別法人(グループ法人以外)
問 3-7 連携先となる事業所・施設(○は1つ)	1. 指定訪問リハビリテーション事業所 2. 指定通所リハビリテーション事業所 3. 病院 4. 診療所 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 介護医療院

<問 3-8 は、問 3-7 で「3. 病院」と答えた方がお答えください>

問 3-8 問 3-7 でご回答になられた病院の許可病床数と周辺の診療所の状況についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	1. 許可病床数が 200 床未満である 2. 許可病床数が 200 床以上である 3. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しない 4. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在する
---	---

問 3-9 連携している職種として該当するものについてお伺いします。(あ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. 医師
問 3-10 リハ事業所等による貴事業所・貴施設への訪問頻度についてお伺いします。(○は1つ)	1. 3ヶ月に1回 2. 2ヶ月に1回 3. 1ヶ月に1回 4. 1ヶ月に2回以上 5. その他( )

問 3-11 リハ事業所等が貴事業所・貴施設へ訪問する曜日や日時はあらかじめ決まっていますか。	1. 事前に決まった曜日・日付で訪問する。 2. 必要に応じて都度日程を調整し訪問する。 3. その他( )
問 3-12 リハ事業所等と連携を継続する上での課題があれば、該当するものに○をつけてください。	1. 貴事業所・貴施設の職員に連携の必要性を理解させることが難しい 2. 連携先が3ヶ月に1回以上訪問する事が難しい 3. 職員が忙しく共同でアセスメントや計画等を見直すための時間が取れない 4. 貴事業所・貴施設として採算が取れない 5. 連携先に十分な対価を支払うことができない 6. その他( ) 7. 課題はない
問 3-13 令和元年8月1日時点で連携している主なリハ事業所等は、平成30年4月以降に初めて連携を始めましたか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ

**○連携していない理由等**

<問3-14、問3-15は、問3-3で「2. 連携を試みたが断念した」又は「3. 連携を試みていない」とお答えになった場合にお答えください>

問 3-14 連携していない理由についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	
1. 貴事業所・貴施設に小規模多機能型居宅介護計画を作成できる職員がおり連携自体、不要と考えているため 2. 利用者が拒否するため 3. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在しないため 4. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在するか分からないため 5. 連携先候補となるリハ事業所等に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 6. 連携先候補となるリハ事業所等への依頼の仕方が分からないため 7. 連携先候補への報酬単価の基準をどのように設定すれば良いかわからないため 8. 連携先候補と契約を締結することや、報酬単価を調整することに負担を感じるため 9. 連携先候補と報酬面の条件が折り合わないため 10. 連携先候補と連携頻度に関する条件が折り合わないため 11. 連携先候補と連携内容に関する条件が折り合わないため 12. 利用者の状態等の評価を共同で行うことが難しい 13. 小規模多機能型居宅介護計画の作成が難しいため 14. その他( )	
問 3-15 外部のリハ職等との連携の必要性を感じていますか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ

**IV. 生活機能の向上を目的とした取組の実施状況についてお尋ねします。**

<問4-1～問4-4は、問2-1で生活機能向上連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)のいずれかに「1.算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 4-1 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)																		
課題 職種	ADL							IADL			起居動作			その他				
	食事	排泄	入浴	更衣	整容	移乗	屋内移動	階段昇降	屋外移動	調理	洗濯	掃除	起き上がり	座位	立ち上がり	立位	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
1)理学療法士																		
2)作業療法士																		
3)言語聴覚士																		

問 4-2 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)										
課題 職種	課題					口腔機能向上	栄養改善	医療処置	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
	1) 病院・診療所のリハビリテーション専門医	2) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医以外)	3) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師							
1) 病院・診療所のリハビリテーション専門医										
2) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医以外)										
3) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師										



問 4-3 問 4-2 の内容の他に、令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携した医師が対応した利用者の課題についてお教えてください。(自由記述)

問 4-4 問 4-1、問 4-2 で得られた助言は具体的にどのようなものですか。効果的とお考えの助言について、その助言者の職種と助言内容をお教えてください。(自由記述)

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

ID : ●-●●●●-●

調査票 1-9

平成 30 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)  
介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式

## 生活機能向上連携加算に関する調査(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)(案)

○調査事務局よりお問い合わせをさせて頂く場合がございますのでご回答者様のご氏名等についてお伺いします。

ご氏名	貴事業所・貴施設名(※)
電話番号	メールアドレス

## I. 貴事業所・貴施設の基本属性についてお伺いします

問 1-1 法人種別	1. 社会福祉法人	2. 医療法人	3. 特定非営利活動法人					
	4. 株式会社	5. 株式会社以外の営利法人	6. その他 ( )					
問 1-2 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の実施日数(令和元年8月)								
問 1-3 登録者数	人							
問 1-4 併設施設サービス(同一敷地内もしくは隣接する敷地内で提供しているサービス)について、該当するものに全てに○を付けてください。	1. 訪問介護	18. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護						
	2. 訪問入浴介護	19. 看護小規模多機能型居宅介護						
	3. 訪問看護	20. 介護老人福祉施設						
	4. 訪問リハビリテーション	21. 介護老人保健施設						
	5. 通所介護	22. 介護療養型医療施設						
	6. 通所リハビリテーション	23. 介護医療院						
	7. 短期入所生活介護・療養介護	24. サービス付き高齢者向け住宅						
	8. 特定施設入居者生活介護	25. 有料老人ホーム						
	9. 福祉用具貸与・販売	26. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B)						
	10. 居宅介護支援	27. 旧高齢者専用賃貸住宅						
	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	28. 地域包括支援センター(在宅介護支援センター)						
	12. 夜間対応型訪問介護	29. 病院						
	13. 地域密着型通所介護	30. 診療所						
	14. 認知症対応型通所介護	31. 歯科診療所						
	15. 小規模多機能型居宅介護							
	16. 認知症対応型共同生活介護							
	17. 地域密着型特定施設入居者生活介護							
問 1-5 要介護度別の利用者数(実人数)(令和元年 8 月)								
合計	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中		
人	人	人	人	人	人	人		
問 1-6 認知症高齢者の日常生活自立度別の利用者数(実人数)(令和元年 8 月)								
合計	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
人	人	人	人	人	人	人	人	人
問 1-7 令和元年8月1か月間の利用者数(実人数)	人							
問 1-8 職員数(令和元年8月1日時点)								
※1: 1人が複数の職種に該当する場合には、該当する全ての職種に計上ください。								
	①常勤職員	②非常勤職員(常勤換算※2)		①常勤職員	②非常勤職員(常勤換算※2)			
1)管理者	人	人	4)看護職員	人	人			
2)オペレーター	人	人	5)その他職員	人	人			
3)訪問介護員等	人	人	6)全職員数	人	人			

※2: 常勤換算数の算出: 「職員の一週間の労働時間÷貴事業所・貴施設の所定労働時間」にて算出し、小数点以下第二位を四捨五入して小数点第一位まで計上してください。常勤専従、常勤兼務、非常勤を合算して下さい。

問 1-9 同一法人内の他事業所にリハ専門職等※1は在籍していますか。また、それらのリハ専門職等は貴事業所・貴施設等、法人内において助言を行っていますか。(令和元年8月1日時点)(○は1つ)		
※1:リハ専門職等とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師のことをいう。		
※2:リハビリテーション専門医:病院や診療所のリハビリテーション科等に従事する医師		
	①在籍していますか	②助言を行っていますか
1) 理学療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
2) 作業療法士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
3) 言語聴覚士	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
4) 病院・診療所のリハビリテーション専門医※2	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
5) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医※2以外)	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
6) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ

問 1-10 利用者のADLやIADLをどのような指標を用いて定期的に評価していますか。(あてはまるもの全てに○)	1. BI 2. FIM 3. その他( ) 4. 定期的な評価は行っていない
---	--

## II. 加算の算定状況についてお伺いします

### ○生活機能向上連携加算の算定状況

問 2-1 令和元年8月における生活機能向上連携加算の算定有無、生活機能向上連携加算の算定に合致する取組の実施状況、利用者の実人数、加算算定にあたり連携したリハ専門職等の実人数についてお伺いします。	
生活機能向上連携加算(I)	1. 算定している(利用者実人数: 人、リハ専門職等の実人数 人) 2. 生活機能向上連携加算(I)の算定に合致する取組を行っているが、算定していない 3. 生活機能向上連携加算(I)の算定に合致する取組を行っていない
生活機能向上連携加算(II)	1. 算定している(利用者実人数: 人、リハ専門職等の実人数 人) 2. 生活機能向上連携加算(II)の算定に合致する取組を行っているが、算定していない 3. 生活機能向上連携加算(II)の算定に合致する取組を行っていない

### ○生活機能向上連携加算の算定によるメリット等

<問 2-2は、問 2-1で生活機能向上連携加算(I)(II)のいずれかに「1.算定している」、「2.生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-2 生活機能向上連携加算の算定による利用者のメリットとして考えられることは何ですか。対象とする利用者の生活機能向上連携加算を適用する前の状態(要介護1、2と要介護3～5)別にご回答ください。								
※:リハ事業所等とは、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施している医療提供施設を指します。(以下も同様)								
	①要介護1、2の利用者				②要介護3～5の利用者			
	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ある程度あてはまる	とてもあてはまる	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	ある程度あてはまる	とてもあてはまる
1) 専門的な視点を踏まえ定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成できた	1	2	3	4	1	2	3	4
2) 一定時間座位の保持ができるようになり、座って食事ができるようになるなど、利用者にとって良い効果につながった	1	2	3	4	1	2	3	4
3) 食事や清掃、洗濯、買物など利用者のできるが増えた	1	2	3	4	1	2	3	4
4) 椅子やテーブルの高さ、配置など、生活環境面での助言を受けることができた	1	2	3	4	1	2	3	4
5) その他( )	1	2	3	4	1	2	3	4

<p>問 2-3 外部機関との連携によって定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画はどの程度改善されたと感じますか。</p>	<p>1. とても改善された 2. 少し改善された 3. 変わらない 4. 少し悪くなった 5. とても悪くなった</p>
<p>問2-4 連携の結果、職員の機能訓練やケア方法など貴事業所・貴施設にとってどのようなメリットがありましたか。 (あてはまるもの全てに○)</p>	<p>1. 職員のケアの質が向上した 2. 利用者の状態や希望に応じたケアの機会が増えた 3. 介護職員等が安心して働けるようになった 4. 貴事業所・貴施設が提供するケアの幅が広がった 5. 介護職員の業務負担の軽減につながった 6. 介護職員等の教育につながった 7. 経営上のメリットがあった 8. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の内容に見守りの援助が増えた 9. 生活機能の向上に関するデータ管理やデータの活用力が向上した 10. その他( )</p>

<問 2-5 は、問 2-1 で生活機能向上連携加算 (I) (II) のいずれかに「1. 算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>

<p>問 2-5 貴事業所・貴施設が令和元年8月1か月間の生活機能向上連携加算の算定にあたり連携した全てのリハ事業所等に支払うべき報酬の総額をご記入ください。 なお複数の月数あたりの契約を締結している場合には1か月分に換算した金額をご計上ください。</p>	<p>生活機能向上連携加算 (I)</p>	<p>円</p>
	<p>生活機能向上連携加算 (II)</p>	<p>円</p>

**○生活機能向上連携加算を算定しない理由等**

<問 2-6 は、問 2-1 で生活機能向上連携加算 (I) (II) のいずれかに「2. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」とご回答の場合に、ご回答ください>

<p>問 2-6 生活機能向上連携加算に該当する業務を行っているが、算定していない理由をお答えください(あてはまるもの全てに○)</p>
<p>1. 加算の意義や必要性が感じられないため 2. 加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いか分からないため 3. 加算の適用を必要とする利用者がいないため 4. 利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため 5. 加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため 6. 利用者・家族の理解が得られないため 7. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成が難しいため 8. 加算の算定に必要な要件がわからないため 9. 加算の算定に取り組む余裕がないため 10. かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため 11. その他( )</p>

<問 2-7 は、問 2-1 で生活機能向上連携加算 (I) (II) のいずれかに「3. 生活機能向上連携加算の算定に合致する取組を行っていない」とご回答の場合に、ご回答ください>

<p>問 2-7 生活機能向上連携加算の存在をご存知でしたか。</p>	<p>1. 知っている 2. 知らなかった</p>
-------------------------------------	-------------------------------

<問 2-8 は、問 2-7 で「1. 知っている」とお答えになった場合にお答えください>

問 2-8 生活機能向上連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)を算定していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。		
	①生活機能向上連携加算(Ⅰ)	②生活機能向上連携加算(Ⅱ)
1)自立支援や介護予防の重要性について十分に理解できないため		
2)加算の意義や必要性が感じられないため		
3)貴事業所、貴施設に既にリハ職等が在籍しており、連携する必要性がないため		
4)貴事業所・貴施設が人手不足の状況にあり、利用者の生活の維持に注力すること以外のことを行う余裕がないため		
5)加算の適用対象者としてどの利用者を選定して良いかわからないため		
6)加算の適用を必要とする利用者がいないため		
7)利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため		
8)加算算定により利用者負担が増えるが、負担に見合う加算のメリットを説明するノウハウがないため		
9)利用者・家族の理解が得られないため		
10)外部のリハ事業所等(※)との連携が難しいため		
11)加算の算定に必要な要件がわからないため		
12)加算の算定に取り組む余裕がないため		
13)かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため		
14)その他( )		

<問 2-9 は、問 2-1 で生活機能向上連携加算(Ⅰ)に「2. 生活機能向上連携加算(Ⅰ)の算定に合致する取組を行っているが、算定していない」「3. 生活機能向上連携加算(Ⅰ)の算定に合致する取組を行っていない」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 2-9 ICT が活用できた場合、加算が算定できると思いますか。	1. 思う      2. 思わない
------------------------------------	--------------------

### ○ICT の活用について

<問 2-10 は、問 2-1 で生活機能向上連携加算(Ⅰ)の「1. 算定している」に○をつけ、算定人数が1人以上の場合にお答えください>

問 2-10 生活機能向上連携加算(Ⅰ)の算定にあたり ICT を活用しましたか。活用した場合は人数をお答えください。	1. はい(      人) 2. いいえ
---	--------------------------

### ○ICT を活用している場合

<問 2-11~2-15 は、問 2-10 で「1. はい」とお答えになった方がお答えください>

問 2-11 ICT を活用した利用者の状態の把握方法として該当するもの全てに○を付けてください。	1. 動画    2. テレビ電話    3. その他(      )
問 2-12 活用している ICT の機器として該当するもの全てに○を付けてください。	1. パソコン    2. スマートフォン    3. タブレット端末 4. その他(      )
問 2-13 活用している ICT の機器は誰が購入していますか。該当するもの全てに○を付けてください。	1. 貴事業所・貴施設 2. リハビリテーション事業所または医療提供施設 3. その他(      )
問 2-14 利用者一人に対して ICT を活用する平均的な頻度についてお答えください。	【計画作成時】: 平均(      回) 【計画作成後から3ヶ月後までの間】: 平均(      回)
問 2-15 ICT を活用した影響についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	1. 利用者の自宅を訪問する必要がないので、リハ職等の協力が得やすくなった 2. 利用者の状態が気になったときにすぐに確認ができるようになった 3. 訪問の回数が減って職員の負担が軽減された。 4. 利用者の状態を対面で評価する場合と特に変わりなく評価できる 5. 動画等では十分な確認ができなかった。 6. その他(      )



**○ICTを活用していない場合**

<問 2-16 は、問 2-10 で「2. いいえ」とお答えになった方がお答えください>

<p>問 2-16 ICT を活用していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 訪問による対応が可能であるため</li> <li>2. リハ職等の事前の調整が難しいため</li> <li>3. ICT の導入費用の負担が大きい</li> <li>4. ICT の維持費用の負担が大きい</li> <li>5. ICT の使用方法が難しいため</li> <li>6. 利用者に心理的負担がかかるため</li> <li>7. 利用者の状態を十分に把握できないと思うため</li> <li>8. 利用者の同意を得ることが難しいため</li> <li>9. 利用者の個人情報の適切な取扱いが難しいため</li> <li>10. ICT を利用してみたが、利用者の状態を十分に確認することができなかったため</li> <li>11. その他( )</li> </ol>
--	---

**Ⅲ. 外部との連携状況についてお伺いします**

<p>問 3-1 貴事業所・貴施設の近隣地域において、リハ専門職等を派遣しているリハ事業所等をご存じですか。(○は1つ)。</p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 知っているリハ事業所等があり、連絡を取ったことがある</li> <li>2. 知っているリハ事業所等があるが、連絡を取ったことはない</li> <li>3. 知らない</li> </ol>	

<令和元年8月1日時点における状況をお伺い致します。該当する連携先が複数ある場合には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成する上で最も連携が多い連携先についてご記入ください>

<p>問 3-2 生活機能の向上を目指して利用者の定期評価を行っていますか。</p>	<p>1. はい 2. いいえ</p>
<p>問 3-3 現在、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成する上で外部(※1)のリハ事業所等と連携(※2)していますか。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 連携している</li> <li>2. 連携を試みたが断念した</li> <li>3. 連携を試みていない</li> </ol>

※1：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。

※2：連携とは、生活機能向上連携加算の算定のために外部のリハ専門職等(※3)が調査対象事業所・施設への訪問等を行い、利用者のアセスメントや調査対象事業所・施設への助言を共同で行うことを指します。

※3：リハ専門職等とは、リハビリテーションの専門職や医師を指します。

**○連携している理由等**

<問 3-4～3-16 は、問 3-3 で「1. 連携している」とご回答の場合、ご回答ください>

<p>問 3-4 連携している理由についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 専門的な視点を踏まえ定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成するため</li> <li>2. 介護職員等の教育につながるため</li> <li>3. 利用者の安心につながるため</li> <li>4. 経営上のメリットがあるため</li> <li>5. その他( )</li> </ol>
<p>問 3-5 貴事業所・貴施設が令和元年8月に連携している外部のリハ事業所等(以下、連携先と呼称)の件数をご記入下さい。</p>	<p>件</p>

<問 3-6～問 3-12 は、令和元年8月において利用者数ベースで最も多く連携している1つの連携先を想定してご回答ください>

<p>問 3-6 連携先は貴事業所・貴施設と同一法人か否かについてご記入ください。(○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 同一法人</li> <li>2. 別法人(グループ法人)</li> <li>3. 別法人(グループ法人以外)</li> </ol>
<p>問 3-7 連携先となる事業所・施設(○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 指定訪問リハビリテーション事業所</li> <li>2. 指定通所リハビリテーション事業所</li> <li>3. 病院</li> <li>4. 診療所</li> <li>5. 介護老人保健施設</li> <li>6. 介護療養型医療施設</li> <li>7. 介護医療院</li> </ol>

<問 3-8 は、問 3-7 で「3. 病院」と答えた方がお答えください>

<p>問 3-8 問 3-7 でご回答になられた病院の許可病床数と周辺の診療所の状況についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 許可病床数が 200 床未満である</li> <li>2. 許可病床数が 200 床以上である</li> <li>3. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しない</li> <li>4. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在する</li> </ol>
<p>問 3-9 連携している職種として該当するものについてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 理学療法士</li> <li>2. 作業療法士</li> <li>3. 言語聴覚士</li> <li>4. 医師</li> </ol>
<p>問 3-10 リハ事業所等による貴事業所・貴施設への訪問頻度についてお伺いします。(○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 3ヶ月に1回</li> <li>2. 2ヶ月に1回</li> <li>3. 1ヶ月に1回</li> <li>4. 1ヶ月に2回以上</li> <li>5. その他( )</li> </ol>

問 3-11 リハ事業所等が貴事業所・貴施設へ訪問する曜日や日時はあらかじめ決まっていますか。	1. 事前に決まった曜日・日付で訪問する。 2. 必要に応じて都度日程を調整し訪問する。 3. その他( )
問 3-12 リハ事業所等と連携を継続する上での課題があれば、該当するものに○をつけてください。	1. 貴事業所・貴施設の職員に連携の必要性を理解させることが難しい 2. 連携先が3ヶ月に1回以上訪問する事が難しい 3. 職員が忙しく共同でアセスメントや計画等を見直すための時間が取れない 4. 貴事業所・貴施設として採算が取れない 5. 連携先に十分な対価を支払うことができない 6. その他( ) 7. 課題はない
問 3-13 令和元年8月1日時点で連携している主なリハ事業所等は、平成30年4月以降に初めて連携を始めましたか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ

**○連携していない理由等**

<問3-14、問3-15は、問3-3で「2. 連携を試みたが断念した」又は「3. 連携を試みていない」とお答えになった場合にお答えください>

問 3-14 連携していない理由についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	
1. 貴事業所・貴施設に定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成できる職員がおり連携自体、不要と考えているため 2. 利用者が拒否するため 3. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在しないため 4. 連携先候補となるリハ事業所等が地域に存在するか分からないため 5. 連携先候補となるリハ事業所等に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 6. 連携先候補となるリハ事業所等への依頼の仕方が分からないため 7. 連携先候補への報酬単価の基準をどのように設定すれば良いかわからないため 8. 連携先候補と契約を締結することや、報酬単価を調整することに負担を感じるため 9. 連携先候補と報酬面の条件が折り合わないため 10. 連携先候補と連携頻度に関する条件が折り合わないため 11. 連携先候補と連携内容に関する条件が折り合わないため 12. 利用者の状態等の評価を共同で行うことが難しい 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成が難しいため 14. その他( )	
問 3-15 外部のリハ職等との連携の必要性を感じていますか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ

**IV. 生活機能の向上を目的とした取組の実施状況についてお尋ねします。**

<問4-1～問4-4は、問2-1で生活機能向上連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)のいずれかに「1. 算定している」とご回答の場合に、ご回答ください>

問 4-1 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)																		
課題 職種	ADL							IADL			起居動作			その他				
	食事	排泄	入浴	更衣	整容	移乗	屋内移動	階段昇降	屋外移動	調理	洗濯	掃除	起き上がり	座位	立ち上がり	立位	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
1) 理学療法士																		
2) 作業療法士																		
3) 言語聴覚士																		

問 4-2 令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携したリハ専門職等の職種と、その対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)										
課題 職種	課題					口腔機能向上	栄養改善	医療処置	福祉用具の利用等による生活環境の改善	家族への介護方法の指導
	認知機能	歩行	上肢	下肢	日常生活					
1) 病院・診療所のリハビリテーション専門医										
2) 病院・診療所の医師(リハビリテーション専門医以外)										
3) 訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの医師										



問 4-3 問 4-2 の内容の他に、令和元年8月の1ヶ月間に生活機能向上連携加算の算定により連携した医師が対応した利用者の課題についてお教えてください。(自由記述)

問 4-4 問 4-1、問 4-2 で得られた助言は具体的にどのようなものですか。効果的とお考えの助言について、その助言者の職種と助言内容をお教えてください。(自由記述)

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

ID : ●-●●●●-●

調査票 2

平成 30 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)  
 介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式  
**【機能訓練指導員の確保に関する調査 調査票】(案)**

○調査事務局よりお問い合わせをさせて頂く場合がございますのでご回答者様のご氏名等についてお伺いします。

ご氏名	貴事業所・貴施設名(※)
電話番号	メールアドレス

**I. 貴事業所の基本属性についてお尋ねします。**

問 1 法人種別	1. 社会福祉法人 4. 株式会社	2. 医療法人 5. 株式会社以外の営利法人	3. 特定非営利活動法人 6. その他 ( )
問 2 種類・施設区分	以下の 1)~5) に該当するサービス種別の場合、該当する選択肢をお選びください。(○は1つ)		
1) 通所介護	1. 地域密着型 3. 大規模事業所 (I) (月平均利用延人数 751 人以上 900 人以下)	2. 通常規模型 (月平均利用延人数 750 人以下) 4. 大規模事業所 (II) (月平均利用延人数 901 人以上)	
2) 短期入所生活介護	1. 単独型 4. 単独ユニット型	2. 併設型 5. 併設ユニット型	3. 空床型 6. 空床ユニット型
3) 認知症対応型通所介護	1. 単独型	2. 併設型	3. 共同型
4) 特定施設入居者生活介護	1. 有料老人ホーム (2. 除く) 3. 軽費老人ホーム	2. サービス付き高齢者向け住宅 4. 養護老人ホーム	
5) 介護老人福祉施設	1. 広域型 3. 広域型 (ユニット型)	2. 地域密着型 4. 地域密着型 (ユニット型)	

<問 3、問 4 は特定施設入居者生活介護の場合にご回答ください>

問 3 特定施設入居者生活介護の指定	1. 一般型 (介護)	2. 一般型 (介護予防)	3. 地域密着型
問 4 サービスの提供形態	1. 一般型	2. 外部サービス利用型	
問 5 定員数 ※短期入所生活介護の空床型の方は回答不要	人		

<問 6 は通所介護の場合にご回答ください> 問 6 通所介護の実施日数 日

問 7 併設・隣接事業所及び施設サービス(同一建物、同一敷地内もしくは隣接する敷地内で提供しているサービス)について、該当するものに全てに○を付けてください。	1. 訪問介護 2. 訪問入浴介護 3. 訪問看護 4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 5. 訪問リハビリテーション 6. 通所介護 7. 通所リハビリテーション 8. 短期入所生活介護・療養介護 9. 特定施設入居者生活介護 10. 福祉用具貸与・販売 11. 居宅介護支援 12. 夜間対応型訪問介護 13. 認知症対応型通所介護 14. 小規模多機能型居宅介護 15. 認知症対応型共同生活介護 16. 地域密着型特定施設入居者生活介護	17. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 18. 看護小規模多機能型居宅介護 19. 介護老人福祉施設 20. 介護老人保健施設 21. 介護療養型医療施設 22. 介護医療院 23. サービス付き高齢者向け住宅 24. 有料老人ホーム 25. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム (ケアハウス、A、B) 26. 地域包括支援センター (在宅介護支援センター) 27. 病院 28. 診療所 29. 歯科診療所
---	--	---

問 8 要介護度別利用者数(実人数)(令和元年 8 月 1 日時点)	合計	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中
	人	人	人	人	人	人	人

問 9 認知症高齢者の日常生活自立度別利用者数(実人数)(令和元年 8 月 1 日時点)								
合計	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
人	人	人	人	人	人	人	人	人

問 10 職員数(令和元年8月1日時点) 1人が複数の職種に該当する場合には該当する全ての職種に計上ください。							
	①常勤職員(実人数)	②非常勤職員(実人数)	③常勤換算人数(※)		①常勤職員(実人数)	②非常勤職員(実人数)	③常勤換算人数(※)
1) 計画作成担当者	人	人	人	7) 介護支援専門員	人	人	人
2) 機能訓練指導員	人	人	人	8) 介護職員	人	人	人
3) 生活相談員	人	人	人	9) 栄養士	人	人	人
4) サービス提供責任者	人	人	人	10) 調理員	人	人	人
5) 医師	人	人	人	11) オペレーター	人	人	人
6) 看護職員	人	人	人	12) 全職員数	人	人	人

※：常勤換算数の算出：「職員の一週間の労働時間÷貴事業所・貴施設の所定労働時間」にて算出し、小数点以下第二位を四捨五入して小数点第一位まで計上してください。常勤専従、常勤兼務、非常勤を合算して下さい。

問 11 機能訓練指導員(常勤職員、非常勤職員のいずれも)として登録している職員の保有する全ての資格に○を付けてください(令和元年8月1日時点)。  
 貴事業所・貴施設に機能訓練指導員が 11 人以上いる場合には、大変恐れ入りますが本設問(問 11)と同様の表(様式自由)に 11 人目以降の状況をご記入頂き、本調査票に添付してご提出をお願い致します。

	1) 看護師	2) 准看護師	3) 理学療法士	4) 作業療法士	5) 言語聴覚士	6) 柔道整復師	7) あん摩マッサージ指圧師	8) はり師	9) きゅう師
1 人目									
2 人目									
3 人目									
4 人目									
5 人目									
6 人目									
7 人目									
8 人目									
9 人目									
10 人目									

<問 11-2 は、問 11 で「1) 看護師」から「7) あん摩マッサージ指圧師」に○を付けておらず「8) はり師」、「9) きゅう師」の少なくとも1つに○を付けた機能訓練指導員(以下、該当する機能訓練指導員と表す)がいる場合にご回答ください>

問 11-2 該当する機能訓練指導員が過去に実務経験を積んだ事業所(①)および実務経験を積んだ際の職種(②)についてお伺いします。  
 該当する機能訓練指導員が 6 人以上いる場合には、大変恐れ入りますが本設問(問 11-2)と同様の表(様式自由)に 6 人目以降の状況をご記入頂き、本調査票に添付してご提出をお願い致します。

	①実務経験を積んだ事業所・施設(あてはまるもの全てに○)	②実務経験を積んだ際の職種
1 人目	1. 現在所属している事業所・施設 2. その他	1. 生活相談員 2. 介護職員 3. その他
2 人目	1. 現在所属している事業所・施設 2. その他	1. 生活相談員 2. 介護職員 3. その他
3 人目	1. 現在所属している事業所・施設 2. その他	1. 生活相談員 2. 介護職員 3. その他
4 人目	1. 現在所属している事業所・施設 2. その他	1. 生活相談員 2. 介護職員 3. その他
5 人目	1. 現在所属している事業所・施設 2. その他	1. 生活相談員 2. 介護職員 3. その他

**Ⅱ. 機能訓練指導員の状況についてお尋ねします。**

問 12 貴事業所・貴施設において平成 30 年3月と令和元年8月のそれぞれの1か月間について、個別機能訓練計画等を1度でも作成したことがある職種をお答えください。(あてはまるもの全てに○)

	①平成 30年3月	②令和 元年8月		①平成 30年3 月	②令和 元年8 月
1)機能訓練指導員(看護師)			8)機能訓練指導員(はり師)		
2)機能訓練指導員(准看護師)			9)機能訓練指導員(きゅう師)		
3)機能訓練指導員(理学療法士)			10)看護職員		
4)機能訓練指導員(作業療法士)			11)介護職員		
5)機能訓練指導員(言語聴覚士)			12)生活相談員		
6)機能訓練指導員(柔道整復師)			13)その他の職種の職員 ( )		
7)機能訓練指導員 (あん摩マッサージ指圧師)					

問 13 令和元年8月の1ヶ月間に個別機能訓練計画を作成した機能訓練指導員と、その個別機能訓練計画の対象となった利用者の課題の組み合わせとして、該当するもの全てに○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)  
※機能訓練指導員欄の「1人目」～「10人目」の方は、問 11 でご回答された「1人目」～「10人目」と同一の方としてご回答ください。

貴事業所・貴施設に機能訓練指導員が11人以上いる場合には、大変恐れ入りますが本設問(問 13)と同様の表をご準備頂き(様式自由)11人目以降の状況をご記入頂き、本調査票に添付してご提出をお願い致します。

機能訓練 指導員 課題	ADL							IADL				起居動作			その他			
	食 事	排 泄	入 浴	更 衣	整 容	移 乗	屋 内 移 動	階 段 昇 降	屋 外 移 動	調 理	洗 濯	掃 除	起 き 上 が り	座 位	立 ち 上 が り	立 位	福祉用具の 利用等によ る 生活環境の 改善	家族へ の 介護方 法の指 導
1人目																		
2人目																		
3人目																		
4人目																		
5人目																		
6人目																		
7人目																		
8人目																		
9人目																		
10人目																		

問 14 平成 29 年 4 月～平成 30 年 3 月(下表①)および平成 30 年 4 月～令和元年 8 月(下表②)の2つの期間における機能訓練指導員又は機能訓練指導員ではないはり師、きゅう師を雇用するための募集の有無(下表ア)、また募集に対する応募の有無(下表イ)について、該当する資格等に○を付けてください。また①、②に示す期間に雇用した人数(雇用後退職した人数もご計上下さい)を下表ウにご記入ください。

ア)「募集の有無」について、資格を問わず募集する場合には、1)～8)、10)、12)～14)、16)の全てに○を付けてください(但し黒塗りした欄は除く)。

イ)「応募の有無」については、応募した方が 1)～8)、10)、12)～14)、16)のうち複数の資格を保有していた場合には、該当する全ての資格に○をつけてください(但し黒塗りした欄は除く)。

ウ)「雇用人数」については、雇用した方が 1)～8)、10)、12)～14)、16)のうち複数の資格を保有していた場合には、該当する全ての資格に計上ください。

	①平成 28 年 11 月～平成 30 年 3 月			②平成 30 年 4 月～令和元年 8 月		
	ア) 募集の有無 ※該当が有る 場合に○	イ) 応募の有無 ※該当が有る 場合に○	ウ) 雇用 人数 (人)	ア) 募集の有無 ※該当が有る 場合に○	イ) 応募の有無 ※該当が有る 場合に○	ウ) 雇用 人数 (人)
1) 看護師						
2) 准看護師						
3) 理学療法士						
4) 作業療法士						
5) 言語聴覚士						
6) 柔道整復師						
7) あん摩マッサージ指圧師						
8) はり師(応募時点で機能訓練指導員としての実務要件を満たしている)						
9) 8)のうち 1)～7)の資格を保有しない人						
10) きゅう師(応募時点で機能訓練指導員としての実務要件を満たしている)						
11) 10)のうち 1)～7)の資格を保有しない人						
12) はり師(応募時点で機能訓練指導員としての実務要件を満たしていない)						
13) きゅう師(応募時点で機能訓練指導員としての実務要件を満たしていない)						
14) はり師						
15) 14)のうち 1)～7)の資格を保有しない人						
16) きゅう師						
17) 16)のうち 1)～7)の資格を保有しない人						

問 15 平成 30 年 3 月時点における管理者はり師又はきゅう師でしたか。

1. 管理者は、はり師又はきゅう師の資格を持つ者ではない  
 2. 管理者は、はり師の資格を持つ者であった  
 3. 管理者は、きゅう師の資格を持つ者であった

**○機能訓練指導員の資格を保有しているはり師、きゅう師を雇用した理由等**

<問 16、問 17 は問 14 の②(平成 30 年 4 月～令和元年 8 月)の「8)」、「10)」のいずれかのウ)の欄に1人以上の数字をご回答の場合に、ご回答ください>

問 16 機能訓練指導員の資格があるはり師又はきゅう師を雇用した理由について最も近い理由をお答えください。	1. 機能訓練指導員の確保のため(人手不足の解消)。 2. 機能訓練の内容を見直すため 3. その他( )
問 17 はり師・きゅう師が追加になった事で貴事業所がお感じになったメリットとして該当するもの全てに○をつけてください。	1. 機能訓練指導員不足の解消につながった 2. 機能訓練の内容を見直すことができた (→具体的にどのように向上したかご記入ください) 3. 特にない 4. その他( )

**○機能訓練指導員としての実務要件を満たしていないはり師、きゅう師を雇用した理由等**

<問 18 は問 14 の②(平成 30 年 4 月～令和元年 8 月)の「12」、「13」のいずれかのウ)の欄に1人以上の数字をご回答の場合、ご回答ください>

<p>問 18 機能訓練指導員としての実務要件を満たしていないはり師又はきゅう師を雇用した理由について最も近い理由をお答えください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 機能訓練指導員の確保のため(人手不足の解消)。</li> <li>2. 機能訓練の内容を見直すため</li> <li>3. 貴事業所・貴施設で6か月間の実務経験を積みば機能訓練指導員となれるため</li> <li>4. 貴事業所・貴施設がはり師、きゅう師の関連法人等と関わりがあったため</li> <li>5. その他( )</li> </ol>
--	---

**○はり師、きゅう師を雇用していない理由等**

<問 19 は、問 14 の②の「9」、「11」～「13」の全てのウ)の欄に0人とご回答の場合に、ご回答ください>

<p>問 19 はり師又はきゅう師の資格のみを有する者を雇用していない理由として該当するもの全てに○をつけてください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 既に機能訓練指導員が充足しているため</li> <li>2. はり師・きゅう師を雇用したいが、見つからないため</li> <li>3. はり師・きゅう師を雇用したいが、コスト面で負担が大きいため</li> <li>4. はり師・きゅう師を雇用したいが、機能訓練指導員になるまでの実務要件が阻害要因となるため</li> <li>5. その他( )</li> </ol>
---	---

<問 20 は、問 19 で「4. はり師・きゅう師を雇用したいが、機能訓練指導員になるまでの実務要件が阻害要因となるため」とご回答の場合に、ご回答ください>

<p>問 20 阻害要因となった実務要件についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 実務経験として必要な6か月間という期間が長い。</li> <li>2. 実務経験としてどのような指導をすれば良いのか分からない。</li> <li>3. はり師きゅう師に実務経験を積みさせるための人的な余裕がない。</li> <li>4. わからない</li> <li>5. その他( )</li> </ol>
--	---

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。



ID : ●-●●●●-●-●

調査票 3-1

**令和元年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)**  
**介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式**  
**【生活機能向上連携加算の算定事業所・施設 利用者票】(案)**

利用者の状況について利用者票でお伺いしますが、ご記入頂きました内容について後日、調査事務局より問い合わせをさせて頂く場合がございますので、貴事業所・貴施設におかれまして利用者票に記入した利用者をご特定できるようご留意下さいますようお願い致します。

○調査事務局よりお問い合わせをさせて頂く場合がございますのでご回答者様のご氏名等についてお伺いします。

ご氏名		貴事業所・貴施設名	
電話番号		メールアドレス	

**I. ご回答者様(あなた)についてお伺いします。**

問 1 ご回答者様の職種についてお伺いします。(○は1つ) ※機能訓練指導員である看護職員である場合には選択肢 4 をお選びください	1. 医師 4. 機能訓練指導員 7. その他( )	2. 計画作成担当者 5. 看護職員(※) 8. その他( )	3. 生活相談員 6. 介護職員
---	----------------------------------	---------------------------------------	---------------------

**II. 利用者の基本情報についてお伺いします。**

問 2 年齢	( ) 歳	問 3 性別	1. 男	2. 女		
問 4 傷病名 (あてはまるもの全てに○)	1. 高血圧 4. 糖尿病 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 10. 外傷(転倒・骨折等) 13. うつ病・精神疾患 16. 目の病気 19. その他の難病 21. ない	2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 5. 高脂血症(脂質異常症) 8. 腎臓・前立腺の病気 11. がん(新生物) 14. 認知症(アルツハイマー病等) 17. 耳の病気 20. その他(具体的に )	3. 心臓病 6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 9. 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) 12. 血液・免疫の病気 15. パーキンソン病 18. 歯科疾患			
問 5 貴事業所・貴施設の利用開始時期	( ) 年 ( ) 月					
問 6 生活機能向上連携加算における連携を開始した時期	( ) 年 ( ) 月					
問 7 平成 29 年以降の退院の有無と直近の入院期間	1)退院有無	1.あり 2.なし	2)直近の入院期間	( ) 年 ( ) 月 ~ ( ) 年 ( ) 月		
問 8 ADL、IADL の状況 以下の各欄に、「1:自立」、「2:見守り」、「3:一部介助」、「4:全介助」の 1~4 のうちあてはまる数字をご記入ください。						
①生活機能向上連携加算の算定に伴う連携の開始時点	食事	排泄	入浴	更衣	整容	移乗
	屋内移動	階段昇降	屋外移動	調理	洗濯	掃除
②令和元年8月1日時点	食事	排泄	入浴	更衣	整容	移乗
	屋内移動	階段昇降	屋外移動	調理	洗濯	掃除
問 9 ケアプラン(居宅サービス計画又は特定施設サービス計画)の目標(あてはまるもの全てに○)	①生活機能向上連携加算の算定に伴う連携の開始時点	1. 健康管理 4. 意欲の向上 7. ADL 向上 10. 閉じこもり予防 13. その他( )	2. 心身機能の維持 5. 療養上のケアの提供 8. IADL 維持 11. 社会参加支援	3. 心身機能の向上 6. ADL 維持 9. IADL 向上 12. 介護負担軽減		
	②令和元年8月1日時点	1. 健康管理 4. 意欲の向上 7. ADL 向上 10. 閉じこもり予防 13. その他( )	2. 心身機能の維持 5. 療養上のケアの提供 8. IADL 維持 11. 社会参加支援	3. 心身機能の向上 6. ADL 維持 9. IADL 向上 12. 介護負担軽減		



**Ⅲ. 生活機能向上連携加算の算定状況等についてお伺いします**

問 10 生活機能向上連携加算の算定状況をお伺い致します。(あてはまるもの全てに○)	1) 訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護の場合	1. 生活機能向上連携加算 (I) 2. 生活機能向上連携加算 (II)
	2) 上記以外のサービス種別の場合	3. 生活機能向上連携加算
問 11 生活機能向上連携加算の算定を主に誰が提案しましたか。(○は1つ)	1. 計画作成担当者(担当のケアマネジャー) 2. 外部のリハビリテーション職又は医師 3. 貴事業所・貴施設内部(1.計画作成担当者(担当のケアマネジャー)を除く) 4. 利用者本人・家族 5. その他( )	
問 11-2 生活機能向上連携加算の算定を提案した理由(あてはまるもの全てに○) ※選択肢 7 は訪問介護・小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の方のみお答えください。	1. リハビリテーション専門職等が関わるため利用者・家族が安心したもらえると考えたこと 2. 利用者の身体機能の維持・向上につながると考えたこと 3. 利用者の意欲が向上する適切な目標設定ができると考えたこと 4. 利用者の生活上の活動や家庭や社会への参加につながると考えたこと 5. 利用者の重度化防止につながると考えたこと 6. 利用者が希望した具体的な生活目標の達成に近づくと考えたこと 7. ICT を通じてこれまで以上に頻繁に状態を確認してもらい利用者・家族が安心すると考えたこと 8. その他	
問 12 生活機能向上連携加算の算定により連携している外部の職種(あてはまるもの全てに○)	1. 理学療法士 3. 言語聴覚士	2. 作業療法士 4. 医師
問 13 個別機能訓練計画等(※)の内容に対応する利用者の課題(あてはまるもの全てに○)	1. 食事 2. 排泄 3.入浴 4. 更衣 5. 整容 6. 移乗 7. 屋内移動 8. 屋外移動 9. 階段昇降 10. 調理 11. 洗濯 12. 掃除	

※認知症対応型共同生活介護の場合は「認知症対応型共同生活介護計画」、訪問介護の場合は「訪問介護計画」、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の場合は「定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画」、小規模多機能型居宅介護の場合は「小規模多機能型居宅介護計画」と読み替えてお答えください(以下も同様)。

問 14 外部のリハビリテーション職又は医師の助言により個別機能訓練計画等に反映した主な内容について、具体的な課題(問 13 の選択肢から1つ選び①に記入する)とその具体的な助言内容(②に記入)をご記載ください。また、その助言がどの程度参考になったかについて③でお答えください。		
①課題	②助言内容	
③どの程度参考になったか	1. 非常に参考になった 2. やや参考になった 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	
問 15 外部のリハビリテーション職又は医師の助言により、助言を受ける前と比べ利用者の個別機能訓練計画等はどの程度改善しましたか。(○は1つ)	1. 連携する前は利用者の個別機能訓練計画等は作成していなかったためどの程度改善したかは回答できない。 2. 全く改善していない 3. あまり改善していない 4. ある程度改善した 5. とても改善した	
問 15-2 具体的に助言を受ける前と比べどのように変わったのかについてご記入ください。(自由記述)		
問 16 生活機能向上連携加算の算定によりリハビリテーション職又は医師と連携して個別機能訓練計画等を作成した事により利用者が享受したメリットについてお伺いします。(あてはまるもの全てに○) ※選択肢 7 は訪問介護・小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の方のみお答えください。	1. リハビリテーション専門職等が関わるため利用者・家族が安心したこと 2. 利用者の身体機能の維持・向上につながったこと 3. 利用者の意欲が向上する適切な目標設定ができたこと 4. 利用者の生活上の活動や家庭や社会への参加につながったこと 5. 利用者の重度化防止につながったこと 6. 利用者が希望した具体的な生活目標の達成に近づいたこと 7. ICT を通じてこれまで以上に頻繁に状態を確認してもらい利用者・家族が安心したこと 8. その他( )	
問 17 生活機能向上連携加算の適用による外部リハビリテーション職又は医師の助言により、認知症の利用者の方の BPSD の表出状況に変化はありましたか。(○は1つ)	1. 認知症ではない 2. BPSD の表出状況に変化はない 3. BPSD の表出が減少した 4. BPSD の表出が増加した 5. BPSD の表出状況に変化があったか否かわからない	

問 18 利用者が他に利用しているサービスをお答えください。ご存じの範囲で結構です。(あてはまるもの全てに○)		
	①生活機能向上連携加算の算定前	②生活機能向上連携加算の算定以後
1) 訪問介護		
2) 訪問入浴介護		
3) 訪問看護		
4) 訪問リハビリテーション		
5) 居宅療養管理指導		
6) 通所介護		
7) 通所リハビリテーション		
8) 短期入所生活介護		
9) 短期入所療養介護		
10) 特定施設入居者生活介護		
11) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
12) 夜間対応型訪問介護		
13) 認知症対応型通所介護		
14) 小規模多機能型居宅介護		
15) 認知症対応型共同生活介護		
16) 複合型サービス		

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

ID : ●-●●●●-●-●

調査票 3-2

平成 30 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)  
 介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式  
**【生活機能向上連携加算の非算定事業所・施設 利用者票】(案)**

利用者の状況について利用者票でお伺いしますが、ご記入頂きました内容について後日、調査事務局より問い合わせをさせて頂く場合がございますので、貴事業所・貴施設におかれまして利用者票に記入した利用者をご特定できるようご留意下さいますようお願い致します。

○調査事務局よりお問い合わせをさせて頂く場合がございますのでご回答者様のご氏名等についてお伺いします。

ご氏名		貴事業所・貴施設名	
電話番号		メールアドレス	

**I. ご回答者様(あなた)についてお伺いします。**

問 1 ご回答者様の職種についてお伺いします。(○は1つ) ※機能訓練指導員である看護職員である場合には選択肢 4 をお選びください	1. 医師 4. 機能訓練指導員 7. その他( )	2. 計画作成担当者 5. 看護職員(※) 6. 介護職員	3. 生活相談員
---	----------------------------------	-------------------------------------	----------

**II. 利用者の基本情報についてお伺いします。**

問 2 年齢	( ) 歳	問 3 性別	1. 男	2. 女		
問 4 傷病名 令和元年8月1日時点 (あてはまるもの全てに○)	1. 高血圧 4. 糖尿病 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 10. 外傷(転倒・骨折等) 13. うつ病・精神疾患 16. 目の病気 19. その他の難病 21. ない	2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 5. 高脂血症(脂質異常症) 8. 腎臓・前立腺の病気 11. がん(新生物) 14. 認知症(アルツハイマー病等) 17. 耳の病気 20. その他(具体的に )	3. 心臓病 6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 9. 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) 12. 血液・免疫の病気 15. パーキンソン病 18. 歯科疾患			
問 5 貴事業所・貴施設の利用開始時期	( ) 年 ( ) 月					
問 6 平成 29 年以降の退院の有無と直近の入院期間	1)退院有無	1.あり 2.なし	2)直近の入院期間 ( ) 年 ( ) 月 ~ ( ) 年 ( ) 月			
問 7 利用者の課題(あてはまるもの全てに○)	1. 食事 2. 排泄 3.入浴 4. 更衣 5. 整容 6. 移乗 7. 屋内移動 8. 屋外移動 9. 階段昇降 10. 調理 11. 洗濯 12. 掃除					
問 8 ADL、IADL の状況 以下の各欄に、「1:自立」、「2:見守り」、「3:一部介助」、「4:全介助」の 1~4 のうちあてはまる数字をご記入ください。						
①平成 30 年4月1日時点	食事	排泄	入浴	更衣	整容	移乗
	屋内移動	階段昇降	屋外移動	調理	洗濯	掃除
②令和元年8月1日時点	食事	排泄	入浴	更衣	整容	移乗
	屋内移動	階段昇降	屋外移動	調理	洗濯	掃除
問 9 ケアプラン(居宅サービス計画又は特定施設サービス計画)の目標(あてはまるもの全てに○)	①生活機能向上連携加算の算定に伴う連携の開始時点	1. 健康管理 4. 意欲の向上 7. ADL 向上 10. 閉じこもり予防 13. その他( )	2. 心身機能の維持 5. 療養上のケアの提供 8. IADL 維持 11. 社会参加支援	3. 心身機能の向上 6. ADL 維持 9. IADL 向上 12. 介護負担軽減		
	②令和元年8月1日時点	1. 健康管理 4. 意欲の向上 7. ADL 向上 10. 閉じこもり予防 13. その他( )	2. 心身機能の維持 5. 療養上のケアの提供 8. IADL 維持 11. 社会参加支援	3. 心身機能の向上 6. ADL 維持 9. IADL 向上 12. 介護負担軽減		

<p>問 10 利用者の ADL、IADL の状況や利用者の課題から判断して、リハ専門職等（※）との連携がどの程度必要だと思いますか。（○は1つ） ※リハ専門職等とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又はリハビリテーション科専門医のことをいう。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. とても必要である</li> <li>2. ある程度必要である</li> <li>3. あまり必要ではない</li> <li>4. 必要ではない</li> </ol>
---	--

<問 11 は、問 10 で「1. とても必要である」、「2. ある程度必要である」とご回答の場合に、ご回答ください>

<p>問 11 同一法人内における、リハ専門職等の有無および本調査票の対象となる利用者に関わらず連携しているか否かについてお答えください。（○は1つ）</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. リハ専門職等がいて、連携している</li> <li>2. リハ専門職等がいるが、連携していない</li> <li>3. リハ専門職等がない</li> </ol>
---	--

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

ID : ●-●●●●-●

調査票4

平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)  
介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式  
【ケアマネジャー票】(案)

○調査事務局よりお問い合わせをさせて頂く場合がございますのでご回答者様のご氏名等についてお伺いします。

ご氏名		貴事業所・貴施設名(※)	
電話番号		メールアドレス	

※貴事業所・貴施設とは、ご回答者様の所属する事業所・施設を指します(以下においても同様)。

**I. 貴事業所・貴施設の基本属性についてお尋ねします。**

問1 法人種別	1. 社会福祉法人 4. 株式会社	2. 医療法人 5. 株式会社以外の営利法人	3. 特定非営利活動法人 6. その他( )
問2 貴事業所・貴施設は調査対象事業所・施設(※)とどのような関係ですか。(○は1つ)	1. 調査対象事業所・施設と同一事業所・施設 2. 調査対象事業所・施設と同一法人(1.以外) 3. 調査対象事業所・施設とは別の法人		

※調査対象事業所・施設とは、本調査票をご回答者様に渡し本調査への協力を依頼した事業所・施設のことを指します。

<問2で「1. 調査対象事業所・施設と同一」とご回答の場合、問5からご回答ください>

問3 併設施設サービス(同一敷地内もしくは隣接する敷地内で提供しているサービス)について、該当するものに全てに○を付けてください。	1. 訪問介護 2. 訪問入浴介護 3. 訪問看護 4. 訪問リハビリテーション 5. 通所介護 6. 通所リハビリテーション 7. 短期入所生活介護・療養介護 8. 特定施設入居者生活介護 9. 福祉用具貸与・販売 10. 居宅介護支援 11. 夜間対応型訪問介護 12. 認知症対応型通所介護 13. 小規模多機能型居宅介護 14. 認知症対応型共同生活介護 15. 地域密着型特定施設入居者生活介護 16. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護	17. 看護小規模多機能型居宅介護 18. 介護老人福祉施設 19. 介護老人保健施設 20. 介護療養型医療施設 21. 介護医療院 22. サービス付き高齢者向け住宅 23. 有料老人ホーム 24. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B) 25. 旧高齢者専用賃貸住宅 26. 地域包括支援センター(在宅介護支援センター) 27. 病院 28. 診療所 29. 歯科診療所
---	--	---

問4 令和元年8月1日時点における貴事業所の職員体制についてお伺い致します。

	①常勤職員 (実人数)	②非常勤職員 (実人数)	③常勤換算人数(※)
1)全職員	人	人	人
2) 1)のうち介護支援専門員	人	人	人
3) 2)のうち主任介護支援専門員	人	人	人

※常勤換算数の算出:「職員の一週間の労働時間÷貴事業所の所定労働時間」にて算出し、小数点以下第二位を四捨五入して小数点第一位まで計上してください。常勤専従、常勤兼務、非常勤を合算して下さい。



## II. 外部機関との連携・調整の状況についてお伺いします。

<以下の設問は、調査対象事業所・施設の利用者のケアプランに生活機能向上連携加算を適用した最も主要なケアマネジャーの方がご回答ください>

問 5 ご回答者様のケアマネジャーとしての業務経験年数(通算年数)	( )年 ( )か月
-----------------------------------	------------

<以下の設問は、調査対象事業所・施設の利用者のうち、令和元年 8 月の 1 か月間に生活機能向上連携加算を算定した全ての利用者を想定してお答え下さい>

問 6 調査対象事業所・施設とリハ事業所等(※1)とが生活機能向上連携加算の算定に必要な連携(※2)をする前の時点から、貴事業所・貴施設(ご回答者様)は調査対象事業所・施設である連携先であるリハ事業所等をご存じでしたか(○は1つ)。 なお、該当するリハ事業所等が複数ある場合には、調査対象事業所・施設と利用者数ベースで最も多く連携していると貴事業所・貴施設(ご回答者様)がお考えのリハ事業所等を想定してご回答ください。
1. 連携する前より知っており、連絡を取ったことがある      2. 連携する前より知っていたが、連絡を取ったことはない 3. 連携する前は、知らなかった

※1：リハ事業所等とは、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施している医療提供施設を指します(以下においても同様)。

※2：連携とは、生活機能向上連携加算の算定にあたりリハビリテーション事業所又は医療提供施設と共同でアセスメント・カンファレンスすることを指します(以下においても同様)。

問 7 調査対象事業所・施設が生活機能向上連携加算を算定する上で連携するリハ事業所等は、貴事業所・貴施設とどのような関係にありますか。(○は1つ) なお、該当するリハ事業所等が複数ある場合には、調査対象事業所・施設と利用者数ベースで最も多く連携していると貴事業所・貴施設(ご回答者様)がお考えのリハ事業所等を想定してご回答ください。
1. 貴事業所・貴施設と同一法人である      2. 貴事業所・貴施設と異なる法人である

問 8 調査対象事業所・施設とリハ事業所等との連携にあたり、貴事業所・貴施設は事前に何らかの関与(※)をされましたか。	1. 関与した 2. 関与していない
---	-----------------------

※関与とは、調査対象事業所・施設やリハ事業所等に対する連携先に関する情報提供や、リハ事業所等の担当者が利用者を事前訪問する際の日程調整等を指します。

問 9 調査対象事業所・施設の利用者に対する生活機能向上連携加算の適用は、主にどの主体による働きかけにより行われることが多いですか。(あてはまるもの全てに○)	1. 貴事業所・貴施設      2. 調査対象事業所・施設 3. リハ事業所等      4. 利用者・家族 5. その他( )
問 10 調査対象事業所・施設とリハ事業所等とが連携することで機能訓練等に関する事項等、専門的な知見が新たに計画に反映されたと思いますか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ

<問 11 は、問 10 で「1. はい」とご回答の場合に、ご回答ください。>

問 11 専門的な知見が新たに計画に反映されたことにより最も改善したとお考えの計画について、どのように改善されましたか。(あてはまるもの全てに○)	1. 見守りの援助に関する内容が増えた 2. ADL や IADL の維持向上に関する内容が増えた 3. 社会参加に関する内容が増えた 4. サービス全般の利用頻度が減少した 5. 他のサービスの利用に移行した 6. その他( )
---	--

問 12 リハ事業所等が携わった上で個別機能訓練計画等(※)を作成した事により利用者が享受したメリットについてお伺いします。(あてはまるもの全てに○) ★選択肢 6 は調査対象事業所・施設が訪問介護・小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の方のみお答えください。	1. リハビリテーション専門職等が携わるため利用者・家族が安心したこと 2. 利用者の身体機能の維持・向上につながったこと 3. 利用者の意欲が向上する適切な目標設定ができたこと 4. 利用者の生活上の活動や家庭や社会への参加につながったこと 5. 利用者の重度化防止につながったこと 6. 利用者が希望した具体的な生活目標の達成に近づいたこと 7. ICT を通じてこれまで以上に頻繁に状態を確認してもらい利用者・家族が安心したこと 8. その他( )
---	--

※調査対象事業所・施設が、認知症対応型共同生活介護の場合は「認知症対応型共同生活介護計画」、訪問介護の場合は「訪問介護計画」、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の場合は「定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画」、小規模多機能型居宅介護の場合は「小規模多機能型居宅介護計画」と読み替えてお答えください。

問 13 調査対象事業所・施設がリハ事業所等と連携していることにより、貴事業所・貴施設が作成するケアプランの内容の見直しに何らかの良い影響があるとお考えですか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ
--	-----------------

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。



ID : ●-●●●●●-●

調査票 5

平成 30 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)  
 介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式  
**【リハビリテーション事業所・医療提供施設票】(案)**

○調査事務局よりお問い合わせをさせて頂く場合がございますのでご回答者様のご氏名等についてお伺いします。

ご氏名	貴事業所・貴施設名(※)
電話番号	メールアドレス

### I. 貴事業所・貴施設の基本属性についてお尋ねします。

問 1 法人種別	1. 社会福祉法人 4. 株式会社	2. 医療法人 5. 株式会社以外の営利法人	3. 特定非営利活動法人 6. その他( )
問 2 種類	1. 指定訪問リハビリテーション事業所 3. 病院 5. 介護老人保健施設 7. 介護医療院	2. 指定通所リハビリテーション事業所 4. 診療所 6. 介護療養型医療施設	
問 3 貴事業所・貴施設は調査対象事業所・施設(※)とどのような関係ですか。(○は1つ)	1. 調査対象事業所・施設と同一法人 2. 調査対象事業所・施設とは別の法人		

※調査対象事業所・施設とは、本調査票をご回答者様に渡し本調査への協力を依頼した事業所・施設のことを指します。

### II. 連携状況についてお尋ねします。

<以下は生活機能向上連携加算の算定にあたり、リハビリテーション専門職や医師(以下、リハ専門職等と表す)を調査対象事業所・施設へ派遣する状況を想定してご回答ください>

問 4 調査対象事業所・施設と連携(※1)する動機となった事項についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	1. 専門的な視点を踏まえ個別機能訓練計画等(※2)を作成できるため 2. 利用者の安心につながると考えたため 3. 経営上のメリットがあると考えたため 4. 調査対象事業所・施設から要請があったため 5. 地域ケア会議等の場で連携について議論したため 6. 自治体から要請があったため 7. その他( )
---	---

※1:連携とは、生活機能向上連携加算の算定のために貴事業所・貴施設のリハ専門職等が調査対象事業所・施設への訪問等を行い、利用者のアセスメントや調査対象事業所・施設への助言を行うことを指します。(以下も同様)

※2:認知症対応型共同生活介護の場合は「認知症対応型共同生活介護計画」、訪問介護の場合は「訪問介護計画」、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の場合は「定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画」、小規模多機能型居宅介護の場合は「小規模多機能型居宅介護計画」と読み替えてお答えください(以下も同様)。

問 5 調査対象事業所・施設と連携する上で工夫した点についてご記入ください。(自由記述)	
問 6 調査対象事業所・施設と連携する上で困難さを感じた事項についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	1. 外部に派遣するだけの人材がいないこと 2. 連携の意義や必要性について貴事業所・貴施設の管理者が十分に理解していないこと 3. 調査対象事業所・施設の職員にリハ専門職等の専門性について理解してもらえないこと 4. 連携先候補と報酬面の条件を調整すること 5. 連携先候補と連携頻度に関する条件を調整すること 6. 連携先候補と業務内容に関する条件を調整すること 7. 連携する上での課題はない 8. その他( )

問 7 調査対象事業所・施設で実施した業務についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	1. ADL・身体機能・認知機能等の評価を行った 2. 機能訓練の内容への助言 3. 日常生活における介護の留意点や工夫等について助言した 4. その他( )	
問 8 1人の利用者における1回の生活機能向上連携加算の算定ごとに、貴事業所・貴施設では平均的にどの程度の時間を費やしていますか。移動時間も含めてお答えください。	1)リハ専門職等	合計( )時間
	2)その他事務職員	合計( )時間
問 9 連携先と連携したことによる貴事業所・貴施設のメリットとして考えられることは何ですか。(あてはまるもの全てに○)	1. 専門的な視点を踏まえ個別機能訓練計画等を作成できたこと 2. 経営上のメリットがあったこと 3. 地域の事業所とのつながりが確保できるようになったこと 4. 地域の要請に応えられたこと 5. その他( )	

<以下は、令和元年8月1か月間に調査対象事業所・施設と連携した際に関わった全ての利用者を想定してご回答ください>

問 10 以下の①欄の1.～5.のうち、実際に助言した内容として当てはまるもの全てに○をつけてください。また①欄に○をつけたそれぞれの助言により、個別機能訓練計画等(※)はどの程度改善されたと感じますか。助言の内容ごとに②欄に○を1つつけてください。	
①助言の内容	②個別機能訓練計画等の改善の状況
1. 動作アセスメントのポイントに関するもの	1. とても改善された 2. やや改善された 3. 変わらない 4. やや悪くなった 5. とても悪くなった
2. 運動メニューに関するもの	1. とても改善された 2. やや改善された 3. 変わらない 4. やや悪くなった 5. とても悪くなった
3. 食事、清掃、洗濯など日常生活上の留意点に関するもの	1. とても改善された 2. やや改善された 3. 変わらない 4. やや悪くなった 5. とても悪くなった
4. 椅子やテーブルの配置など生活環境面での助言	1. とても改善された 2. やや改善された 3. 変わらない 4. やや悪くなった 5. とても悪くなった
5. その他( )	1. とても改善された 2. やや改善された 3. 変わらない 4. やや悪くなった 5. とても悪くなった

※認知症対応型共同生活介護の場合は「認知症対応型共同生活介護計画」、訪問介護の場合は「訪問介護計画」、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の場合は「定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画」、小規模多機能型居宅介護の場合は「小規模多機能型居宅介護計画」と読み替えてお答えください(以下も同様)。

問 11 連携先の調査対象事業所・施設の職員の専門性は高まったと考えていますか(○は1つ)	1. はい 2. いいえ 3. 変わらない 4. その他( )	
問 12 連携の結果、調査対象事業所・施設の職員の機能訓練やケア方法にどのような変化がありましたか。(あてはまるもの全てに○)	1. 職員のケアの技術が向上した 2. 利用者の状態や希望に応じたケアの機会が増えた 3. ケアを行う際に多職種(連携先以外の職種も含む)で連携して対応する機会が増えた 4. その他( )	
問 13 連携して個別機能訓練計画等を作成した事により利用者が享受したメリットについてお伺いします。(あてはまるもの全てに○) ※選択肢 6 は連携先が訪問介護・小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の場合のみお答えください。	1. リハビリテーション専門職等が携わるため利用者・家族が安心したこと 2. 利用者の身体機能の維持・向上につながったこと 3. 利用者の意欲が向上する適切な目標設定ができたこと 4. 利用者の生活上の活動や家庭や社会への参加につながったこと 5. 利用者の重度化防止につながったこと 6. 利用者が希望した具体的な生活目標の達成に近づいたこと 7. ICT を通じてこれまで以上に頻繁に状態を確認してもらい利用者・家族が安心したこと 8. その他( )	
問 14 今後も連携先との連携を継続していきたいと考えていますか。(○は1つ)	1. はい 2. いいえ 3. わからない	

問 15 同一法人・他法人の介護事業所や施設に対して、生活機能向上連携加算という報酬が存在することや報酬の内容について周知したことがありますか(①)。周知したことがある場合、介護事業所や施設から、算定に対し前向きな反応はありましたか(②)。		①周知の経験	②前向きな反応の有無
	1)同一法人に対して	1. ある 2. ない	1. ある 2. ない
	2)他法人に対して	1. ある 2. ない	1. ある 2. ない

### ICTの活用について

問 16 調査対象事業所・施設の利用者について生活機能向上連携加算(Ⅰ)を算定しましたか。	1. はい 2. いいえ
---	-----------------

<問 17 は、問 16 で「1. はい」とご回答の場合、ご回答ください>

問 17 生活機能向上連携加算(Ⅰ)の算定にあたり、調査対象事業所・施設の利用者の状態を把握するために ICT を活用しましたか。活用した場合は人数をお答えください。	1. はい( )人 2. いいえ
---	---------------------

### ICTを活用している場合

<問 18～22 は、問 17 で「1. はい」とお答えになった方がお答えください>

問 18 ICTを活用した利用者の状態の把握方法として該当するもの全てに○を付けてください。	1. 動画 2. テレビ電話 3. その他( )
問 19 活用している ICT の機器として該当するもの全てに○を付けてください。	1. パソコン 2. スマートフォン 3. タブレット端末 4. その他( )
問 20 活用している ICT の機器は誰が購入していますか。該当するもの全てに○を付けてください。	1. 貴事業所・貴施設 2. 調査対象事業所・施設 3. その他( )
問 21 利用者一人に対して ICT を活用する平均的な頻度についてお答えください。	【計画作成時】: 平均( )回 【計画作成後から3ヶ月後までの間】: 平均( )回
問 22 ICT を活用した影響についてお伺いします。(あてはまるもの全てに○)	1. 利用者の自宅を訪問する必要がないので、調査対象事業所・施設との連携がしやすくなった 2. 利用者の状態が気になったときにすぐに確認ができるようになった 3. 訪問の回数が減って貴事業所・貴施設の職員の負担が軽減された。 4. 利用者の状態を対面で評価する場合と特に変わりなく評価できる 5. 動画等では十分な確認ができなかった。 6. その他( )

### ICTを活用していない場合

<問 23 は、問 17 で「2. いいえ」とお答えになった方がお答えください>

問 23 ICT を活用していない理由として該当するもの全てに○を付けてください。	1. 訪問による対応が可能であるため 2. 以前から生活機能向上連携加算(Ⅰ)を算定しているため 3. 調査対象事業所・施設との事前の調整が難しいため 4. ICT の導入費用の負担が大きい 5. ICT の維持費用の負担が大きい 6. ICT の使用方法が難しい 7. 利用者により心理的負担がかかる 8. 利用者の状態を十分に把握できない 9. 利用者の同意を得ることが難しい 10. 利用者の個人情報の適切な取扱いが難しい 11. ICT を利用してみたが、利用者の状態を十分に確認することができなかった 12. その他( )
---	---

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

介護ロボットの効果実証に関する調査研究の調査検討組織  
設置要綱

### 1. 設置目的

株式会社三菱総合研究所は、介護ロボットの効果実証に関する調査研究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「介護ロボットの効果実証に関する調査研究の調査検討組織」（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、近藤和泉を委員長とし、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、株式会社三菱総合研究所が行う。
- (2) 前号に定めるものの他、本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。

介護ロボットの効果実証に関する調査研究の調査検討組織 委員等

委員長	近藤 和泉	(国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 健康長寿支援ロボットセンター センター長)
副委員長	藤井 賢一郎	(上智大学総合人間科学部社会福祉学科 准教授)
委員	折茂 賢一郎	(公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長)
委員	五島 清国	(テクノエイド協会 企画部長)
委員	佐々木 薫	(公益社団法人日本認知症グループホーム協会 副会長)
委員	新田 収	(公益社団法人日本理学療法士協会 日本支援工学理学療法学会 副代表 首都大学東京 健康福祉学部 教授)
委員	梶田 和平	(公益社団法人全国老人福祉施設協議会 介護保険事業等経営委員会 委員長)
委員	舟田 伸司	(公益社団法人日本介護福祉士会 一般社団法人富山県介護福祉士会 会長)
委員	本田 幸夫	(大阪工業大学 ロボティクス&デザイン工学部 教授)
委員	渡邊 慎一	(一般社団法人日本作業療法士協会制度対策部 福祉用具対策委員会 福祉用具対策委員会)

(敬称略、50音順)

#### 【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局介護ロボット開発・普及推進室室長補佐 井上 栄貴
- 厚生労働省 老健局介護ロボット開発・普及推進室室長補佐 長倉 寿子
- 厚生労働省 老健局介護ロボット開発・普及推進室介護ロボット係長 加藤 浩一

## 介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

### 1. 調査目的

介護ロボットについては、平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告（平成 29 年 12 月 18 日社会保障審議会介護給付費分科会）において、今後の課題として「介護ロボットの幅広い活用に向けて、安全性の確保や介護職員の負担軽減・効率的な配置の観点も含めた効果実証や効果的な活用方法の検討を進めるべき」との提言がなされたところである。

このため、本事業では、介護ロボットの活用内容の把握や評価指標を用いた具体的な効果の検証・把握を行うことを通じ、次期介護報酬改定等に向けた課題等の整理を行うこととする。

### 2. アンケート調査

#### （1）調査対象

以下①～④のいずれかに該当する全ての施設・事業所（介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護）

- ①介護ロボット等導入支援特別事業（平成 27 年度補正予算）において介護ロボットを導入した施設・事業所 2,930 施設・事業所【悉皆】
- ②介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業（平成 30 年度調査）において介護ロボットを導入していると回答した施設・事業所 158 施設・事業所【悉皆】
- ③介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業（平成 30 年度調査）におけるヒアリング調査実施対象施設・事業所 29 施設・事業所【悉皆】
- ④地域医療介護総合確保基金（平成 29 年度、平成 30 年度）において介護ロボットを導入した施設・事業所 846 施設・事業所【悉皆】

#### （2）主な調査項目

基本情報、介護ロボットの導入状況や効果の把握状況、各種加算の届出における介護ロボットの活用状況、介護ロボットを安全かつ有効に活用するための委員会の設置、介護ロボット利用に起因したヒヤリハット・介護事故、介護ロボットに関する情報収集 等

### 3. ヒアリング調査

#### （1）調査対象

上記アンケート調査において、介護ロボットの導入効果を把握していると回答した施設・事業所のうち 20 施設・事業所程度

(2) 主な調査項目

施設・事業所情報、介護ロボットの導入状況や効果の把握状況、具体的な評価の状況（評価指標、評価期間、評価実施者、評価結果の活用方法）等

4. 実証調査

(1) 調査対象

①対象施設

平成30年度介護報酬改定において評価を行った見守り機器を導入する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護（各6施設・事業所）計18施設・事業所【事業者団体の推薦】

②対象職員

当該見守り機器を利用する全ての夜勤職員

③対象利用者

当該見守り機器の利用対象となる全ての利用者

(2) 主な調査項目

①利用者向け調査

利用者概要、機器の使用によるADL・認知機能・QOL・ケアの内容等の変化等

②職員向け調査

職員概要、心理的負担評価、機器導入による職員や施設業務の変化等

③職員向けタイムスタディ調査

夜勤時間帯における10分毎の業務内容（自記式タイムスタディ調査）



## 介護ロボットの効果実証に関する調査研究 調査票 (案)

## ■ご記入にあたっての注意

- ・特に指定の無い限り、令和元年9月1日(木) 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○をつけてください。
- ・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。
- ・具体的な回答方法については、同封の「記載要領」をご確認ください。
- ・本調査の対象となる介護ロボットについては、「【別紙】介護ロボットとは」をご確認ください。
- ・令和元年\*\*月\*\*日(\*)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

「介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業」事務局

電話：\*\*-\*\*-\*\* (平日10:00~17:00)

◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎

E-mail：\*\*

## 問1 基本情報 ※令和元年9月1日時点

(1) 施設種別 (いずれか <b>1つ</b> に○をつけてください)	1 介護老人福祉施設 2 地域密着型介護老人福祉施設 3 介護老人保健施設 4 介護療養型医療施設、介護医療院 5 特定施設入居者生活介護 6 地域密着型特定施設入居者生活介護 7 短期入所生活介護 8 短期入所療養介護 9 認知症対応型共同生活介護
(2) 施設形態 (あてはまるものに○をつけてください)	※特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護は回答不要 1 従来型個室 2 多床室 3 ユニット型個室 4 ユニット型個室的多床室
(3) 定員数	人
(4) 利用者・入所者の実人数	単位 (人)
	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 その他
(5) 短期入所生活介護又は短期入所療養介護を併設していますか (いずれか1つに○をつけてください)	1 併設あり 2 併設なし ↳ 「併設あり」の場合、問2以降、短期入所も含めて回答してください。

## 問2 職員体制 ※令和元年9月1日時点

職種別の職員数を教えてください。(実人数)						
	常勤	非常勤		常勤	非常勤	
1 医師	人	人	9 理学療法士	人	人	
2 薬剤師	人	人	10 作業療法士	人	人	
3 看護師	人	人	11 言語聴覚士	人	人	
4 准看護師	人	人	12 精神保健福祉士	人	人	
5 社会福祉士	人	人	13 介護支援専門員 (ケアマネジャー)	人	人	
6 介護福祉士	人	人	14 管理栄養士	人	人	
7 介護職員 (介護福祉士以外)	人	人	15 栄養士	人	人	
8 臨床検査技師	人	人	16 その他の職員数	人	人	

**問3 見守り機器の導入・活用状況**

**※令和元年9月1日時点**

この設問では見守り機器の活用状況等をお伺いします。本設問の対象となる見守り機器については、【別紙】製品一覧を確認してください。

1. 機器導入にあたっての検討

(1) 見守り機器導入の有無  
(いずれか1つに○をつけてください)      1 導入している      2 導入していない      →      問4へ進んでください

(2) 導入している見守り機器

- ※直近に導入した製品の順に製品名等を記入してください。
- ※製品コードは【別紙】製品一覧に記載の番号を記入してください。  
一覧にない場合は、製品名・メーカー名を記入してください。
- ※「初回の設置台数」とは、初めて当該機器を設置した際の台数とします。

	製品コード	【別紙】製品一覧に番号がない場合のみ記入		初回設置		現在の設置台数	★使用している主な機能 (欄外の選択肢の番号を記入)
	【別紙】参照	製品名	メーカー名	時期※西暦で記載	台数		
1				年 月	台	台	
2				年 月	台	台	
3				年 月	台	台	
4				年 月	台	台	
5				年 月	台	台	

★「使用している主な機能」選択肢

- |                 |              |                |
|-----------------|--------------|----------------|
| 1 動画による見守り      | 2 記録画像の活用    | 3 センサーによる離床の検知 |
| 4 心拍の状態を把握      | 5 呼吸の状態を把握   | 6 眠りの状態を把握     |
| 7 その他、利用者の状態を把握 | 8 ナースコールとの連動 | 9 介護記録との連動     |
| 10 その他          |              |                |

(3) 追加で設置したい台数      台      ※短期入所生活介護または短期入所療養介護併設の場合は合算で回答ください。

(4) 見守り機器の活用場面  
(あてはまるものに○をつけてください)

1 訪室の必要性の判断	2 優先順位の判断
3 転倒・転落の予防、早期発見	4 事故原因の分析
5 利用者の行動パターンの把握	6 排泄タイミングの把握
7 睡眠状態の把握	8 看取りケア
9 記録の効率化	
10 その他 ⇒具体的に (      )	

2 導入にあたっての準備

(1) 教育の実施方法      (あてはまるものに○をつけてください)

① 法人主導の教育の実施	1 座学で実施	2 実習で実施	3 実施していない
② 施設主導の教育の実施	1 座学で実施	2 実習で実施	3 実施していない
③ 機器メーカー主導の教育の実施	1 座学で実施	2 実習で実施	3 実施していない

(2) 職員が使用できるまでの期間      週間

3 機器導入後の効果の把握について	
(1) 効果の把握状況	
① 導入時の効果 (あてはまるもの1つに○をつけてください)	1 把握している    2 把握していない
② 導入後の効果 (あてはまるもの1つに○をつけてください)	1 定期的に把握している    ⇒    月毎    2 把握していない
③ 評価項目と実施方法	
<b>評価項目</b> (把握している評価項目に○をつけてください)	<b>実施方法</b> (評価項目ごとにあてはまるものに○をつけてください)
1 利用者の状態像等 (ADL、認知機能等)	1 機器を用いた評価    2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
2 利用者の行動等 (睡眠時間、離床回数等)	1 機器を用いた評価    2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
3 ヒヤリハット、事故等	1 機器を用いた評価    2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
4 業務内容(居室の訪室回数、業務時間等)	1 機器を用いた評価    2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
5 職員の心理的負担・意欲等	1 機器を用いた評価    2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
6 その他    ↓具体的な内容を1つ記入 (    )	1 機器を用いた評価    2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
④ 評価指標の集計・分析 (いずれか1つに○をつけてください)	1 施設職員が実施    2 導入している機器のメーカーが実施(依頼) 3 法人職員が実施    4 その他 ⇒具体的に(    )
⑤ 評価結果の活用状況 (あてはまるものに○をつけてください)	1 ケアプランの見直しに活用    2 機器の利用方法の改善 3 機器の対象利用者を見直し    4 業務手順の見直しに活用 5 職員の配置・シフトの見直しに活用 6 その他 ⇒具体的に(    )
(2) 【効果を把握していない場合】 効果を把握していない理由  (あてはまるものに○をつけてください)	1 評価をする人材がない    2 評価をする時間がない 3 評価すべき項目がわからない 4 評価結果の集計・分析方法がわからない 5 評価結果をどのように活用すべきかわからない 6 評価する必要性を感じない 7 評価結果を議論する会議体等がない 8 その他 ⇒具体的に(    )

4 加算の届出状況		※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、短期入所生活介護の方のみ	
(1) 夜勤職員配置加算の取得状況 (あてはまるものに○をつけてください)	① 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設		
	1 夜勤職員配置加算 (I) イ	2 夜勤職員配置加算 (I) □	
	3 夜勤職員配置加算 (II) イ	4 夜勤職員配置加算 (II) □	
	5 夜勤職員配置加算 (III) イ	6 夜勤職員配置加算 (III) □	
	7 夜勤職員配置加算 (IV) イ	8 夜勤職員配置加算 (IV) □	
	9 取得していない → 問4へ進んでください		
	② 短期入所生活介護		
	1 夜勤職員配置加算 (I)	2 夜勤職員配置加算 (II)	
	3 夜勤職員配置加算 (III)	4 夜勤職員配置加算 (IV)	
	5 取得していない → 問4へ進んでください		
(2) ① 見守り機器の導入による夜勤職員配置加算の届出 (あてはまるもの1つに○をつけてください)	1 あり	※ (2) ①で「2 届出予定」と回答した方のみ	
	2 届出予定	② 予定時期	
	3 なし	(あてはまるもの1つに○をつけてください)	
		1 令和元年度中	
		2 令和2年度	
		3 令和3年度以降	
		4 未定・不明	
※ (2) ①で「3 なし」と回答した方のみ			
③ 見守り機器の導入による夜勤職員配置加算の届出を実施していない理由 (あてはまるものに○をつけてください)	1 見守り機器の導入による夜勤職員配置加算を取得する意向がない		
	2 見守り機器の導入による0.1人分の要件緩和がなくとも人員配置基準を満たしている		
	3 要件(入所者の15%)以上を満たす見守り機器の台数を導入していない		
	4 見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会の設置が困難		
	5 その他 ⇒具体的に ( )		
④ 今後の届出の意向について (あてはまるもの1つに○をつけてください)	1 届出したい		2 届出するつもりはない
	3 どちらともいえない、わからない		

問4 見守り機器以外の導入・活用状況		※令和元年9月1日時点				
この設問では見守り機器 <u>以外</u> の介護ロボットの活用状況等をお伺いします。本設問の対象となる介護ロボットについては、【別紙】介護ロボットとはを確認してください。						
1. 導入している介護ロボットについて						
<b>見守り機器以外に</b> 、導入している介護ロボットについて、 <b>直近に導入した順で最大5製品まで</b> 記入してください。						
※直近に導入した製品の順に製品名等を記入してください。						
※製品コードは【別紙】製品一覧に記載の番号を記入してください。						
一覧にない場合は、製品名・メーカー名を記入してください。						
番号	製品コード 【別紙】参照	【別紙】製品一覧に番号がない場合のみ記入 製品名	メーカー名	初回設置 時期※西暦で記載	台数	現在の 設置台数
1				年 月	台	台
2				年 月	台	台
3				年 月	台	台
4				年 月	台	台
5				年 月	台	台

**問5 見守り機器以外の効果の把握について**

※令和元年9月1日時点

問4「1.導入している介護ロボット」で回答いただいた介護ロボット（番号1～5）のうち、直近で導入した製品（最大2製品）について、導入にあたっての準備と効果測定の実施状況について教えてください。

機器その1

問4の番号

1 導入にあたっての準備

(1) 教育の実施方法 (あてはまるものに○をつけてください)

① 法人主導の教育の実施	1 座学で実施	2 実習で実施	3 実施していない
② 施設主導の教育の実施	1 座学で実施	2 実習で実施	3 実施していない
③ 機器メーカー主導の教育の実施	1 座学で実施	2 実習で実施	3 実施していない

(2) 職員が使用できるまでの期間  週間

2 機器導入後の効果の把握について

(1) 効果の把握状況

① 導入時の効果 (いずれか1つに○をつけてください)	1 把握している	2 把握していない
② 導入後の効果 (いずれか1つに○をつけてください)	1 定期的に把握している ⇒ <input type="text"/> か月毎	2 把握していない

③ 評価項目と実施方法

評価項目 (把握している評価項目に○をつけてください)	実施方法 (評価項目ごとにあてはまるものに○をつけてください)
1 利用者の状態像 (ADL、認知機能等)	1 機器を用いた評価 2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
2 利用者の行動 (睡眠時間、離床回数等)	1 機器を用いた評価 2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
3 ヒヤリハット、事故等	1 機器を用いた評価 2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
4 業務内容 (居室の訪室回数、業務時間等)	1 機器を用いた評価 2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
5 職員の精神的負担・モチベーション	1 機器を用いた評価 2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
6 その他 ↓具体的な内容を1つ記入 ( <input type="text"/> )	1 機器を用いた評価 2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
④ 評価指標の集計・分析 (いずれか1つに○をつけてください)	1 施設職員が実施 2 導入している機器のメーカーが実施 (依頼) 3 法人職員が実施 4 その他 ⇒具体的に ( <input type="text"/> )
⑤ 評価結果の活用状況 (あてはまるものに○をつけてください)	1 ケアプランの見直しに活用 2 機器の利用方法の改善 3 機器の対象利用者を見直し 4 業務手順の見直しに活用 5 職員の配置・シフトの見直しに活用 6 その他 ⇒具体的に ( <input type="text"/> )

(2) 【効果を把握していない場合】 効果を把握していない理由  (あてはまるものに○をつけてください)	1 評価をする人材がない                      2 評価をする時間がない 3 評価すべき項目がわからない 4 評価結果の集計・分析方法がわからない 5 評価結果をどのように活用すべきかわからない 6 評価する必要性を感じない 7 評価結果を議論する会議体等がない 8 その他 ⇒具体的に (                      )
<b>機器その2</b>	
問4の番号	
1 導入にあたっての準備	
(1) 教育の実施方法                      (あてはまるものに○をつけてください)	
① 法人主導の教育の実施	1 座学で実施      2 実習で実施      3 実施していない
② 施設主導の教育の実施	1 座学で実施      2 実習で実施      3 実施していない
③ 機器メーカー主導の教育の実施	1 座学で実施      2 実習で実施      3 実施していない
(2) 職員が使用できるまでの期間	週間
2 機器導入後の効果の把握について	
(1) 効果の把握状況	
① 導入時の効果 (いずれか1つに○をつけてください)	1 把握している      2 把握していない
② 導入後の効果 (いずれか1つに○をつけてください)	1 定期的把握している⇒                      か月毎      2 把握していない
③ 評価項目と実施方法	
評価項目 (把握している評価項目に○をつけてください)	実施方法 (評価項目ごとにあてはまるものに○をつけてください)
1 利用者の状態像 (ADL、認知機能等)	1 機器を用いた評価      2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
2 利用者の行動 (睡眠時間、離床回数等)	1 機器を用いた評価      2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
3 ヒヤリハット、事故等	1 機器を用いた評価      2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
4 業務内容(居室の訪室回数、業務時間等)	1 機器を用いた評価      2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
5 職員の精神的負担・モチベーション	1 機器を用いた評価      2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
6 その他      ↓具体的な内容を1つ記入 (                      )	1 機器を用いた評価      2 記録等を用いた評価 3 アンケート等を用いた評価
④ 評価指標の集計・分析 (いずれか1つに○をつけてください)	1 施設職員が実施      2 導入している機器のメーカーが実施(依頼) 3 法人職員が実施      4 その他 ⇒具体的に (                      )



⑤ 評価結果の活用状況 (あてはまるものに○をつけてください)	1 ケアプランの見直しに活用 2 機器の利用方法の改善 3 機器の対象利用者の見直し 4 業務手順の見直しに活用 5 職員の配置・シフトの見直しに活用 6 その他 ⇒具体的に ( )
(2) 【効果を把握していない場合】 効果を把握していない理由 (あてはまるものに○をつけてください)	1 評価をする人材がない 2 評価をする時間がない 3 評価すべき項目がわからない 4 評価結果の集計・分析方法がわからない 5 評価結果をどのように活用すべきかわからない 6 評価する必要性を感じない 7 評価結果を議論する会議体等がない 8 その他 ⇒具体的に ( )

**問6 加算届出のプロセスにおける介護ロボットの活用** ※令和元年9月1日時点

1 加算届出のプロセスにおける介護ロボットの活用  
以下の加算の届出を行うプロセスにおいて、介護ロボットを活用しているケースはありますか。最大3つまで回答してください。

番号	★対象の加算	使用している介護ロボット (機器名称)	具体的な内容 (自由記述)
例	4	○○○	利用者の畜尿量を把握することができるため、そのデータを活用して実施する支援計画を策定している。
1			
2			
3			

★[対象の加算]の選択肢

1 褥瘡マネジメント加算	2 栄養マネジメント加算	3 低栄養リスク改善加算
4 排せつ支援加算	5 若年性認知症利用者受入加算	6 介護職員処遇改善加算
7 認知症専門ケア加算	8 看取り介護加算	9 生活機能向上連携加算
10 個別機能訓練加算	11 入所前後訪問指導加算	12 夜間支援体制加算
13 個別リハビリテーション実施加算	14 その他の加算	

※「対象の加算」の選択肢のうち、「14その他の加算」以外の選択肢については、下記の通り、施設種別に応じて記載できる項目が異なります。介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設：1～10  
介護老人保健施設：1～7・11、介護療養型医療施設・介護医療院：2～7  
特定施設入居者生活介護：6～10、認知症対応型共同生活介護：5～8・11・12  
短期入所生活介護：5～7・10、短期入所療養介護：5・6・10・13

**問7 介護ロボットを安全かつ有効に活用するための委員会について** ※令和元年9月1日時点

(1) 委員会の設置 (いずれか1つに○をつけてください)	1 介護ロボットのための委員会を新たに設置した → 問8へ進んでください 2 既存の委員会を活用した → (2)へ進んでください 3 委員会を設置していない → (3)へ進んでください
(2) 【既存の委員会を活用している場合】 既存の委員会 (いずれか1つに○をつけてください)	1 事故防止検討委員会 2 身体的拘束適正化検討委員会 3 感染対策委員会 4 その他
(3) 【委員会を設置していない場合】 委員会を設置していない理由 (あてはまるものに○をつけてください)	1 新たに委員会を設置する負担が大きい 2 介護ロボット等について議論する既存の会議体がない 3 委員会設置の必要性を感じていない 4 その他

### 問8 介護ロボット利用に起因したヒヤリハット・介護事故

1 介護ロボット利用に起因したヒヤリハットの発生状況  
 ★定義：本調査では受診に至らずとも利用者や職員が負傷した（しそうになった）ケースをヒヤリハットと定義します

(1) 過去1年間の発生件数  件

(2) 直近の1件について回答してください。

① 対象の介護ロボット	製品コード <input type="text"/>	【別紙】製品一覧の製品コードを記入してください。
② 機器の誤操作やヒヤリハットの種類 (いずれか1つに○をつけてください)	1 機器の誤作動 3 職員の操作ミス 5 機器を過信したために起きた機器の誤操作	2 電波環境などによる誤作動 4 利用者による誤操作 6 その他
③ 具体的な内容 (自由記述)	<input type="text"/>	
④ どのように対処したか (自由記述)	<input type="text"/>	

2 介護ロボット利用に起因した介護事故の発生状況  
 ★定義：本調査では負傷の程度によらず、利用者や職員が医師の診察を受けたケースを介護事故と定義します

(1) 過去1年間の発生件数  件

(2) 直近の1件について回答してください。

① 対象の介護ロボット	製品コード <input type="text"/>	【別紙】製品一覧の製品コードを記入してください。
② 機器の誤操作や介護事故の種類 (いずれか1つに○をつけてください)	1 機器の誤作動 3 職員の操作ミス 5 機器を過信したために起きた機器の誤操作	2 電波環境などによる誤作動 4 利用者による誤操作 6 その他
③ 具体的な内容 (自由記述)	<input type="text"/>	
④ どのように対処したか (自由記述)	<input type="text"/>	

### 問9 介護ロボットに関する情報収集

(1) 情報収集の実施 (いずれか1つに○をつけてください)	1 情報収集している      2 情報収集していない → 回答終了です
(2) 情報収集の実施者 (あてはまるものに○をつけてください) ※(1)で1を選択した方のみ	1 施設長、管理者      2 リーダー職 3 介護職      4 その他職
(3) 介護ロボット導入にあたり、事前にあると有益な情報 (あてはまるものに○をつけてください)	1 先行導入事例（好事例）      2 先行導入事例（課題・失敗事例） 3 導入の効果      4 介護ロボットの費用 5 導入にあたって使用した施策（補助金等） 6 どのような製品があるか 7 どのような環境整備が必要か
(4) 情報収集先 (あてはまるものに○をつけてください)	1 行政      2 業界団体等      3 介護施設等 4 介護ロボットメーカー      5 介護ロボットメーカー以外の業者等 6 その他 ⇒具体的に ( <input type="text"/> )
(5) 情報収集方法 (あてはまるものに○をつけてください)	1 ホームページ      2 展示会      3 シンポジウム・セミナー・研修会 4 その他 ⇒具体的に ( <input type="text"/> )

設問は以上です。同封の返信用封筒で返送してください。ご協力ありがとうございました。

# 職員向け調査票(案)

(職員各自が記入)

## 資料2 (別紙3-4)

職員ID		記入日	
		年	月 日

### 1. 職員概要

性別	男・女	年齢階級	10歳代 ・ 20歳代 ・ 30歳代 ・ 40歳代 ・ 50歳代 ・ 60歳代 ・ 70歳代～
職種	介護職員 看護職員 機能訓練指導員 相談員 事務職員 その他( )		
役職	経営層 管理者・リーダー 一般職 その他( )		
現状の職種 での経験年数	年 ヶ月		

### 2. 心理的負担評価 ※出典:心理的ストレス反応測定尺度(Stress Response Scale-18)

※ この設問では、普段の心理的な状態についてお伺いします。介護ロボットを導入する前後の状態について、お答えください。

	全く ちがう	い くら か そ う だ	ま あ そ う だ	そ の 通 り だ
1 怒りっぽくなる	0	1	2	3
2 悲しい気分だ	0	1	2	3
3 なんとなく心配だ	0	1	2	3
4 怒りを感じる	0	1	2	3
5 泣きたい気持ちだ	0	1	2	3
6 感情を抑えられない	0	1	2	3
7 くやしい思いがする	0	1	2	3
8 不愉快だ	0	1	2	3
9 気持ちが沈んでいる	0	1	2	3
10 いらいらする	0	1	2	3
11 いろいろなことに自信がない	0	1	2	3
12 何もかもいやだと思う	0	1	2	3
13 よくないことを考える	0	1	2	3
14 話や行動がまとまらない	0	1	2	3
15 なぐさめて欲しい	0	1	2	3
16 根気がない	0	1	2	3
17 ひとりでいたい気分だ	0	1	2	3
18 何かに集中できない	0	1	2	3

	導入前評価	導入後①評価	導入後②評価
合計	点	点	点

### 3. 機器導入によるモチベーションの変化

	←減少したと感じる				増加したと感じる→		
1 機器導入による、仕事のやりがいの変化	-3	-2	-1	0	1	2	3
2 機器導入による、職場の活気の変化	-3	-2	-1	0	1	2	3

	導入前評価	導入後①評価	導入後②評価
合計	/	点	点

### 4. 機器導入による職員や施設業務の変化

	←減少したと感じる				増加したと感じる→		
1 気持ちに余裕ができる	-3	-2	-1	0	1	2	3
2 身体的負担(体の痛みなど)が軽減する	-3	-2	-1	0	1	2	3
3 精神的負担(ストレスなど)が軽減する	-3	-2	-1	0	1	2	3
4 利用者とのコミュニケーションやケアの時間が充分に取れる	-3	-2	-1	0	1	2	3
5 訪室しなくても利用者の状況が分かる(即時性)	-3	-2	-1	0	1	2	3
6 利用者の行動パターンが把握できる(排泄、夜間行動)	-3	-2	-1	0	1	2	3
7 事故原因分析の参考情報にできる	-3	-2	-1	0	1	2	3
8 優先順位の判断ができる(同時コールの発生、他の利用者の介護中)	-3	-2	-1	0	1	2	3
9 利用者のペースに合わせた介助ができる(予測による予防介入、訪室タイミング、声かけの内容等)	-3	-2	-1	0	1	2	3
10 訪室の前に心の準備ができる	-3	-2	-1	0	1	2	3
11 見守り以外の業務・休憩等が分断されない	-3	-2	-1	0	1	2	3
12 休憩時間を確保することができる	-3	-2	-1	0	1	2	3
13 必要以上に利用者を見に行くことになる	-3	-2	-1	0	1	2	3
14 走って訪室することが減る	-3	-2	-1	0	1	2	3
15 機器対象者以外の利用者へのケア時間が増える	-3	-2	-1	0	1	2	3
16 訪室回数合計が減る	-3	-2	-1	0	1	2	3
17 機器の初期設定・微調整が煩雑である	-3	-2	-1	0	1	2	3
18 複数端末の携帯が煩雑である	-3	-2	-1	0	1	2	3

	導入前評価	導入後①評価	導入後②評価
合計	/	点	点

5. 導入機器の満足度評価 ※出典:QUEST 福祉用具満足度評価

	全く満足していない	あまり満足していない	やや満足している	満足している	非常に満足している
1 その福祉用具の大きさ(サイズ, 高さ, 長さ, 幅)に、どれくらい満足していますか?	1	2	3	4	5
2 その福祉用具の重さに、どれくらい満足していますか?	1	2	3	4	5
3 その福祉用具の調節しやすさ(部品の取り付け方法や部品の調整方法)に、どれくらい満足していますか?	1	2	3	4	5
4 その福祉用具の安全性に、どれくらい満足していますか?	1	2	3	4	5
5 その福祉用具の耐久性に、どれくらい満足していますか?	1	2	3	4	5
6 その福祉用具の使いやすさ(簡単に使えるかどうか)に、どれくらい満足していますか?	1	2	3	4	5
7 その福祉用具の使い心地の良さに、どれくらい満足していますか?	1	2	3	4	5
8 その福祉用具の有効性に、どれくらい満足していますか?	1	2	3	4	5
9 その福祉用具の取得手続きと期間(手に入れるまでの手続きや期間)に、どれくらい満足していますか?	1	2	3	4	5
10 その福祉用具の修理とメンテナンスのサービスに、どれくらい満足していますか?	1	2	3	4	5
11 その福祉用具を手に入れたときの、専門家の指導・助言に、どれくらい満足していますか?	1	2	3	4	5
12 その福祉用具のアフターサービスに、どれくらい満足していますか?	1	2	3	4	5

	導入前評価	導入後①評価	導入後②評価
合計		点	点

## 職員向けタイムスタディ調査票 (案)

施設ID	職員ID	所定勤務時間	:	~	:
調査実施日	月 日 ( 曜日)	実勤務時間 (残業時間含む)	:	~	:

NO	分類	Sub-NO	項目	時台						時台						時台					
				00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分
A	直接介護	1	移動・移乗・体位変換	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		2	排泄介助・支援	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
		3	利用者とのコミュニケーション	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4	生活自立支援	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
		5	行動上の問題への対応	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
		6	その他の直接介護	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
B	間接業務	7	巡回・移動	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
		8	職員とのコミュニケーション	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
		9	記録・文書作成	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
		10	見守り機器の使用・確認	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
		11	その他の間接業務	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
C	休憩	12	休憩・待機	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
		13	仮眠	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
D	その他	14	その他	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14

NO	分類	Sub-NO	項目	時台						時台						時台					
				00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分	00分-09分	10分-19分	20分-29分	30分-39分	40分-49分	50分-59分
A	直接介護	1	移動・移乗・体位変換	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		2	排泄介助・支援	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
		3	利用者とのコミュニケーション	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4	生活自立支援	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
		5	行動上の問題への対応	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
		6	その他の直接介護	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
B	間接業務	7	巡回・移動	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
		8	職員とのコミュニケーション	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
		9	記録・文書作成	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
		10	見守り機器の使用・確認	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
		11	その他の間接業務	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
C	休憩	12	休憩・待機	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
		13	仮眠	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
D	その他	14	その他	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14



# 利用者向け調査票(案)

(職員が記入)

## 資料2 (別紙3-6)

利用者ID	記入日
年 月 日	年 月 日

### 1. 対象利用者概要

性別	男・女	年齢	才
要介護度		障害高齢者の日常生活自立度	
機器導入の目的			
機器の利用目標			
機器利用の中止条件			
機器利用の配慮事項			
同意書取得日	年 月 日	機器導入日	年 月 日

### 2. 対象利用者におけるADLの変化

(1) ADLの変化: 普段使用しているADL評価(Barthel Index、FIM等)の得点

	導入前評価	導入後①評価	導入後②評価
ADL評価 ↓使用している評価指標を記入 ( )	点	点	点

(2) その他のADLの変化(導入後②評価時点)

機器導入によるADLの変化	
---------------	--

(3) (1)(2)を踏まえた機器導入によるADL変化の総合的な評価

←悪化したと感じる						向上したと感じる→
-3	-2	-1	0	1	2	3

3. 対象利用者における認知機能の変化

(1) 認知機能の変化 ※出典:認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	導入前	導入後①	導入後②
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		I	I	I
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。				
	II a 家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等	II a	II a	II a
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等	II b	II b	II b
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。				
	III a 日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	III a	III a	III a
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる	ランクIII aに同じ	III b	III b	III b
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ	IV	IV	IV
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	M	M	M

(2) 認知症行動の変化 ※出典:認知症行動障害尺度(Dementia Behavior Disturbance Scale:DBD13)

		まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある
1	同じことを何度も聞く	0	1	2	3	4
2	よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりしている	0	1	2	3	4
3	日常的な物事に関心を示さない	0	1	2	3	4
4	特別な理由がないのに夜中起き出す	0	1	2	3	4
5	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	0	1	2	3	4
6	昼間、寝てばかりいる	0	1	2	3	4
7	やたらに歩き回る	0	1	2	3	4
8	同じ動作をいつまでも繰り返す	0	1	2	3	4
9	口汚くののしる	0	1	2	3	4
10	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	0	1	2	3	4
11	世話をされるのを拒否する	0	1	2	3	4
12	明らかな理由なしに物を貯めこむ	0	1	2	3	4
13	引き出しやダンスの中を全部だしてしまう	0	1	2	3	4

	導入前評価	導入後①評価	導入後②評価
合計	点	点	点

(3) その他の認知機能の変化(導入後②評価時点)

機器導入による認知機能の変化	
----------------	--

(4) (1)～(3)を踏まえた機器導入による認知機能変化の総合的な評価

←悪化したと感じる						向上したと感じる→	
-3	-2	-1	0	1	2	3	

4. 利用者への心理的な影響 ※出典:福祉用具心理評価スケール(PIADS日本語版)

今回導入した機器を使うことによって、対象者の気持ちやどの程度変化したか、本人に聞き取りのうえで、その程度をもっとも良く表すものを1つ選んで、○をつけてください。

機器を利用しない時を「0」とし、それに比べて「能力」が著しく増加したと感ぜられる場合には「3」に○をつけて下さい。26項目すべてにご回答ください。ただし、どうしてもわからない場合は「0」に○をつけて下さい。

	←減少したと感ぜる				増加したと感ぜる→		
1 能力(生活の大切なことをうまくできる)	-3	-2	-1	0	1	2	3
2 生活の満足度(幸福感)	-3	-2	-1	0	1	2	3
3 自立度	-3	-2	-1	0	1	2	3
4 様々な生活場面もどうにか対処できる	-3	-2	-1	0	1	2	3
5 とまどい(困ること)	3	2	1	0	-1	-2	-3
6 日課を処理する効率	-3	-2	-1	0	1	2	3
7 自分を好ましく感ぜる(自尊心)	-3	-2	-1	0	1	2	3
8 生産性(たくさんことができる)	-3	-2	-1	0	1	2	3
9 安心感	-3	-2	-1	0	1	2	3
10 欲求不満(フラストレーション)	3	2	1	0	-1	-2	-3
11 自分が世の中の役に立つ(有用性)	-3	-2	-1	0	1	2	3
12 自信	-3	-2	-1	0	1	2	3
13 知識を得ることができる	-3	-2	-1	0	1	2	3
14 仕事や作業がうまくできる	-3	-2	-1	0	1	2	3
15 生活がとてもうまくいっている	-3	-2	-1	0	1	2	3
16 もっといろいろなことができる(有能性)	-3	-2	-1	0	1	2	3
17 QOL(生活の質)	-3	-2	-1	0	1	2	3
18 自分の能力を示すことができる(パフォーマンス)	-3	-2	-1	0	1	2	3
19 活力(パワー)	-3	-2	-1	0	1	2	3
20 したいことが思い通りにできる	-3	-2	-1	0	1	2	3
21 恥ずかしさ	3	2	1	0	-1	-2	-3
22 チャレンジしたくなる	-3	-2	-1	0	1	2	3
23 活動に参加できる	-3	-2	-1	0	1	2	3
24 新しいことがしたくなる	-3	-2	-1	0	1	2	3
25 日常の生活行動の変化に適応できる	-3	-2	-1	0	1	2	3
26 チャンスを活かせる	-3	-2	-1	0	1	2	3

	導入前評価	導入後①評価	導入後②評価
合計	/	点	点

## 5. 対象利用者におけるコミュニケーションの変化

### (1) 機器導入によるコミュニケーションの変化

	←減少したと感じる				増加したと感じる→		
1 利用者の発語量の変化	-3	-2	-1	0	1	2	3
2 利用者の表情の変化 (笑顔になる頻度等)	-3	-2	-1	0	1	2	3

	導入前評価	導入後①評価	導入後②評価
合計		点	点

### (2) コミュニケーションの変化(導入後②評価時点)

機器導入による コミュニケーション の変化	
-----------------------------	--

### (3) (1)(2)を踏まえた機器導入によるコミュニケーション変化の総合的な評価

←減少したと感じる				増加したと感じる→		
-3	-2	-1	0	1	2	3

## 6. 対象利用者における社会参加の変化

### (1) 機器導入による社会参加の変化

	←減少したと感じる				増加したと感じる→		
1 利用者が他者と交流する時間(談話室に いる時間等)の変化	-3	-2	-1	0	1	2	3
2 利用者の他者との交流回数の変化	-3	-2	-1	0	1	2	3

	導入前評価	導入後①評価	導入後②評価
合計		点	点

### (2) 社会参加の変化(導入後②評価時点)

機器導入による 社会参加の変化	
--------------------	--

### (3) (1)(2)を踏まえた機器導入による社会参加の変化の総合的な評価

←減少したと感じる				増加したと感じる→		
-3	-2	-1	0	1	2	3

## 7. 対象利用者におけるQOLの変化

(1) QOLの変化 ※出典:WHO-5 精神的健康状態表

最近2週間、利用者の状態に最も近いものに○をつけてください

	いつも	ほとんどいつも	半分以上の期間を	半分以下の期間を	ほんのたまに	まったくない
1 明るく、楽しい気分で過ごした	5	4	3	2	1	0
2 落ち着いた、リラックスした気分で過ごした	5	4	3	2	1	0
3 意欲的で、活動的に過ごした	5	4	3	2	1	0
4 ぐっすりと休め、気持ちよく目覚めた	5	4	3	2	1	0
3 日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった。	5	4	3	2	1	0

	導入前評価	導入後①評価	導入後②評価
合計	点	点	点

(2) その他のQOLの変化(導入後②評価時点)

機器導入によるQOLの変化	
---------------	--

(3) (1)(2)を踏まえた機器導入によるQOL変化の総合的な評価

←悪化したと感じる							向上したと感じる→
-3	-2	-1	0	1	2	3	

## 8. 対象利用者へのケアの変更

(1) 介護ロボット導入によるケア内容の変更

	全く思わない	あまり思わない	どちらとも言えない	思う	とても思う
1 介護ロボット導入により、利用者の状況が可視化できる	1	2	3	4	5
2 介護ロボット導入により、より適切なタイミングでケアが提供できる	1	2	3	4	5
1 介護ロボット導入により、より適切なケアが提供できる	1	2	3	4	5
2 介護ロボットが取得したデータ等から、別なケアに活かすことができる	1	2	3	4	5

	導入前評価	導入後①評価	導入後②評価
合計		点	点



# 訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方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

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社は訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方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、以下のとおり訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方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、福井小紀子（大阪大学大学院 教授）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、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社が行う。
- (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。

### 訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究事業の調査検討組織 委員等

委員長	福井 小紀子（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 地域包括ケア学・老年看護学研究室 教授）
副委員長	井上 由起子（日本社会事業大学専門職大学院 教授）
委員	市橋 正子（医療法人思葉会 MEIN HAUS 所長 緩和ケア認定看護師・症状緩和モデル特定看護師）
	上野 桂子（一般社団法人 全国訪問看護事業協会 副会長）
	江澤 和彦（公益社団法人 日本医師会 常任理事）
	小菅 紀子（医療法人財団 健和会 訪問看護ステーション 看護小規模多機能型居宅介護まいほ一む 統括所長）
	清水 準一（東京医療保健大学 千葉看護学部 教授）

（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 介護保険データ分析室長 北原 加奈子
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 看護専門官 杉田 塩
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 看護係長 大竹 尊典

訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの  
提供の在り方に関する調査研究事業

1. 調査目的

平成 30 年度介護報酬改定においては、訪問看護サービスの中重度の要介護者の医療ニーズへの対応を強化する観点から 24 時間対応可能な事業所を評価したほか、利用者が希望する場所での看取りを支援するためターミナルケアを提供している事業所の評価を行った。また要支援者と要介護者に対する訪問看護費に一定の報酬差を設けるとともに加え、理学療法士等による訪問の適正化を行った。看護小規模多機能型居宅介護についても同様に、中重度の医療ニーズを有する利用者に対応できる体制やターミナルケアの充実等の評価を行った。

本事業では、これらの見直しが両サービスの提供にどのような影響を与えたかについて提供実態と共に把握し、次期介護報酬改定に向け、サービスの質を担保しながら効果的・効率的な事業運営の在り方の検討に資する基礎資料を得るための調査を行う。

2. 調査客体

(1) 事業所票

①訪問看護事業所

- ・ 訪問看護ステーション 2,500 事業所
  - ・ 病院又は診療所 750 事業所
- } 【無作為抽出】

②看護小規模多機能型居宅介護事業所 540 事業所【悉皆】

(2) 利用者票

(1) の送付先事業所の利用者のうち以下の条件に合致する利用者を抽出

①訪問看護事業所及び病院又は診療所

(訪問看護事業所)

- i. 2019 年 10 月 1 日時点の訪問看護利用者（要介護 1～5 の者）で、抽出率 30 分の 1 とし、指定した誕生日に該当する者全員。
- ii. 2019 年 10 月 1 日時点の介護予防訪問看護の利用者（要支援 1・2 の者）で、抽出率 30 分の 1 とし、指定した誕生日に該当する者全員。
- iii. 2019 年 9 月 1 日～30 日に死亡した者全員。

(病院又は診療所)

- i. 2019 年 10 月 1 日時点の訪問看護の利用者（要介護 1～5 の者）で、抽出率 5 分の 1 とし、指定した誕生日に該当する者全員。
- ii. 2019 年 10 月 1 日時点の介護予防訪問看護の利用者（要支援 1・2 の者）で、抽出率 2 分の 1 とし、指定した誕生日に該当する者全員。
- iii. 2019 年 8 月 1 日～9 月 30 日に死亡した者全員。

②看護小規模多機能型居宅介護事業所

- i. 2019年10月1日時点の利用者で、抽出率15分の1とし、指定した誕生日に該当する者全員。
- ii. 2019年6月～8月に病院または有床診療所を退院した直後に利用を開始した者全員。
- iii. 2019年6月1日～9月30日に死亡した者全員。

3. 主な調査項目

(1) 事業所票

基本情報、加算等の算定状況、24時間体制の整備状況、ターミナルケアの状況、理学療法士等による訪問看護の状況、介護支援専門員や医療機関への情報提供の状況、業務の課題や改善の取組、地域での取組 等

(2) 利用者票

基本情報、サービスの提供状況（訪問回数、提供したケア、効果等）、理学療法士等との連携状況、ターミナルケアの状況 等

令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)  
訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究事業  
訪問看護ステーション票(案)

※本調査票は、訪問看護ステーションの管理者の方がご記入下さい。

※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答」と記載しています。

※具体的な数値等を記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」と記入下さい。  
また、記載がない場合は「0」として処理します。分からない場合は「-」と記入して下さい。

※調査時点は、2019年10月1日または、質問に記載している期間とします。

### 1. 貴事業所の基本情報についてお伺いします

1) 所在地	( ) 都・道・府・県 ( ) 市・区・町・村									
2) 開設年	西暦 ( ) 年									
3) 開設主体	1 医療法人	2 営利法人(株式・有限)	3 社会福祉法人	4 医師会	5 看護協会	6 その他の社団・財団法人	7 協同組合	8 地方公共団体		
	9 特定非営利活動法人(NPO法人)	10 その他 ( )								
4) 管理者	管理者の訪問看護事業所管理者としての経験年数 ( ) 年									
5) 同一敷地内または隣接、道を隔て立地している施設・事業所(複数回答)うち、貴事業所が訪問している施設には◎	1 介護老人福祉施設	2 養護老人ホーム	3 軽費老人ホーム	4 有料老人ホーム・サービス付高齢者向け住宅	⇒(a 特定施設 b 非特定施設)		5 認知症対応型共同生活介護	6 障害福祉サービス事業所	7 その他 ( )	8 特になし
6) サテライト事業所の有無	1 有⇒事業所数 ( ) か所		2 無							
7) 貴事業所の職員数について、 <b>常勤換算数</b> を記入して下さい。 ※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)÷貴事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)」で計算し、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。該当の職種の職員がいるのに、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。										
保健師・助産師・看護師	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	事務職員	その他の職員				
8) 看護職員のうち以下の研修を修了した者は何人いますか(実人数)										
認知症対応力向上研修			人	看護の特定行為研修			人			
9) 算定している報酬(複数回答)(2019年9月分)			1 訪問看護費・介護予防訪問看護費(介護保険) 2 訪問看護基本療養費(医療保険) 3 精神科訪問看護基本療養費(医療保険による精神科訪問看護)							
10) 医療保険の機能強化型訪問看護管理療養費の届出(2019年9月分)			1 機能強化型訪問看護管理療養費1の届出あり→算定 ( ) 件 2 機能強化型訪問看護管理療養費2の届出あり→算定 ( ) 件 3 機能強化型訪問看護管理療養費3の届出あり→算定 ( ) 件 4 無							
11) 今後の経営方針			1 同規模で継続 2 規模拡大 3 規模縮小 4 休止・廃止 5 その他 ( ) ⇒3,4の場合の理由 ( )							

12)今後のサテライトの設置の意向	1 有 2 無
13)サテライト設置に関する課題がありましたら記入ください(自由記載)	

14) 2019年9月(1か月間)の訪問看護の利用者数等をご記入ください。  
 ※①の利用実人員欄には、介護保険法による訪問看護(予防を含む)を1回でも利用した者について計上してください。  
 ※訪問回数の合計欄には、支給限度額を超えた訪問回数も含め計上してください。  
 ※リハビリ職員の訪問回数は、訪問時間が20分以上の場合、報酬の算定回数に関わらず、訪問回数は1回とします。算定回数は、報酬の算定回数を記入してください。(例:1回の訪問で40分のサービス提供→訪問回数=1、算定回数=2)  
 ※② ①の利用者に対する医療保険の訪問看護とは、9月中に介護保険による給付と、医療保険による給付が行われた場合をいいます。

	①介護保険の訪問看護				② ①の利用者に対する医療保険の訪問看護		③医療保険のみの利用者	
	利用実人員数 (a)	看護職員の訪問回数合計	リハビリ職員の訪問回数	リハビリ職員の算定回数	利用実人員数 (a)の内数	医療保険による訪問回数	利用実人員数	訪問回数合計
要支援1	人	回	回	回	人	回	人	回
要支援2	人	回	回	回	人	回		
要介護1	人	回	回	回	人	回		
要介護2	人	回	回	回	人	回		
要介護3	人	回	回	回	人	回		
要介護4	人	回	回	回	人	回		
要介護5	人	回	回	回	人	回		
合計	人	回	回	回	人	回		
④ ②、③のうち精神科訪問看護基本療養費算定者					人	回	人	回

15) 同一建物等減算の有無(2019年9月(1か月間))	1 有 2 無
「有り」の場合の内訳:	
① 訪問看護事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内、若しくは同一の建物に居住する利用者(利用者が20人以上及び50人以上居住する建物の利用者を除く)(減算率90/100)	人
② 利用者50人以上が同一の建物に居住する建物に訪問し減算(減算率85/100)を行っている人数	人
③ 利用者20人以上が同一の建物に居住する建物に訪問し減算(減算率90/100)を行っている人数(50人以上が居住する建物の利用者を除く)	人

2. 介護保険による訪問看護の加算等の算定件数等についてお伺いします

16)緊急時訪問看護加算の届出の有無			
1 届出 有	2 届出 無		
17)ターミナルケア加算(介護保健)の届出の有無			
1 届出 有	2 届出 無		
18)退院後の訪問看護利用の状況や、介護保険の退院時共同指導加算に関連してお伺いします。2019 年9月の状況について①～⑥にご回答ください。			
① 退院・退所(以下、退院)後に介護保険の訪問看護サービスの利用を開始した利用者の有無と人数		1 有⇒人数( )人	2 無
② ①で「有」の場合:退院時共同指導を実施した利用者の有無と人数		1 有⇒人数( )人	2 無
③ ②で「有」の場合:退院時共同指導加算を算定した利用者の有無と人数		1 有⇒人数( )人	2 無
④ ③で「無」の場合:その理由(複数回答可)		1 指導を行ったのが初回訪問の当月または前月ではなかった 2 初回訪問がなかった 3 初回加算を算定した 4 利用者に対し指導内容を文書により提供していないため 5 その他( )	
⑤ ②で「無」の場合:退院時共同指導を実施しなかった理由について、利用者ごとに最も当てはまる内容に人数を記入してください(実人数)			
i)退院の連絡がなかった	人	iv)スケジュール調整ができなかった	人
ii)急な退院であった	人	v)手間と報酬が見合わない	人
iii)医療機関が遠かった	人	vi)共同指導の必要がない利用者であった	人
		vii)その他( )	人
⑥ ①で「有」の場合、退院当日の介護保険での訪問看護についてお聞きします			
i)退院当日に訪問し、訪問看護費(予防を含む)を算定した実人数(対象:特別管理加算対象者)		人	
ii)退院当日に訪問したが、訪問看護費(予防を含む)を算定しなかった実人数		人	
iii)退院当日に訪問しなかったが、訪問できなかった実人数		人	



iv)退院当日に訪問看護が必要な方について直近の利用者について記載ください ※特別管理加算の算定対象(別表8)以外の利用者について回答してください。	
ア)退院後1週間の当該利用者への初回の訪問看護の状況	1 退院当日に訪問 2 退院日の翌日に訪問 3 1・2以外の日に訪問
イ)疾患名:入院・入所する原因・理由となった疾患一つ選んでください	1 高血圧 2 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3 心臓病 4 糖尿病 5 高脂血症(脂質異常) 6 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8 腎臓・前立腺の病気 9 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10 骨折 11 末期がん 12 末期がん以外のがん 13 血液・免疫の病気 14 精神疾患(うつ病、統合失調症、依存症等) 15 神経難病 16 認知症(アルツハイマー病等) 17 パーキンソン病 18 その他( )
ウ)要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
エ)介護力	1 介護できる人はいない 2 時間帯によって介護できる人がいる 3 常時、介護できる人がいる
オ)①世帯構成	1 独居 2 夫婦のみ世帯(配偶者が65歳以上) 3 夫婦のみ世帯(配偶者が65歳未満) 4 配偶者の他に同居者あり(配偶者・同居者全員が65歳以上) 5 配偶者の他に同居者あり(配偶者、同居者のいずれか又は全員が65歳未満) 6 配偶者はおらず、同居者あり(同居者は全員65歳以上) 7 配偶者はおらず、同居者あり(同居者のいずれか又は全員が65歳未満)
②日中の独居状況	1 日中独居である 2 日中独居でない
カ)処置や医療機器の管理が必要な状態(複数回答)	1 点滴の管理(週2回まで) 2 疼痛の管理 3 持続モニター測定(重度の心機能障害、呼吸障害等) 4 褥瘡の処置(真皮まで至らない褥瘡) 5 コンドームカテーテルの管理 6 常時頻回の喀痰吸引(気管切開を除く) 7 創傷処置(真皮を超える褥瘡処置を除く) 8 浣腸・摘便 9 インスリン注射 10 皮下注射の処置(インスリン注射・抗がん剤を除く) 11 精神症状の観察 12 心理的支援 13 服薬援助(点眼薬等を含む) 14 いずれもなし
キ)入院・入所施設からの退院当日の訪問の要請	1 有 →有の場合・・・誰からの要請でしたか 1 医師 2 看護師 3 社会福祉士 4 不明 5 その他( ) 2 無
ク)アの訪問日から起算して、その後4週間の訪問看護の提供状況	※リハビリ職員による訪問は算定回数ではなく訪問回数で計上 ・ 初回訪問日～7日以内 ( )回 ⇒ うち、緊急訪問( )回 ・ 8日～14日以内 ( )回 ⇒ うち、緊急訪問( )回 ・ 15日～28日以内 ( )回 ⇒ うち、緊急訪問( )回
ケ)退院当日に訪問看護が必要な利用者・家族の困りごとや心配事で該当する項目(複数回答)	1 体調・病状 2 今後の見通し 3 通院・受診 4 服薬 5 緊急時の対応 6 今後の療養場所 7 家族の介護負担 8 食事内容 9 日常生活動作 10 家事 11 経済面 12 医療処置 13 医療機器や薬剤の手配 14 在宅サービスの内容 15 介護保険等の手続き 16 介護用品の手配 17 住まい・住宅改修 18 その他( )

19) 2018年9月～2019年8月の介護保険の利用者のうち、要介護1～5の利用者に限り、各月の加算等の算定者数等についてご回答ください。

①～④は加算を算定した実利用者数を記載	2018年				2019年							
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
①緊急時訪問看護加算	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
②特別管理加算	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
③ターミナルケア加算	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
④ターミナルケア療養費1,2(医療保険)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑤各月の実利用者数	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

20) 2019年3月～2019年9月の看護体制強化加算の算定に関連して、ご回答ください。要介護1～5の利用者に限り、加算等の算定者数についてご回答ください。

	2019年 3月の算定	2019年 4月の算定	2019年 5月の算定	2019年 6月の算定	2019年 7月の算定	2019年 8月の算定	2019年 9月の算定
①看護体制強化加算算定(1つに○)	I II 無	I II 無	I II 無	I II 無	I II 無	I II 無	I II 無
【過去6月間の実績(①～③)】	2018年9月～2019年2月の実績	2018年10月～2019年3月の実績	2018年11月～2019年4月の実績	2018年12月～2019年5月の実績	2019年1月～6月の実績	2019年2月～7月の実績	2019年3月～8月の実績
①緊急時訪問看護加算を算定した実利用者数	人	人	人	人	人	人	人
②特別管理加算を算定した利用者数	人	人	人	人	人	人	人
③実利用者数	人	人	人	人	人	人	人
【過去1年間の実績(④・⑤)】	2018年3月～2019年2月の実績	2018年4月～2019年3月の実績	2018年5月～2019年4月の実績	2018年6月～2019年5月の実績	2018年7月～2019年6月の実績	2018年8月～2019年7月の実績	2018年9月～2019年8月の実績
④ターミナルケア加算算定者数	人	人	人	人	人	人	人
⑤ターミナルケア療養費1・2算定者数(医療保険)	人	人	人	人	人	人	人
21)上記のうち、看護体制強化加算が一度でも「無」であった場合、算定できない理由をご回答ください。(複数回答)	1 緊急時訪問看護加算の算定対象となる利用者が少ない 2 他の訪問看護事業所で緊急時訪問看護加算を算定している利用者が多い 3 医療保険で24時間対応体制加算を算定している利用者が多い 4 特別管理加算の対象となる利用者が少ない 5 他の訪問看護事業所で特別管理加算を算定している利用者が多い 6 医療保険で特別管理加算を算定している利用者が多い 7 特別管理加算の算定者割合の変動が大きく維持が難しい 8 看取りを行う時期には医療保険での訪問看護に切り替わり、ターミナルケア加算の算定要件を満たせないため 9 ターミナル期で在宅看取りの希望がある利用者・家族が少ないため 10 月によって届出の要件を満たしたり、満たさなかったりするため、毎月届出を変更したくないから 11 その他( )						

### 3. 介護保険の利用者に対する貴事業所の24時間体制の整備状況についてお伺いします

22) 介護保険の利用者に対する時間外の訪問についてお尋ねします。(2019年9月分)						
※緊急訪問とは、利用者又はその家族等からの要請を受けて居宅サービス計画に位置付けられていない訪問看護を行い訪問看護費(予防を含む)を算定した場合をいいます。 ※訪問回数について、リハビリ職員による訪問時間が20分以上の場合、介護報酬の算定回数に関わらず、訪問回数は「1回」とします。						
(介護保険の利用者)	緊急訪問の利用実人員数			緊急訪問の訪問回数		
		うち、早朝・夜間・深夜の加算算定者	特別管理加算算定者		うち、早朝・夜間・深夜の加算算定回数	特別管理加算算定者
早朝(6時～8時) ※加算算定の有無は問わない。	人	人	人	回	回	回
夜間(18時～22時) ※加算算定の有無は問わない。	人	人	人	回	回	回
深夜(22時～6時) ※加算算定の有無は問わない。	人	人	人	回	回	回
23) 上記早朝～深夜の訪問について、ビデオ通話による状態確認が可能であったと仮定すると、訪問せずに様子を確認し、対応することができた訪問はありましたか。	1 ほとんどの訪問がそうである 2 おおむねそうである 3 半分くらいそうである 4 少しはそうである 5 全て訪問が必要である					
24) 平成30年度介護報酬改定において緊急時訪問看護加算で早朝、夜間、深夜の加算が2回目以降の緊急時訪問でも加算ができるようになったことで、貴事業所においてどのような影響がありましたか。(複数回答)	1 緊急時訪問看護加算の届出をするようになった 2 オンコール体制が組みやすくなった 3 オンコール手当を増やせた 4 その他の良い影響があった 5 特に影響はなかった					

### 4. 2019年4月～9月の期間の利用終了者等に関連してお伺いします

25) 介護保険の利用者について2019年4月～9月に訪問看護の利用を終了した人について、その転帰別の人数をご記入ください。(実人数)								
在宅死亡	病院・有床診療所への入院	老人保健施設・介護医療院への入所	特別養護老人ホームへの入所	在宅継続	在宅継続		転居	その他
					うち他の介護保険サービスを利用	うち医療保険による訪問看護を利用		
人	人	人	人	人	人	人	人	人
	病院・有床診療所への入院後死亡者のうち	入院後24時間以内での死亡		入院後24時間超48時間以内での死亡		入院後48時間超での死亡		
				人		人		人

26) 2019年4月～9月に死亡した介護保険または医療保険の利用者がいた場合にご回答ください。 ※死亡した利用者がいない場合には回答不要です	
① 人生の最終段階における医療・ケアについて、死亡した利用者自身と生前に話し合いを行いましたか。	1 利用者全員と行った 2 一部の利用者で行った 3 行っていない
② 利用者の人生の最終段階における医療・ケアについて、死亡した利用者の家族等と話し合いを行いましたか。	1 利用者全員の家族等と行った 2 一部の利用者の家族等と行った 3 行っていない 4 家族等のいる利用者はいなかった
③ ターミナルケアにおいて人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインを参考にしていますか。	1 している 2 していない
④ ターミナルケアに関して貴事業所内でケアの質を高めたり、充実させたりするために取り組んでいることがありましたら回答ください。(複数回答)	1 事業所内でのターミナルケアに関する研修を実施 2 貴事業所が中心となってデスカンファレンスを開催 3 グリーフケアの実施 4 学会や外部研修に出向き最新の情報を収集・周知 5 その他 ( )
⑤ アドバンス・ケア・プランニング※(ACP)に取り組む上で何が困難ですか。(複数回答) ※アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは、人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスをいう。	1 本人の意思決定に関わる力の評価 2 本人が意思表示できない 3 意思推定者が定まらない 4 ACPの取組を行う時期やタイミングの見極め 5 ACPとして取り組む内容に関する職員の理解不足 6 ACPとして取り組む内容に関して本人・家族等が否定的、もしくは理解不足 7 事業所としてACPの取組に関する方針・指針がない 8 ACPに取り組むための事業所の体制が不十分 9 ACPに取り組むための、利用者の医療・ケアチーム全体の連携がうまくとれない 10 ACPに取り組むための時間がとれない 11 ACPに取り組むことに主治医(担当医)が消極的 12 その他 ( ) 13 困難なことは特にない

## 5. 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護についてお伺いします

※貴事業所で理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護を提供している場合に回答してください。

27) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護を提供している場合の看護職員とリハビリ職員との連携についてお伺いします。	
① 平成30年度介護報酬改定により、看護職員とリハビリ職員で利用者の状況や実施内容を共有し、連携を図ることとされましたが、看護職員とリハビリ職員の連携や協働は進みましたか。	
1 とても進んだ 2 やや進んだ 3 どちらともいえない 4 あまり進んでいない 5 進んでいない	
② 訪問看護計画書はどのように作成していますか。	
1 一体的に作成する	2 リハビリテーションの計画は別に作成
3 リハビリテーションの計画は特に作成していない	4 その他 ( )
③ 訪問看護報告書をどのように作成していますか。	
1 一体的に作成する	2 リハビリテーションの報告書は別に作成
3 リハビリテーションの報告書は特に作成していない	4 その他 ( )

<b>④ 看護職員とリハビリ職員と一緒に訪問することはありますか。</b>	
1 よくある 2 ときどきある 3 ほとんどない 4 ない ➡1,2の場合、どのような利用者の状態ですか。具体的に記載してください ( )	
<b>⑤ 看護職員とリハビリ職員の情報共有はどのようにしていますか(複数回答)</b>	
1 定期的なカンファレンス 2 日々のカンファレンス 3 症例検討 4 記録の共有 5 その他 ( )	
<b>⑥ 看護職員とリハビリ職員で連携することでのサービスの質への効果について当てはまるものを選んでください(複数回答)</b>	
1 利用者や家族のニーズに沿った目標設定ができる 2 看護職員とリハビリ職が共通認識のもと統一したサービスの提供ができる 3 予防的な視点でリハビリテーションを行うことができる 4 利用者の身体機能にあわせてリハビリテーションを段階的に行うことができる 5 医療ニーズが高くても安心してリハビリテーションができる 6 ターミナルでも安心してリハビリテーションができる 7 その他 ( )	
<b>⑦ 上記のうち最も効果のあった選択肢</b>	( )

## 6. 介護保険の利用者の情報提供についてお伺いします

<b>28) 2019年9月におけるケアマネジャーへの情報提供の状況をお伺いします。</b>		
<b>① 訪問看護計画書</b>	1 ケアマネジャーの依頼で提供 ( ) 件 2 自発的に提供 ( ) 件	3 提供していない
<b>② 訪問看護報告書</b>	1 ケアマネジャーの依頼で提供 ( ) 件 2 自発的に提供 ( ) 件	3 提供していない
<b>③ 訪問看護サマリー</b>	1 ケアマネジャーの依頼で提供 ( ) 件 2 自発的に提供 ( ) 件	3 提供していない
<b>④ 利用者入院時に入院時情報提供書作成のための情報提供</b>	1 ケアマネジャーの依頼で提供 ( ) 件 2 自発的に提供 ( ) 件	3 提供していない
<b>⑤ その他のケアマネジャーからの依頼により情報提供しているもの(自由記載)</b>		
<b>⑥ 提供した情報はどのように活用されるためのものですか(自由記載)</b>		
<b>29) 2019年9月の介護保険の利用者が入院した場合の医療機関への情報提供についてお伺いします。</b>		
<b>① 訪問看護計画書</b>	1 医療機関の依頼で提供 ( ) 件 2 自発的に提供 ( ) 件	3 提供していない
<b>② 訪問看護報告書</b>	1 医療機関の依頼で提供 ( ) 件 2 自発的に提供 ( ) 件	3 提供していない
<b>③ 訪問看護サマリー</b>	1 医療機関の依頼で提供 ( ) 件 2 自発的に提供 ( ) 件	3 提供していない
<b>④ その他の医療機関からの依頼により情報提供しているもの(自由記載)</b>		
<b>⑤ 提供した情報はどのように活用されるためのものですか(自由記載)</b>		

7. 訪問看護事業所の業務の課題や改善に関する取組について伺います。

30) 次の業務について今後改善や効率化したい内容がありますか。ある場合は、ICT 導入、他事業所との連携、看護職以外の職種へ業務委譲のどの方法により改善、効率化できると思いますか。		
	今後の意向	有の場合の改善、効率化方法(複数回答)
①事業所内の会議	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
②記録業務	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
③職員のシフト作成	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
④訪問のルート作成	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑤請求業務	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑥物品購入・物品管理	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑦文書保管・管理	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑧職員同士の情報共有	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑨医療機関やケアマネジャー等関係者との情報連携	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑩主治医との指示書、報告書、情報連携	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑪利用者との契約や事務手続き等	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
31) 看護職員が看護業務に専念できるように、他職種へ業務委譲できる業務は上記以外に具体的にどのようなものがありますか。		
32) 30)の項目以外に改善や効率化したい業務内容とその方法があれば記載してください。		
33) 貴事業所での訪問看護によるオンライン診療支援の実施の有無		1 有 2 無
「有」の場合:課題や改善したいことはありますか。		

8. 地域での取組み等についてお伺いします。

34) 介護保険の利用者について、病院・診療所の求めに応じて利用者宅に集まり緊急時カンファレンスに参加したことはありますか。有る場合その回数をご記入ください。(2019年7月～9月)		
1 有⇒回数( )回 2 無		
① 34)で「有」の場合、主に利用者宅に集まる職種はどの職種ですか(主な職種2つを選択)	1 医師 2 歯科医師 3 薬剤師 4 看護職員 5 リハビリ職 6 居宅介護支援専門員 7 その他( )	
② 34)で「有」の場合、カンファレンスを行いどのような内容について方針を決めていますか。(複数回答)		
1 入院の必要性について 2 在宅療養の継続について 3 今後の看取りについて 4 在宅サービスの利用について 5 当面の治療・ケアについて 6 その他( )		



35) 過去1年以内(2018年10月～2019年9月)に実施したことについてご回答ください。(複数回答)	
1 医療機関との連携のもと、看護職員の出向や研修派遣などの相互人材交流を通じて在宅療養支援能力の向上を支援し、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取組を実施している。	
2 地域住民向けの医療・介護相談窓口の開設や情報提供などを行っている	
3 事業所の従業員以外も対象とした医療・介護人材育成のための研修を実施している	
4 学生、医療従事者等の実習や見学等を受け入れている	
5 その他 ( )	
36) 災害対策についてご回答ください。	
1 貴事業所では、災害発生時に重要な事業の継続あるいは早期復旧を可能にするために、必要な対応策等を取り決めた防災・業務継続計画 (BCP : Business Continuity Plan) がありますか?	1 ある 2 ない
2 過去1年に地域の防災会議や防災訓練に参加しましたか?	1 参加した 2 参加していない

9. 訪問看護事業所を運営する上で負担になっている基準や仕組みはありますか。

10. 訪問看護の仕組みや報酬で改善してほしいことはありますか。

記入内容についてお伺いする場合があります。事業所名と連絡先をご記入下さい。

事業所名		電話番号	
------	--	------	--

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は利用者票とあわせて返送用封筒(切手は不要です)に入れ、投函して下さい。ご協力ありがとうございました。

令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)  
訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究事業

## 訪問看護ステーション 利用者調査票(案)

- ※調査の対象者は、記入要領に記載の方法で選んでください。  
 ※本調査票は、該当の利用者の状況に詳しい方がご記入ください。  
 ※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。記載がない場合は「0」として処理します。  
 ※調査時点は、2019年10月1日または、質問に記載している期間とします。

### I 対象者の抽出理由(1つを選択して○)

1) 対象者の抽出理由	1 要介護者として、無作為抽出(誕生日が2日生まれ)で対象となった⇒Ⅱ・Ⅲを回答 2 要支援者として、無作為抽出(誕生日が29日生まれ)で対象となった⇒Ⅱ・Ⅲを回答 3 2019年9月の1ヶ月間に死亡した利用者として抽出の対象となった⇒Ⅱ・Ⅲ・Ⅳを回答
-------------	--

### Ⅱ 利用者の基本情報や心身の状況等についてお伺いします。

2) 年齢	1 40～64歳    2 65～74歳    3 75～84歳    4 85～94歳    5 95歳以上
3) 住まい	1 本人の家 2 居住系サービス(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、介護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス、認知症対応型共同生活介護等) 3 その他( )
4) 世帯構成	1 独居    2 夫婦のみ世帯(配偶者が65歳以上) 3 夫婦のみ世帯(配偶者が65歳未満) 4 配偶者の他に同居者あり(配偶者・同居者全員が65歳以上) 5 配偶者の他に同居者あり(配偶者、同居者のいずれか又は全員が65歳未満) 6 配偶者はおらず、同居者あり(同居者は全員65歳以上) 7 配偶者はおらず、同居者あり(同居者のいずれか又は全員が65歳未満)
5) 日中の状態	1 日中独居    2 日中独居ではない
6) 介護力	1 介護できる人はいない    2 時間帯によって介護できる人がいる 3 常時、介護できる人がいる
7) 訪問看護の利用開始年月日	西暦( )年( )月( )日
8) 訪問看護利用開始前(1週間)の入院・入所の有無(ショートステイは除く)	1 病院・有床診療所    2 介護老人保健施設・介護医療院 3 その他    4 なし
9) 他の介護保険サービス利用実績(9月分であてはまるもの全てに○を付けてください)	1 訪問介護    2 訪問入浴介護    3 訪問リハビリテーション    4 通所介護 5 通所リハビリテーション    6 短期入所生活介護    7 短期入所療養介護 8 福祉用具貸与    9 その他( )
10) 受診の有無(2019年9月中における)	1 訪問診療・往診を受けた    2 外来受診した    3 いずれもなし
11) 要介護度	① 利用開始時 1 要支援1    2 要支援2    3 要介護1    4 要介護2 5 要介護3    6 要介護4    7 要介護5
	② 直近の認定 1 要支援1    2 要支援2    3 要介護1    4 要介護2 5 要介護3    6 要介護4    7 要介護5
12) 認知症高齢者の日常生活自立度(直近又は死亡数日前)	1 自立    2 I    3 II a    4 II b 5 III a    6 III b    7 IV    8 M    9 不明

13)日常生活自立度 (直近又は死亡数日前)	1 自立 2 J 1 3 J 2 4 A 1 5 A 2 6 B 1 7 B 2 8 C 1 9 C 2 10 不明
14)ADLの状況(直近又は死亡数日前)(該当するものに○)	
	移動 食事 排泄 入浴 着替 整容 意思疎通
自立	1 1 1 1 1 1 1
一部介助	2 2 2 2 2 2 2
全面介助	3 3 3 3 3 3 3
その他	4 4 4 4 4 4 4
15)在宅療養を続けている原因の病名(指示書にある傷病名複数回答可)	1 高血圧 2 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3 心臓病 4 糖尿病 5 高脂血症(脂質異常) 6 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8 腎臓・前立腺の病気 9 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10 骨折 11 末期がん 12 末期がん以外のがん 13 血液・免疫の病気 14 精神疾患(うつ病、統合失調症、依存症等) 15 神経難病 16 認知症(アルツハイマー病等) 17 パーキンソン病 18 その他( )
⇒上記のうち、「主傷病」について、選択肢の番号で1つ記入してください	
16)利用者の状態 受けている医療的処置・ケア等 (貴事業所とは別に提供・受けている医療的処置・ケアも含む) (複数回答)	1 点滴の管理 2 中心静脈栄養 3 透析 4 ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置 5 酸素療法 6 人工呼吸器 7 気管切開の処置 8 疼痛の管理 9 経鼻経管栄養・管理 10 胃ろう・腸ろうからの栄養・管理 11 持続モニター測定(重度の心機能障害、呼吸障害等) 12 褥瘡の処置 13 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテルなど) 14 常時頻回の喀痰吸引 15 創傷処置 16 浣腸・排便 17 インスリン注射 18 導尿 19 精神症状の観察 20 心理的支援 21 服薬援助(点眼薬等を含む) 22 いずれもなし
17)利用者の使用している薬剤 (複数回答)	1 オピオイド 2 免疫抑制剤 3 ステロイド 4 抗がん剤 5 抗精神薬 6 睡眠薬・抗不安薬 7 利尿剤 8 降圧薬 9 狭心症治療薬 10 心不全治療薬 11 抗血栓薬 12 抗不整脈薬 13 輸血 14 その他
18)利用者の症状 (複数回答)	1 疼痛 2 易疲労 3 混迷 4 摂食・嚥下障害 5 食思不振 6 うつ 7 不安 8 脱水 9 呼吸苦 10 不眠 11 便秘 12 浮腫 13 その他( ) 14 いずれもなし
19)訪問看護指示書の有効期間	2019年 月 日 ~ 月 日
20)訪問看護指示書の内容 (該当するものすべて選択)	1 療養生活指導 2 リハビリテーション 3 褥瘡の処置等 4 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 5 点滴・注射 6 その他( )
21)余命の見込みに関する説明の有無	1 有 2 無
22)ターミナル期であるかの主治医による訪問看護指示書への記載の有無	1 有 2 無

Ⅲ 訪問看護の提供状況についてお伺いします。

23) 訪問看護について、利用している保険（複数回答）（9月分）		1 介護保険 2 医療保険	
24) 9月における特別訪問看護指示書の交付の有無		1 有 2 無	
25) 介護保険での看護職員の訪問回数（算定回数）（9月1か月間の提供回数）	20分未満	30分未満	30分以上1時間未満
	回	回	回
26) 介護保険でのリハビリ職員の訪問・算定回数（9月1か月間の算定回数） ※算定回数は20分で1回と計上してください。	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
	訪問： 回 算定： 回	訪問： 回 算定： 回	訪問： 回 算定： 回
27) 貴事業所の看護職員とリハビリ職員が一緒に訪問したことの有無（9月1か月間の提供回数）		1 有 ( ) 回/月 2 無	
28) 他の訪問看護事業所の看護職員の訪問の有無（9月1か月間の提供回数）		1 有 ( ) 回/月 2 無 3 不明	
29) 他の訪問看護事業所のリハビリ職員の訪問の有無（9月1か月間の提供回数）		1 有 ( ) 回/月 2 無 3 不明	
30) 医療保険での訪問看護の回数（9月1か月間の提供回数）		訪問： 回/算定： 回	

31) 訪問看護の加算等の状況 ※複数回答	
1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業と連携した訪問看護 2 緊急時（介護予防）訪問看護加算 3 特別管理加算 4 初回加算 5 退院時共同指導加算 6 複数名訪問加算 7 夜間・早朝訪問看護加算 8 深夜訪問看護加算 9 長時間（介護予防）訪問看護加算 10 看護体制強化加算⇒（a.Ⅰ b.Ⅱ c.予防） 11 看護・介護職員連携強化加算 12 特別地域訪問看護加算 13 中山間地域等における小規模事業所加算 14 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	
32) 訪問看護の目的すべてに○、そのうち、達成できた項目に◎ ※複数回答	
1 医療的なケア 2 定期的な療養生活状況（治療に伴う療養生活の変化に応じてセルフケアや食事、排泄、睡眠等の状況）の確認 3 今後状態が悪化する可能性があり継続的な病状アセスメントが必要 4 療養環境の調整 5 運動器の機能向上 6 栄養改善 7 口腔機能の向上 8 膝痛・腰痛対策 9 閉じこもり予防・支援 10 認知機能の低下予防・支援 11 うつ予防・支援 12 ADL/IADLの改善 13 ADLの維持・低下防止 14 服薬管理の向上 15 感染予防 16 本人が望む生活の実現（趣味や家事等） 17 家族の介護負担の軽減 18 他サービスの調整 19 その他（ ）	
⇒32)の目的のうち、「主な」目的1つを、選択肢の番号で記入してください	
⇒32)のうち「最も」達成できているもの1つを、選択肢の番号で記入してください	

33) 貴事業所において提供したケアすべてに○をしてください(複数回答)				
1 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	2 経鼻経管栄養	3 中心静脈栄養	4 輸血	
5 カテーテル(尿道留置カテーテル・コンドームカテーテル)の管理		6 ストマ(人工肛門・人工膀胱)の管理		
7 喀痰吸引	8 ネブライザー	9 酸素療法(酸素吸入)	10 気管切開のケア	
11 人工呼吸器の管理	12 静脈内注射(点滴含む)	13 皮内、皮下及び筋肉内注射(インスリン注射を除く)		
14 簡易血糖測定	15 インスリン注射	16 疼痛管理(麻薬なし)	17 疼痛管理(麻薬使用)	
18 服薬指導・管理	19 医師と連携した服薬調整	20 創傷処置		
21 褥瘡処置	22 褥瘡予防のための介護用品の導入	23 浣腸		
24 摘便	25 排泄の援助(23,24除く)	26 導尿	27 口腔ケア	
28 身体機能維持を目的とした付き添いや見守り				
29 経口栄養へ向けたリハビリテーション		30 肺理学療法		
31 四肢の自動運動及び関節可動域維持のリハビリテーション		32 その他のリハビリテーション		
33 清拭浴・陰部洗浄(入浴除く)	34 入浴介助	35 本人の精神的な状態の変化への対応		
36 家族等への認知症の症状に合わせた関わり方の指導	37 家族等への介護に関する技術的な指導			
38 在宅看取りへ向けた本人・家族との調整	39 ターミナルケア	40 睡眠のためのケア		
41 意欲向上や気分転換を促すケア	42 外出の支援	43 本人への療養指導		
44 家屋の改善・療養環境整備の支援	45 その他( )			
34)サービス担当者会議への参加回数(2019年4月～9月の6か月間)		( )回		
35)33)でリハビリテーションを選択した場合:実施したものをすべて○				
	看護職員	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
1 機能回復訓練	1	1	1	1
2 基本的動作訓練	2	2	2	2
3 応用的動作訓練	3	3	3	3
4 社会適応練習	4	4	4	4
5 コミュニケーション訓練	5	5	5	5
6 自己訓練練習	6	6	6	6
注)機能回復訓練:呼吸機能訓練、体力向上訓練、浮腫等の改善訓練、関節可動域訓練、筋力向上訓練、筋緊張緩和訓練、筋持久力向上訓練、運動機能改善訓練、痛みの緩和訓練、認知機能改善訓練、意欲の向上訓練、構音機能訓練、聴覚機能訓練、摂食嚥下機能訓練、言語機能訓練				
基本的動作訓練:姿勢の保持訓練、起居・移乗動作訓練、歩行・移動訓練、階段昇降練習、公共交通機関利用練習				
応用的動作訓練:一連の入浴行為練習、一連の整容行為練習、一連の排泄行為練習、一連の更衣行為練習、一連の食事行為練習、一連の調理行為練習、一連の洗濯行為練習、一連の掃除・整理整頓行為練習、家の手入れ練習、買物練習				
社会適応練習:対人関係改善練習、余暇活動練習、仕事練習				
36) 33)でリハビリテーションが開始となった経緯として最も大きな理由を一つ	1 医師からリハビリテーションの指示があったため →医師の所属 1 病院 2 診療所 3 介護保険施設 2 ケアマネジャーからの依頼があったため 3 利用者や家族からリハビリの希望があったため 4 看護職員による利用者の病状等のアセスメントを踏まえて必要と判断したため 5 その他( )			
37)リハビリテーションを提供するにあたっての利用者の病期	1 急性期 2 回復期 3 維持期・生活期 4 終末期			
38)リハビリテーションの目標	1 機能の改善・向上 2 機能の維持・悪化予防			
39)利用者への効果(複数回答)	1 ADLの維持改善 2 社会性維持改善 3 IADLの向上 4 生活習慣の維持 5 機能回復 6 記憶認知機能の改善向上 7 BPSDの軽減適応 8 QOLの維持改善 9 その他( )			

理学療法士等がリハビリテーションを提供している場合の貴事業所における看護職員と理学療法士等との連携についてお聞きます。	
※ 理学療法士等によるリハビリテーションの提供がない場合には、40)～46)の回答は不要です。	
40) 貴事業所の看護職員が、9月末の時点からさかのぼり、定期的な状態の評価としての訪問を、最も近い日で行いましたか	月 日
41) 40)の日以降、次回の定期的な状態の評価として看護職員が訪問する予定はいつでしたか、あるいはいつを予定していますか。	1 次回の訪問看護指示書発行時に合わせて 2 1か月以内 3 2か月以内 4 3か月以内 5 4～6か月以内
42) 看護職員とリハビリ職員の連携のタイミング(複数回答)	1 訪問看護計画策定時 2 リハビリ実施後 3 計画見直し時 4 その他( ) 5 なし
43) 看護職員とリハビリ職員が相談・確認した事項(複数回答)	1 リハビリテーション開始前にチェックすべきこと 2 運動負荷量 3 訓練中の留意事項(転倒、低血糖等) 4 中止基準 5 その他( )
44) 看護職員とリハビリ職員が共有している内容(複数回答)	1 利用者の病状 2 訓練中の留意事項に関すること 3 訓練内容 4 訓練実施後の効果と副作用に関すること 5 その他( ) 6 なし
45) 看護職員と理学療法士等が連携をして訪問看護を提供することによる利用者への効果にはどのようなものがありましたか(複数回答)	
1 利用者や家族のニーズにそった目標設定ができる 2 看護職員とリハビリ職が共通認識のもと統一したサービスの提供ができる 3 予防的な視点でリハビリテーションを行うことができる 4 利用者の身体機能にあわせてリハビリテーションを段階的に行うことができる 5 医療ニーズが高くても安心してリハビリテーションができる 6 ターミナルでも安心してリハビリテーションができる 7 その他( )	
46) 看護職員が定期的な状態の評価のための訪問をすることとなっていますが、定期的な訪問を行う中での課題はありますか(自由記載)	

#### IV 対象の利用者が9月中に死亡した場合にご回答ください。

47) 直近の退院・退所年月	1 有：西暦( )年( )月 2 なし 3 不明
有の場合：退院・退所施設	1 病院・有床診療所 2 介護老人保健施設 3 特別養護老人ホーム 4 その他
48) 死亡日	西暦( )年( )月( )日
49) 最後に訪問看護を提供した日	西暦( )年( )月( )日
50) 訪問看護の利用期間	1 1週間以内 2 2週間以内 3 1か月以内 4 3か月以内 5 3か月超
51) 死因	1 がん 2 肺炎 3 心疾患 4 脳血管疾患 5 老衰 6 その他( )
52) 死亡場所	1 利用者宅 2 病院・有床診療所 →入院期間：1 24時間以内 2 24時間超 48時間以内 3 48時間超 1週間以内 4 その他 3 その他

53) 主治医による訪問看護指示にターミナル期等の記載は死亡日前いつ頃からなされていたか。	1 1か月前頃	2 1か月～3か月前
	3 3か月～6か月前頃	4 6か月～1年前頃
	5 1年～1年半前頃	6 記載なし
		7 不明

54) ターミナルケア加算・ターミナルケア療養費の算定の有無	1 (介護保険) ターミナルケア加算の算定あり
	2 (医療保険) ターミナルケア療養費 (1・2) の算定あり
	3 なし →理由: 1 ターミナル体制の届け出をしていない
	2 死亡日前 14 日以内に 2 回以上の訪問看護を実施していない
	3 医療機関へ搬送後 24 時間以上経過した後に死亡したため
	4 利用者負担が高額になるため
	5 その他 ( )

55)利用者宅で死亡した場合(医療機関に搬送され 24 時間以内に死亡した場合も含む)について、死亡日及び死亡日前4週間の訪問回数(介護保険又は医療保険)、訪問介護の利用回数等をご記入ください。

	貴事業所からの訪問看護の訪問回数 ※実施していない場合は「0」と記入	緊急訪問の回数 ※実施していない場合は「0」と記入	訪問介護の訪問回数 ※実施していない場合は「0」と記入	連絡回数		
				介護支援専門員	訪問介護員	主治医
死亡日を含む死亡前7日以内の状況	介護 ( ) 回 医療 ( ) 回 特別訪問看護指示書の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	介護 ( ) 回 医療 ( ) 回	1 ( ) 回 2 不明	回	回	回
死亡前8日～14日以内の状況	介護 ( ) 回 医療 ( ) 回 特別訪問看護指示書の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	介護 ( ) 回 医療 ( ) 回	1 ( ) 回 2 不明	回	回	回
死亡前15日～28日以内の状況	介護 ( ) 回 医療 ( ) 回 特別訪問看護指示書の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	介護 ( ) 回 医療 ( ) 回	1 ( ) 回 2 不明	回	回	回

注) 訪問回数は介護報酬の算定回数とするが、医療保険の訪問看護については、訪問看護療養費の算定によらず訪問した回数を計上してください。

56)本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、利用者本人が多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本に人生の最終段階における医療・ケアが行われましたか。	1 はい 2 どちらともいえない 3 いいえ
--	------------------------------

57) 54)を実践するうえでの困難な点はなんですか(複数回答)

1 利用者本人・家族等へ医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされていない
2 医療・ケアチームが形成できない
3 利用者本人・家族等と医療・ケアチームと十分な話し合いができない
4 事前に利用者本人や家族等が医療・ケア内容に関する方針の決定ができない
5 利用者本人の意思表示ができない状態であったり、家族等で本人に代わる者が明確でなかったりした
6 急激な状態変化による死亡
7 家族等が不安を抱き救急要請する
8 臨時で対応した医師が事前の話し合いの内容を把握していない
9 利用者本人よりも家族等の意思が尊重される
10 家族等と医療職・介護職との連携・調整が上手く回れていない
11 医療職と介護職の連携・調整が上手く回れていない
12 介護力、医療資源不足により自宅での看取りが困難
13 その他 ( )

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、他の調査票とあわせてご返送ください。ご協力ありがとうございました。



令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)  
訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究事業  
病院・診療所が行う訪問看護に関する調査票(案)

※本調査票は、訪問看護を担当している管理者の方がご記入下さい。

※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答」と記載しています。

※具体的な数値等を記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」と記入下さい。また、記載がない場合は「0」として処理します。分からない場合は「-」と記入して下さい。

※調査時点は、2019年10月1日または、質問に記載している期間とします。

### 1. 貴事業所の基本情報についてお伺いします

1) 所在地	( ) 都・道・府・県 ( ) 市・区・町・村			
2) 開設年	西暦 ( ) 年			
3) 開設主体	1 公立 2 医療法人 3 社団・財団法人 4 個人 5 その他( )			
4) 施設の形態	1 病院 →病床数( ) 床 2 有床診療所 →病床数( ) 床 3 無床診療所			
5) 同一敷地内または隣接、道を隔て立地している施設・事業所(複数回答) うち、貴事業所が訪問している施設には◎	1 介護老人福祉施設 2 養護老人ホーム 3 軽費老人ホーム 4 有料老人ホーム・サービス付高齢者向け住宅 →(a 特定施設 b 非特定施設) 5 認知症対応型共同生活介護 6 障害福祉サービス事業所 7 その他( ) 8 特になし			
6) 貴医療機関と併設している医療・介護施設・事業所(複数回答)	1 老人保健施設 2 特別養護老人ホーム 3 訪問看護ステーション 4 訪問リハビリテーション 5 訪問介護事業所 6 通所介護事業所 7 通所リハビリテーション 8 小規模多機能型居宅介護事業所 9 看護小規模多機能型居宅介護事業所 10 居宅介護支援事業所 11 その他( ) 12 特になし			
7) 貴医療機関内では、訪問看護をどのような部署で実施していますか。(複数回答)				
1 訪問看護を専門に担当する部門で実施 2 外来の看護職員が訪問する 3 病棟配置の看護職員が訪問する 4 その他				
8) 7)で「1 訪問看護を専門に担当する部門で実施」の場合、配置職員数をご記入下さい。 ※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)÷貴事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)」で計算し、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。該当の職種の職員がいるのに、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。				
	保健師・助産師・ 看護師・	准看護師	看護補助者	作業療法士・ 精神保健福祉士
常勤換算数	.	.	.	.
うち60歳以上	.	.	.	.
実人数	常勤専従者	人	人	人
	常勤兼務者	人	人	人
	非常勤	人	人	人
9) 訪問看護を担当する看護職員のうち以下の研修を修了した者は何人いますか(実人数)				
認知症対応力向上研修	人	看護の特定行為研修	人	



17) 貴医療機関でのオンライン診療の実施の有無		1 有	2 無
「有」の場合：課題や改善したいことはありますか。			
18) 貴医療機関での訪問看護によるオンライン診療支援の実施の有無		1 有	2 無
「有」の場合：課題や改善したいことはありますか。			
19) 訪問対象としている地域はおよそ何キロ以内ですか	事業所から約 ( ) キロ以内		
20) 事業所から利用者宅まで、移動時間に一番時間を要する利用者ではどのような移動手段で何分かかりますか。(片道)	移動手段：1 自転車 2 車 3 その他 ( ) 時間：約 ( ) 分		

## 2. 介護保険による訪問看護の加算等の算定件数等についてお伺いします

2019 年9月の介護保険における加算等の取得状況についてお伺いします。届出をしているが算定がなかった場合は0件とご記入ください。	
21)緊急時訪問看護加算の届出の有無(2019年9月における介護保険の算定状況)	
1 届出 有	⇒ 緊急時訪問看護加算算定件数 ( ) 件 緊急時介護予防訪問看護加算算定件数 ( ) 件
2 届出 無	⇒その理由を一つ選択 a 人材不足で体制確保ができない b 24 時間対応が必要な利用者がいない c 他の事業所が対応しており、地域で充足している d その他 ( )
22)ターミナルケア加算の届出の有無(2018年10月1日～2019年9月末日の1年間)	
1 ターミナルケア加算(介護保険)の届出 有	⇒ターミナルケア加算(介護保険) ( ) 件 在宅ターミナルケア加算イ(医療保険) ( ) 件 在宅ターミナルケア加算ロ(医療保険) ( ) 件 ⇒在宅ターミナルケア加算イのうち、介護保険利用者で死亡前14日以内に医療保険で訪問看護を提供し在宅ターミナルケア加算イを算定した件数 ( ) 件
2	ターミナルケア加算(介護保険)の届出 無
23)特別管理加算の届出(2019年9月における介護保険の算定状況)	
1 有	→訪問看護(要介護者)の算定件数 I ( ) 件、II ( ) 件 介護予防訪問看護(要支援者)の算定件数 I ( ) 件、II ( ) 件
2	無
24)看護体制強化加算の届出(複数回答) (2019年9月における介護保険の算定状況)	1 I 2 II 3 予防 4 無
25)24)の看護体制強化加算が「無」であった場合、算定できない理由をご回答ください。(複数回答)	1 緊急時訪問看護加算の算定対象となる利用者が少ない 2 他の訪問看護事業所で緊急時訪問看護加算を算定している利用者が多い 3 医療保険で24時間対応体制加算を算定している利用者が多い 4 特別管理加算の対象となる利用者が少ない 5 他の訪問看護事業所で特別管理加算を算定している利用者が多い 6 医療保険で特別管理加算を算定している利用者が多い 7 特別管理加算の算定者割合の変動が大きく維持が難しい 8 看取りを行う時期には医療保険での訪問看護に切り替わり、ターミナルケア加算の算定要件を満たせないため 9 ターミナル期で在宅看取りの希望がある利用者・家族が少ないため 10 月によって届出の要件を満たしたり、満たさなかったりするため、毎月届出を変更したくないから 11 その他 ( )

26)退院後の訪問看護利用の状況や、介護保険の退院時共同指導加算に関連してお伺いします。2019年9月の状況について①～⑧にご回答ください。					
① 退院・退所(以下、退院)後に貴医療機関からの介護保険の訪問看護サービスの利用を開始した利用者の有無と人数		1 有⇒人数( )人 2 無			
② ①で「有」の場合:退院時共同指導を実施した利用者の有無と人数		1 有⇒人数( )人 2 無			
③ ②で「有」の場合:実際に、退院時共同指導加算を算定した利用者の有無と人数		1 有⇒人数( )人 2 無			
④ ③で「有」の場合:退院時共同指導に要した時間別人数	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間半未満	1時間半以上	
	人	人	人	人	
⑤ ③で「有」の場合:指導を実施した場所への移動時間(片道) <small>※貴事業所(病院又は診療所)に入院していた場合は、同一敷地内の医療機関に記入</small>	同一敷地内の医療機関	同一敷地以外の医療機関での指導			
		30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間半未満	1時間半以上
	人	人	人	人	
⑥ ③で「無」の場合:その理由(複数回答)		1 指導を行ったのが初回訪問の当月または前月ではなかった 2 初回訪問がなかった 3 初回加算を算定した 4 利用者に対し指導内容を文書により提供していないため 5 その他( )			
⑦ ②で「無」の場合:退院時共同指導を実施しなかった理由について、利用者ごとに最も当てはまる内容に人数を記入してください(実人数)					
i)退院の連絡がなかった	人	iv)スケジュール調整ができなかった		人	
ii)急な退院であった	人	v)手間と報酬が見合わない		人	
iii)医療機関が遠かった	人	vi)共同指導の必要がない利用者であった		人	
		vii)その他( )		人	
⑧ ①で「有」の場合、退院当日の介護保険での訪問看護についてお聞きます					
i)退院当日に訪問し、訪問看護費(予防を含む)を算定した実人数(対象:特別管理加算対象者)		人			
ii)退院当日に訪問したが、訪問看護費(予防を含む)を算定しなかった実人数		人			
iii)退院当日に訪問しなかったが、訪問できなかった実人数		人			
iv)退院当日に訪問看護が必要な方について直近の利用者について記載ください ※特別管理加算の算定対象(別表8)以外の利用者について回答してください。					
ア)退院後1週間の当該利用者への初回の訪問看護の状況		1 退院当日に訪問      2 退院日の翌日に訪問 3 1・2以外の日に訪問			
イ)疾患名:入院・入所する原因・理由となった疾患一つ選んでください	1 高血圧		2 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)		
	3 心臓病		4 糖尿病		
	5 高脂血症(脂質異常)		6 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)		
	7 胃腸・肝臓・胆のうの病気		8 腎臓・前立腺の病気		
	9 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)		10 骨折		
	11 末期がん		12 末期がん以外のがん		
	13 血液・免疫の病気		14 精神疾患(うつ病、統合失調症、依存症等)		
	15 神経難病		16 認知症(アルツハイマー病等)		
	18 その他( )		17 パーキンソン病		
ウ)要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5			
エ)介護力	1 介護できる人はいない      2 時間帯によって介護できる人がいる 3 常時、介護できる人がいる				

オ)①世帯構成	1 独居      2 夫婦のみ世帯（配偶者が65歳以上） 3 夫婦のみ世帯（配偶者が65歳未満） 4 配偶者の他に同居者あり（配偶者・同居者全員が65歳以上） 5 配偶者の他に同居者あり（配偶者、同居者のいずれか又は全員が65歳未満） 6 配偶者はおらず、同居者あり（同居者は全員65歳以上） 7 配偶者はおらず、同居者あり（同居者のいずれか又は全員が65歳未満）
②日中の独居状況	1 日中独居である      2 日中独居でない
カ)処置や医療機器の管理が必要な状態（複数回答）	1 点滴の管理（週2回まで）      2 疼痛の管理 3 持続モニター測定（重度の心機能障害、呼吸障害等） 4 褥瘡の処置（真皮まで至らない褥瘡） 5 コンドームカテーテルの管理      6 常時頻回の喀痰吸引（気管切開を除く） 7 創傷処置（真皮を超える褥瘡処置を除く）      8 浣腸・摘便 9 インスリン注射      10 皮下注射の処置（インスリン注射・抗がん剤を除く） 11 精神症状の観察      12 心理的支援 13 服薬援助（点眼薬等を含む）      14 いずれもなし
キ)入院・入所施設からの退院当日の訪問の要請	1 有    ➡有の場合・・・誰からの要請でしたか 1 医師   2 看護師   3 社会福祉士   4 不明   5 その他（      ） 2 無
ク)ア)の訪問日から起算して、その後4週間の訪問看護の提供状況	・ 初回訪問日～7日以内      (      )回    ⇒    うち、緊急訪問 (      )回 ・ 8日～14日以内      (      )回    ⇒    うち、緊急訪問 (      )回 ・ 15日～28日以内      (      )回    ⇒    うち、緊急訪問 (      )回
ケ)退院当日に訪問看護が必要な利用者・家族の困りごとや心配事で該当する項目（複数回答）	1 体調・病状      2 今後の見通し      3 通院・受診      4 服薬 5 緊急時の対応      6 今後の療養場所      7 家族の介護負担      8 食事内容 9 日常生活動作      10 家事      11 経済面      12 医療処置 13 医療機器や薬剤の手配      14 在宅サービスの内容 15 介護保険等の手続き      16 介護用品の手配 17 住まい・住宅改修 18 その他（      ）

### 3. 2019年4月～9月の期間の利用終了者等に関連してお伺いします

27)介護保険の利用者について、2019年4月～9月に訪問看護の利用を終了した人について、要介護度別訪問看護の利用期間別の人数をご記入ください。(実人数)					
	1か月未満	1か月以上 3か月未満	3か月以上 6か月未満	6か月以上 1年未満	1年以上
要支援1	人	人	人	人	人
要支援2	人	人	人	人	人
要介護1	人	人	人	人	人
要介護2	人	人	人	人	人
要介護3	人	人	人	人	人
要介護4	人	人	人	人	人
要介護5	人	人	人	人	人

28) 介護保険の利用者について、2019 年4月～9月に訪問看護の利用を終了した人について、その転帰別の人数をご記入ください。(実人数)								
在宅死亡	病院・有床診療所への入院	老人保健施設・介護医療院への入所	特別養護老人ホームへの入所	在宅継続			転居	その他
				うち他の介護保険サービスを利用	うち医療保険による訪問看護を利用			
人	人	人	人	人	人	人	人	人
				入院後 24 時間以内での死亡	入院後 24 時間超 48 時間以内での死亡		入院後 48 時間超での死亡	人

29) 2019 年4月～9月に死亡した介護保険または医療保険の利用者がいた場合にご回答ください。 ※死亡した利用者がいない場合には回答不要です	
① 人生の最終段階における医療・ケアについて、「死亡した利用者自身」と生前に話し合いを行いましたか。	1 利用者全員と行った 2 一部の利用者で行った 3 行っていない
② 利用者の人生の最終段階における医療・ケアについて、死亡した利用者の「家族等」と話し合いを行いましたか。	1 利用者全員の家族等と行った 2 一部の利用者の家族等と行った 3 行っていない 4 家族等のいる利用者はいなかった
③ ターミナルケアにおいて「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を参考にしていますか。	1 している 2 していない
④ ターミナルケアに関して貴医療機関内でケアの質を高めたり、充実させたりするために取り組んでいることがありましたら回答ください。(複数回答)	1 貴医療機関内でのターミナルケアに関する研修を実施 2 貴医療機関が中心となってデスカンファレンスを開催 3 グリーフケアの実施 4 学会や外部研修に出向き最新の情報を収集・周知 5 その他 ( )
⑤ アドバンス・ケア・プランニング※(ACP)に取り組む上で何が困難ですか。(複数回答) ※アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは、人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスをいう。	1 本人の意思決定に関わる力の評価 2 本人が意思表示できない 3 意思推定者が定まらない 4 ACP の取組を行う時期やタイミングの見極め 5 ACP として取り組む内容に関する職員の理解不足 6 ACP として取り組む内容に関して本人・家族等が否定的、もしくは理解不足 7 事業所として ACP の取組に関する方針・指針がない 8 ACP に取り組むための事業所の体制が不十分 9 ACP に取り組むための、利用者の医療・ケアチーム全体の連携がうまくとれない 10 ACP に取り組むための時間がとれない 11 ACP に取り組むことに主治医(担当医)が消極的 12 その他 ( ) 13 困難なことは特になし

#### 4. 介護保険の利用者の情報提供についてお伺いします

30) 2019 年9月におけるケアマネジャーへの情報提供の状況をお伺いします。		
① 訪問看護計画書	1 ケアマネジャーの依頼で提供 ( ) 件 2 自発的に提供 ( ) 件	3 提供していない
② 訪問看護報告書	1 ケアマネジャーの依頼で提供 ( ) 件 2 自発的に提供 ( ) 件	3 提供していない

③ 訪問看護サマリー	1 ケアマネジャーの依頼で提供 ( ) 件 2 自発的に提供 ( ) 件	3 提供していない
④ 利用者入院時に入院時情報提供書作成のための情報提供	1 ケアマネジャーの依頼で提供 ( ) 件 2 自発的に提供 ( ) 件	3 提供していない
⑤ その他のケアマネジャーからの依頼により情報提供しているもの(自由記載)		
⑥ 提供した情報はどのように活用されるためのものですか(自由記載)		
31) 2019年9月の介護保険の利用者が入院した場合の医療機関への情報提供についてお伺いします。		
① 訪問看護計画書	1 医療機関の依頼で提供 ( ) 件 2 自発的に提供 ( ) 件	3 提供していない
② 訪問看護報告書	1 医療機関の依頼で提供 ( ) 件 2 自発的に提供 ( ) 件	3 提供していない
③ 訪問看護サマリー	1 医療機関の依頼で提供 ( ) 件 2 自発的に提供 ( ) 件	3 提供していない
④ その他の医療機関からの依頼により情報提供しているもの(自由記載)		
⑤ 提供した情報はどのように活用されるためのものですか(自由記載)		

#### 5. 訪問看護事業所の業務の課題や改善に関する取組について伺います。

32) 次の業務について今後改善や効率化したい内容がありますか。ある場合は、ICT 導入、他事業所との連携、看護職以外の職種へ業務委譲のどの方法により改善、効率化できると思いますか		
	今後の意向	有の場合の改善、効率化方法(複数回答)
①事業所内の会議	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
②記録業務	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
③職員のシフト作成	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
④訪問のルート作成	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑤請求業務	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑥物品購入・物品管理	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑦文書保管・管理	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑧職員同士の情報共有	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑨医療機関やケアマネジャー等関係者との情報連携	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑩主治医との指示書、報告書、情報連携	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑪利用者との契約や事務手続き等	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
33)看護職員が看護業務に専念できるように、他職種へ業務委譲できる業務は上記以外に具体的にどのようなものがありますか。		



34) 32)の項目以外に改善や効率化したい業務内容とその方法があれば記載してください。

## 6. 地域での取組み等についてお伺いします。

35) 介護保険の利用者について、病院・診療所の医師の求めに応じて利用者宅に集まり緊急時カンファレンスに参加したことはありますか。有る場合その回数をご記入ください。(2019年7月～9月)

1 有⇒回数( )回      2 無

① 35)で「有」の場合、主に利用者宅に集まる職種はどの職種ですか(主な職種2つを選択)

1 医師	2 歯科医師	3 薬剤師	4 看護職員
5 リハビリ職	6 居宅介護支援専門員	7 その他( )	

② 35)で「有」の場合、カンファレンスを行いどのような内容について方針を決めていますか。(複数回答)

1 入院の必要性について      2 在宅療養の継続について      3 今後の看取りについて  
4 在宅サービスの利用について      5 当面の治療・ケアについて      6 その他( )

36) 過去1年以内(2018年10月～2019年9月)に実施したことについてご回答ください。(複数回答)

- 1 医療機関との連携のもと、看護職員の出向や研修派遣などの相互人材交流を通じて在宅療養支援能力の向上を支援し、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取組を実施している。
- 2 地域住民向けの医療・介護相談窓口の開設や情報提供などを行っている
- 3 事業所の従業員以外も対象とした医療・介護人材育成のための研修を実施している
- 4 学生、医療従事者等の実習や見学等を受け入れている
- 5 その他( )

37) 自治体の事業への協力または自治体が開催する会議への参加について過去1年以内(2018年10月～2019年9月)に実施したことについてご回答ください。(複数回答)

- 1 地域ケア会議への参加( )回
- 2 介護保険事業計画や介護保険事業支援計画に関する会議への参加
- 3 地域の在宅医療介護連携の多職種会議への参加
- 4 地域の認知症施策への協力
- 5 その他( )
- 6 特になし

## 7. 訪問看護事業を運営する上で負担になっている基準や仕組みはありますか。

## 8. 訪問看護の仕組みや報酬で改善してほしいことはありますか。

記入内容についてお伺いする場合があります。事業所名と連絡先をご記入下さい。

事業所名		電話番号	
------	--	------	--

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は利用者票とあわせて返送用封筒(切手は不要です)に入れ、投函して下さい。ご協力ありがとうございました。

令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)  
訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究事業  
病院・診療所が行う訪問看護 利用者調査票(案)

- ※調査の対象者は、記入要領に記載の方法で選んでください。  
 ※本調査票は、該当の利用者の状況に詳しい方がご記入ください。  
 ※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。記載がない場合は「0」として処理します。  
 ※調査時点は、2019年10月1日または、質問に記載している期間とします。

## I 対象者の抽出理由(1つを選択して○)

1) 対象者の抽出理由	1 要介護者として無作為抽出(誕生日が1~6日生まれ)で対象となった⇒Ⅱ・Ⅲを回答 2 要支援者として無作為抽出(誕生日が11~25日生まれ)で対象となった⇒Ⅱ・Ⅲを回答 3 2019年8~9月の2ヶ月間に死亡した利用者として抽出の対象となった⇒Ⅱ・Ⅲ・Ⅳを回答
-------------	---

## II 利用者の基本情報や心身の状況等についてお伺いします。(10月1日時点または死亡時点)

2) 年齢	1 40~64歳    2 65~74歳    3 75~84歳    4 85~94歳    5 95歳以上	
3) 住まい	1 本人の家 2 居住系サービス(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス、認知症対応型共同生活介護等) 3 その他( )	
4) 世帯構成	1 独居    2 夫婦のみ世帯(配偶者が65歳以上) 3 夫婦のみ世帯(配偶者が65歳未満) 4 配偶者の他に同居者あり(配偶者・同居者全員が65歳以上) 5 配偶者の他に同居者あり(配偶者、同居者のいずれか又は全員が65歳未満) 6 配偶者はおらず、同居者あり(同居者は全員65歳以上) 7 配偶者はおらず、同居者あり(同居者のいずれか又は全員が65歳未満)	
5) 日中の状態	1 日中独居    2 日中独居ではない	
6) 介護力	1 介護できる人はいない    2 時間帯によって介護できる人がある 3 常時、介護できる人がある	
7) 訪問看護の利用開始年月日	西暦( )年( )月( )日	
8) 訪問看護利用開始前(1週間)の入院・入所の有無(ショートステイは除く)	1 病院・有床診療所    2 介護老人保健施設・介護医療院 3 その他    4 なし	
9) 他の介護保険サービス利用実績(9月分または死亡月分であてはまるもの全てに○を付けてください)	1 訪問介護    2 訪問入浴介護    3 訪問リハビリテーション    4 通所介護 5 通所リハビリテーション    6 短期入所生活介護    7 短期入所療養介護 8 福祉用具貸与    9 その他( )	
10) 受診の有無(2019年9月中または死亡月)	1 訪問診療・往診を受けた    2 外来受診した    3 いずれもなし	
11) 要介護度	① 利用開始時	1 要支援1    2 要支援2    3 要介護1    4 要介護2 5 要介護3    6 要介護4    7 要介護5
	② 直近の認定	1 要支援1    2 要支援2    3 要介護1    4 要介護2 5 要介護3    6 要介護4    7 要介護5
12) 認知症高齢者の日常生活自立度(直近又は死亡数日前)	1 自立    2 I    3 II a    4 II b 5 III a    6 III b    7 IV    8 M    9 不明	

13)日常生活自立度 (直近又は死亡数日前)	1 自立 2 J 1 3 J 2 4 A 1 5 A 2 6 B 1 7 B 2 8 C 1 9 C 2 10 不明
14)ADLの状況(直近又は死亡数日前)(該当するものに○)	
	移動 食事 排泄 入浴 着替 整容 意思疎通
自立	1 1 1 1 1 1 1
一部介助	2 2 2 2 2 2 2
全面介助	3 3 3 3 3 3 3
その他	4 4 4 4 4 4 4
15)在宅療養を続けている原因の病名(指示書にある傷病名複数回答)	1 高血圧 2 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3 心臓病 4 糖尿病 5 高脂血症(脂質異常) 6 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8 腎臓・前立腺の病気 9 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10 骨折 11 末期がん 12 末期がん以外のがん 13 血液・免疫の病気 14 精神疾患(うつ病、統合失調症、依存症等) 15 神経難病 16 認知症(アルツハイマー病等) 17 パーキンソン病 18 その他( )
⇒上記のうち、「主傷病」について、選択肢の番号で1つ記入してください	
16)利用者の状態 受けている医療的処置・ケア等 (貴事業所とは別に提供・受けている医療的処置・ケアも含む) (複数回答)	1 点滴の管理 2 中心静脈栄養 3 透析 4 ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置 5 酸素療法 6 人工呼吸器 7 気管切開の処置 8 疼痛の管理 9 経鼻経管栄養・管理 10 胃ろう・腸ろうからの栄養・管理 11 持続モニター測定(重度の心機能障害、呼吸障害等) 12 褥瘡の処置 13 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテルなど) 14 常時頻回の喀痰吸引 15 創傷処置 16 浣腸・摘便 17 インスリン注射 18 導尿 19 精神症状の観察 20 心理的支援 21 服薬援助(点眼薬等を含む) 22 いずれもなし
17)利用者の使用している薬剤 (複数回答)	1 オピオイド 2 免疫抑制剤 3 ステロイド 4 抗がん剤 5 抗精神薬 6 睡眠薬・抗不安薬 7 利尿剤 8 降圧薬 9 狭心症治療薬 10 心不全治療薬 11 抗血栓薬 12 抗不整脈薬 13 輸血 14 その他
18)利用者の症状 (複数回答)	1 疼痛 2 易疲労 3 混迷 4 摂食・嚥下障害 5 食思不振 6 うつ 7 不安 8 脱水 9 呼吸苦 10 不眠 11 便秘 12 浮腫 13 その他( ) 14 いずれもなし
19)訪問看護指示書の有効期間	2019年 月 日 ~ 月 日
20)訪問看護指示書の内容 (該当するものすべて選択)	1 療養生活指導 2 リハビリテーション 3 褥瘡の処置等 4 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 5 点滴・注射 6 その他( )
21)余命の見込みに関する説明の有無	1 有 2 無
22)ターミナル期であるかの主治医による訪問看護指示書への記載の有無	1 有 2 無

### Ⅲ 訪問看護の提供状況についてお伺いします。

(※8月中に利用者が死亡している場合は8月の実績、9月を8月に読み替えてご回答ください。)

23) 訪問看護について、利用している保険（複数回答）（9月分）		1 介護保険 2 医療保険			
24) 9月における特別訪問看護指示書の交付の有無		1 有 2 無			
25) 介護保険での看護職員の訪問回数(算定回数) (9月1か月間の提供回数)	20分未満	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	
	回	回	回	回	
26) 他の訪問看護事業所の看護職員の訪問の有無 (9月1か月間の提供回数)		1 有 ( ) 回/月 2 無 3 不明			
27) 他の訪問看護事業所のリハビリ職員の訪問の有無 (9月1か月間の提供回数)		1 有 ( ) 回/月 2 無 3 不明			
28) 医療保険での訪問看護の回数(9月1か月間の提供回数)			訪問: 回/算定: 回		
29) 訪問看護の加算等の状況 ※複数回答					
1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業と連携した訪問看護 2 緊急時（介護予防）訪問看護加算 3 特別管理加算 4 初回加算 5 退院時共同指導加算 6 複数名訪問加算 7 夜間・早朝訪問看護加算 8 深夜訪問看護加算 9 長時間（介護予防）訪問看護加算 10 看護体制強化加算⇒(a. I b. II c. 予防) 11 看護・介護職員連携強化加算 12 特別地域訪問看護加算 13 中山間地域等における小規模事業所加算 14 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算					
30) 訪問看護の目的すべてに○、そのうち、達成できた項目に◎ ※複数回答					
1 医療的なケア 2 定期的な療養生活状況（治療に伴う療養生活の変化に応じてセルフケアや食事、排泄、睡眠等の状況）の確認 3 今後状態が悪化する可能性があり継続的な病状アセスメントが必要 4 療養環境の調整 5 運動器の機能向上 6 栄養改善 7 口腔機能の向上 8 膝痛・腰痛対策 9 閉じこもり予防・支援 10 認知機能の低下予防・支援 11 うつ予防・支援 12 ADL/IADL の改善 13 ADL の維持・低下防止 14 服薬管理の向上 15 感染予防 16 本人が望む生活の実現（趣味や家事等） 17 家族の介護負担の軽減 18 他サービスの調整 19 その他（ ）					
⇒30)の目的のうち、「主な」目的1つを、選択肢の番号で記入してください					
⇒30)のうち「最も」達成できているもの1つを、選択肢の番号で記入してください					
31) 貴事業所において提供したケアすべてに○をしてください(複数回答)					
1 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 2 経鼻経管栄養 3 中心静脈栄養 4 輸血 5 カテーテル（尿道留置カテーテル・コンドームカテーテル）の管理 6 ストマ（人工肛門・人工膀胱）の管理 7 喀痰吸引 8 ネブライザー 9 酸素療法（酸素吸入） 10 気管切開のケア 11 人工呼吸器の管理 12 静脈内注射（点滴含む） 13 皮内、皮下及び筋肉内注射（インスリン注射を除く） 14 簡易血糖測定 15 インスリン注射 16 疼痛管理（麻薬なし） 17 疼痛管理（麻薬使用） 18 服薬指導・管理 19 医師と連携した服薬調整 20 創傷処置 21 褥瘡処置 22 褥瘡予防のための介護用品の導入 23 浣腸 24 摘便 25 排泄の援助（23,24 除く） 26 導尿 27 口腔ケア 28 身体機能維持を目的とした付き添いや見守り 29 経口栄養へ向けたリハビリテーション 30 肺理学療法 31 四肢の自動運動及び関節可動域維持のリハビリテーション 32 その他のリハビリテーション 33 清拭浴・陰部洗浄（入浴除く） 34 入浴介助 35 本人の精神的な状態の変化への対応 36 家族等への認知症の症状に合わせた関わり方の指導 37 家族等への介護に関する技術的な指導 38 在宅看取りへ向けた本人・家族との調整 39 ターミナルケア 40 睡眠のためのケア 41 意欲向上や気分転換を促すケア 42 外出の支援 43 本人への療養指導 44 家屋の改善・療養環境整備の支援 45 その他（ ）					

32)サービス担当者会議への参加回数(2019年4月～9月の6か月間)		( ) 回
33)31)でリハビリテーションを選択した場合:実施したものをすべて○		
1 機能回復訓練	2 基本的動作訓練	3 応用的動作訓練
4 社会適応練習	5 コミュニケーション訓練	6 自己訓練練習
<p>注)機能回復訓練:呼吸機能訓練、体力向上訓練、浮腫等の改善訓練、関節可動域訓練、筋力向上訓練、筋緊張緩和訓練、筋持久力向上訓練、運動機能改善訓練、痛みの緩和訓練、認知機能改善訓練、意欲の向上訓練、構音機能訓練、聴覚機能訓練、摂食嚥下機能訓練、言語機能訓練</p> <p>基本的動作訓練:姿勢の保持訓練、起居・移乗動作訓練、歩行・移動訓練、階段昇降練習、公共交通機関利用練習</p> <p>応用的動作訓練:一連の入浴行為練習、一連の整容行為練習、一連の排泄行為練習、一連の更衣行為練習、一連の食事行為練習、一連の調理行為練習、一連の洗濯行為練習、一連の掃除・整理整頓行為練習、家の手入れ練習、買物練習</p> <p>社会適応練習:対人関係改善練習、余暇活動練習、仕事練習</p>		
34)31)でリハビリテーションが開始となった経緯として最も大きな理由を一つ記入	1 医師からリハビリテーションの指示があったため →医師の所属 1 病院 2 診療所 3 介護保険施設 2 ケアマネジャーからの依頼があったため 3 利用者や家族からリハビリの希望があったため 4 看護職員による利用者の病状等のアセスメントを踏まえて必要と判断したため 5 その他 ( )	
35)リハビリテーションを提供するにあたっての利用者の病期	1 急性期 2 回復期 3 維持期・生活期 4 終末期	
36)リハビリテーションの目標	1 機能の改善・向上 2 機能の維持・悪化予防	
37)利用者への効果(複数回答)	1 ADLの維持改善      2 社会性維持改善      3 IADLの向上 4 生活習慣の維持      5 機能回復              6 記憶認知機能の改善向上 7 BPSDの軽減適応      8 QOLの維持改善      9 その他 ( )	

38)対象者がサービス利用開始してから調査票回答までの間に、以下の項目の中で訪問看護を提供することにより得られた効果はありますか(複数回答)	
1 排泄の自立に向けたケアにより排泄行動の自立度が改善した 2 経口摂取を進めるためのケアにより経口摂取が可能となった 3 主治医と相談して内服薬の多剤投与を見直し服薬量を減らすことができた 4 呼吸リハ、体位ドレナージ等により痰の吸引回数が減った、または呼吸状態を改善できた 5 褥瘡ケアにより褥瘡の治癒または改善が認められた 6 日常生活動作の支援・訓練により、運動機能に改善が図れた 7 訪問看護利用前と比べて自己負担額を軽減できた(医療費及び介護給付費) 8 不要な入院を回避できた 9 家族の介護負担が軽減し、在宅療養が継続できた 10 個別的なケアにより認知症の行動・心理症状(BPSD)が改善した 11 退院直後の利用で在宅療養生活へのスムーズな移行ができた 12 該当なし	

IV 対象の利用者が8～9月の2ヶ月間に死亡した場合にご回答ください。

39) 直近の退院・退所年月	1 有：西暦（ ）年（ ）月 2 なし 3 不明
有の場合：退院・退所施設	1 病院・有床診療所 2 介護老人保健施設 3 特別養護老人ホーム 4 その他
40) 死亡日	西暦（ ）年（ ）月（ ）日
41) 最後に訪問看護を提供した日	西暦（ ）年（ ）月（ ）日
42) 訪問看護の利用期間	1 1週間以内 2 2週間以内 3 1か月以内 4 3か月以内 5 3か月超
43) 死因	1 がん 2 肺炎 3 心疾患 4 脳血管疾患 5 老衰 6 その他（ ）
44) 死亡場所	1 利用者宅 2 病院・有床診療所 →入院期間：1 24時間以内 2 24時間超48時間以内 3 48時間超1週間以内 4 その他 3 その他
45) 主治医による訪問看護指示にターミナル期等の記載は死亡日前いつ頃からなされていきましたか。	1 1か月前頃 2 1か月～3か月前 3 3か月～6か月前頃 4 6か月～1年前頃 5 1年～1年半前頃 6 記載なし 7 不明
46) 死が間近であることの利用者の認識	1 死が間近であることを利用者も家族も知っていてオープンにしていた 2 死が間近であることを家族は知っているが、利用者は知らなかった 3 死が間近であることを家族は知っており、利用者は疑っていた 4 死が間近であることを家族は知っており、利用者は知らないふりをしていた 5 当てはまらない
47) ターミナルケア加算・在宅ターミナルケア加算の算定の有無	1 (介護保険) ターミナルケア加算の算定あり 2 (医療保険) 在宅ターミナルケア加算の算定あり 3 なし →理由：1 ターミナル体制の届け出をしていない 2 死亡日前14日以内に2回以上の訪問看護を実施していない 3 医療機関へ搬送後24時間以上経過した後に死亡したため 4 利用者負担が高額になるため 5 その他（ ）

48) 利用者宅で死亡した場合(医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合も含む)について、死亡日及び死亡日前4週間の訪問回数(介護保険又は医療保険)、訪問介護の利用回数等をご記入ください。

	貴事業所からの訪問看護の訪問回数 ※実施していない場合は「0」と記入	緊急訪問の回数 ※実施していない場合は「0」と記入	訪問介護の訪問回数 ※実施していない場合は「0」と記入	連絡回数		
				介護支援専門員	訪問介護員	主治医
死亡日を含む死亡前7日以内の状況	介護（ ）回 医療（ ）回 特別訪問看護指示書の有無 □有 □無	介護（ ）回 医療（ ）回	1 ( )回 2 不明	回	回	回
死亡前8日～14日以内の状況	介護（ ）回 医療（ ）回 特別訪問看護指示書の有無 □有 □無	介護（ ）回 医療（ ）回	1 ( )回 2 不明	回	回	回
死亡前15日～28日以内の状況	介護（ ）回 医療（ ）回 特別訪問看護指示書の有無 □有 □無	介護（ ）回 医療（ ）回	1 ( )回 2 不明	回	回	回

※訪問回数は介護報酬の算定回数とするが、医療保険の訪問看護については、在宅患者訪問看護・指導料の算定によらず訪問した回数を計上してください。

49)本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、利用者本人が多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本に人生の最終段階における医療・ケアが行われましたか。			1 はい 2 どちらともいえない 3 いいえ		
	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
50)利用者が望んだ場所で最期を迎えられましたか	1	2	3	4	5
51)利用者はからだの苦痛が少なく過ごせましたか	1	2	3	4	5
52)利用者はおだやかな気持ちで過ごされましたか	1	2	3	4	5
53)利用者は落ち着いた環境で過ごされましたか	1	2	3	4	5
54)利用者の生き方や価値観が尊重されていましたか	1	2	3	4	5
55)最期は、利用者の希望される看取られ方ができましたか			1 はい 2 いいえ		
56) 49)を実践するうえでの困難な点はなんですか(複数回答)					
1 利用者本人・家族等へ医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされていない					
2 医療・ケアチームが形成できない					
3 利用者本人・家族等と医療・ケアチームと十分な話し合いができない					
4 事前に利用者本人や家族等が医療・ケア内容に関する方針の決定ができない					
5 利用者本人の意思表示ができない状態であったり、家族等で本人に代わる者が明確でなかったりした					
6 急激な状態変化による死亡					
7 家族等が不安を抱き救急要請する					
8 臨時で対応した医師が事前の話し合いの内容を把握していない					
9 利用者本人よりも家族等の意思が尊重される					
10 家族等と医療職・介護職との連携・調整が上手く図れていない					
11 医療職と介護職の連携・調整が上手く図れていない					
12 介護力、医療資源不足により自宅での看取りが困難					
13 その他 ( )					

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、他の調査票とあわせてご返送ください。ご協力ありがとうございました。



令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)  
訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究事業  
**看護小規模多機能型居宅介護事業所票(案)**

- ※本調査票は、看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者の方がご記入ください。  
 ※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。  
 ※具体的な数値等をご記入いただく箇所もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入下さい。記載がない場合は「0」として処理します。分からない場合は「-」と記入して下さい。  
 ※調査時点は、2019年10月1日または、質問に記載している期間とします。

## 1. 基本情報

1) 所在地	( ) 都・道・府・県 ( ) 市・区・町・村	
2) 事業開始年月	西暦 ( ) 年 ( ) 月	
3) 経営主体	1 営利法人(会社) 2 医療法人 3 社会福祉法人 4 一般社団法人 5 特定非営利活動法人(NPO) 6 その他( )	
4) 貴事業所は、サテライト型事業所ですか。	1 はい 2 いいえ	
5) 貴事業所は、サテライト型事業所を有していますか。 <small>※サテライト型の場合は回答不要です</small>	1 はい⇒事業所数( )か所 2 いいえ	
6) 貴事業所は、サテライト型事業所を開設する意向はありますか。	1 はい 2 いいえ	
7) サテライト型事業所を開設する上での困難な理由に該当するもの(複数回答)	1 利用者のニーズがない 2 人材の確保 3 本体事業所から20分以内の土地・建物の確保 4 その他( ) 5 特になし	
8) 貴事業所は、介護保険における訪問看護事業所の指定を受けていますか。		
1 はい⇒訪問看護事業所の利用者数 介護保険( )人 医療保険( )人(看多機登録者以外) ⇒精神科訪問看護基本療養費の算定: 1 あり 2 なし		
2 いいえ		
9) 上記で介護保険における訪問看護事業所の指定がある場合、 <u>訪問看護事業所の訪問対象としている地域はおよそ何キロ以内ですか</u>	事業所から約( )キロ以内	
10) 貴事業所は、居宅介護支援事業所の指定を受けていますか。	1 はい 2 いいえ	
11) 貴事業所は、共生型サービスの指定を受けていますか。	1 はい 2 いいえ	
上記において、「1 共生型サービスの指定を受けている」場合、実施している事業を選択してください		
1 生活介護 2 自立支援 3 放課後等デイサービス 4 児童発達支援 5 短期入所 6 基準該当生活介護 7 基準該当自立支援 8 基準該当放課後等デイサービス 9 基準該当児童発達支援 10 基準該当短期入所 11 日中一時支援		
共生型サービスの運営において困っていることはありますか。(自由記載)		

12) 貴事業所と同一建物に立地している併設施設の有無		1 有	2 無			
⇒「有」の場合、併設施設を回答ください(複数回答)						
1 有床診療所⇒病床を看護小規模多機能型居宅介護の宿泊室に兼用していますか (a はい⇒( )床 b いいえ)						
2 無床診療所 3 病院 4 訪問看護ステーション 5 療養通所介護事業所						
5 通所介護事業所 6 その他の介護保険事業(主なもの具体的に: )						
7 介護老人福祉施設 8 有料老人ホーム・サービス付高齢者向け住宅 ⇒(a 特定施設 b 非特定施設)						
9 認知症対応型共同生活介護 10 障害福祉サービス事業所 11 その他						
13) 管理者の職種	1 保健師・看護師	2 介護福祉士	3 その他( )			
14) 貴事業所の職員体制について、 <u>常勤換算数</u> をお伺いします。 ※指定訪問看護事業所の指定も併せて受けている場合は、指定訪問看護事業所の職員数と合算した人数でご記入ください。 ※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)÷当事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)」で計算し、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。該当の職種の職員がいるのに、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。						
介護職員	保健師・ 看護師	准看護師	介護支援 専門員	理学療法士・ 作業療法士・ 言語聴覚士	事務職員	その他の 職員
.	.	.	.	.	.	.
15) 登録特定行為事業者または登録喫煙吸引等事業者としての登録の有無					1 有	2 無
⇒15)で「有」の場合：登録年月			西暦( )年( )月			
⇒15)で「無」の場合：今後の登録意向			1 現在要件を満たせるよう調整している 2 今後登録しようと考えている 3 登録の意向はない			
16) 喫煙吸引等の業務の認定特定行為業務従事者数(実人数)					( )人	
17) 定員等	登録定員		通いの定員		泊まりの定員	
	人		人		人	
18) 登録者数(2019年9月末日時点)		( )人 うち共生型サービスの利用者( )人				
19) 登録者のうち同一建物の居住者		1 いる( )人 2 いない				

## 2. 加算・減算算定状況についてお伺いします。

20) 加算・減算等の算定の有無等	
① 看護体制強化加算(2019年9月分)	1 有(I) 2 有(II) 3 無
② 訪問体制強化加算(2019年9月分)	1 有 2 無
③ 訪問看護体制減算(2019年9月分)	1 有 2 無
④ サテライト体制未整備減算(2019年9月分)	1 有 2 無
⑤ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算(2019年9月分)	1 有( )件 2 無
⑥ 若年性認知症利用者受入加算(2019年9月分)	1 有( )人 2 無
⑦ 栄養スクリーニング加算(2019年9月分)	1 有( )人 2 無 ⇒理由 1 栄養スクリーニングしていない 2 栄養スクリーニング実施しているが算定要件に合わない 3 他事業所で算定されているから 4 その他( )
⑧ 総合マネジメント体制強化加算	1 有 2 無

3. サービス提供等の状況についてお伺いします。

看護体制強化加算の算定について、2019年7月～9月の3か月分についてご記入ください。割合は、少数点以下第2位を四捨五入し、少数点以下第1位までご記入ください。

21) 主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の割合	主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者数(実人数)	利用者数(実人数)	主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の割合
	( ) 人 ÷	( ) 人 ×100=	( . ) %
22) 緊急時訪問看護加算の算定者の割合	緊急時訪問看護加算の算定者数(実人数)	利用者数(実人数)	緊急時訪問看護加算の算定者の割合
	( ) 人 ÷	( 同上 ) 人 ×100=	( . ) %
23) 特別管理加算の算定者の割合	特別管理加算の算定者数(実人数)	利用者数(実人数)	特別管理加算の算定者の割合
	( ) 人 ÷	( 同上 ) 人 ×100=	( . ) %

24) 2018年10月～2019年9月のターミナルケア加算(介護保険)の算定件数	( ) 件/年
25) 2018年10月～2019年9月の医療保険のターミナルケア療養費(1のみ)が算定された利用者数	( ) 人/年

26) 要介護度別人数(10月1日現在登録者)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
	人	人	人	人	人		
27) 認知症高齢者の日常生活自立度別人数(10月1日現在登録者)	I	II a	II b	III	IV	M	
	人	人	人	人	人	人	
28) サービス利用開始前の居場所別人数(10月1日現在登録者)	病院	有床診療所	老人保健施設又は介護医療院	特別養護老人ホーム	自宅	その他居住系のサービス	その他
	人	人	人	人	人	人	人
29) 利用者の居場所別人数(10月1日現在登録者)	自宅	有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅	養護老人ホーム	軽費老人ホーム	その他	
	人	人	人	人	人	人	

30) 2019年9月に該当のサービス1回以上を提供した人数(実人数)	通い ※泊まりと連続しての滞在の場合でも、日中滞在した場合は通いとして計上してください。	泊まり	訪問(介護)	訪問(看護)	リハビリ職による訪問	
	うち、泊まりの前後で、そのまま通いを利用した人数	人	人	人	人	人
31) サービス提供回数(延べ回数)(2019年9月)	回	回	回	回	回	回

32) 看多機利用者のうち医療保険の訪問看護の利用者数(実人数)とサービス提供延べ回数(2019年9月)	貴事業所から ⇒ ( ) 人、( ) 回 他の訪問看護事業所から提供した人数 ⇒ ( ) 人、( ) 回
33) 通いの時間帯で理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によるリハビリテーションのサービス提供を行っていますか。	1 有 2 無
➡33) で「有」の場合： ①どの職種が提供していますか。(複数回答)	1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士
②どのような内容を行っていますか。(複数回答)	1 機能回復訓練 2 基本的動作訓練 3 応用的動作訓練 4 社会適応練習 5 コミュニケーション訓練 6 自己訓練練習 7 その他 ( )

注) 機能回復訓練：呼吸機能訓練、体力向上訓練、浮腫等の改善訓練、関節可動域訓練、筋力向上訓練、筋緊張緩和訓練、筋持久力向上訓練、運動機能改善訓練、痛みの緩和訓練、認知機能改善訓練、意欲の向上訓練、構音機能訓練、聴覚機能訓練、摂食嚥下機能訓練、言語機能訓練  
基本的動作訓練：姿勢の保持訓練、起居・移乗動作訓練、歩行・移動訓練、階段昇降練習、公共交通機関利用練習  
応用的動作訓練：一連の入浴行為練習、一連の整容行為練習、一連の排泄行為練習、一連の更衣行為練習、一連の食事行為練習、一連の調理行為練習、一連の洗濯行為練習、一連の掃除・整理整頓行為練習、家の手入れ練習、買物練習  
社会適応練習：対人関係改善練習、余暇活動練習、仕事練習

③通いの時間帯でのリハビリテーション等のサービス提供により利用者にどのような効果が得られていますか(複数回答)	1 ADLの維持改善 2 社会性維持改善 3 IADLの向上 4 生活習慣の維持 5 機能回復 6 記憶認知機能の改善向上 7 BPSDの軽減適応 8 QOLの維持改善 9 その他 ( )
---	---

34) 過去1年以内(2018年10月～2019年9月)に利用終了した利用者の転帰別人数								
施設への入所(特養・老健)	病院・有床診療所への入院	在宅死亡	うち貴事業所内での看取り		在宅継続	他の介護保険サービスを利用	その他	合計
人	人	人	人	人	人	人	人	人



35) 入院した病院・有床診療所での死亡(入院期間別の人数)について、分かる範囲で記入下さい。		
入院後24時間以内の死亡	24時間超48時間以内の死亡	48時間超の死亡
人	人	人

36) 過去1年以内(2018年10月～2019年9月)に死亡した利用者があった場合にご回答ください。 ※死亡した利用者がいない場合は回答不要です	
①人生の最終段階における医療・ケアについて「死亡した利用者自身と生前に話し合いを行いましたか。	1 利用者全員と行った 2 一部の利用者で行った 3 行っていない
②利用者の人生の最終段階における医療・ケアについて、死亡した利用者の家族等と話し合いを行いましたか。	1 利用者全員の家族と行った 2 一部の利用者の家族と行った 3 行っていない 4 家族等のいる利用者はいなかった

③ターミナルケアにおいて「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を参考にしていますか。	1 している 2 していない
④ターミナルケアに関して貴事業所内でケアの質を高めたり、充実させたりするために取り組んでいることがありましたら回答ください。(複数回答)	1 事業所内でのターミナルケアに関する研修を実施 2 貴事業所が中心となってデスクカンファレンスを開催 3 グリーフケアの実施 4 学会や外部研修に出向き最新の情報を収集・周知 5 その他 ( )
⑤アドバンス・ケア・プランニング※(ACP)に取り組む上で何が困難ですか。(複数回答) ※アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは、人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスをいう。	1 本人の意思決定に関わる力の評価 2 本人が意思表示できない 3 意思推定者が定まらない 4 ACP の取組を行う時期やタイミングの見極め 5 ACP として取り組む内容に関する職員の理解不足 6 ACP として取り組む内容に関して本人・家族等が否定的、もしくは理解不足 7 事業所として ACP の取組に関する方針・指針がない 8 ACP に取り組むための事業所の体制が不十分 9 ACP に取り組むための、利用者の医療・ケアチーム全体の連携がうまくとれない 10 ACP に取り組むための時間がとれない 11 ACP に取り組むことに主治医(担当医)が消極的 12 その他 ( ) 13 困難なことは特にな

#### 4. 短期利用についてお伺いします。

※短期利用の実績の有無に関わらず全ての質問に回答してください。

37) 過去1年以内(2018年10月～2019年9月)に短期利用居宅介護費を算定しましたか。	1 有 ( ) 人      2 無 →内訳) 要介護1 ( ) 人 要介護2 ( ) 人 要介護3 ( ) 人 要介護4 ( ) 人 要介護5 ( ) 人
38) 短期利用で対応すると効果的であると思うのはどのような場合ですか。(複数回答)	1 本人の状態の悪化      2 介護者の用事      3 介護者の傷病 4 介護者のレスパイト      5 退院・退所後の在宅移行準備 6 その他→具体的に ( )
39) 短期利用で看取りを行うことは可能ですか。また、どのような条件が整えば可能になりますか。	1 既に取り組んでいる      2 可能      3 対応困難 4 わからない <u>2~4 を選択した場合</u> 可能となる条件：( )
40) 短期利用を受け入れたかったが、登録者数との兼ね合いで、受入ができなかった事例はありますか	1 有 →受入ができなかった理由 ( ) 2 無
41) 短期利用の受入を行う場合に困っていることや、今後短期利用を活用するための提案があれば教えてください。	

5. その他の事項についてお伺いします。

通いの定員に関連して、お伺いします。	
42)利用者や家族の希望によって通いの人数上限を超えて受入をすることはありますか。	1 かなり頻回にある      2 時々ある 3 たまにある            4 ほとんどない
⇒1～3と回答した場合： ① 2019年9月の1か月の回数	(      ) 回/月      注：(定員を超えてサービス提供した日数)
②通いの人数を超えて受入をする場合によくある理由について一つ回答ください。	1 家族に急な用事が入ったため 2 家族の介護負担を軽減するためケアプランを調整したため 3 利用者の心身の状態改善のため通いサービスの提供が必要であったため 4 その他 (      )
③どのような人からの希望が多いですか。最も多いものを1つ回答ください。	1 貴事業所の登録利用者本人 2 貴事業所の登録利用者の家族 3 短期利用居宅介護の利用者 4 共生型サービスの利用者 5 利用者・家族がより良い状態になるために事業所が判断 6 その他 (      )

訪問入浴の利用についてお伺いします。			
43)訪問入浴サービスを利用できずに困った事例はありますか。	1 有      2 無		
⇒有の場合：過去1年以内の該当者の状況についてご記入ください。			
疾患名	通いの利用の可否	本人・家族の訪問入浴の希望の有無	その他特記事項
①	1 可    2 否	1 有    2 無	
②	1 可    2 否	1 有    2 無	
③	1 可    2 否	1 有    2 無	
④	1 可    2 否	1 有    2 無	
⑤	1 可    2 否	1 有    2 無	

※記入欄が不足する場合は、欄外または、用紙をコピーして、ご記入ください。

主治医との連携についてお伺いします。	
44)利用者の主治医との連携の頻度は通常どのくらいですか	1 数日に1度    2 1週間に1度    3 2週間に1度 4 1月に1度    5 その他 (      )
45)訪問系サービスや通所系サービスとは異なり包括報酬の看多機において主治医と連携する上での利点はどのようなことがありますか。(複数回答)	
1 訪問診療のスケジュールに合わせてサービスが組みやすい 2 包括報酬のため報酬算定の心配なく同行訪問ができる 3 泊まりサービス中に医師が診療できるため密な連携がとれる 4 医師の治療方針に沿って訪問看護も含めて柔軟にサービスの調整ができる 5 一体的なサービス提供が可能のため、医師との情報共有等が一元化され医師の負担軽減に繋がる 6 その他 (      )	
46)利用者の主治医との連携について、課題があれば記入ください。(自由記載)	

ケアマネジメントについてお伺いします。	
47)介護支援専門員は貴事業所の利用者以外のケアマネジメントをしていますか	1 している：貴事業所以外の利用者（ ）人 ※複数名介護支援専門員がいる場合は1人あたりの平均 2 していない
48)ケアマネジメントに関する課題があれば記入ください（自由記載）	

6. 事業所の業務の課題や改善に関する取組について伺います。

49) 次の業務について今後改善や効率化したい内容がありますか。ある場合は、ICT 導入、他事業所との連携、看護職や介護職以外の職種へ業務委譲により改善、効率化できると思いますか。		
	今後の意向	有の場合の改善、効率化方法(複数回答)
①事業所内の会議	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
②記録業務	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
③職員のシフト作成	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
④訪問・送迎のルート作成	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑤請求業務	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑥物品購入・物品管理	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑦文書保管・管理	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑧職員同士の情報共有	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑨医療機関やケアマネジャー等関係者との情報連携	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑩主治医との指示書、報告書、情報連携	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲
⑪利用者との契約や事務手続き等	1 有 2 無	1 ICT 導入 2 他事業所との連携 3 他職種へ業務委譲

50)介護職が介護業務に、看護職が看護業務に専念できるように、他職種へ業務委譲できる業務は上記以外に具体的にどのようなものがありますか。
51)49)の項目以外に改善や効率化したい業務内容とその方法があれば記載してください。



運営推進会議についてお伺いします。	
52) 運営推進会議について複数の事業所で合同で開催していますか	1 はい →2019 年度中の合同開催回数（予定を含む）（ ）回 2 いいえ
1 の場合： 合同で開催している場合の効果を自由にご記入ください。	
2 の場合： 合同開催しない理由を自由にご記入ください。	
53) 運営推進会議についての課題やより有効に、参加者の負担を少なく実施する策があれば提案してください。	

54) 看護小規模多機能型居宅介護事業所の数は増加していますが、第7期介護保険事業計画で見込まれている数までには達していません。増えない理由または事業者が参入してこない理由や増加のための策について思いつく内容をご記入ください。
55) 看護小規模多機能型居宅介護についての運営する上で負担になっている基準や仕組みはありますか
56) 看護小規模多機能型居宅介護についての仕組みや報酬で改善してほしいことはありますか。

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、利用者票とあわせ、返送用封筒（切手は不要です）に入れ、投函してください。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。  
なお、記入内容についてお伺いする場合があります。事業所名と連絡先をご記入ください。

事業所名		電話番号	
------	--	------	--

令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)  
訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究事業  
**看護小規模多機能型居宅介護事業所 利用者調査票(案)**

※調査の対象者は、記入要領に記載の方法で選んでください。

※本調査票は、該当の利用者の状況に詳しい方がご記入ください。

※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。記載がない場合は「0」として処理します。分からない場合は「-」と記入してください。

※調査時点は、2019年10月1日または調査票に記入の時点とします。

### I. 対象者の抽出理由(あてはまるものすべてを選択して○)

1) 対象者の抽出理由	1 要介護者として、無作為抽出(誕生日が2日あるいは29日生まれ)で対象となった ⇒Ⅱ・Ⅲ・Ⅳを回答 2 2019年6月から8月の3ヶ月間に医療機関退院直後の利用開始者として、抽出の対象となった ⇒Ⅱ・Ⅲ・Ⅴを回答、10月1日時点で利用継続中の場合は、Ⅳも回答 3 2019年6月から9月の4ヶ月間に看取りを行った利用者として抽出の対象となった ⇒Ⅱ・Ⅲ・Ⅵを回答
-------------	--

### II. 利用者の基本情報についてお伺いします。(10月1日時点または利用終了時点)

2) 年齢	1 40~64歳 2 65~74歳 3 75~84歳 4 85~94歳 5 95歳以上
3) 住まい	1 本人の家 2 居住系サービス等(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス) 3 その他( )
4) 世帯構成	1 独居 2 夫婦のみ世帯(配偶者が65歳以上) 3 夫婦のみ世帯(配偶者が65歳未満) 4 配偶者の他に同居者あり(配偶者・同居者全員が65歳以上) 5 配偶者の他に同居者あり(配偶者、同居者のいずれか又は全員が65歳未満) 6 配偶者はおらず、同居者あり(同居者は全員65歳以上) 7 配偶者はおらず、同居者あり(同居者のいずれか又は全員が65歳未満)
5) 日中の状態	1 日中独居 2 日中独居ではない
6) 介護力	1 介護できる人はいない 2 時間帯によって介護できる人がある 3 常時、介護できる人がある
7) 利用開始年月日	西暦( )年( )月( )日
8) 利用開始前の居場所(ショートステイは除く)	1 病院 2 有床診療所 3 介護老人保健施設・介護医療院 4 特別養護ホーム 5 自宅 6 その他の居住系サービス 7 その他
9) 受診の有無(2019年9月中または利用終了月)	1 訪問診療・往診を受けた 2 外来受診した 3 いずれもなし
10) 要介護度	①利用開始時 1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5
	②直近の認定 1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5
11) 認知症高齢者の日常生活自立度(直近又は死亡数日前)	1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明
12) 日常生活自立度(直近又は死亡数日前)	1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2 10 不明



19) 貴事業所の利用理由 (複数回答)	1 在宅(事業所内を含む)で看取りを含めた療養生活を支えるため 2 医療ニーズを持った退院直後の利用者の在宅復帰支援を支えるため 3 認知症の状態にある者で、医療ニーズが高くなった利用者に対応するため 4 利用者の状態が不安定等の理由により、柔軟に対応できる包括報酬でのサービス提供が適しているため 5 家族の介護負担・不安感にかんがみ、レスパイトも含め、柔軟に対応できる包括報酬でのサービス提供が適しているため 6 医療機関での入院や介護保険施設への入所ができなかったため 7 その他( )
→上記のうち、「もっとも近いもの」について、選択肢の番号で1つ記入してください	
加算の算定状況等についてお伺いします。(9月あるいは利用最終月)	
20) 特別管理加算の算定	1 有 2 無
21) 緊急時訪問看護加算の算定	1 有 2 無
22) 主治医の指示に基づくサービス	1 有 2 無
23) 特別訪問看護指示書発行の有無(※1)	1 有 ( ) 日間 注 最大28日間 2 無

※1 発行が前月でも9月あるいは利用最終月が対象期間となっている場合は「有」としてください。

#### IV. サービス利用の状況についてお伺いします。

**(対象者1と、対象者2で10月1日時点で利用継続中の場合はご回答ください)**

24) サービス利用実績(2019年9月の1月間)	
① 通いの回数 ※泊まりと連続しての滞在の場合でも、日中滞在した場合は通いとして計上してください	回
② 泊まりの回数	泊
③ 訪問(介護)回数	回
④ 看護小規模多機能型居宅介護の一環としての看護職による訪問(看護)回数	回
⑤ リハビリ職による訪問(看護)回数	回
⑥ 医療保険による訪問看護回数 ※貴事業所からの訪問	回
⑦ 医療保険による訪問看護回数 ※他事業所からの訪問	回
⑧ ②泊まりの回数が7泊以上の場合、泊まりの回数が増える理由について回答してください。 (複数回答) (泊まりの回数が7泊以上の場合のみ回答)	
1 介護のニーズが高く自宅での介護が困難 2 介護ニーズは高くないが介護できる人がいないため 3 医療処置が高度で介護者が担うことが難しいため(不慣れも含む) 4 退院後等で徐々に自宅での療養生活を送れるよう調整している時期のため 5 心身の状態が不安定で常時観察を必要とするため 6 看取り期のため 7 利用者本人・介護者から泊まりの要請が強いため 8 その他( )	

25) 貴事業所が9月中に提供したケアすべてに○をしてください(複数回答)	1 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	2 経鼻経管栄養
	3 中心静脈栄養	4 輸血
	5 カテーテル(尿道留置カテーテル・コンドームカテーテル)の管理	
	6 ストマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	7 喀痰吸引
	9 酸素療法(酸素吸入)	8 ネブライザー
	11 人工呼吸器の管理	10 気管切開のケア
	13 皮内、皮下及び筋肉内注射(インスリン注射を除く)	12 静脈内注射(点滴含む)
	14 簡易血糖測定	15 インスリン注射
	16 疼痛管理(麻薬なし)	17 疼痛管理(麻薬使用)
	18 服薬指導・管理	19 医師と連携した服薬調整
	20 創傷処置	21 褥瘡処置
	22 褥瘡予防のための介護用品の導入	23 浣腸
	24 摘便	25 排泄の援助(23,24 除く)
	26 導尿	27 口腔ケア
	28 身体機能維持を目的とした付き添いや見守り	
	29 経口栄養へ向けたリハビリテーション	30 肺理学療法
	31 四肢の自動運動及び関節可動域維持のリハビリテーション	
	32 その他のリハビリテーション	
	33 清拭浴・陰部洗浄(入浴除く)	34 入浴介助
	35 本人の精神的な状態の変化への対応	
	36 家族等への認知症の症状に合わせた関わり方の指導	
	37 家族等への介護に関する技術的な指導	
	38 在宅看取りへ向けた本人・家族との調整	
	39 ターミナルケア	40 睡眠のためのケア
	41 意欲向上や気分転換を促すケア	42 外出の支援
43 本人への療養指導	44 家屋の改善・療養環境整備の支援	
45 その他( )		

26) 通いサービスにおいてリハビリテーションを実施している場合：実施したものすべてに○を付けてください

	①看護職が実施	②リハビリ職が実施
1 機能回復訓練	1	1
2 基本的動作訓練	2	2
3 応用的動作訓練	3	3
4 社会適応練習	4	4
5 コミュニケーション訓練	5	5
6 自己訓練練習	6	6

注) 機能回復訓練：呼吸機能訓練、体力向上訓練、浮腫等の改善訓練、関節可動域訓練、筋力向上訓練、筋緊張緩和訓練、筋持久力向上訓練、運動機能改善訓練、痛みの緩和訓練、認知機能改善訓練、意欲の向上訓練、構音機能訓練、聴覚機能訓練、摂食嚥下機能訓練、言語機能訓練

基本的動作訓練：姿勢の保持訓練、起居・移乗動作訓練、歩行・移動訓練、階段昇降練習、公共交通機関利用練習

応用的動作訓練：一連の入浴行為練習、一連の整容行為練習、一連の排泄行為練習、一連の更衣行為練習、一連の食事行為練習、一連の調理行為練習、一連の洗濯行為練習、一連の掃除・整理整頓行為練習、家の手入れ練習、買物練習

社会適応練習：対人関係改善練習、余暇活動練習、仕事練習

27) 利用者への効果(直近3か月)(複数回答)	1 ADLの維持改善	2 社会性維持改善	3 IADLの向上
	4 生活習慣の維持	5 機能回復	6 記憶認知機能の改善向上
	7 BPSDの軽減適応	8 QOLの維持改善	9 その他( )

V. 6月から8月の間に病院または有床診療所を退院し、直後に利用を開始した場合について、お伺いします。

28) 10月1日時点でサービス利用を継続していますか	1 はい	2 いいえ		
29) 医療機関退院直後4週間のサービス利用の状況				
	退院後1週 (退院～退院後 6日)	退院後2週 (退院後7日～ 13日)	退院後3週 (退院後14 日～20日)	退院後4週 (退院後21日 ～27日)
①通いの回数 ※泊まりと連続しての滞在の場合でも、日中滞在した場合は通いとして計上してください	回	回	回	回
②泊まりの回数	泊	泊	泊	泊
③訪問(介護)回数	回	回	回	回
④看護小規模多機能型居宅介護の一環としての看護職による訪問(看護)回数	回	回	回	回
⑤リハビリ職による訪問(看護)回数	回	回	回	回
⑥医療保険による訪問看護回数 ※真事業所からの訪問	回	回	回	回
⑦医療保険による訪問看護回数 ※他事業所からの訪問	回	回	回	回
⑧ ②泊まりの回数の合計が7泊以上の場合、泊まりの回数が多くなる理由について回答してください。 (複数回答) (泊まりの回数が7泊以上の場合のみ回答)				
1 介護のニーズが高く自宅での介護が困難 2 介護ニーズは高くないが介護できる人がいないため 3 医療処置が高度で介護者が担うことが難しいため(不慣れも含む) 4 退院後等で徐々に自宅での療養生活が送れるよう調整している時期のため 5 心身の状態が不安定で常時観察を必要とするため 6 看取り期のため 7 利用者本人・介護者から泊まりの要請が強いため 8 その他( )				
退院直後に利用を開始した時の利用者の状態等について、お伺いします。				
30) 利用者の状態 受けていた医療的処置・ケア等 (真事業所とは別に提供・受けている医療的処置・ケアも含む) (複数回答)	1 点滴の管理 4 ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置 6 人工呼吸器 9 経鼻経管栄養・管理 11 持続モニター測定(重度の心機能障害、呼吸障害等) 12 褥瘡の処置 14 常時頻回の喀痰吸引 17 インスリン注射 20 心理的支援	2 中心静脈栄養 5 酸素療法 7 気管切開の処置 10 胃ろう・腸ろうからの栄養・管理 13 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテルなど) 15 創傷処置 18 導尿 21 服薬援助(点眼薬等を含む)	3 透析 8 疼痛の管理 16 浣腸・排便 19 精神症状の観察 22 いずれもなし	
31) 利用者の使用していた薬剤 (複数回答)	1 オピオイド 5 抗精神薬 9 狭心症治療薬 12 抗不整脈薬	2 免疫抑制剤 6 睡眠薬・抗不安薬 10 心不全治療薬 13 輸血	3 ステロイド 7 利尿剤 11 抗血栓薬 14 その他	4 抗がん剤 8 降圧薬
32) 利用者の症状 (複数回答)	1 疼痛 5 食思不振 9 呼吸苦 13 その他( )	2 易疲労 6 うつ 10 不眠	3 混迷 7 不安 11 便秘	4 摂食・嚥下障害 8 脱水 12 浮腫 14 いずれもなし

33) 貴事業所が退院直後の利用から4週の間 に提供したケアすべて に○をしてください (複数回答)	1 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	2 経鼻経管栄養
	3 中心静脈栄養	4 輸血
	5 カテーテル (尿道留置カテーテル・コンドームカテーテル) の管理	
	6 ストマ (人工肛門・人工膀胱) の管理	7 喀痰吸引
		8 ネブライザー
	9 酸素療法 (酸素吸入)	10 気管切開のケア
	11 人工呼吸器の管理	12 静脈内注射 (点滴含む)
	13 皮内、皮下及び筋肉内注射 (インスリン注射を除く)	
	14 簡易血糖測定	15 インスリン注射
	16 疼痛管理 (麻薬なし)	17 疼痛管理 (麻薬使用)
	18 服薬指導・管理	19 医師と連携した服薬調整
	20 創傷処置	21 褥瘡処置
	22 褥瘡予防のための介護用品の導入	23 浣腸
	24 摘便	25 排泄の援助 (23,24 除く)
	26 導尿	27 口腔ケア
	28 身体機能維持を目的とした付き添いや見守り	
	29 経口栄養へ向けたリハビリテーション	30 肺理学療法
	31 四肢の自動運動及び関節可動域維持のリハビリテーション	
	32 その他のリハビリテーション	
	33 清拭浴・陰部洗浄 (入浴除く)	34 入浴介助
	35 本人の精神的な状態の変化への対応	
	36 家族等への認知症の症状に合わせた関わり方の指導	
	37 家族等への介護に関する技術的な指導	
	38 在宅看取りへ向けた本人・家族との調整	
	39 ターミナルケア	40 睡眠のためのケア
41 意欲向上や気分転換を促すケア	42 外出の支援	
43 本人への療養指導	44 家屋の改善・療養環境整備の支援	
45 その他 ( )		

34) 通いサービスにおいてリハビリテーションを実施している場合: 実施したものすべてに○を付けてください

	①看護職が実施	②リハビリ職が実施
1 機能回復訓練	1	1
2 基本的動作訓練	2	2
3 応用的動作訓練	3	3
4 社会適応練習	4	4
5 コミュニケーション訓練	5	5
6 自己訓練練習	6	6

注) 機能回復訓練: 呼吸機能訓練、体力向上訓練、浮腫等の改善訓練、関節可動域訓練、筋力向上訓練、筋緊張緩和訓練、筋持久力向上訓練、運動機能改善訓練、痛みの緩和訓練、認知機能改善訓練、意欲の向上訓練、構音機能訓練、聴覚機能訓練、摂食嚥下機能訓練、言語機能訓練

基本的動作訓練: 姿勢の保持訓練、起居・移乗動作訓練、歩行・移動訓練、階段昇降練習、公共交通機関利用練習

応用的動作訓練: 一連の入浴行為練習、一連の整容行為練習、一連の排泄行為練習、一連の更衣行為練習、一連の食事を行為練習、一連の調理行為練習、一連の洗濯行為練習、一連の掃除・整理整頓行為練習、家の手入れ練習、買物練習

社会適応練習: 対人関係改善練習、余暇活動練習、仕事練習

35) 利用者への効果 (直近3か月) (複数回答)	1 ADL の維持改善	2 社会性維持改善	3 IADL の向上
	4 生活習慣の維持	5 機能回復	6 記憶認知機能の改善向上
	7 BPSD の軽減適応	8 QOL の維持改善	9 その他 ( )





## VI. 対象の利用者が6～9月中に死亡した場合にご回答ください。

39) 死因	1 がん 2 肺炎 3 心疾患 4 脳血管疾患 5 老衰 6 その他 ( )
40) 死亡場所の 本人の意向	1 自宅 2 貴事業所内 3 自宅または貴事業所内のいずれか (状況に応じて) 4 病院・有床診療所 5 その他 6 不明
41) 死亡日	西暦 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
42) 死亡診断した場所	1 自宅 2 貴事業所内 3 その他 ( )
43) 余命の見込みに関する説明の有無	1 有 2 無
44) ターミナル期であるかの主治医による訪問看護指示書への記載の有無	1 有 2 無
45) ターミナルケア加算・ターミナルケア療 養費の算定の有無	1 (介護保険) ターミナルケア加算の算定 2 (医療保険) ターミナルケア療養費の算定 3 無
「3 無」の場合： その理由	1 ターミナルケア体制の届出をしていない 2 死亡日前 14 日以内に 2 日以上ターミナルケアを実施していない 3 医療機関への搬送後 24 時間以上経過した後に死亡したため 4 利用者負担が高額になるため 5 他の事業所が算定したため 6 その他 ( )
46) 死亡前 1 か月間の訪問診療・往診または 外来受診の有無 (複数回答可)	1 訪問診療を利用した → 約 ( ) 回 主に訪問診療を行った場所 1 自宅 2 事業所 2 往診を利用した → 約 ( ) 回 主に往診を行った場所 1 自宅 2 事業所 3 外来受診した 約 ( ) 回 4 いずれも利用していない
47) 本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、利用者本人が 多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人によ る意思決定を基本に人生の最終段階における医療・ケアが行われましたか。	1 はい 2 どちらともいえない 3 いいえ
48) 47) を実践するうえでの困難な点はなんですか (複数回答)	1 利用者本人・家族等へ医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされていない 2 医療・ケアチームが形成できない 3 利用者本人・家族等と医療・ケアチームと十分な話し合いができない 4 事前に利用者本人や家族等が医療・ケア内容に関する方針の決定ができない 5 利用者本人の意思表示ができない状態であったり、家族等で本人に代わる者が明確でなかったり した 6 急激な状態変化による死亡 7 家族等が不安を抱き救急要請する 8 臨時で対応した医師が事前の話し合いの内容を把握していない 9 利用者本人よりも家族等の意思が尊重される 10 家族等と医療職・介護職との連携・調整が上手く図れていない 11 医療職と介護職の連携・調整が上手く図れていない 12 介護力、医療資源不足により自宅での看取りが困難 13 その他 ( )

注) 下記 49)については、対象者の抽出理由2に該当し、Vで回答した場合でも死亡日から起算しての回答をお願いします

49) 「死亡日」の前4週間のサービス利用の状況				
	前1週 (死亡日～死亡前6日)	前2週 (死亡前7日～13日)	前3週 (死亡前14日～20日)	前4週 (死亡前21日～27日)
① 通いの回数 ※泊まりと連続しての滞在の場合でも、日中滞在した場合は通いとして計上してください	回	回	回	回
② 泊まりの回数	泊	泊	泊	泊
③ 訪問（介護）回数	回	回	回	回
④ 看護小規模多機能型居宅介護の一環としての看護職による訪問（看護）回数	回	回	回	回
⑤ リハビリ職による訪問（看護）回数	回	回	回	回
⑥ 医療保険による訪問看護回数 ※貴事業所からの訪問	回	回	回	回
⑦ 医療保険による訪問看護回数 ※他事業所からの訪問	回	回	回	回
⑧ ②泊まりの回数の合計が7泊以上の場合、泊まりの回数が多くなる理由について回答してください。 (複数回答) (泊まりの回数が7泊以上の場合のみ回答)				
1 介護のニーズが高く自宅での介護が困難 2 介護ニーズは高くないが介護できる人がいないため 3 医療処置が高度で介護者が担うことが難しいため（不慣れも含む） 4 退院後等で徐々に自宅での療養生活が送れるよう調整している時期のため 5 心身の状態が不安定で常時観察を必要とするため 6 看取り期のため 7 利用者本人・介護者から泊まりの要請が強いため 8 その他（ ）				
50) 貴事業所が死亡までの4週間に提供したケアすべてに○をしてください (複数回答)	1 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 2 経鼻経管栄養 3 中心静脈栄養 4 輸血 5 カテーテル（尿道留置カテーテル・コンドームカテーテル）の管理 6 ストマ（人工肛門・人工膀胱）の管理 7 喀痰吸引 8 ネブライザー 9 酸素療法（酸素吸入） 10 気管切開のケア 11 人工呼吸器の管理 12 静脈内注射（点滴含む） 13 皮内、皮下及び筋肉内注射（インスリン注射を除く） 14 簡易血糖測定 15 インスリン注射 16 疼痛管理（麻薬なし） 17 疼痛管理（麻薬使用） 18 服薬指導・管理 19 医師と連携した服薬調整 20 創傷処置 21 褥瘡処置 22 褥瘡予防のための介護用品の導入 23 浣腸 24 摘便 25 排泄の援助（23,24 除く） 26 導尿 27 口腔ケア 28 身体機能維持を目的とした付き添いや見守り 29 経口栄養へ向けたリハビリテーション 30 肺理学療法 31 四肢の自動運動及び関節可動域維持のリハビリテーション 32 その他のリハビリテーション			

33	清拭浴・陰部洗浄（入浴除く）	34	入浴介助
35	本人の精神的な状態の変化への対応		
36	家族等への認知症の症状に合わせた関わり方の指導		
37	家族等への介護に関する技術的な指導		
38	在宅看取りへ向けた本人・家族との調整		
39	ターミナルケア	40	睡眠のためのケア
41	意欲向上や気分転換を促すケア	42	外出の支援
43	本人への療養指導	44	家屋の改善・療養環境整備の支援
45	その他（		）

質問は以上で終わりです。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。

福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究の調査検討組織  
設置要綱

### 1. 設置目的

株式会社三菱総合研究所は、福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究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「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究の調査検討組織」（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、藤井賢一郎を委員長とし、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、株式会社三菱総合研究所が行う。
- (2) 前号に定めるものの他、本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。

福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究の調査検討組織 委員等

委員長	藤井 賢一郎（上智大学総合人間科学部社会福祉学科 准教授）
副委員長	近藤 和泉（国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 健康長寿支援ロボットセンター センター長）
委員	伊藤 広成（一般社団法人日本福祉用具供給協会 事務局次長）
委員	稲葉 秀満（武蔵野市健康福祉部高齢者支援課 課長級）
委員	久留 善武（一般社団法人シルバーサービス振興会 事務局長）
委員	五島 清国（公益財団法人テクノエイド協会 企画部長）
委員	東 祐二（一般社団法人日本作業療法士協会 福祉用具制度対策部長）
委員	東畠 弘子（国際医療福祉大学大学院 教授）
委員	牧野 和子（一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長）

（敬称略、50音順）

### 【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局高齢者支援課課長補佐 畑 憲一郎

## 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

### 1. 調査目的

福祉用具については、平成 30 年 10 月から、商品ごとの全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限を設け、適正な貸与価格の確保を図ってきたところ。

全国平均貸与価格の公表・貸与価格の上限設定は、施行後の実態も踏まえつつ、概ね 1 年に 1 度の頻度で見直しを行うこととしていたが、平成 30 年度介護報酬改定検証・研究事業（福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業）の結果や第 170 回社会保障審議会介護給付費分科会（平成 31 年 4 月 10 日）における議論を踏まえ、今年度は見直しを行わず、令和元年 10 月に予定されている消費税増税に伴う全国平均貸与価格・貸与価格の上限の引き上げ及び新商品に係る全国平均貸与価格の公表・貸与価格の上限設定のみを行うこととし、今後の見直しについては、継続的に貸与価格や経営への影響等について調査を実施し、必要な検討を行っていくこととした。

このため、本事業においては、引き続き貸与価格や福祉用具貸与事業所の経営の動向について調査するとともに、次年度以降の施行に向けた検討課題を抽出する。

### 2. 調査概要

介護保険総合データベースを用いた介護レセプト等情報の集計により、制度施行前後の貸与価格の変化、貸与価格総額の削減率等を把握する。

福祉用具貸与事業所・介護支援専門員へのアンケート調査及び、福祉用具貸与事業所・レンタル卸事業所へのヒアリング調査を通じて、制度施行後の事業所の対応や経営への影響、利用者に対するサービスへの影響等について把握する。

### 3. 介護総合 DB 分析

#### （1）分析対象

介護保険総合データベースに登録される（されている）福祉用具貸与（介護予防を含む）の請求全データのうち、以下のデータを分析する。

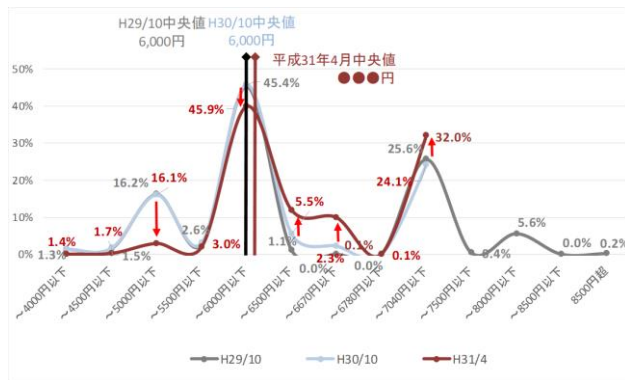
- ・平成 29 年 10 月貸与分（上限価格の公表前・施行前）
- ・平成 30 年 10 月貸与分（上限価格の公表後・施行後）
- ・平成 31 年 4 月貸与分（上限価格の公表後・施行後）
- ・令和元年 9 月貸与分（上限価格の公表後・施行後）

※令和元年 10 月に消費税増税に伴い福祉用具貸与価格の上限が変更となるため、令和元年 9 月貸与分を分析

## (2) 分析方針

### ① 貸与価格の分布

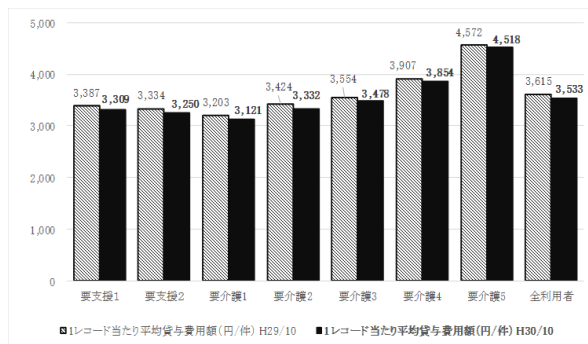
平成 29 年 10 月、平成 30 年 10 月、平成 31 年 4 月貸与分について、貸与価格の分布を把握する。さらに、平成 30 年 11 月から新規に貸与された品目の貸与価格の分布を把握する。



※分析イメージ

### ② 利用者一人当たりの価格

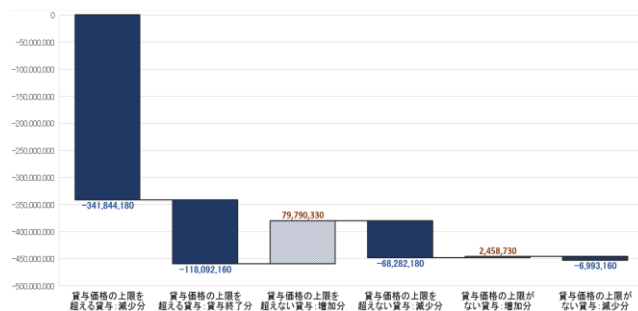
平成 29 年 10 月から要介護度に変化のない利用者について、1レコードあたりの貸与額の変化を要介護度別に把握する。また、平成 30 年 10 月以前から貸与している利用者と、平成 30 年 11 月以降に貸与を開始した利用者の貸与価格を把握する。



※参考：昨年度結果

### ③ 事業所別商品別貸与額の変化

事業所別商品別に貸与価格の変化を把握し、福祉用具貸与総額に与える影響を分析する。

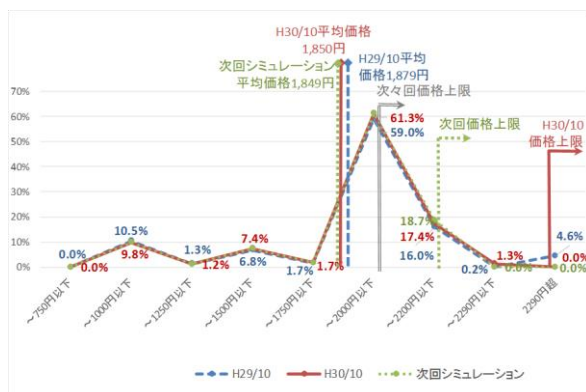


※参考：昨年度結果



④ 新規に貸与価格の上限が設定される商品の分析

令和元年 10 月に貸与価格の上限が設定される商品について、貸与価格の分布状況の把握及び、貸与価格の上限を設定した際のシミュレーションを実施する。



※参考：昨年度結果

⑤ 貸与価格の上限シミュレーション

平成 31 年 4 月貸与分のデータを用いて、複数回のシミュレーションを行うことで貸与価格の上限の変化を確認し、財政効果や貸与価格の上限を超える事業者割合及び利用者割合を把握する。

	平均値	中央値	標準偏差	価格の上限	上限を超える事業者の割合	上限を超える利用者の割合
H29/10	6,000	6,000	938	—	〇〇%	〇〇%
H30/10	5,980	6,000	739	7,040	〇〇%	〇〇%
H31/4	6,000	6,030	700			
次回	6,000	6,030	676	6,780	〇〇%	〇〇%
次々回	6,000	6,030	660	6,660	〇〇%	〇〇%
3回目	6,000	6,030	650	6,650	〇〇%	〇〇%
4回目	6,000	6,030	650	6,650	〇〇%	〇〇%
5回目	6,000	6,030	650	6,650	〇〇%	〇〇%

※分析イメージ

4. アンケート調査

(1) 事業所票

① 調査客体

福祉用具貸与事業所 7,024 事業所【悉皆】

② 主な調査項目

基本情報、貸与実績、貸与価格の上限設定に伴う対応（価格設定、取扱商品、発注先、調達先、利用者宅への訪問の方針等）の変化、再度貸与価格の上限設定が行われる場合に想定される変化、仕入れ価格や経営への影響 等

(2) 利用者票

① 調査客体

平成 29 年 10 月貸与分において貸与価格の上限を超えており、かつ、介護支援専門員の変更がない利用者を抽出し、当該利用者を担当する福祉用具専門相談員と介護支援専門員について行う。回答数は事業所における貸与価格の上限を超えた利用者数に応じて配布（1 名～最大 4 名）とし、調査対象は生年月日を用いて無作為に抽出する。

② 主な調査項目

基本情報、貸与商品、利用者が受けているサービス、貸与価格の上限設定による価格変更に伴う利用者の納得度、貸与価格の上限設定による価格変更に伴う負担感 等

5. ヒアリング調査

(1) 調査対象

福祉用具貸与事業所（事業所規模別に抽出、3 事業所程度）  
レンタル卸事業所（2 事業所程度）

(2) 主な調査項目

① 福祉用具貸与事業所

福祉用具貸与価格の上限設定に伴うサービス内容の変化、経営への影響、仕入れ価格の影響、介護支援専門員・利用者の反応、再度貸与価格の上限設定が行われる場合の今後想定される対応、貸与価格の地域差への対応 等

② レンタル卸事業所

業務概要、福祉用具貸与価格の上限設定に伴う経営への影響、福祉用具貸与事業所との交渉の有無・実態、再度貸与価格の上限設定が行われる場合に今後想定される対応、貸与価格の地域差への対応 等

以上

## 「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査」 【事業所票（案）】

## ■ご記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は福祉用具貸与事業所の管理者の方（事業所全体の方針や経営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9月1日（木）現在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、同封の「記載要領」をご確認ください。
- ・ 令和元年\*\*月\*\*日（\*）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

「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業」事務局

電話：\*\*-\*\*-\*\*（平日10:00～17:00）

◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎

FAX:\*\*

E-mail：\*\*

〒\*\* \*\*

## 問1 基本情報

(1) 開設年	(西暦) <input type="text"/> 年 <input type="text"/>
(2) 事業内容	<p>以下、いずれかひとつに✓を入れてください。</p> <p><input type="radio"/> ① 福祉用具貸与・販売を専門に行っている</p> <p><input type="radio"/> ② 他の事業と兼業で福祉用具・販売を行っている</p> <p>↓</p> <p>②の場合</p> <p>ア 他の事業について（当てはまるもの全てに☑を入れてください）</p> <p><input type="checkbox"/> ① 介護・医療サービスの提供</p> <p><input type="checkbox"/> ② 介護・医療サービス以外の一般のサービス・販売等</p> <p><input type="checkbox"/> ③ その他</p> <p>イ 事業所における事業活動収入（収益）全体に占める福祉用具貸与・販売の割合（令和元年9月分）</p> <p>約 <input type="text"/> 割</p>

問2 法人が提供サービス・併設サービス

(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。

(1) 法人が 提供	(2) 事業所に 併設		(1) 法人が 提供	(2) 事業所に 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"/>	20 介護老人福祉施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 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"/>	22 介護療養型医療施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 介護医療院
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 通所介護	<医療サービス>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 通所リハビリ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 病院
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 短期入所生活介護、療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 診療所
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 特定施設入居者生活介護	<その他>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 居宅介護支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26 サービス付き高齢者向け住宅
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 福祉用具販売(特定福祉用具)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27 有料老人ホーム
<地域密着型サービス>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 養護老人ホーム
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29 軽費老人ホーム（ケアハウス、A、B）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30 旧高齢者専用賃貸住宅
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31 地域包括支援センター
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32 住宅改修
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 認知症対応型共同生活介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33 特になし
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 看護小規模多機能型居宅介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 地域密着型通所介護			

問3 職員体制

(1) 職員数	(1)常勤	(2)非常勤	(3)常勤換算数	
職員の総数	人	人	人	
うち、福祉用具専門相談員	人	人	人	

問4 貸与実績（※令和元年9月1日時点）

(1)貸与商品数、(2)貸与件数について記載してください。 ※実績がない場合は0を記入してください。

	(1)貸与商品数		(2)貸与件数	
	合計	うち、レンタル卸	合計	うち、レンタル卸
車いす	商品	商品	件	件
車いす付属品	商品	商品	件	件
特殊寝台	商品	商品	件	件
特殊寝台付属品	商品	商品	件	件
床ずれ防止用具	商品	商品	件	件
体位変換器	商品	商品	件	件
手すり	商品	商品	件	件
スロープ	商品	商品	件	件
歩行器	商品	商品	件	件
歩行補助杖	商品	商品	件	件
認知症老人徘徊感知機器	商品	商品	件	件
移動用リフト	商品	商品	件	件
自動排泄処理装置	商品	商品	件	件

問5 貸与価格の上限設定に伴う対応の変化

1 貸与価格の上限設定に伴い、平成30年11月以降に事業所としてどのような対応をしましたか。

(1) 貸与価格の上限設定に伴う、貸与価格の見直し（ひとつに✓）

① 貸与価格を上げた商品が多い

② 貸与価格を下げた商品が多い

③ 貸与価格を上げた商品と下げた商品が同程度ある

④ 特に変更はない → (2)に進んでください

ア 上記①～③の場合、貸与価格の変更にあたり考慮した点（当てはまるもの全てに✓）

<input type="checkbox"/> ① 仕入（購入）価格を考慮して変更した	<input type="checkbox"/> ② レンタル卸の価格を考慮して変更した
<input type="checkbox"/> ③ アセスメントに係る経費を考慮して変更した	<input type="checkbox"/> ④ フィットングに係る経費を考慮して変更した
<input type="checkbox"/> ⑤ モニタリングに係る経費を考慮して変更した	<input type="checkbox"/> ⑥ 搬入出に係る経費を考慮して変更した
<input type="checkbox"/> ⑦ メンテナンスに係る経費を考慮して変更した	<input type="checkbox"/> ⑧ 消毒に係る経費を考慮して変更した
<input type="checkbox"/> ⑨ その他経費を考慮して変更した	<input type="checkbox"/> ⑩ 利用者負担に考慮して変更した
<input type="checkbox"/> ⑪ 当該事業における全ての商品の貸与価格を考慮して変更した	<input type="checkbox"/> ⑫ 地域における相場を考慮して変更した
<input type="checkbox"/> ⑬ 全国平均貸与価格を考慮して変更した	<input type="checkbox"/> ⑭ 貸与価格の上限を考慮して変更した
<input type="checkbox"/> ⑮ その他の要素を考慮して変更した	

(2) 商品の調達(自社購入)

ア 貸与価格の上限設定に伴う、 調達先の変更等 (当てはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> ① 調達先を変更した
	<input type="checkbox"/> ② 商品によって調達先を変更した
	<input type="checkbox"/> ③ 新たな調達先を追加した
	<input type="checkbox"/> ④ 調達先を減らした
	<input type="checkbox"/> ⑤ 自社購入を辞めた(在庫商品のみで対応)
	<input type="checkbox"/> ⑥ 自社購入を辞めた (在庫商品とレンタル卸を併用)
	<input type="checkbox"/> ⑦ 自社購入を辞めた(レンタル卸のみで対応)
	<input type="checkbox"/> ⑧ 以前から自社購入はしていない (レンタル卸のみで対応)
	<input type="checkbox"/> ⑨ 特に変更はない
	<input type="checkbox"/> ⑩ その他 ( )
イ 貸与価格の上限設定に伴う、 調達価格対応 (当てはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> ① 調達先に対し値下げ交渉を実施した
	<input type="checkbox"/> ② 一括購入等により価格を抑えるようにした
	<input type="checkbox"/> ③ 特に実施していない
	<input type="checkbox"/> ④ その他 ( )
ウ 貸与価格の上限設定に伴う、 取り扱い商品の調整 (当てはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> ① 取扱商品を絞った(やめた商品がある)
	<input type="checkbox"/> ② 取扱商品を増やした
	<input type="checkbox"/> ③ 保険対象外商品を増やした
	<input type="checkbox"/> ④ 保険対象外商品を減らした
	<input type="checkbox"/> ⑤ 変更はない
	<input type="checkbox"/> ⑥ その他 ( )

(3) 商品の調達(レンタル卸の利用)

ア 貸与価格の上限設定に伴う、 発注先の変更等 (当てはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> ① 発注先を変更した
	<input type="checkbox"/> ② 商品によって発注先を変更した
	<input type="checkbox"/> ③ 新たな発注先を追加した
	<input type="checkbox"/> ④ 発注先を減らした
	<input type="checkbox"/> ⑤ レンタル卸での対応を辞めた (全て自社購入の商品で対応)
	<input type="checkbox"/> ⑥ 以前からレンタル卸を使用していない (全て自社購入の商品で対応)
	<input type="checkbox"/> ⑦ 特に変更はない
	<input type="checkbox"/> ⑧ その他 ( )
イ 貸与価格の上限設定に伴う、 価格対応 (当てはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> ① 値下げ交渉を実施した
	<input type="checkbox"/> ② 特に実施していない
	<input type="checkbox"/> ③ その他 ( )
ウ 貸与価格の上限設定に伴う、 取り扱い商品の調整 (当てはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> ① 取扱商品を絞った(やめた商品がある)
	<input type="checkbox"/> ② 取扱商品を増やした
	<input type="checkbox"/> ③ 保険対象外商品を増やした
	<input type="checkbox"/> ④ 保険対象外商品を減らした
	<input type="checkbox"/> ⑤ 変更はない
	<input type="checkbox"/> ⑥ その他 ( )

(4) 利用者宅への訪問の方針	
ア 貸与価格の上限設定に伴う、 貸与前（入院時等）の相談 （ひとつに✓）	<input type="radio"/> ① 簡素化した
	<input type="radio"/> ② 手厚くした
	<input type="radio"/> ③ 特に変更はない
イ 貸与価格の上限設定に伴う、 アセスメントの実施方法等 （ひとつに✓）	<input type="radio"/> ① 簡素化した
	<input type="radio"/> ② 手厚くした
	<input type="radio"/> ③ 特に変更はない
ウ 貸与価格の上限設定に伴う、 モニタリング頻度の変更等 （ひとつに✓）	<input type="radio"/> ① 訪問回数を増やした      ●→      平均（      ）回/年増やした
	<input type="radio"/> ② 訪問回数を減らした      ●→      平均（      ）回/年減らした
	<input type="radio"/> ③ 特に変更はない
エ 貸与価格の上限設定に伴う、 メンテナンス頻度の変更等 （ひとつに✓）	<input type="radio"/> ① 訪問回数を増やした      ●→      平均（      ）回/年増やした
	<input type="radio"/> ② 訪問回数を減らした      ●→      平均（      ）回/年減らした
	<input type="radio"/> ③ 特に変更はない
(5) 介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携	
ア 貸与価格の上限設定に伴う、 福祉用具貸与計画交付等に関する 訪問回数の変更（ひとつに✓）	<input type="radio"/> ① 訪問回数を増やした
	<input type="radio"/> ② 訪問回数を減らした
	<input type="radio"/> ③ 特に変更はない
イ 貸与価格の上限設定に伴う、 その他の訪問回数の変更 （ひとつに✓）	<input type="radio"/> ① 訪問回数を増やした
	<input type="radio"/> ② 訪問回数を減らした
	<input type="radio"/> ③ 特に変更はない

<b>問6 再度貸与価格の上限設定が行われる場合に想定される変化</b>	
再度貸与価格の上限設定がされた場合、事業所として今後どのような対応をすることが想定されますか。	
(1) 取り扱い商品の増減 （ひとつに✓）	<input type="radio"/> ① 取扱い商品を拡大する
	<input type="radio"/> ② 取扱い商品を縮小する
	<input type="radio"/> ③ 特に変更することはない
	<input type="radio"/> ④ わからない
(2) 利用者宅への訪問	
ア 貸与前（入院時等）の相談 （ひとつに✓）	<input type="radio"/> ① 簡素化する
	<input type="radio"/> ② 手厚くする
	<input type="radio"/> ③ 特に変更はない
イ アセスメントの実施方法等 （ひとつに✓）	<input type="radio"/> ① 簡素化する
	<input type="radio"/> ② 手厚くする
	<input type="radio"/> ③ 特に変更はない
ア モニタリングの頻度 （ひとつに✓）	<input type="radio"/> ① 訪問回数を増やす
	<input type="radio"/> ② 訪問回数を減らす
	<input type="radio"/> ③ 特に変更しない
	<input type="radio"/> ④ わからない
イ メンテナンスの頻度 （ひとつに✓）	<input type="radio"/> ① 訪問回数を増やす
	<input type="radio"/> ② 訪問回数を減らす
	<input type="radio"/> ③ 特に変更しない
	<input type="radio"/> ④ わからない



問7 仕入れ価格への影響 (※令和元年9月1日時点)

1 取り扱い商品の状況

(1) 自社購入の仕入れ有無 (いずれかひとつに✓を入れてください)

<input type="radio"/>	① あり	●→ 利用社数	社
<input type="radio"/>	② なし	●→ 3へ進んでください	

2 自社購入の仕入れ価格(単価)の変化の状況 ※平成30年10月との比較

(1) 車いす (ひとつに✓)	<input type="radio"/>	① 仕入れ価格が上がったものが多い	<input type="radio"/>	② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/>	③ 仕入れ価格が下がったものが多い	<input type="radio"/>	④ わからない
(2) 車いす付属品 (クッション又はパッド) (ひとつに✓)	<input type="radio"/>	① 仕入れ価格が上がったものが多い	<input type="radio"/>	② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/>	③ 仕入れ価格が下がったものが多い	<input type="radio"/>	④ わからない
(3) 特殊寝台 (ひとつに✓)	<input type="radio"/>	① 仕入れ価格が上がったものが多い	<input type="radio"/>	② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/>	③ 仕入れ価格が下がったものが多い	<input type="radio"/>	④ わからない
(4) 特殊寝台付属品 (マットレス) (ひとつに✓)	<input type="radio"/>	① 仕入れ価格が上がったものが多い	<input type="radio"/>	② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/>	③ 仕入れ価格が下がったものが多い	<input type="radio"/>	④ わからない
(5) 床ずれ防止用具 (ひとつに✓)	<input type="radio"/>	① 仕入れ価格が上がったものが多い	<input type="radio"/>	② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/>	③ 仕入れ価格が下がったものが多い	<input type="radio"/>	④ わからない
(6) 体位変換器 (ひとつに✓)	<input type="radio"/>	① 仕入れ価格が上がったものが多い	<input type="radio"/>	② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/>	③ 仕入れ価格が下がったものが多い	<input type="radio"/>	④ わからない
(7) 手すり (ひとつに✓)	<input type="radio"/>	① 仕入れ価格が上がったものが多い	<input type="radio"/>	② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/>	③ 仕入れ価格が下がったものが多い	<input type="radio"/>	④ わからない
(8) スロープ (ひとつに✓)	<input type="radio"/>	① 仕入れ価格が上がったものが多い	<input type="radio"/>	② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/>	③ 仕入れ価格が下がったものが多い	<input type="radio"/>	④ わからない
(9) 歩行器 (ひとつに✓)	<input type="radio"/>	① 仕入れ価格が上がったものが多い	<input type="radio"/>	② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/>	③ 仕入れ価格が下がったものが多い	<input type="radio"/>	④ わからない
(10) 歩行補助杖 (ひとつに✓)	<input type="radio"/>	① 仕入れ価格が上がったものが多い	<input type="radio"/>	② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/>	③ 仕入れ価格が下がったものが多い	<input type="radio"/>	④ わからない
(11) 認知症老人徘徊感 知機器(ひとつに✓)	<input type="radio"/>	① 仕入れ価格が上がったものが多い	<input type="radio"/>	② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/>	③ 仕入れ価格が下がったものが多い	<input type="radio"/>	④ わからない
(12) 移動用リフト (ひとつに✓)	<input type="radio"/>	① 仕入れ価格が上がったものが多い	<input type="radio"/>	② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/>	③ 仕入れ価格が下がったものが多い	<input type="radio"/>	④ わからない
(13) 自動排泄処理装置 (ひとつに✓)	<input type="radio"/>	① 仕入れ価格が上がったものが多い	<input type="radio"/>	② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/>	③ 仕入れ価格が下がったものが多い	<input type="radio"/>	④ わからない

3 レンタル卸の利用の有無（いずれかひとつに✓を入れてください）

<input type="radio"/> ① あり	● → 利用社数	社
<input type="radio"/> ② なし	● → 問8へ進んでください	

4 レンタル卸価格(単価)の変化の状況 ※平成30年10月との比較

(1) 車いす (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① レンタル卸価格が上がったものが多い	<input type="radio"/> ② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/> ③ レンタル卸価格が下がったものが多い	<input type="radio"/> ④ わからない
(2) 車いす付属品 (クッション又はパッド) (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① レンタル卸価格が上がったものが多い	<input type="radio"/> ② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/> ③ レンタル卸価格が下がったものが多い	<input type="radio"/> ④ わからない
(3) 特殊寝台 (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① レンタル卸価格が上がったものが多い	<input type="radio"/> ② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/> ③ レンタル卸価格が下がったものが多い	<input type="radio"/> ④ わからない
(4) 特殊寝台付属品 (マットレス) (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① レンタル卸価格が上がったものが多い	<input type="radio"/> ② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/> ③ レンタル卸価格が下がったものが多い	<input type="radio"/> ④ わからない
(5) 床ずれ防止用具 (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① レンタル卸価格が上がったものが多い	<input type="radio"/> ② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/> ③ レンタル卸価格が下がったものが多い	<input type="radio"/> ④ わからない
(6) 体位変換器 (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① レンタル卸価格が上がったものが多い	<input type="radio"/> ② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/> ③ レンタル卸価格が下がったものが多い	<input type="radio"/> ④ わからない
(7) 手すり (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① レンタル卸価格が上がったものが多い	<input type="radio"/> ② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/> ③ レンタル卸価格が下がったものが多い	<input type="radio"/> ④ わからない
(8) スロープ (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① レンタル卸価格が上がったものが多い	<input type="radio"/> ② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/> ③ レンタル卸価格が下がったものが多い	<input type="radio"/> ④ わからない
(9) 歩行器 (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① レンタル卸価格が上がったものが多い	<input type="radio"/> ② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/> ③ レンタル卸価格が下がったものが多い	<input type="radio"/> ④ わからない
(10) 歩行補助杖 (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① レンタル卸価格が上がったものが多い	<input type="radio"/> ② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/> ③ レンタル卸価格が下がったものが多い	<input type="radio"/> ④ わからない
(11) 認知症老人徘徊感 知機器(ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① レンタル卸価格が上がったものが多い	<input type="radio"/> ② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/> ③ レンタル卸価格が下がったものが多い	<input type="radio"/> ④ わからない
(12) 移動用リフト (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① レンタル卸価格が上がったものが多い	<input type="radio"/> ② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/> ③ レンタル卸価格が下がったものが多い	<input type="radio"/> ④ わからない
(13) 自動排泄処理装置 (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① レンタル卸価格が上がったものが多い	<input type="radio"/> ② ほとんど変わらない
	<input type="radio"/> ③ レンタル卸価格が下がったものが多い	<input type="radio"/> ④ わからない

問8 経営への影響

会社全体の費用を事業所・事業ごとに按分することができますか。  ① できる  ② できない

事業所・事業ごとに按分できる場合、平成29年度、平成30年度の福祉用具貸与に係る収益・費用について、回答してください。

※計上しない場合は0を記入してください。

	平成29年度福祉用具貸与分	平成30年度福祉用具貸与分
(1) 介護保険請求額	,000 円	,000 円
(2) 人件費	,000 円	,000 円
(3) 非減価償却仕入れ価格	,000 円	,000 円
(4) レンタル卸への支払い額	,000 円	,000 円
(5) 減価償却費	,000 円	,000 円
(6) その他費用（本部費や販売管理費等）	,000 円	,000 円
(7) 営業利益	,000 円	,000 円

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。

## 「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査」【利用者票（案）】

### ■ご記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は福祉用具貸与サービスにおいて、問1・問2については、調査対象の利用者を担当している福祉用具貸与事業所の方が記入し、調査対象の利用者を担当している介護支援専門員の方にお渡しください。  
問3以降は調査対象の利用者を担当している介護支援専門員の方が記入し、ご返送ください。
- ・ 調査対象の利用者の選定方法については、同封の「記載要領」をご参照ください。  
選択肢や表の中に「○」や「□」があるものには、✓をつけてください。（○はいずれかひとつ、□は複数選択可）
- ・ 上記以外の箇所は、具体的に言葉や数字をご記入ください。
- ・ 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、同封の「記載要領」をご確認ください。
- ・ 令和元年\*月\*日（\*）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

「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業」事務局

電話：\*\*-\*\*-\*\*（平日10:00～17:00）

◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎

FAX：\*\*

E-mail：\*\*

〒\*\* \*\*

問1・問2は福祉用具貸与事業所の方がご回答ください。

問1 利用者の基本情報		※令和元年9月1日（木）時点			
(1) 性別	<input type="radio"/> ① 男性	<input type="radio"/> ② 女性	(2) 年齢	満	歳
(3) 同居家族の有無	<input type="radio"/> ① 有	<input type="radio"/> ② 無			
(4) サービス利用開始時期	西暦		年		
(5) 要介護度	<input type="radio"/> ① 要支援1	<input type="radio"/> ② 要支援2	<input type="radio"/> ③ 要介護1	<input type="radio"/> ④ 要介護2	
	<input type="radio"/> ⑤ 要介護3	<input type="radio"/> ⑥ 要介護4	<input type="radio"/> ⑦ 要介護5	<input type="radio"/> ⑧区分申請変更中など	
(6) 自己負担割合	<input type="radio"/> ① 1割負担	<input type="radio"/> ② 2割負担	<input type="radio"/> ③ 3割負担	<input type="radio"/> ④ 負担なし	

問2 利用者が貸与している商品

利用者が貸与している商品をご回答ください。令和元年9月の貸与商品に変更がない場合は、「変更なし」欄にチェックを入れ、令和元年9月(1)~(4)の欄はご記入不要です。

平成30年10月					令和元年9月				
	(1)商品コード (TAISコード 又は届出コード)	(2)種目	(3)数量	(4)単位数	変更 なし	(1)商品コード (TAISコード 又は届出コード)	(2)種目	(3)数量	(4)単位数
1				単位	<input type="checkbox"/>				単位
2				単位	<input type="checkbox"/>				単位
3				単位	<input type="checkbox"/>				単位
4				単位	<input type="checkbox"/>				単位
5				単位	<input type="checkbox"/>				単位
6				単位	<input type="checkbox"/>				単位
7				単位	<input type="checkbox"/>				単位
8				単位	<input type="checkbox"/>				単位
9				単位	<input type="checkbox"/>				単位
10				単位	<input type="checkbox"/>				単位

【種目の番号】

1：車いす	4：特殊寝台付属品	7：手すり	10：歩行補助杖	13：自動排泄処理装置
2：車いす付属品	5：床ずれ防止用具	8：スロープ	11：認知症老人徘徊感知機器	
3：特殊寝台	6：体位変換器	9：歩行器	12：移動用リフト	

問3以降は介護支援専門員の方がご回答ください。

問3 利用者の基本情報				
(1) 障害高齢者の 日常生活自立度	<input type="radio"/> ① 自立	<input type="radio"/> ② J1	<input type="radio"/> ③ J2	<input type="radio"/> ④ A1
	<input type="radio"/> ⑤ A2	<input type="radio"/> ⑥ B1	<input type="radio"/> ⑦ B2	<input type="radio"/> ⑧ C1
	<input type="radio"/> ⑨ C2	<input type="radio"/> ⑩ 不明		
(2) 認知症高齢者の 日常生活自立度	<input type="radio"/> ① 自立	<input type="radio"/> ② I	<input type="radio"/> ③ II a	<input type="radio"/> ④ II b
	<input type="radio"/> ⑤ III a	<input type="radio"/> ⑥ III b	<input type="radio"/> ⑦ IV	<input type="radio"/> ⑧ M
	<input type="radio"/> ⑨ 不明			

問4 利用者が受けているサービス	
(1) ケアプランや状態像の大きな変更(平成30年から令和元年まで) ケアプランや状態像の大きな変更はありましたか。	
<input type="radio"/> ① あった → 問4へ進んでください	<input type="radio"/> ② なかった
(2) 内容の見直し ← 貸与価格の変更等によって福祉用具貸与以外のサービスの内容の見直しはありましたか。	
<input type="radio"/> ① あった	<input type="radio"/> ② なかった
(3) 回数の見直し 貸与価格の変更等によって福祉用具貸与以外のサービスの回数の見直しはありましたか。	
<input type="radio"/> ① あった	<input type="radio"/> ② なかった
<b>(2)または(3)で「①あつた」と回答された方は(4)をご回答ください。</b>	
(4) 介護費用総単位数 平成30年10月・令和元年9月の介護費用総単位数をご回答ください。	
平成30年10月	令和元年9月
単位	単位

問5 利用者について	
(1) 利用者の納得度 貸与価格の上限設定に伴う貸与価格の変更等について、利用者の納得度をご回答ください。	
<input type="radio"/> ① 納得いただけた	<input type="radio"/> ② 概ね納得いただけた
<input type="radio"/> ③ 納得いただけなかった	<input type="radio"/> ④ わからない
(2) 利用者宅への訪問頻度 貸与価格変更後の、貸与事業者の利用者宅への訪問頻度についてご回答ください。	
<input type="radio"/> ① 増えた	<input type="radio"/> ② 変わらない
<input type="radio"/> ③ 減った	<input type="radio"/> ④ わからない
(3) 利用者からの問い合わせ 貸与価格が上限を超えていたことについて、利用者から問い合わせはありましたか。	
<input type="radio"/> ① あつた	<input type="radio"/> ② なかった

問6 福祉用具貸与サービス全般について

(1) 貸与価格の上限設定が毎年見直されることによる負担感

貸与価格の上限が毎年見直されることによるご自身の負担感をご回答ください。

	とてもある	ややある	あまりない	ない
ケアプランの見直し	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
利用者・家族への説明	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
貸与価格の確認等の事務作業	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(2) 貸与価格の傾向

貸与価格の上限設定に伴う貸与価格の傾向についてご回答ください。

<input type="radio"/> ① 地域全体で価格の値下げが行われている	<input type="radio"/> ② 地域全体で価格の値上げが行われている
<input type="radio"/> ③ 品目によって価格の見直し(値上げ、値下げ)が行われている	<input type="radio"/> ④ わからない

(3) 貸与価格の上限設定に伴う、福祉用具貸与事業所の変更

貸与価格の上限設定に伴い、貸与事業所の変更はありましたか。

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

(4) 「①あった」場合

貸与事業所を変更した際のご自身の方針をご回答ください。

<input type="checkbox"/> ① より価格の安い貸与事業所を選定している	<input type="checkbox"/> ② 品目によって貸与事業所を変えている
<input type="checkbox"/> ③ サービスの質を重視して貸与事業所を選定している	<input type="checkbox"/> ④ 貸与事業所の営業地域を勘案して、選定している。
<input type="checkbox"/> ⑤ 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。

## 厚生労働省

## 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービス提供状況に関する調査研究事業」

## 調査検討委員会 設置要綱

## 1. 設置目的

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所は定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービス提供状況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、以下のとおり定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービス提供状況に関する調査研究事業の調査検討委員会（以下、「調査検討委員会」という。）を設置する。

## 2. 実施体制

- (1) 本調査検討委員会は、井上 由起子氏を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が必要と認めるときは、本調査検討委員会において、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、株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所が行う。
- (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、本調査検討委員会が定める。

## 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービス提供状況に関する調査研究事業」

## 調査検討組織 委員等

委員長	井上 由起子	日本社会事業大学 専門職大学院 教授
副委員長	福井 小紀子	大阪大学大学院医学系研究科 教授
委員	及川 ゆりこ	公益社団法人日本介護福祉士会 一般社団法人静岡県介護福祉士会 会長
委員	菊井 徹也	SOMPO ケア株式会社 取締役執行役員 CAPO(最高地域包括ケア推進責任者)
委員	津金澤 寛	社会福祉法人志真会 理事長補佐 株式会社オールプロジェクト 代表取締役
委員	根本 美貴子	埼玉県福祉部地域包括ケア課 主査
委員	馬袋 秀男	一般社団法人「民間事業者の質を高める」全国介護事業者協議会 顧問 兵庫県立大学大学院研究科 客員教授

(敬称略、50音順)

## 【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局 振興課 課長補佐 平井 智章
- 厚生労働省 老健局 振興課 基準第一係長 三森 雅之
- 厚生労働省 老健局 振興課 基準第一係 原 伊吹
- 厚生労働省 老健局 振興課 基準第一係 三浦 宏樹



## 資料 2（別紙 6－2）

定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービス提供状況に関する調査研究事業

### 1. 調査目的

平成 30 年度介護報酬改定では、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現や人材の有効活用、事業所間ネットワーク形成の促進及び自立支援・重度化防止の推進の観点から、生活機能向上連携加算の創設、オペレーター要件の緩和、介護・医療連携推進会議の開催方法・頻度の緩和、同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬等の各種見直しを行った。

本事業は、これらの見直しによる影響を把握するとともに、次期介護報酬改定に向けて、利用者がより良いサービスをより効率的に受けられるようにするという観点から、検討すべき事項等について実態調査を行う。

### 2. 調査客体

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 935 事業所【悉皆】  
(利用者に関する設問)

平成 31 年 3 月に利用を開始又は終了した全ての利用者

### 3. 主な調査項目

#### (1) 事業所に関する設問

基本情報、訪問回数、世帯構成別利用者数、同一建物減算の状況、利用者の多い集合住宅の状況、オペレーターの状況（所属先、勤務場所、兼務状況、コール対応状況等）、介護・医療連携推進会議の状況、行政との関わり、ターミナルケアの状況、介護支援専門員や医療機関との連携状況、地域資源の活用状況、サービス提供範囲の状況、事業所の収入・支出 等

※ 生活機能向上連携加算創設の影響等については、「介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究事業」において調査を行う。

※ 事業所数の推移や事業所別の加算・減算の算定状況等については、介護 DB を用いて把握予定。

#### (2) 利用者に関する設問

・平成 31 年 3 月に利用を開始した利用者

サービス利用開始前・利用中の利用者の居所、利用開始時の要介護度、サービス開始前後の状態（栄養、排泄、服薬）の変化、3 か月後のサービス利用状況

・平成 31 年 3 月に利用を終了した利用者

サービス利用開始前・利用中の利用者の居所、利用開始・終了日、利用開始時及び利用終了時の要介護度、サービス利用終了理由（死亡の場合は利用終了前の利用回数・頻度等、他サービスへ移行した場合は移行先）

定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービス提供状況に関する調査研究事業  
平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)(案)

断りがない場合、平成31年3月時点のサービス提供状況についてお伺いします。  
回答が「0」の場合は、空欄にするのではなく「0」と記入してください。

●回答者のお名前、ご連絡先			
お名前		部署、役職	
電話番号		FAX 番号	
メールアドレス			
事業所名			
法人名			
事業所住所	(送付先の住所と変更がない場合は記入不要) 〒		

設 問	選 択 肢 ・ 回 答 欄
平成31年3月時点の、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス(以下、「定期巡回・随時対応サービス」とします。)のサービス提供状況	1. サービス提供を休止している →ここまでの回答で結構です。本調査票を同封の返送用封筒(切手は不要です)にて返送してください。ご協力ありがとうございました。 2. 「1. 以外」の事業所(※利用者0人の場合も含む) →以下の設問にご回答ください。

●事業所概要		
Q1 法人種別	1. 社会福祉法人 2. 医療法人 3. 特定非営利活動法人 4. 営利法人 5. その他( )	
Q2 事業所の所在地(都道府県)	都・道・府・県	
Q3 併設施設のサービス(複数回答)  ※ここでいう「併設施設」とは、定期巡回・随時対応サービスの事業所の建物と同一の建物、同一敷地内にある建物、もしくは隣接する敷地内にある建物(以下、下線部分をまとめて「同一敷地内建物等」とします。)にある事業所・施設を指します。	<b>◆居宅サービス等</b> 1. 訪問介護(2.以外) 2. 訪問介護(身体介護 20分未満の届出有り) 3. 訪問入浴介護 4. 訪問看護 5. 訪問リハビリテーション 6. 通所介護 7. 通所リハビリテーション 8. 短期入所生活介護 9. 特定施設入居者生活介護 10. 短期入所療養介護 11. 居宅介護支援 12. 福祉用具貸与、販売	
	<b>◆地域密着型サービス</b> 13. 夜間対応型訪問介護 14. 認知症対応型通所介護 15. 小規模多機能型居宅介護 16. 認知症対応型共同生活介護 17. 地域密着型特定施設入居者生活介護 18. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 19. 看護小規模多機能型居宅介護 20. 地域密着型通所介護	
	<b>◆施設サービス</b> 21. 介護老人福祉施設 22. 介護老人保健施設 23. 介護療養型医療施設 24. 介護医療院	
	<b>◆その他</b> 25. サービス付き高齢者向け住宅 26. 有料老人ホーム 27. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B) 28. 旧高齢者専用賃貸住宅 29. 地域包括支援センター 30. 在宅介護支援センター	
	<b>◆医療サービス</b> 31. 病院 32. 診療所(在宅療養支援診療所) 33. 診療所(32.以外) 34. 歯科診療所	
	Q4 サービスの提供類型	1. 一体型 2. 連携型 3. いずれも

● 定期巡回・随時対応サービスの要介護度別の利用者・訪問回数

Q5 定期巡回・随時対応サービスの要介護度別の利用者・訪問回数		平成 30 年 3 月		平成 31 年 3 月	
		実人数	訪問回数(延べ) <sup>1</sup>	実人数	訪問回数(延べ)
要介護1	同一建物減算 <sup>2</sup> 対象の利用者	総数	定期巡回 回	総数	定期巡回 回
		人	随時訪問 回	人	随時訪問 回
		うち訪問看護利用者 <sup>3</sup>	訪問看護 回	うち訪問看護利用者	訪問看護 回
	同一建物減算対象外の利用者	総数	定期巡回 回	総数	定期巡回 回
		人	随時訪問 回	人	随時訪問 回
		うち訪問看護利用者	訪問看護 回	うち訪問看護利用者	訪問看護 回
要介護2	同一建物減算対象の利用者	総数	定期巡回 回	総数	定期巡回 回
		人	随時訪問 回	人	随時訪問 回
		うち訪問看護利用者	訪問看護 回	うち訪問看護利用者	訪問看護 回
	同一建物減算対象外の利用者	総数	定期巡回 回	総数	定期巡回 回
		人	随時訪問 回	人	随時訪問 回
		うち訪問看護利用者	訪問看護 回	うち訪問看護利用者	訪問看護 回
要介護3	同一建物減算対象の利用者	総数	定期巡回 回	総数	定期巡回 回
		人	随時訪問 回	人	随時訪問 回
		うち訪問看護利用者	訪問看護 回	うち訪問看護利用者	訪問看護 回
	同一建物減算対象外の利用者	総数	定期巡回 回	総数	定期巡回 回
		人	随時訪問 回	人	随時訪問 回
		うち訪問看護利用者	訪問看護 回	うち訪問看護利用者	訪問看護 回
要介護4	同一建物減算対象の利用者	総数	定期巡回 回	総数	定期巡回 回
		人	随時訪問 回	人	随時訪問 回
		うち訪問看護利用者	訪問看護 回	うち訪問看護利用者	訪問看護 回
	同一建物減算対象外の利用者	総数	定期巡回 回	総数	定期巡回 回
		人	随時訪問 回	人	随時訪問 回
		うち訪問看護利用者	訪問看護 回	うち訪問看護利用者	訪問看護 回
要介護5	同一建物減算対象の利用者	総数	定期巡回 回	総数	定期巡回 回
		人	随時訪問 回	人	随時訪問 回
		うち訪問看護利用者	訪問看護 回	うち訪問看護利用者	訪問看護 回
	同一建物減算対象外の利用者	総数	定期巡回 回	総数	定期巡回 回
		人	随時訪問 回	人	随時訪問 回
		うち訪問看護利用者	訪問看護 回	うち訪問看護利用者	訪問看護 回

<sup>1</sup> 当該月にサービス提供した回数を合算し、利用日数で割り戻した1か月分の回数を記載してください。(利用回数÷利用日数×31)

<sup>2</sup> 同一敷地内建物等に居住する者に対して、サービスを提供する場合、同一建物減算が適用されます。

<sup>3</sup> 介護保険での利用分のみをカウントしてください。

●定期巡回・随時対応サービスと一体的に運営しているサービスの要介護度別の利用者数（実人数）

Q6 要介護度別利用者数 (実人数)	平成30年3月			平成31年3月		
	訪問介護	夜間対応型 訪問介護	訪問看護	訪問介護	夜間対応型 訪問介護	訪問看護
要介護1	人	人	人	人	人	人
要介護2	人	人	人	人	人	人
要介護3	人	人	人	人	人	人
要介護4	人	人	人	人	人	人
要介護5	人	人	人	人	人	人

※一体的に運営しているサービスとは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同じ一つの事業所で運営しているサービスを指します。

●定期巡回・随時対応サービスの世帯構成別の利用者数（実人数）

Q7 世帯構成別 利用者数 (実人数)	平成31年3月									
	独居	配偶者のみと同居			配偶者の他に同居者あり			配偶者はおらず、同居者あり		
		配偶者が 65歳以上	配偶者が 65歳未満	配偶者の 年齢不明	配偶者も 同居者も 65歳以上	配偶者が 同居者の いずれか または双 方が 65歳未満	配偶者・ 同居者の 年齢不明	同居者が 65歳以上	同居者が 65歳未満	同居者の 年齢不明
世帯構成別 利用者数	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
うち、 日中独居 の利用者		人	人	人	人	人	人	人	人	人

—次のページにつづきます—

●減算対象の集合住宅へのサービス提供状況

	同一建物減算(Ⅰ)対象 <sup>4</sup>	同一建物減算(Ⅱ)対象 <sup>5</sup>
Q8 提供する集合住宅の棟数	棟	棟

●平成31年3月31日時点で、利用者数の多い集合住宅10棟の状況（選択設問の場合、ひとつだけ○）

Q9 集合住宅の 状況	利用者数 (多い順)	同一建物 減算対象 <sup>6</sup>		集合住宅種別						主な移動方法			移動時間 (事業所入口から集合 住宅入口まで) <sup>7</sup>
	実人数	0 いいえ	1 はい	選択肢は下						1 徒歩	2 自転車	3 自動車	およその 移動時間(分)
1棟目	人	0	1	1	2	3	4	5	6	1	2	3	分
2棟目	人	0	1	1	2	3	4	5	6	1	2	3	分
3棟目	人	0	1	1	2	3	4	5	6	1	2	3	分
4棟目	人	0	1	1	2	3	4	5	6	1	2	3	分
5棟目	人	0	1	1	2	3	4	5	6	1	2	3	分
6棟目	人	0	1	1	2	3	4	5	6	1	2	3	分
7棟目	人	0	1	1	2	3	4	5	6	1	2	3	分
8棟目	人	0	1	1	2	3	4	5	6	1	2	3	分
9棟目	人	0	1	1	2	3	4	5	6	1	2	3	分
10棟目	人	0	1	1	2	3	4	5	6	1	2	3	分

集合住宅種別の選択肢

1. 一般的な集合住宅(団地、アパート、マンション等) ※同一敷地内に複数の棟がある場合には、それぞれ別にカウントしてください
2. サービス付き高齢者向け住宅
3. 有料老人ホーム
4. 養護老人ホーム
5. 軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B)
6. 旧高齢者専用賃貸住宅

—次のページにつづきます—

<sup>4</sup> 同一敷地内建物等の利用者にサービスを行う場合（50人未満）を指します。

<sup>5</sup> 同一敷地内建物等の利用者50人以上にサービスを行う場合を指します。

<sup>6</sup> ここで「同一建物減算」とは、同一敷地内建物等に居住する利用者にサービスを行なった場合、1月につき600単位減算されることを言います。または同一敷地内建物等に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の、1月につき900単位減算されることを言います。

<sup>7</sup> 事業所と同一の建物へ行く場合は0分と記入ください。

●オペレーターの所属先			
Q10	オペレーターの所属先	1. オペレーター全員が、自事業所に専従している 2. 全員もしくは一部のオペレーターは、他の事業所・施設等を兼務している 3. 業務委託等で、自事業所にオペレーターを配置していない	
●オペレーターの勤務場所			
Q11	利用者からのコールを受ける場所	1. 事業所に常駐し、利用者からのコールに対応している 2. 事業所外でコールに対応することもある	
	「2.事業所外でコールに対応することもある」場合、その場所(複数回答)	1. 他の利用者宅等(サービス提供中もしくは移動中等) 2. 事業所と別の敷地にある事業所 3. その他 ( )	
Q12	事業所外にいるときの利用者情報の参照方法(複数回答)	1. 携帯した利用者一覧表(ICT機器を除く) 2. 携帯端末等のICT機器	
●オペレーターの兼務状況			
Q13	オペレーターと 随時訪問介護員との兼務	日中のとき <sup>8</sup> (8:00-18:00)	1. 兼務なし 2. 不定期に兼務する日がある 3. 曜日等によってあらかじめ兼務する日が決められている 4. 常に兼務
		日中以外のとき (18:00-8:00)	1. 兼務なし 2. 不定期に兼務する日がある 3. 曜日等によってあらかじめ兼務する日が決められている 4. 常に兼務
Q14	同一敷地内建物等の職員によるオペレーターの兼務	日中のとき <sup>9</sup> (8:00-18:00)	1. 事業所外の職員が兼務することはない 2. ときに、事業所外の職員が兼務することがある 3. 常時、事業所外の職員がオペレーターを兼務する
		日中以外のとき (18:00-8:00)	1. 事業所外の職員が兼務することはない 2. ときに、事業所外の職員が兼務することがある 3. 常時、事業所外の職員がオペレーターを兼務する
Q15	オペレーターの集約状況	日中のとき (8:00-18:00)	1. 集約はしていない 2. 法人内の複数の指定事業所で集約している 3. 他の法人の指定事業所と集約している
		日中以外のとき (18:00-8:00)	1. 集約はしていない 2. 法人内の複数の指定事業所で集約している 3. 他の法人の指定事業所と集約している

<sup>8</sup> 平成30年度改定によって兼務が可能となった随時訪問介護員との兼務状況を記載ください。

<sup>9</sup> 平成30年度改定によって兼務が可能となった同一敷地内建物等の職員によるオペレーターの兼務状況を記載ください。

●基準緩和を受けたオペレーターの配置変更				
Q16 平成 30 年度改定における基準緩和を受けたオペレーター配置の変更		1. 変更した                      2. 変更していない		
「1. 変更した」場合、オペレーターの配置変更による利用者へのサービス内容等への変化		1. 配置変更前と変わらない質のサービスを提供できている 2. サービスの提供(内容や質等)に課題が生じた		
「2. サービスの提供内容に課題が生じた」場合、具体的な内容や質等の変化		(自由回答)		
●コール回数と対応内容				
Q17 時間帯・対応別コール回数		コールに対する対応(延べ) 対象期間:平成 31 年 3 月 25 日～31 日		
		電話対応で完了	オペレーター自身が訪問	オペレーター以外の職員が訪問
早朝 (6 時～8 時)	同一建物減算の対象者	回	回	回
	同一建物減算の対象者以外	回	回	回
日中 (8 時～18 時)	同一建物減算の対象者	回	回	回
	同一建物減算の対象者以外	回	回	回
夜間 (18 時～22 時)	同一建物減算の対象者	回	回	回
	同一建物減算の対象者以外	回	回	回
深夜 (22 時～翌 6 時)	同一建物減算の対象者	回	回	回
	同一建物減算の対象者以外	回	回	回
●サービス提供中のコールへの対応				
Q18 訪問介護員と兼務しているオペレーターが利用者へのサービス提供中のコールを取れなかった場合、どのように対応していますか (複数回答)		1. コールを取れないことがない(必ずその場で出るようにしている) 2. 転送機能により、他の職員が対応する 3. 留守番電話機能があり、利用者に折り返す 4. 留守番電話機能はないが、着信履歴から利用者に折り返す 5. その他の方法で対応している (                      ) 6. サービス提供中のコールにはサービス提供終了後も含め、一切対応していない		
●同時コールへの対応				
Q19 オペレーターへの同時コールにどのように対応していますか (複数回答)		1. キャッチホン機能により対応する 2. 転送機能により、他の職員が対応する 3. 留守番電話機能があり、利用者に折り返す 4. 留守番電話機能はないが、着信履歴から利用者に折り返す 5. その他の方法で対応している (                      ) 6. 同時コールには、対応中のコール終了後も含め、一切対応していない		

—次のページにつづきます—



●介護・医療連携推進会議の開催

Q20 介護・医療連携推進会議の実施回数	平成 29 年度(実績)	回
	平成 30 年度(実績)	回
Q21 合同開催の実施	1. 合同開催していない 2. 合同開催している	
「1. 合同開催していない」場合、 <u>単独開催</u> による効果（複数回答）	1. 個人情報・機密情報等の管理負担の軽減 2. 日程調整等負担の軽減 3. その他（ ）	
「2. 合同開催している」場合、 <u>合同開催</u> による効果（複数回答）	1. 情報やノウハウの共有の促進 2. 会議への出席負担の軽減 3. その他（ ）	
Q22 実施回数減による懸念事項	1. ない 2. ある	
「2. ある」の場合、懸念事項	（自由回答）	
Q23 地域への普及啓発活動の実施や、 地域事業者との連携状況 （複数回答）	1. 病院(有床診療所含む)に対し、退院の受け皿となる等の情報発信をしている 2. 訪問診療を行っている診療所等に対し、看取りが可能になる等の情報発信をしている 3. 調剤薬局に対し、薬の飲み忘れ防止が可能になる等の情報発信をしている 4. 地域包括支援センターに対し、周知活動を行っている 5. 介護老人保健施設に対し、在宅復帰の受け皿となる等の情報発信をしている 6. ケアマネジャーに対し、周知活動を行っている 7. 訪問看護事業所に対し、退院の受け皿や看取りが可能になる等の情報発信をしている 8. デイサービスに対し、利用者の情報共有が密にできる(キャンセルが事前にわかる)等の情報発信をしている 9. ショートステイに対し、退院後すぐに支援を開始できる等の情報発信をしている 10. 居室までの送迎をデイサービス側で対応しているケースがある 11. 何れも実施していない	

●行政の関わり

Q24 指定権者（事業所の指定をする自治体）の関わり （複数回答）	1. 介護・医療連携推進会議への参加 2. 行政主催の連絡協議会等の開催 3. 行政主催の勉強会（ケアマネや医療機関との交流会等も含む）の開催 4. アドバイザーの派遣 5. 気軽に相談できる環境の整備 6. 独自の補助制度の実施 7. その他（ ） 8. 特に行政による支援はない
Q25 指定権者において、次のような制度やルールはありますか （複数回答）	1. 一体的なサービス提供が認められている、訪問介護、夜間対応型訪問介護、訪問看護について、本サービスと勤務時間を分けた勤務表の提出が求められている 2. 夜間対応型訪問介護と本サービスを一体的に提供している場合に、オペレーターとは別で訪問要員の配置が義務付けられている 3. サービス提供票上に随時対応(コール受付)の時間を除く、利用者宅に訪問をした時間のみの記載が求められている(随時対応(コール受付)を含めた 24 時間のサービス提供時間(例えば 0:00～24:00)の 1 本での記載が認められていない) 4. 夜間のオペレーターの自宅待機が認められている 5. 訪問介護事業所への一部委託が認められない 6. 短時間の訪問では時間や内容等について報告の必要がある 7. その他 <sup>10</sup> （ ）

<sup>10</sup> 貴事業所のある指定権者独自のルールと思われる事項があればご記載ください。

●ターミナルケア件数		
	平成 30 年 3 月	平成 31 年 3 月
Q26 死亡を理由にサービスを終了した利用者数	人	人
うち、自宅での看取りの意思確認をしていた利用者数	人	人
うち、ターミナルケア加算の対象となった利用者数（連携先の訪問看護事業所での加算を含む）	件	件
●死亡直前(主治医より余命 1 か月以内と宣告された場合)のサービス提供		
Q27 事業所内職員間での情報共有について、余命宣告後に工夫をしている事項	1. 利用者の状況に応じて、随時の情報共有を実施 2. 具体的観察(報告)ポイントの事前確認 3. 緊急時の対応方法の事業所内での再周知 4. その他 ( ) 5. 特になし 6. 死亡直前のサービス提供を行った実績がない	
Q28 主治医等関係機関との情報共有について、余命宣告後に工夫している事項	1. 主治医等への報告回数の増加 2. 具体的観察(報告)ポイントの事前確認 3. その他 ( ) 4. 特になし 5. 死亡直前のサービス提供を行った実績がない	

●人生の最終段階における医療・ケアの決定	
Q29～Q33 は、2019 年4月～9月に死亡を理由にサービスを終了した利用者がいた場合にご回答ください。期間内に死亡を理由にサービスを終了した利用者がいない場合には回答不要です。	
Q29 人生の最終段階における医療・ケアについて、死亡した利用者自身と生前に話し合いを行いましたか	1. 利用者全員と行った 2. 一部の利用者で行った 3. 行っていない
Q30 利用者の人生の最終段階における医療・ケアについて、死亡した利用者の家族等と話し合いを行いましたか	1. 利用者全員の家族等と行った 2. 一部の利用者の家族等と行った 3. 行っていない 4. 家族等のいる利用者はいなかった
Q31 ターミナルケアにおいて人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインを参考にしていますか	1. している 2. していない
Q32 ターミナルケアに関して貴事業所内でケアの質を高めたり、充実させたりするために取り組んでいることがありますか(複数回答)	1. 事業所内でのターミナルケアに関する研修を実施 2. 貴事業所が中心となってデスカンファレンスを開催 3. グリーフケアの実施 4. 学会や外部研修に出向き最新の情報を収集・周知 5. その他 ( ) 6. 特になし
Q33 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)※に取り組む上で何が困難ですか(複数回答)  ※アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは、人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスをいう。	1. 本人の意思決定に関わる力の評価 2. 本人が意思表示できない 3. 意思推定者が定まらない 4. ACP の取組を行う時期やタイミングの見極め 5. ACP として取り組む内容に関する職員の理解不足 6. ACP として取り組む内容に関して本人・家族等が否定的、もしくは理解不足 7. 事業所として ACP の取組に関する方針・指針がない 8. ACP に取り組むための事業所の体制が不十分 9. ACP に取り組むための、利用者の医療・ケアチーム全体の連携がうまくとれない 10. ACP に取り組むための時間がとれない 11. ACP に取り組むことに主治医(担当医)が消極的 12. その他 ( ) 13. 困難なことは特になし

●ケアマネジャーとの連携状況		
Q34 ケアマネジャーへの情報提供 (複数回答)	1. 計画作成責任者がアセスメントの結果を踏まえて適切な個別計画を組んでいる 2. 完成した個別計画書を滞りなくケアマネジャーに提出している 3. 利用者の状態に変化が応じた場合、適宜個別計画の見直しを行った上でケアマネジャーに報告している 4. サービスの提供を通じて得た利用者の情報をケアマネジャーに報告している 5. 利用者の状態に応じ、ケアプランの支援内容についての提案を行っている 6. その他( ) 7. いずれも該当しない	
Q35 ケアマネジャーとの共同ケアマネジメントの中で、計画作成責任者がサービス提供日時やその内容を調整している利用者の割合	サービスの開始時 ( ) 割程度	
	サービス開始1か月後 ( ) 割程度	
●医療機関との連携状況		
Q36 退院患者の利用が決まった際の、医療機関との主な連携状況	1. 退院時カンファレンスに参加している 2. その他( ) 3. 特に連携はしていない 4. 対象となる患者がいない	
Q37 医療機関との日常の連携状況(複数回答)	1. 定期的に訪問して利用予定患者の情報を共有している 2. 定期的に訪問してサービスの周知を行っている 3. その他 ( )	
●訪問看護サービスとの連携状況		
(P.1のQ4において、「2.連携型」または「3.いずれも」と回答した事業所のみご回答ください)	平成30年3月	平成31年3月
Q38 連携する訪問看護事業所数		
医師の指示に基づく訪問看護サービスとアセスメントの双方を行う訪問看護事業所(契約箇所数)	箇所	箇所
医師の指示が不要な定期的なアセスメントのみを行う訪問看護事業所(契約箇所数)	箇所	箇所
●地域の事業所への一部委託の状況		
Q39 サービス提供の一部を地域の訪問介護事業所に委託していますか。	1. 委託している 2. 委託していない	
Q40 サービス提供の一部を地域の夜間対応型訪問介護事業所に委託していますか。	1. 委託している 2. 委託していない	
Q41 サービス提供の一部を地域の訪問看護事業所に委託していますか。	1. 委託している 2. 委託していない	
(Q39～41のいずれかで「1.委託している」と回答した場合のみご回答ください)		
Q42 委託による効果 (複数回答)	1. 地域の訪問系の介護事業所同士の連携により、利用者の在宅生活の限界点を引き上げる(病院への入院や施設入所を予防する)ためのチームワークが事業所や法人を超えて生まれた 2. 利用者が、これまでサービス提供を受けていた馴染みのヘルパーや看護師との関係性を重視するため、本サービスを利用しないというケースが減った 3. 地域の訪問介護事業所のヘルパーが短時間複数回の身体介護を経験することで、地域の介護力が底上げされた 4. その他 ( ) 5. 特になし	

●地域資源の活用状況(連携状況)

<p>Q43 必要に応じて、次のようなサービスを利用者に紹介していますか (複数回答)</p>	<p>1. 配食サービス 2. スーパー・コンビニ等の食品 3. ランドリーサービス 4. 介護保険制度以外の通いの場やサービス ( ) 5. 介護保険制度以外の訪問サービス ( ) 6. その他 ( ) 7. いずれも該当しない</p>
---	---

●病院や介護老人保健施設等の自宅外からの在宅復帰時のサービス提供状況

<p>Q44 定期巡回の時間やサービス内容の変更頻度</p>	<p>1. 通常(在宅復帰時や看取り以外)のサービス提供時よりも多くなる 2. 通常(在宅復帰時や看取り以外)のサービス提供時と変わらない 3. 通常(在宅復帰時や看取り以外)のサービス提供時よりも少なくなる</p>
<p>Q45 在宅復帰時の定期巡回のサービス提供量</p>	<p>1. 通常(在宅復帰時や看取り以外)のサービス提供時よりも多くなる 2. 通常(在宅復帰時や看取り以外)のサービス提供時と変わらない 3. 通常(在宅復帰時や看取り以外)のサービス提供時よりも少なくなる</p>
<p>Q46 在宅復帰時の随時対応(コール)回数</p>	<p>1. 通常(在宅復帰時や看取り以外)のサービス提供時よりも多くなる 2. 通常(在宅復帰時や看取り以外)のサービス提供時と変わらない 3. 通常(在宅復帰時や看取り以外)のサービス提供時よりも少なくなる</p>
<p>Q47 在宅復帰時の随時訪問回数</p>	<p>1. 通常(在宅復帰時や看取り以外)のサービス提供時よりも多くなる 2. 通常(在宅復帰時や看取り以外)のサービス提供時と変わらない 3. 通常(在宅復帰時や看取り以外)のサービス提供時よりも少なくなる</p>

●サービス提供時の移動時間等

<p>Q48 サービス提供範囲 (サービスを提供している最も遠い・時間がかかる地点)</p>	事業所からの距離	km
	事業所からの移動時間	分
<p>Q49 サービス提供時の移動手段 (サービス提供時の移動手段のおおむねの割合)</p>	自動車・バイク	%
	自転車	%
	公共交通機関	%
	徒歩	%
<p>Q50 事業所からの移動時間別の利用者数 ※Q5 で回答した利用者数の合計と一致しているかご確認 ください。</p>	10分未満	人
	20分未満	人
	30分未満	人
	30分以上	人
	不明	人

—次のページにつづきます—

●事業所の職員数				
Q51 事業所の職員数(一体的に運営しているサービス全体) <sup>11</sup>	平成 30 年 3 月		平成 31 年 3 月	
	実人数	常勤換算数 <sup>12</sup>	実人数	常勤換算数
訪問介護員	人	人	人	人
看護師・保健師	人	人	人	人
准看護師	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
オペレーター専任	人	人	人	人
Q52 上記職員のうち、オペレーターを担当している職員数 <sup>13</sup>	人		人	

※一体的に運営しているサービスとは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同じ一つの事業所で運営しているサービスを指します。

●事業所の収入		
	平成 30 年 3 月	平成 31 年 3 月
Q53 定期巡回・随時対応サービス	円	円
Q54 Q53 と一体的に運営している訪問介護	円	円
Q55 Q53 と一体的に運営している夜間対応型訪問介護	円	円
Q56 Q53 と一体的に運営している訪問看護	円	円

●事業所の支出			
以下 Q57～Q63 の設問は、以下の通り回答してください。			
・Q53～Q56 のサービスの支出内訳が明確な場合 →A(Q57～Q61)にご回答ください			
・Q53～Q56 のサービスの支出内訳が明確でない場合 →B(Q62～Q63)にご回答ください			
	平成 30 年 3 月	平成 31 年 3 月	
A	Q57 Q53 における支出の総額	円	円
	Q58 Q54 における支出の総額	円	円
	Q59 Q55 における支出の総額	円	円
	Q60 Q56 における支出の総額	円	円
	Q61 Q57～Q60 の総額のうち、 人件費 <sup>14</sup>	円	円
B	Q62 Q53～Q56 のサービスの 支出の総額	円	円
	Q63 Q62 のうちの、 人件費	円	円

11 定期巡回・随時対応サービスと訪問介護、夜間対応型訪問介護及び訪問看護を一体的に提供している場合は、定期巡回・随時対応サービス、訪問介護、夜間対応型訪問介護及び訪問看護の合計職員数をご回答下さい。また、委託先の職員数のカウントは不要です。

12 「職員の一週間の労働時間÷貴事務所の所定労働時間」にて算出し、少数点以下第二位を四捨五入して少数点第一位まで計上してください。常勤専従、常勤兼務、非常勤を合算してください。

13 Q51 でご回答頂いた事業所の職員数のうち、オペレーターを担当している職員の数をご回答ください。(配置人数ではなく、オペレーターを担当している職員の実人数をご回答ください。また、兼務の方も 1 人としてカウントしてください。)

14 人件費は、介護事業経営実態調査の「人件費」に該当する総額をご回答下さい。また、訪問介護、夜間対応型訪問介護及び訪問看護を一体的に提供している場合は、定期巡回・随時対応サービスだけでなく、訪問介護、夜間対応型訪問介護及び訪問看護の人件費の合計金額をご回答下さい。

●平成 31 年 3 月に利用開始した利用者の 3 か月後の利用状況

Q64 平成 31 年 3 月中に 利用を開始した利用者の数	( )人 →該当する利用者がいない場合(「0 人」の場合)、Q71 に進んでください。 →該当する利用者の数が1人以上の場合、以下の質問に回答してください。 対象が 5 人以上の場合は、回答用紙をコピーして回答ください。
--------------------------------------	---

各利用者について回答してください。  
回答用紙が足りない場合は、本ページをコピーして回答してください。

Q65 利用者	( )人目 同一建物減算対象者の場合は☑をつけてください----- □
Q66 サービス利用開始前の居所	1. 在宅(介護保険サービス利用あり)      2. 在宅(介護保険サービス利用なし) 3. 医療機関      4. 介護医療院・介護療養型医療施設 5. 介護老人保健施設      6. 特別養護老人ホーム 7. グループホーム      8. 特定施設 9. その他
Q67 利用開始時の要介護度	1. 要介護度 1      2. 要介護度 2      3. 要介護度 3      4. 要介護度 4      5. 要介護度 5
Q68 サービス利用中の居住場所	1. 一般的な住宅(一軒家、団地、アパート、マンション等)で独居 2. 一般的な住宅で同居者あり(日中独居)      3. 一般的な住宅で同居者あり (日中独居でない) 4. サービス付き高齢者向け住宅      5. 有料老人ホーム 6. 養護老人ホーム      7. 軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B) 8. その他
Q69 3 か月後のサービス利用状況	1. 利用を継続している      2. 利用を終了した
Q70 サービス開始時と比べた状態	栄養状態      1. 改善した      2. 変わらない(維持)      3. 悪化した
	排泄の自立の状態      1. 改善した      2. 変わらない(維持)      3. 悪化した
	服薬状況      1. 改善した      2. 変わらない(維持)      3. 悪化した

各利用者について回答してください。

Q65 利用者	( )人目 同一建物減算対象者の場合は☑をつけてください----- □
Q66 サービス利用開始前の居所	1. 在宅(介護保険サービス利用あり)      2. 在宅(介護保険サービス利用なし) 3. 医療機関      4. 介護医療院・介護療養型医療施設 5. 介護老人保健施設      6. 特別養護老人ホーム 7. グループホーム      8. 特定施設 9. その他
Q67 利用開始時の要介護度	1. 要介護度 1      2. 要介護度 2      3. 要介護度 3      4. 要介護度 4      5. 要介護度 5
Q68 サービス利用中の居住場所	1. 一般的な住宅(一軒家、団地、アパート、マンション等)で独居 2. 一般的な住宅で同居者あり(日中独居)      3. 一般的な住宅で同居者あり (日中独居でない) 4. サービス付き高齢者向け住宅      5. 有料老人ホーム 6. 養護老人ホーム      7. 軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B) 8. その他
Q69 3 か月後のサービス利用状況	1. 利用を継続している      2. 利用を終了した
Q70 サービス開始時と比べた状態	栄養状態      1. 改善した      2. 変わらない(維持)      3. 悪化した
	排泄の自立の状態      1. 改善した      2. 変わらない(維持)      3. 悪化した
	服薬状況      1. 改善した      2. 変わらない(維持)      3. 悪化した



**各利用者について回答してください。  
回答用紙が足りない場合は、本ページをコピーして回答してください。**

Q65 利用者	( )人目 同一建物減算対象者の場合は☑をつけてください----- □		
Q66 サービス利用開始前の居所	1. 在宅(介護保険サービス利用あり) 3. 医療機関 5. 介護老人保健施設 7. グループホーム 9. その他	2. 在宅(介護保険サービス利用なし) 4. 介護医療院・介護療養型医療施設 6. 特別養護老人ホーム 8. 特定施設	
Q67 利用開始時の要介護度	1. 要介護度 1	2. 要介護度 2	3. 要介護度 3    4. 要介護度 4    5. 要介護度 5
Q68 サービス利用中の居住場所	1. 一般的な住宅(一軒家、団地、アパート、マンション等)で独居 2. 一般的な住宅で同居者あり(日中独居)    3. 一般的な住宅で同居者あり (日中独居でない) 4. サービス付き高齢者向け住宅    5. 有料老人ホーム 6. 養護老人ホーム    7. 軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B) 8. その他		
Q69 3か月後のサービス利用状況	1. 利用を継続している    2. 利用を終了した		
Q70 サービス開始時と比べた状態	栄養状態	1. 改善した	2. 変わらない(維持)    3. 悪化した
	排泄の自立の状態	1. 改善した	2. 変わらない(維持)    3. 悪化した
	服薬状況	1. 改善した	2. 変わらない(維持)    3. 悪化した

**各利用者について回答してください。**

Q65 利用者	( )人目 同一建物減算対象者の場合は☑をつけてください----- □		
Q66 サービス利用開始前の居所	1. 在宅(介護保険サービス利用あり) 3. 医療機関 5. 介護老人保健施設 7. グループホーム 9. その他	2. 在宅(介護保険サービス利用なし) 4. 介護医療院・介護療養型医療施設 6. 特別養護老人ホーム 8. 特定施設	
Q67 利用開始時の要介護度	1. 要介護度 1	2. 要介護度 2	3. 要介護度 3    4. 要介護度 4    5. 要介護度 5
Q68 サービス利用中の居住場所	1. 一般的な住宅(一軒家、団地、アパート、マンション等)で独居 2. 一般的な住宅で同居者あり(日中独居)    3. 一般的な住宅で同居者あり (日中独居でない) 4. サービス付き高齢者向け住宅    5. 有料老人ホーム 6. 養護老人ホーム    7. 軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B) 8. その他		
Q69 3か月後のサービス利用状況	1. 利用を継続している    2. 利用を終了した		
Q70 サービス開始時と比べた状態	栄養状態	1. 改善した	2. 変わらない(維持)    3. 悪化した
	排泄の自立の状態	1. 改善した	2. 変わらない(維持)    3. 悪化した
	服薬状況	1. 改善した	2. 変わらない(維持)    3. 悪化した

※5人目以降については、回答用紙(本紙のこのページ)をコピーしてご回答ください。



●平成 31 年 3 月に利用を終了した利用者の利用状況

Q71 平成 31 年 3 月中に 利用を終了した利用者の数	( )人 →該当する利用者がいない場合(「0 人」の場合)、回答の必要はありません。 →該当する利用者の数が1人以上の場合、以下の質問に回答してください。 対象が 4 人以上の場合は、回答用紙をコピーして回答ください。
--------------------------------------	--

各利用者について回答してください。

回答用紙が足りない場合は、本ページをコピーして回答してください。

Q72 利用者	( )人目 同一建物減算対象者の場合は <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください----- <input type="checkbox"/>
Q73 サービス利用開始前の居所	1. 在宅(介護保険サービス利用あり) 2. 在宅(介護保険サービス利用なし) 3. 医療機関 4. 介護医療院・介護療養型医療施設 5. 介護老人保健施設 6. 特別養護老人ホーム 7. グループホーム 8. 特定施設 9. その他
Q74 利用開始日	西暦 ( )年 ( )月( )日
Q75 利用開始時の要介護度	1. 要介護度 1 2. 要介護度 2 3. 要介護度 3 4. 要介護度 4 5. 要介護度 5
Q76 サービス利用中の居住場所	1. 一般的な住宅(一軒家、団地、アパート、マンション等)で独居 2. 一般的な住宅(日中独居) 3. 一般的な住宅(独居・日中独居でない) 4. サービス付き高齢者向け住宅 5. 有料老人ホーム 6. 養護老人ホーム 7. 軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B) 8. その他
Q77 利用終了日	2019 年 3 月 ( )日
Q78 利用終了時の要介護度	1. 要介護度 1 2. 要介護度 2 3. 要介護度 3 4. 要介護度 4 5. 要介護度 5
Q79 サービス利用終了理由	1. 要支援・自立への移行(介護保険サービスの利用を卒業) 2. 死亡した(自宅での看取りの意思確認を行っていた) →Q80～Q86 にご回答ください。 3. 死亡した(自宅での看取りの意思確認を行っていない) 4. 医療機関へ入院した 5. 他の介護保険サービス等へ移行した →Q87 にご回答ください。 6. その他 ( )

以下の質問には、Q79 で「2. 死亡した」を選択した場合に回答してください。

Q80 ターミナルケア加算の有無	1. 加算を取得した 2. 加算を取得しなかった
Q81 利用終了前 1 か月間の定期巡回提供回数(延べ)	( )回
Q82 利用終了前 1 か月間の随時訪問訪問回数(延べ)	( )回
Q83 時間・サービス内容の変更頻度	看取り以外の利用者へのサービス提供時と比べ、 1. 多かった 2. 変わらなかった 3. 少なかった
Q84 随時対応(コール)の頻度	看取り以外の利用者へのサービス提供時と比べ、 1. 多かった 2. 変わらなかった 3. 少なかった
Q85 定期巡回・随時対応サービスの訪問看護の利用	1. 利用あり 2. 利用なし
Q86 利用終了前 1 か月間の訪問看護による訪問回数	介護保険 ( )回

以下の質問には、Q79 で「5. 他の介護保険サービス等へ移行した」を選択した場合に回答してください。

Q87 移行先の介護保険 サービス等 (複数回答)	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護医療院・介護療養型医療施設 3. 介護老人保健施設 4. サービス付き高齢者向け住宅 5. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B) 6. 有料老人ホーム 7. 認知症対応型共同生活介護 8. 特定施設入居者生活介護 9. 訪問介護 10. 訪問看護 11. 訪問リハビリテーション 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 小規模多機能型居宅介護 16. 看護小規模多機能型居宅介護 17. その他( )
---------------------------------	--

**各利用者について回答してください。**  
**回答用紙が足りない場合は、本ページをコピーして回答してください。**

Q72 利用者	( )人目 同一建物減算対象者の場合は☑をつけてください----- □
Q73 サービス利用開始前の居所	1. 在宅(介護保険サービス利用あり)      2. 在宅(介護保険サービス利用なし) 3. 医療機関      4. 介護医療院・介護療養型医療施設 5. 介護老人保健施設      6. 特別養護老人ホーム 7. グループホーム      8. 特定施設      9. その他
Q74 利用開始日	西暦 ( )年 ( )月 ( )日
Q75 利用開始時の要介護度	1. 要介護度 1      2. 要介護度 2      3. 要介護度 3      4. 要介護度 4      5. 要介護度 5
Q76 サービス利用中の居住場所	1. 一般的な住宅(一軒家、団地、アパート、マンション等)で独居 2. 一般的な住宅(日中独居)      3. 一般的な住宅(独居・日中独居でない) 4. サービス付き高齢者向け住宅      5. 有料老人ホーム 6. 養護老人ホーム      7. 軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B)      8. その他
Q77 利用終了日	2019年3月 ( )日
Q78 利用終了時の要介護度	1. 要介護度 1      2. 要介護度 2      3. 要介護度 3      4. 要介護度 4      5. 要介護度 5
Q79 サービス利用終了理由	1. 要支援・自立への移行(介護保険サービスの利用を卒業) 2. 死亡した(自宅での看取りの意思確認を行っていた) →Q80～Q86にご回答ください。 3. 死亡した(自宅での看取りの意思確認を行っていない) 4. 医療機関へ入院した 5. 他の介護保険サービス等へ移行した →Q87にご回答ください。 6. その他 ( )

**以下の質問には、Q79で「2. 死亡した」を選択した場合に回答してください。**

Q80 ターミナルケア加算の有無	1. 加算を取得した      2. 加算を取得しなかった
Q81 利用終了前1か月間の定期巡回提供回数(延べ)	( )回
Q82 利用終了前1か月間の随時訪問訪問回数(延べ)	( )回
Q83 時間・サービス内容の変更頻度	看取り以外の利用者へのサービス提供時と比べ、 1. 多かった      2. 変わらなかった      3. 少なかった
Q84 随時対応(コール)の頻度	看取り以外の利用者へのサービス提供時と比べ、 1. 多かった      2. 変わらなかった      3. 少なかった
Q85 定期巡回・随時対応サービスの訪問看護の利用	1. 利用あり      2. 利用なし
Q86 利用終了前1か月間の訪問看護による訪問回数	介護保険 ( )回

**以下の質問には、Q79で「5. 他の介護保険サービス等へ移行した」を選択した場合に回答してください。**

Q87 移行先の介護保険サービス等(複数回答)	1. 特別養護老人ホーム      2. 介護医療院・介護療養型医療施設 3. 介護老人保健施設      4. サービス付き高齢者向け住宅 5. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B)      6. 有料老人ホーム 7. 認知症対応型共同生活介護      8. 特定施設入居者生活介護      9. 訪問介護 10. 訪問看護      11. 訪問リハビリテーション      12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション      14. 短期入所生活介護      15. 小規模多機能型居宅介護 16. 看護小規模多機能型居宅介護      17. その他( )
-------------------------	--

**各利用者について回答してください。**  
**回答用紙が足りない場合は、本ページをコピーして回答してください。**

Q72 利用者	( )人目 同一建物減算対象者の場合は☑をつけてください----- □
Q73 サービス利用開始前の居所	1. 在宅(介護保険サービス利用あり)      2. 在宅(介護保険サービス利用なし) 3. 医療機関      4. 介護医療院・介護療養型医療施設 5. 介護老人保健施設      6. 特別養護老人ホーム 7. グループホーム      8. 特定施設      9. その他
Q74 利用開始日	西暦 ( )年 ( )月 ( )日
Q75 利用開始時の要介護度	1. 要介護度 1      2. 要介護度 2      3. 要介護度 3      4. 要介護度 4      5. 要介護度 5
Q76 サービス利用中の居住場所	1. 一般的な住宅(一軒家、団地、アパート、マンション等)で独居 2. 一般的な住宅(日中独居)      3. 一般的な住宅(独居・日中独居でない) 4. サービス付き高齢者向け住宅      5. 有料老人ホーム 6. 養護老人ホーム      7. 軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B)      8. その他
Q77 利用終了日	2019年3月 ( )日
Q78 利用終了時の要介護度	1. 要介護度 1      2. 要介護度 2      3. 要介護度 3      4. 要介護度 4      5. 要介護度 5
Q79 サービス利用終了理由	1. 要支援・自立への移行(介護保険サービスの利用を卒業) 2. 死亡した(自宅での看取りの意思確認を行っていた) →Q80～Q86にご回答ください。 3. 死亡した(自宅での看取りの意思確認を行っていない) 4. 医療機関へ入院した 5. 他の介護保険サービス等へ移行した →Q87にご回答ください。 6. その他 ( )

**以下の質問には、Q79で「2. 死亡した」を選択した場合に回答してください。**

Q80 ターミナルケア加算の有無	1. 加算を取得した      2. 加算を取得しなかった
Q81 利用終了前1か月間の定期巡回提供回数(延べ)	( )回
Q82 利用終了前1か月間の随時訪問訪問回数(延べ)	( )回
Q83 時間・サービス内容の変更頻度	看取り以外の利用者へのサービス提供時と比べ、 1. 多かった      2. 変わらなかった      3. 少なかった
Q84 随時対応(コール)の頻度	看取り以外の利用者へのサービス提供時と比べ、 1. 多かった      2. 変わらなかった      3. 少なかった
Q85 定期巡回・随時対応サービスの訪問看護の利用	1. 利用あり      2. 利用なし
Q86 利用終了前1か月間の訪問看護による訪問回数	介護保険 ( )回

**以下の質問には、Q79で「5. 他の介護保険サービス等へ移行した」を選択した場合に回答してください。**

Q87 移行先の介護保険サービス等(複数回答)	1. 特別養護老人ホーム      2. 介護医療院・介護療養型医療施設 3. 介護老人保健施設      4. サービス付き高齢者向け住宅 5. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス、A、B)      6. 有料老人ホーム 7. 認知症対応型共同生活介護      8. 特定施設入居者生活介護      9. 訪問介護 10. 訪問看護      11. 訪問リハビリテーション      12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション      14. 短期入所生活介護      15. 小規模多機能型居宅介護 16. 看護小規模多機能型居宅介護      17. その他( )
-------------------------	--

※4人目以降については、回答用紙(本紙のこのページ)をコピーしてご回答ください。

以上

## 医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等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

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社は医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等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、以下のとおり医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等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、奈良県立医科大学今村知明教授を委員長とし、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、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社が行う。
- (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。

### 医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業の調査検討組織 委員等

委員長	医・老	今村 知明（奈良県立医科大学 教授）
副委員長	医・老	粟田 主一（東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム研究部長）
副委員長	医・老	小坂 健（東北大学大学院 歯学研究科 教授）
	老	浅井 八多美（介護老人保健施設 三方原ベテルホーム 所長）
	医	今村 英仁（公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長）
	医・老	江澤 和彦（公益社団法人日本医師会 常任理事）
	老	大河内 二郎（介護老人保健施設 竜間之郷 施設長）
	老	折茂 賢一郎（公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長）
	医	小山 秀夫（兵庫県立大学大学院経営研究科 名誉教授・特任教授）
	医	進藤 晃（一般社団法人日本慢性期医療協会 常任理事）
	医	鈴木 龍太（日本介護医療院協会 会長）
	医	諏訪 雅則（北海道保健福祉部福祉局施設運営指導課 事業指定グループ 主査）

	医	田中 滋 (埼玉県立大学 理事長)
	医・老	次橋 幸男 (公益財団法人 天理よろづ相談所)
	医	福岡 昌子 (北九州市 保健福祉局地域福祉部介護保険課 施設サービス係長)
	老	松田 晋哉 (産業医科大学医学部公衆衛生学 教授)
	医	森川 朋子 (高岡市福祉保健部 高齢介護課長)
	医	森村 安史 (公益社団法人 日本精神科病院協会 理事)
	老	山田 剛 (一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事)

※医：介護医療院部会 老：介護老人保健施設部会 (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	介護保険データ分析室長	北原 加奈子
○厚生労働省	老健局	老人保健課	薬事サービス専門官	南 亮介
○厚生労働省	老健局	老人保健課	課長補佐	長江 翔平
○厚生労働省	老健局	老人保健課	係員	古屋 雄人
○厚生労働省	老健局	介護保険計画課	老人福祉計画官	佐藤 清和

医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する  
調査研究事業

1. 調査目的

平成 30 年度介護報酬改定においては、新たに創設された介護医療院の報酬設定を行うとともに、介護老人保健施設については在宅復帰・在宅療養支援の機能を更に推進する観点から報酬体系の見直しを行ったところである。

本事業では、介護医療院について平成 30 年度に引き続きサービス提供の実態調査等を行うとともに、報酬体系の見直しが介護老人保健施設のサービスにどのような影響を与えたかを調査し、改定の効果検証を行う。

2. 調査客体

(1) 施設票

- ①介護老人保健施設 2,000 施設【無作為抽出】
- ②介護医療院 223 施設（令和元年 6 月末時点）【悉皆】

(2) 入所者票（介護医療院）（施設記入用）【多段階抽出】

②の施設において、令和元年 8 月の入所者のうち、誕生日により 10 分の 1 程度の抽出率で無作為抽出。1 施設あたり 7 人程度を想定。

(3) 介護医療院に関する調査票（介護医療院入所者、家族記入用）【多段階抽出】

②の施設において、令和元年 8 月の入所者（当該施設が介護医療院へ移行する前から継続して入所している入所者に限る）のうち、誕生日により 10 分の 1 程度の抽出率で無作為抽出。1 施設あたり 6 人程度を想定。

(4) 退所者票（介護老人保健施設）【多段階抽出】

①の施設において、令和元年 8 月 19 日～9 月 1 日（仮）の 2 週間に退所した全員。1 施設あたり約 3.6 人程度を想定。

(5) 都道府県票（介護医療院） 47 都道府県【悉皆】

(6) 指定都市・中核市票（介護医療院） 79 市・広域連合【悉皆】

(7) 保険者票（介護医療院） 1,645 保険者【悉皆】

3. 主な調査項目

(1) 施設票

①介護老人保健施設

基本情報、入所者の状況（要介護度、入退所先等）、在宅復帰・在宅療養支援等指標、かかりつけ医との連携、所定疾患施設療養費、短期入所療養介護の実施状況 等

②介護医療院

基本情報、設備、入所者の状況（要介護度、入退所先等）、生活施設としての環境を整える取組・工夫、移行時の状況（移行に向けた準備、意思決定、

課題や困難等)、医療処置やターミナルケアの実施状況 等

(2) 入所者票 (介護医療院) (施設記入用)

A D L や認知症自立度、傷病、日中の平均的なベッド座位 (離床) 時間、食事場所・時間、ターミナルケアの実施状況、リハビリテーションの回数 等

(3) 入所者・家族票 (介護医療院) (入所者、家族記入用)

施設の環境の満足度、介護医療院への転換前後の変化 (普段生活する部屋、施設の雰囲気、自身の気持ち) 等

(4) 退所者票 (介護老人保健施設)

入退所先、入所理由、退所者の心身の状況の変化 (入所時と退所後の訪問時)、入所中に提供したケアやリハビリテーションの状況、B I や I C F ステージングの変化 (入所時と退所時)

(5) 都道府県票

医療機関・施設からの相談状況、介護療養病床から介護医療院への移行促進のために実施している取組、市区町村との連携状況、介護医療院への移行促進にあたり必要と考える支援、助成金・補助金の活用状況 等

(6) 指定都市・中核市票

医療機関・施設からの相談状況、介護療養病床から介護医療院への移行促進のために実施している取組、都道府県との連携状況、介護医療院への移行促進にあたり必要と考える支援、助成金・補助金の活用状況 等

(7) 保険者票

医療機関・施設からの相談状況、都道府県との連携状況、介護医療院への移行に関する課題 等



令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）  
医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業  
介護医療院票（案）

1. 本調査票は「介護医療院」について、問 1～問 3 1 は施設長様もしくは事務長様が、問 3 2～問 4 2 は看護師長様にご回答ください。
2. ご回答にあたっては、同封の「記入要領」をご参照ください。
3. お忙しいところ恐縮ではございますが、2019 年●月● 日までに調査票にご記入いただき、同封の返送用封筒を用いて調査事務局までご返送ください。

## 【お問合せ先】

「医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査」調査事務局  
TEL： (平日 10:00～17:00) FAX： (24 時間)  
E-mail：

施設名			
事業所番号			
部署・ 役職名		ご連絡先 電話番号	

※調査票をご返送いただいた後、事務局より記入内容について問い合わせをさせていただく場合がございます。

1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。(2019 年 9 月●日時点の状況についてご回答ください。)

問 1 所在地	( ) 都・道・府・県		
問 2 開設主体	01 医療法人 02 社団・財団法人 03 国公立 04 個人 05 その他 ( )		
問 3 開設年月	西暦 ( ) 年 ( ) 月		
問 4 定員	( ) 人		
問 5 類型	01 I 型介護医療院サービス費 (I) 02 I 型介護医療院サービス費 (II) 03 I 型介護医療院サービス費 (III) 04 II 型介護医療院サービス費 (I) 05 II 型介護医療院サービス費 (II) 06 II 型介護医療院サービス費 (III) 07 I 型特別介護医療院サービス費 08 II 型特別介護医療院サービス費	09 ユニット型 I 型介護医療院サービス費 (I) 10 ユニット型 I 型介護医療院サービス費 (II) 11 ユニット型 I 型介護医療院サービス費 (III) 12 ユニット型 II 型介護医療院サービス費 (I) 13 ユニット型 II 型介護医療院サービス費 (II) 14 ユニット型 II 型介護医療院サービス費 (III) 15 ユニット型 I 型特別介護医療院サービス費 16 ユニット型 II 型特別介護医療院サービス費	
問 6 併設する医療機関	01 病院を併設 ➡病床の種類 (複数回答可) (11 一般病床 12 療養病床 13 その他) 02 診療所を併設 (外来機能のみ有する場合を含む) 03 併設医療機関なし		
問 7 介護医療院が実施している居宅介護サービス等 (複数回答可)	01 通所リハビリテーション 02 訪問リハビリテーション 03 短期入所療養介護 04 上記のいずれも実施していない		
問 8 併設医療機関又は併設事業所が実施している居宅介護サービス等 (複数回答可)	01 通所リハビリテーション 02 訪問リハビリテーション 03 外来リハビリテーション 04 訪問看護 05 短期入所療養介護 06 上記のいずれも実施していない		

問 9 同一法人・関連法人が運営している他の介護保険サービス等 (複数回答可)	01 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 02 介護老人保健施設 03 介護療養型医療施設 04 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設入居者生活介護) 05 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設入居者生活介護なし) 06 養護老人ホーム・軽費老人ホーム・ケアハウス 07 認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム) 08 小規模多機能型居宅介護 09 看護小規模多機能型居宅介護 10 その他の介護保険サービス 11 他の介護保険サービスは運営していない
問 10 臨床検査 (分析)を委託していますか	01 臨床検査を自施設 (介護医療院内) で実施している 02 臨床検査を併設医療機関で実施している 03 検査内容によって臨床検査を一部外部に委託している ➡委託先 (11 併設以外の医療機関のみ 12 衛生検査所のみ 13 11、12 の両方) 04 臨床検査を全部外部に委託している ➡委託先 (11 併設以外の医療機関のみ 12 衛生検査所のみ 13 11、12 の両方)

2. 職員数についてお伺いします。(2019年9月●日時点の状況についてご回答ください。)

問 11 貴施設の職員体制についてお伺いします。職種ごとの職員の常勤換算数をご記入ください。			
※常勤換算の計算方法 職員数の算出については、「常勤職員の実人数」+「非常勤職員の常勤換算人数」より求めてください。 非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該病棟で従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。(小数点第二位を切り捨てして下さい)。配置がある場合で得られた結果が0.1に満たない場合は0.1と記入してください。			
例：A施設(常勤の従業員が勤務すべき時間数：32時間/週) 常勤職員2名、非常勤職員B：20時間/週、非常勤職員C：32時間/週 の場合 $2 + ((20+32)/32) = 3.625$ よって、常用換算で3.62人			
	専従 常勤換算の配置数	他の施設等と兼務 常勤換算の配置数	夜勤の配置数 1日あたり人数
医師	. 人	. 人	
薬剤師	. 人	. 人	
看護師	. 人	. 人	人
准看護師	. 人	. 人	
介護職員	. 人	. 人	
うち、介護福祉士	. 人	. 人	
うち、認定特定行為を実施できる介護職員 (認定証の交付を受けた職員および経過措置により実施できる職員等)	. 人	. 人	人
理学療法士	. 人	. 人	
作業療法士	. 人	. 人	
言語聴覚士	. 人	. 人	
栄養士	. 人	. 人	
うち、管理栄養士	. 人	. 人	
介護支援専門員	. 人	. 人	
診療放射線技師	. 人	. 人	

### 3. 設備についてお伺いします。

問 12 療養室の部屋数と延べ床面積※1					
	4人室	3人室	2人室	個室	ユニット型個室
室数	室	室	室	室	室
延べ床面積(合計値)	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
問 13 廊下幅※2					
廊下の最低幅	m	うち中廊下の最低幅	1 中廊下なし 2 中廊下有 ( ) m		

※1:「延べ床面積」は、合計値を回答してください(20㎡の部屋と18㎡の部屋がある場合には計38㎡)。

※2:「廊下幅」は、壁から壁で測定した場合に、最も狭い幅を回答してください。

「中廊下」とは、廊下の両側に療養室等又はエレベーター室のある廊下を指します。該当する廊下がない場合には「中廊下なし」に○をつけてください。

### 4. 貴施設の入所者数等についてお伺いします。

問 14 ① 2019年9月3日 24時時点の入所者数(実人数)	人
② うち、貴院が介護医療院に移行する前からの入所者数(実人数)	人
問 15 延べ入所者数(2019年6月1日～8月31日の3か月間) ※1、2	人

※1:6月2日～8月31日の間に移行した介護医療院の場合、介護医療院に移行してからの状況のみをご回答ください。

※2:「延べ入所者数」は、2019年6月1日～8月31日の3か月間の入所者数を足しあげたものです。6月1日の入所者が50人、6月2日が49人、6月3日が51人、・・・であれば、50+49+51+・・・として算出してください。

	住民税非課税所得 世帯(第一段階)	住民税非課税所得 世帯(第二段階)	住民税非課税所得 世帯(第三段階)	左記以外
問 16 所得状況別	人	人	人	人

問 17 保険者別 ※入所者の介護保険の保険 者と、貴施設の所在地の関 係についてご記入ください。	貴施設と同保険者内 (例:保険者が札幌市、所 在地が札幌市の場合)	同保険者外かつ同県内 (例:保険者が旭川市、所 在地が札幌市の場合)	他県 (例:保険者が青森市、所 在地が札幌市の場合)
	人	人	人

※問 16～17の内訳の合計はそれぞれ問 14 ①と一致するように、ご記入下さい。

### 5. 2019年3月～8月の「新規入所者数(入所元の内訳)」と「退所者数(退所先の内訳)」 をご回答下さい。

※介護医療院に移行してからの状況のみをご回答ください

※介護医療院に移行した場合で、移行前の病棟等から継続して入所している人は新規入所者に含めずにご回答ください。

	問 18 新規入所者数	問 19 退所者数
本人の家(賃貸、家族の家を含む)	人	人
併設医療機関 (以下、内訳)	人	人
i)一般病床 ※ii)～vi)を除くもの(いわゆる急性期病床)	( 人)	( 人)
ii)地域包括ケア病棟(病床)	( 人)	( 人)
iii)回復期リハビリテーション病棟	( 人)	( 人)
iv)医療療養病床	( 人)	( 人)
v)精神病床	( 人)	( 人)
vi)その他の病床・不明	( 人)	( 人)
vii)有床診療所	( 人)	( 人)

(続き)

併設医療機関以外の医療機関(介護療養型医療施設を除く) (以下、内訳)	人	人
i)一般病床 ※ ii)～vi)を除くもの(いわゆる急性期病床)	( 人)	( 人)
ii)地域包括ケア病棟(病床)	( 人)	( 人)
iii)回復期リハビリテーション病棟	( 人)	( 人)
iv)医療療養病床	( 人)	( 人)
v)精神病床	( 人)	( 人)
vi)その他の病床・不明	( 人)	( 人)
vii)有床診療所	( 人)	( 人)
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	人	人
介護老人保健施設	人	人
介護療養型医療施設	人	人
有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅(特定施設入居者生活介護)	人	人
養護老人ホーム・軽費老人ホーム・ケアハウス	人	人
認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)	人	人
死亡		人
うち、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)実施者		人
うち、ターミナルケア実施者		人
その他	人	人
不明	人	人

## 6. 貴施設での生活施設としての環境を整える取組・工夫についてお伺いします。

問 20 貴施設で実施されている生活施設としての環境を整える取組・工夫等についてお伺いします。以下の取り組みについて、あてはまるものに○をつけ、7)に特に工夫している点、力を入れている点についてご記入ください。	
1)プライベートスペースの確保 (複数回答可)	01 入所者のプライベートスペースにはなじみの家具などの持ち込みを許可している 02 入所者の状態や希望にあわせてベッドの高さを調節している 03 入所者のプライベートスペースに入る際には、声掛けを行うようにしている 04 家族や見舞客と過ごすためのプライバシーを確保した部屋がある 05 その他(具体的な取り組みを7)にご記入ください) 06 上記01～05にはいずれも当てはまらない
2)共有スペースの状況 (複数回答可)	01 体格に合ったテーブルやイスを利用できるよう、複数のサイズのテーブル・イスを用意している。 02 食事を行うためのテーブルと、くつろぐためのテーブルやイスは異なっている 03 食事スペースや共有スペースに座った状態で、十分な採光が得られる 04 共有スペースのすぐ近くに共用のトイレがある 05 共有スペースから少し離れたところに、息を抜ける居場所がある 06 共有スペースの延長としての戶外空間がある 07 新聞や雑誌などを置いて、暮らしの場所としての家庭的な雰囲気を感じられるようにしている 08 飾り付けを工夫するなどして入居者が日中滞在しやすいような、明るい雰囲気の快適な空間にしている 09 共有スペースを、地域住民や児童等との交流の場として利用することがある 10 その他(具体的な取り組みを7)にご記入ください) 11 上記01～10にはいずれも当てはまらない

<p>3) 食事支援 (複数回答可)</p>	<p>01 入所者ごとの食事の好みを把握している 02 入所者ごとの好みに合わせた食事を提供している 03 行事食や入所者ごとのライフイベントに配慮した特別食を提供している 04 おやつを提供している 05 調理方法や見た目にこだわった配膳を工夫している 06 本人が希望すれば食事の時間を変更することができる 07 経管栄養の入所者であっても、本人の希望に応じて口から食べる楽しみを支援している 08 その他 (具体的な取り組みを7)にご記入ください 09 上記01~08にはいずれも当てはまらない</p>
<p>4) 排せつ支援 (複数回答可)</p>	<p>01 入所者のトイレタイムを把握し、個別にトイレ誘導している 02 残存能力をできる限り活用できるような手すりの配置などを工夫している 03 多床室にポータブルトイレを置かないなどの排せつのプライバシーに配慮している 04 排せつ動作等について専門職のアセスメントに基づき、スタッフが共通の理解をもって支援している 05 その他 (具体的な取り組みを7)にご記入ください 06 上記01~05にはいずれも当てはまらない</p>
<p>5) 入浴支援 (複数回答可)</p>	<p>01 週2回以上の入浴に関して、本人が希望すれば週3回以上の入浴を実現している 02 本人が希望すれば夜間入浴(夕食後から就寝前の時間帯の入浴)を実現している 03 マンツーマン体制での入浴(浴室までの誘導~浴室内の介助を1人の職員が行う入浴)を実現している 04 その他 (具体的な取り組みを7)にご記入ください 05 上記01~04にはいずれも当てはまらない</p>
<p>6) レクリエーションの取り組み方針 (複数回答可)</p>	<p>01 入所者の希望に合わせレクリエーションを組み合わせている 02 外出行事を実施している 03 個別の外出に対応している 04 近隣の行事(運動会、お祭り)等に参加している 05 その他 (具体的な取り組みを7)にご記入ください 06 上記01~05にはいずれも当てはまらない</p>
<p>7) その他の取組※生活施設としての環境を整える取組・工夫等をご回答ください。(自由記載)</p>	

7. 移行時の状況等についてお伺いします。

<p>問21 介護医療院の開設を決めた理由としてあてはまる項目すべてに○をつけてください。(複数回答可)</p>		
<p>01 介護医療院創設の理念に共感した 02 自院(施設)には介護医療院にふさわしい患者(入所者)が多いと考えられた 03 基本施設サービス費の報酬単価に魅力を感じた 04 移行定着支援加算に魅力を感じた 05 病院からの退院先となる場合には自宅等として取り扱われることに魅力を感じた 06 夜勤看護配置に係る72時間の要件が適用されていないことに魅力を感じた 07 医療区分2と3の患者(入所者)の減少 08 看護職員配置の維持が困難 09 その他 ( )</p>		
<p>問22 介護医療院の開設にあたっての状況をご回答ください。</p>		
<p>1) 開設前の施設 (複数回答可)</p>	<p>01 医療療養病床(20:1) 03 医療療養病床(診療所) 05 介護療養型医療施設(診療所) 07 介護療養型老人保健施設(転換老健) 09 新設</p>	<p>02 医療療養病床(25:1) 04 介護療養型医療施設(病院) 06 介護療養型医療施設(認知症疾患型) 08 その他の病床等 ( )</p>



3)職員との意識の共有方法 (複数回答可)	01 移行の中心となる職員が介護医療院の理念や役割について職員に話をした 02 職員に対して資料の配布を行った 03 特に職員に対して説明は行っていない 04 その他 ( )	
4)職員への説明開始時期	01 介護医療院開設のおよそ6か月以上前 02 介護医療院開設のおよそ3か月以上前 03 介護医療院開設のおよそ2か月前 04 介護医療院開設のおよそ1か月前 05 特に職員に対する説明は行っていない 06 その他 ( )	
問 25 介護医療院の開設にあたって、課題や困難だったことがあれば、あてはまる項目すべてに○をつけてください。(複数回答可)		
01 入所者が必要とする十分な医療ケアの提供 02 ターミナルケアの提供 03 院内の他の診療科との連携が希薄になること 04 職員のモチベーションの維持 05 移行前と比べての医師の雇用 06 移行前と比べての看護職員の雇用 07 移行前と比べての介護職員の雇用 08 入所者や家族への説明 09 入所者にとっての生活の場となるような配慮 10 施設運営の見通しが立たなかった(経営状況悪化の恐れ) 11 稼働率を維持するのに十分な入所者を集めること 12 周囲の他の介護施設との異なる特徴の明確化 13 地域で医療機関としての機能を残すことにニーズがあった 14 自治体における相談・手続 15 その他 ( ) 16 特になかった		
問 26 介護医療院の開設にあたって、有用だと感じた支援策があれば、あてはまる項目すべてに○をつけてください。(複数回答可)		
01 建物を改修・改築するための助成金 02 家具・パーテーション等を購入するための助成金 03 移行定着支援加算 04 介護医療院の基準・制度に関する情報提供 05 介護医療院の基準・制度に関する相談窓口 06 実際に介護医療院を開設した事例の紹介 07 自治体が作成した申請手続き等の手引き・マニュアル 08 その他 ( ) 09 特に有用な支援策はなかった		
問 27 介護医療院の開設にあたって、移行前後で転院(転棟)する必要のあった患者(入所者)はいましたか。 (状態像の変化による転院(転棟)者は含めず、介護医療院を開設したことによる影響についてご回答ください。)※新設の介護医療院の場合にはご回答は不要です。		
1)移行にあたって併設医療機関や他の医療機関へ転院(転棟)した患者(入所者)はいましたか。	01 転院(転棟)した患者(入所者)がいた 02 転院(転棟)した患者(入所者)はいなかった	
2)【1)で転院(転棟)した患者(入所者)がいたと回答した場合】 あてはまる理由別の人数をご回答ください。	①患者(入所者)の年齢が40歳未満だった	人
	②要介護認定されなかった	人
	③医療の必要性が高かった	人
	④介護保険施設では自己負担額が大きく変わった	人
	⑤本人・家族の希望	人
	⑥その他	人



問 28 移行定着支援加算についてお伺いします。		
1)移行定着支援加算を算定していますか。	01 算定している (以下の 2)～4) をご回答ください) 02 算定していない (→問 29 に進んでください)	
2)移行定着支援加算を算定するための、入所者・家族への説明は、いつ頃から、どのように、行いましたか。	①説明を行った時期	開設の ( ) か月前から行った
	②説明方法(複数回答可)	01 対面で説明した 02 説明資料を配布した 03 説明資料を提示した 04 その他
3)移行定着支援加算を算定するための、地域住民への説明は、いつ頃から、どのように、行いましたか。	①説明を行った時期	開設の ( ) か月前から行った
	②説明を行った回数	延べ ( ) 回
	③説明方法(複数回答可)	01 対面で説明した 02 説明資料を配布した 03 説明資料を提示した 04 その他
4)説明を行った地域住民は次のうちどれですか。(複数回答可)	01 自治会・町内会の役員                      02 自治会・町内会の加入者 03 民生委員                                      04 病院・診療所の受診者 05 募集に対して参加された方              06 その他	
問 29 介護医療院への移行前後で経営面での影響はありましたか。	01 良い影響があった 02 特にない 03 悪い影響があった 04 わからない	

問 30 介護医療院への移行前後で職員の様子に変化はありますか。あてはまる番号に○をつけてください。具体例は自由記載ですので、空白でも構いません。可能な範囲でご記載ください。	
01 良い変化があった (具体例 (自由記載):	)
02 特になし	
03 悪い変化があった (具体例 (自由記載):	)
04 わからない	

8. 地域に貢献する活動の実施状況についてお伺いします。

問 31 貴施設で実施されている地域に貢献する活動・地域と交流する活動等についてお伺いします。		
1)活動の実施件数(2019 年度実施済み・実施予定延べ回数)		
①保健・医療・福祉		
①-1 健康教室・介護予防教室・栄養教室等(施設内での開催、職員の派遣を含む)		回
①-2 介護教室・介護相談(家族介護者に対する支援)		回
①-3 認知症カフェ・住民カフェ		回
①-4 その他の取り組み		回

(続き)

②教育支援(職場体験)		回	
③文化・環境保全(祭りや伝統行事の開催・地域の美化・緑化・地域環境保全)		回	
④災害時の地域拠点としての準備・体制づくり		回	
⑤ボランティアの受け入れ		回	
⑥地域ケア会議への参加		回	
⑦事業所内住民研修(認知症サポーター養成講座開催など)		回	
⑧その他( )		回	
2) 活動を実施するにあたって、連携している組織(複数回答可)	01 都道府県 04 ボランティア団体 07 地域包括支援センター	02 市区町村 05 保育園・幼稚園 08 その他( )	03 自治会・町内会 06 小・中学校
3) 移行前と比較して、活動の実施件数(2019 年度実施済み・実施予定延べ回数)に変化はありましたか。			01 増加した 02 変化はなかった 03 減少した

【ここから先は看護師長様にご回答ください】

9. 貴施設の入所者の詳細についてお伺いします。(2019 年9月3日 24 時時点)

(1) 入所者数(実人数)について、内訳をご記入下さい。

※問 32～37 の内訳の合計はそれぞれ問 14 ①と一致するように、ご記入下さい。

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明・未実施
問 32 医療区分	人	人	人	人

※「不明・未実施」であっても医療区分の適用が可能な場合には、各医療区分別の該当人数をご記入ください。

	ADL区分1	ADL区分2	ADL 区分3	不明・未実施
問 33 ADL 区分	人	人	人	人

※「不明・未実施」であっても ADL 区分の適用が可能な場合には、各 ADL 区分別の該当人数をご記入ください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中
問 34 要介護度	人	人	人	人	人	人

	40～64 歳	65～74 歳	75～84 歳	85～94 歳	95 歳以上	
問 35 年齢階級	人	人	人	人	人	

	自立	J	A	B	C	不明・未実施
問 36 障害高齢者の日常生活自立度	人	人	人	人	人	人

※障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)については、調査説明資料をご確認ください。

※「不明・未実施」であっても障害高齢者の日常生活自立度の適用が可能な場合には、各自立度の該当人数をご記入ください。

	自立	I	II	III	IV	M	不明・未実施
問 37 認知症高齢者の日常生活自立度	人	人	人	人	人	人	人

※認知症高齢者の日常生活自立度については、調査説明資料をご確認ください。

※「不明・未実施」であっても認知症高齢者の日常生活自立度の適用が可能な場合には、各自立度の該当人数をご記入ください。

問 38 2019年9月3日24時時点の貴施設における入所者のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者（厚生労働省が示す基準による）について、各状態にあてはまる入所者数をご記入ください。※1  
（同一の入所者が複数の状態にあてはまる場合、あてはまる状態全てにカウントしてください。）※2  
併せて、最下欄に下記の状態にあてはまる入所者の実人数をご記入ください。

重篤な身体疾患を有する者		
①NYHA 分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態		人
②Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する1週間以上人工呼吸器を必要としている状態		人
③各週2日以上的人工腎臓の実施が必要である者（※3）のうち		
常時低血圧（収縮時血圧が90mmHg以下）		人
透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの		人
出血性消化器病変を有するもの		人
骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの		人
④Child-Pugh 分類C以上の肝機能障害の状態		人
⑤連続する3日以上、JCS100以上の意識障害が継続している状態		人
⑥単一の凝固因子活性が40%未満の凝固異常の状態		人
⑦現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められる状態		人
身体合併症を有する認知症高齢者		
①認知症であって、悪性腫瘍等と診断された者		人
②認知症であって、別に掲げるいずれかの疾病（※4）と診断された者		人
③認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又はMに該当する者		人
上記の状態にあてはまる入所者の実人数（1つ以上の項目にあてはまった人数）		人

※1：「介護医療院Ⅰ型」の算定においては、各状態に当てはまる入所者を「延べ人数算定方式」で届け出ることとなっていますが、本調査では「2019年9月3日24時時点」の人数としてご回答ください。

※2：「介護医療院Ⅰ型」算定要件上は、同一の者について「重篤な身体疾患を有する者」の基準及び「身体合併症を有する認知症高齢者」の基準のいずれにも当てはまる場合は、いずれか一方にのみ含めるものとなっていますが、本調査では入所者の状態像を把握するため、当てはまる状態全てにカウントしてください。

※3：「人工腎臓の実施」は他科受診によるものであっても構いません。

※4：「別に掲げる疾病」とは、厚生労働省の示す基準に則り、以下の疾病を指します。

パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、広範脊柱管狭窄症、後縦靭帯骨化症、黄色靭帯骨化症、悪性関節リウマチ

(2) 医療処置を実施した入所者数(実人数)について、ご記入下さい。

問 39 2019 年 8 月の1か月間における貴施設への入所者に対して行った医療処置についてご回答ください。 (実人数)			
1) 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	人	14) インスリン注射	人
2) 経鼻経管栄養	人	15) 疼痛管理(麻薬なし)	人
3) 中心静脈栄養	人	16) 疼痛管理(麻薬使用)	人
4) カテーテル(尿道カテーテル・コントームカテーテル)の管理	人	17) 創傷処置	人
5) ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	人	18) 褥瘡処置	人
6) 喀痰吸引	人	19) 浣腸	人
7) ネブライザー	人	20) 摘便	人
8) 酸素療法(酸素吸入)	人	21) 導尿	人
9) 気管切開のケア	人	22) 膀胱洗浄	人
10) 人工呼吸器の管理	人	23) 持続モニター(血圧、心拍、酸素飽和度等)	人
11) 静脈内注射(点滴含む)	人	24) リハビリテーション	人
12) 皮内、皮下及び筋肉注射(インスリン注射を除く)	人	25) ターミナルケア	人
13) 簡易血糖測定	人	26) 歯科治療(訪問を含む)	人

### 10. 貴施設でのターミナルケア等の実施状況をお伺いします。

問 40 貴施設におけるアドバンス・ケア・プランニング(ACP)※に関する取組についてご回答ください。	
1) 貴施設では ACP に取り組んでいますか。	01 取り組んでいる 02 取り組んでいない
2) ACP に取り組む上で何が困難ですか。 (複数回答可)	01 本人の意思決定に関わる力の評価 02 本人が意思表示できない 03 意思推定者が定まらない 04 ACP の取組を行う時期やタイミングの見極め 05 ACP として取り組む内容に関する職員の理解不足 06 ACP として取り組む内容に関して本人・家族等が否定的、もしくは理解不足 07 事業所として ACP の取組に関する方針・指針がない 08 ACP に取り組むための事業所の体制が不十分 09 ACP に取り組むための、利用者の医療・ケアチーム全体の連携がうまくとれない 10 ACP に取り組むための時間がとれない 11 ACP に取り組むことに主治医(担当医)が消極的 12 その他 ( ) 13 困難なことは特にない
3) 1)で「01 取り組んでいる」と回答した場合】ACP で話し合う内容のうち特に重視すること。(〇はひとつ)	01 本人の気がかりや意向 02 本人の価値観や目標 03 病状や予後の理解 04 治療や療養に関する意向 05 意思推定者が適任者であるかの見極め、決定 06 その他 ( )

4) ACP に関する施設内での職員研修の有無	01 施設内で研修をしている 02 研修をしていない
5)【4)で「01」と回答した場合】 ACP に関する職員研修の頻度	01 年1回 02 年に2～4回 03 年に5回～毎月開催 04 その他
6)職員の中に ACP に関する施設外の研修を受講した方はいますか。 (職種については複数回答可)	01 受講者がいる →11 医師 12 薬剤師 13 看護職員 14 介護職員 15 リハビリ専門職 16 管理栄養士・栄養士 17 その他の職種 02 受講者はいない

※「アドバンス・ケア・プランニング (ACP)」とは、人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスを指します。

問 41 1)アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を実施した入所者 (2019年9月3日24時時点)	人
2)以下の①～③の条件すべてに適合する入所者(ターミナル期のケアを提供している入所者)の人数と、同入所者の2019年6月1日～8月31日の3か月間の延べ入所日数をご記入ください。(※1)(※2) ①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者である。 ②入所者等又はその家族等の同意を得て、入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されている。 ③医師、看護師、介護職員が共同して、入所者等の状態または家族の求め等に応じ随時、本人またはその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。	
人数(2019年9月3日24時時点)	3か月の延べ入所日数
人	日

※1 2019年8月31日24時時点でターミナルケアを提供している入所者がいる場合、ターミナルケアを開始した時期に関わらず、その方の過去3か月間の延べ入所日数をご記入ください。

例) 2019年1月1日に入所し、8月15日からターミナルケアを開始(8月31日24時時点でターミナルケアを提供)している場合、3か月間の延べ入所日数は、6～8月の延べ92日となります

※2 6月2日～8月31日の間に移行した介護医療院の場合、介護医療院に移行してからの状況のみをご回答ください。

問 42 貴施設におけるターミナルケアに関する取組についてご回答ください。	
1)貴施設では看取り期に入った入所者に対して、ターミナルケアに取り組んでいますか。	01 取り組んでいる 02 取り組んでいない
2)貴施設ではターミナルケアに取り組むにあたって、施設内でのマニュアル等を整備していますか。	01 整備している 02 整備していない
3)看取りに関する施設内での職員研修の有無	01 施設内で研修をしている 02 研修をしていない
4)【3)で「01」と回答した場合】看取りに関する職員研修の頻度	01 年1回 02 年に2～4回 03 年に5回～毎月開催 04 その他
5)職員の中にターミナルケアに関する施設外の研修を受講した方はいますか。 (職種については複数回答可)	01 受講者がいる →11 医師 12 薬剤師 13 看護職員 14 介護職員 15 リハビリ専門職 16 管理栄養士・栄養士 17 その他の職種 02 受講者はいない

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、入所者票とあわせて、ご返送下さい。ご協力ありがとうございました。

令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)  
医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業  
入所者票(介護医療院) (案)

※本調査票は、当該入所者の状況について、詳しい職員の方がご記入下さい。

※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。

※調査時点は、2019年9月3日●、もしくは質問に記載している期間とします。

■入所者の状況について、詳しい職員の方が記載してください

1) 年齢	( ) 歳			
2) 性別	1 男 2 女			
3) 施設への入院・入所日 (移行前からの入所者は、移行前の施設への入院・入所日)	西暦 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日			
4) 療養室	1 個室 2 多床室 3 ユニット型個室 4 ユニット型個室的多床室			
5) 要介護度(直近)	1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 申請中			
6) 医療区分	1 医療区分1 2 医療区分2 3 医療区分3 4 不明・未実施			
7) ADL区分	1 ADL区分1 2 ADL区分2 3 ADL区分3 4 不明・未実施			
8) 障害高齢者の 日常生活自立度	1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2 10 不明			
9) 認知症高齢者の 日常生活自立度	1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明			
10) 傷病(該当する ものすべてに○、主 なもの1つに◎)	1 高血圧 2 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3 心臓病 4 糖尿病 5 高脂血症(脂質異常症) 6 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8 腎臓・前立腺の病気 9 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10 外傷(転倒・骨折等) 11 がん(新生物) 12 血液・免疫の病気 13 うつ病・精神疾患 14 認知症(アルツハイマー病等) 15 パーキンソン病 16 目の病気 17 耳の病気 18 歯科疾患 19 その他の難病 20 その他( ) 21 ない			
11) 日中の平均的なベッド座位時間	1 0~1時間 2 1~2時間 3 2~3時間 4 3時間以上			
12) 日中の平均的なベッド離床時間	1 0~2時間未満 2 2~4時間未満 3 4~6時間未満 4 6~8時間未満 5 8時間以上			
13) 食事の場所	1 食堂等自室以外 2 自室 3 食事はとっていない(経管栄養等)			
14) 食事の時間	1 決められた時間に提供されている 2 本人の希望する時間に提供されている 3 日によって提供時間が異なる			
15) 入浴の回数	1 週間あたり ( ) 回 → うち一般浴槽 ( ) 回、特別浴槽 ( ) 回			
16) レクリエーションへの参加	1 週間あたり ( ) 分			
17) アドバンス・ケア・プランニング(ACP、人生会議)に関する取組の有無	1 はい 2 いいえ			
18) ターミナルケアの実施の有無	1 はい 2 いいえ			
19) 算定した加算(複数回答可)	1 経口維持加算 2 経口移行加算 3 口腔衛生管理加算 4 排せつ支援加算 5 栄養マネジメント加算 6 低栄養リスク改善加算 7 療養食加算			
20) 算定した特別診療費(複数回答可)	1 理学療法(I・II) 2 作業療法 3 言語聴覚療法 4 集団コミュニケーション療法 5 摂食機能療法 6 短期集中リハビリテーション 7 認知症短期集中リハビリテーション 8 精神科作業療法 9 認知症入所精神療法			
21) 直近1週間あたりのリハビリテーションの回数・合計時間	理学療法士によるリハビリテーション ( ) 回 合計 ( ) 分 作業療法士によるリハビリテーション ( ) 回 合計 ( ) 分 言語聴覚士によるリハビリテーション ( ) 回 合計 ( ) 分			

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。施設票とあわせてご返送ください。

## 介護医療院に関する調査票 (案)

これは、厚生労働省の委託会社が全国の介護医療院を対象として実施する調査で、あなた（またはご家族）が入所している施設が実施する調査ではありません。

※この調査の結果は、あなた（またはご家族）が入所している施設にも、回答者がわからないように集計されて厚生労働省に報告されます。

あなた（またはご家族）が、入所している介護医療院のご様子についてうかがいます。入所している施設が介護医療院に変わる前と変わった後での変化等について、お教えてください。

各質問について、あてはまる番号を1つ○で囲んでください。

問1 ご記入いただいている方はどなたですか。

- |       |                   |                 |
|-------|-------------------|-----------------|
| 1. 本人 | 2. 家族が本人から聞き取って記入 | 3. 家族が本人の代わりに記入 |
|-------|-------------------|-----------------|

問2 現在の施設的环境について、全体的に満足していますか。

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 1. 満足している          | 2. どちらかと言えば満足している |
| 3. どちらかと言えば満足していない | 4. 満足していない        |

問3 介護医療院に変わる前と変わった後で、「普段生活する部屋」に変化はありますか。

- |             |            |
|-------------|------------|
| 1. 良い変化があった | 2. 特に変化はない |
| 3. 悪い変化があった | 4. 分からない   |

問4 介護医療院に変わる前と変わった後で、「施設の雰囲気」に変化はありますか。

- |             |            |
|-------------|------------|
| 1. 良い変化があった | 2. 特に変化はない |
| 3. 悪い変化があった | 4. 分からない   |

問5 介護医療院に変わる前と変わった後で、「ご自身の気持ち」に変化はありますか。

- |             |            |
|-------------|------------|
| 1. 良い変化があった | 2. 特に変化はない |
| 3. 悪い変化があった | 4. 分からない   |

問6 介護医療院に変わって良かったと感じたところがあれば、ご自由に記載してください。

ご協力、誠にありがとうございました。



令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）  
医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業  
都道府県票（案）

F1 都道府県名	( ) 都・道・府・県		
F2 回答部署			
F3 電話番号			
問1 貴自治体における介護医療院数	( ) 施設		
問2 介護医療院に関する医療機関・施設からの相談の有無(2018年4月から2019年8月までに受けた、介護医療院開設(移行)前の医療機関・施設からの相談についてお答えください)	1 有	2 無	
→問2で「1有」と回答した場合、下記をお答え下さい。			
相談が多かった上位3つの項目(担当者の主観で差し支えありません)。			
1 開設手続きについて    2 人員基準について    3 設備基準について    4 運営基準について 5 報酬について    6 助成金・補助金について    7 介護保険事業(支援)計画について 8 その他( )			
問3 介護療養病床等から介護医療院への移行促進のために実施している取組(複数回答可)			
1 説明会を実施している    2 集団指導の際に関連情報を周知している 3 介護医療院のホームページを作成している    4 介護医療院専用の相談窓口を設置している 5 申請手続きに係る手引きを作成している    6 基準等に係る説明資料を作成している 7 医師会等関係団体と協力している    8 定期的に意向調査を実施している 9 医療機関を訪問して状況確認等を行っている 10 その他( ) 11 特に実施していない			
問4 今後、介護医療院への移行促進にあたり最も必要と考える支援(単一回答)			
1 事業者向けの研修会の充実    2 自治体向けの研修会の充実 3 その他( )    4 特になし			
問5 介護医療院への移行に関する管内の市区町村との連携状況(複数回答可)			
1 定期的に市区町村との情報交換の場を設けている 2 事業者から相談があった場合、市区町村と情報交換を行っている 3 事業者から相談があった場合、市区町村にも相談に行くよう事業者に勧めている 4 その他( ) 5 特に行っていない			
問6 介護医療院への移行に関する市区町村からの相談の有無(2018年4月から2019年8月までの相談についてお答えください)	1 有	2 無	
→問6で「1有」と回答した場合、相談内容(複数回答可)			
1 開設手続きについて    2 人員、設備、運営基準について    3 報酬について 4 介護保険財政について    5 その他( )			
問7 第7期介護保険事業支援計画作成時に、介護医療院への移行に関して行ったことについてお答えください(複数回答可)。			
1 都道府県内の介護部局と医療部局で介護医療院に関する情報交換を行った。 2 介護医療院について市区町村への情報提供(説明会等)を行った。 3 医療療養病床を有する医療機関及び介護療養型医療施設における転換の意向調査等により転換意向を把握した。 4 都道府県や市区町村の医療、介護担当者等の関係者による協議の場で介護医療院に関する議論を行った。 5 介護保険事業支援計画に定めたサービス見込量に、転換意向調査において転換意向有と回答した病床数を反映させた。 6 上記5以外の追加的需要も反映させた。 7 その他( ) 8 特に行っていない			
問8 助成金・補助金の活用状況			
1 活用事例(申請含む)がある    2 活用事例(申請含む)はないが、相談を受けている 3 活用事例も相談もない			

令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査 (厚生労働省委託調査)  
医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業  
指定都市・中核市票 (案)

F1 都道府県名	( ) 都・道・府・県
F2 市名	( ) 市
F3 回答部署	
F4 電話番号	
問1 自治体の種別	1 指定都市 2 中核市
問2 貴自治体における介護医療院数	( ) 施設
問3 介護医療院に関する医療機関・施設からの相談の有無 (2018年4月から2019年8月までに受けた、介護医療院開設(移行) 前の医療機関・施設からの相談についてお答えください)	1 有 2 無
→問3で「1有」と回答した場合、下記をお答え下さい。	
相談が多かった上位3つの項目(担当者の主観で差し支えありません)。	
1 開設手続きについて 2 人員基準について 3 設備基準について 4 運営基準について 5 報酬について 6 助成金・補助金について 7 介護保険事業(支援)計画について 8 その他( )	
問4 介護療養病床等から介護医療院への移行促進のために実施している取組(複数回答可)	
1 説明会を実施している 2 集団指導の際に関連情報を周知している 3 介護医療院のホームページを作成している 4 介護医療院専用の相談窓口を設置している 5 申請手続きに係る手引きを作成している 6 基準等に係る説明資料を作成している 7 医師会等関係団体と協力している 8 定期的に意向調査を実施している 9 医療機関を訪問して状況確認等を行っている 10 その他( ) 11 特に実施していない	
問5 今後、介護医療院への移行促進にあたり最も必要と考える支援(単一回答)	
1 事業者向けの研修会の充実 2 自治体向けの研修会の充実 3 その他( ) 4 特になし	
問6 介護医療院への移行に関する都道府県との連携状況(複数回答可)	
1 定期的に都道府県との情報交換の場を設けている 2 都道府県に事業者から相談があった場合、都道府県から情報提供を受けている 3 都道府県に事業者から相談があった場合、都道府県の助言を受けた同事業者から相談を受けている 4 その他( ) 5 特に行っていない	
問7 介護医療院への移行に関する都道府県への相談の有無(2018年4月 から2019年8月までの相談についてお答えください)	1 有 2 無
→問7で「1有」と回答した場合、相談内容(複数回答可)	
1 開設手続きについて 2 人員、設備、運営基準について 3 報酬について 4 介護保険財政について 5 その他( )	
問8 介護医療院への移行に関する保険者としての課題(複数回答可)	
1 医療機関・施設の意向把握 2 都道府県との連携 3 介護保険財政への影響 4 地域住民の介護医療院の認知度 5 その他( ) 6 特になし	
問9 助成金・補助金の活用状況	
1 活用事例(申請含む)がある 2 活用事例(申請含む)はないが、相談を受けている 3 活用事例も相談もない	

令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)  
医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業  
保険者票 (案)

F1 都道府県名	( ) 都・道・府・県
F2 市区町村名	( ) 市・区・町・村・広域連合
F3 回答部署	
F4 電話番号	
問1 自治体の種別	1市 2区 3町・村 4広域連合
問2 管内の介護医療院の有無	1有 2無
問3 管内の介護療養型医療施設の有無	1有 2無
問4 管内の医療療養病床の有無	1有 2無
問5 管内の介護療養型老人保健施設の有無	1有 2無
問6 介護医療院に関する医療機関・施設からの相談の有無 (2018年4月から2019年8月までに受けた、介護医療院開設(移行)前の 医療機関・施設からの相談についてお答えください)	1有 2無
→問6で「1有」と回答した場合、下記をお答え下さい。	
相談が多かった上位3つの項目(担当者の主観で差し支えありません)。	
1 開設手続きについて 2 人員基準について 3 設備基準について 4 運営基準について 5 報酬について 6 助成金・補助金について 7 介護保険事業(支援)計画について 8 その他( )	
問7 介護医療院への移行に関する都道府県との連携状況(複数回答可)	
1 定期的に情報交換の場を設けている 2 都道府県に事業者から相談があった場合、都道府県から情報提供を受けている 3 都道府県に事業者から相談があった場合、都道府県の助言を受けた同事業者から相談を受けている 4 その他( ) 5 特に行っていない	
問8 介護医療院への移行に関する都道府県への相談の有無(2018年4月 から2019年8月までの相談についてお答えください)	1有 2無
→問8で「1有」と回答した場合、相談内容(複数回答可)	
1 開設手続きについて 2 人員、設備、運営基準について 3 報酬について 4 介護保険財政について 5 その他( )	
問9 介護医療院への移行に関する課題(複数回答可)	
1 医療機関・施設の意向把握 3 介護保険財政への影響 5 その他( )	2 都道府県との連携 4 地域住民の介護医療院の認知度 6 特になし



問 8 問 7 で「2 通所リハビリテーション」を選択した場合、リハビリテーション提供体制加算を算定していますか(2019 年 8 月時点) (複数回答可)	1 イ 所要時間 3 時間以上 4 時間未満を算定している 2 ロ 所要時間 4 時間以上 5 時間未満を算定している 3 ハ 所要時間 5 時間以上 6 時間未満を算定している 4 ニ 所要時間 6 時間以上 7 時間未満を算定している 5 ホ 所要時間 7 時間以上を算定している 6 算定していない。
問 9 身体拘束廃止未実施減算について (2019 年 8 月分)	1 減算されていない 2 減算された

2-1. 職員数についてお伺いします。

2019 年 9 月●日時点の貴施設の届出上の職員数(常勤換算数)及び夜勤の配置数についてご記入ください。併設の通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを実施している場合には、それらの事業所における届出上のリハビリ専門職の職員数(常勤換算数)についても記入ください。

問 10 貴施設の職員体制についてお伺いします。職種ごとの職員の常勤換算数をご記入ください。				
※常勤換算の計算方法 職員数の算出については、「常勤職員の実人数」+「非常勤職員の常勤換算人数」より求めてください。 非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該病棟で従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。(小数点第二位を切り捨てして下さい)。配置がある場合で得られた結果が 0.1 に満たない場合は 0.1 と記入してください。				
	施設(入所)の 職員数(常勤換 算の配置数)	施設(入所)の 夜勤の配置数 1日あたり人数	通所リハの職員 数(常勤換算の 配置数)	訪問リハの職員 数(常勤換算の 配置数)
医師	. 人			
歯科医師	. 人			
薬剤師	. 人			
看護師	. 人	人	. 人	. 人
准看護師	. 人			
介護職員	. 人	人	. 人	. 人
うち、介護福祉士	. 人	人	. 人	. 人
うち、認定特定行為を実施できる介護職員 (認定証の交付を受けた職員および経過措置により実施できる職員等)	. 人	人	. 人	. 人
理学療法士	. 人		. 人	. 人
作業療法士	. 人		. 人	. 人
言語聴覚士	. 人		. 人	. 人
栄養士	. 人			
うち、管理栄養士	. 人			
介護支援専門員	. 人			
診療放射線技師	. 人			
支援相談員	. 人			
うち、社会福祉士	. 人			
うち、介護支援専門員との兼務者	. 人			

2-2. 貴施設の職員における認知症に関する研修についてお伺いします。

問 11 貴施設の職員において、昨年度、認知症に関する外部の研修を受けた人数をご記入ください	医師	看護職員	介護職員	その他職員
	人	人	人	人

2-3. 貴施設の職員におけるケアマネジャーの資格保持人数

問 12 貴施設の職員において、ケアマネジャーの資格を保持している人数をご記入ください							資格保持人数	
							人	
内訳 (職種ごと)	医師	歯科医師	薬剤師	看護師 准看護師	介護福祉士	介護福祉士以外の 介護職員	その他	
	人	人	人	人	人	人	人	

3. 貴施設の入所者の状況についてお伺いします。(ショートステイ利用者を除く)

問 13 2019年9月3日24時時点の入所者数(実人数)	人
-------------------------------	---

問 14 問 13 について、下記区分ごとの内訳をご記入ください。							
※それぞれの内訳の合計が、問 13 で回答した人数と一致するように、ご記入下さい。							
要介護度別	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中	
	人	人	人	人	人	人	
年齢階級別	40～64歳	65～74歳	75～84歳	85～94歳	95歳以上		
	人	人	人	人	人		
障害高齢者の日常生活自立度別	自立	J	A	B	C	不明・未実施	
	人	人	人	人	人	人	
認知症高齢者の日常生活自立度別	自立	I	II	III	IV	M	不明・未実施
	人	人	人	人	人	人	人
保険者別 ※入所者の介護保険の保険者と、貴施設の所在地の関係についてご記入ください。	貴施設と同保険者内 (例: 保険者が札幌市、所在地が札幌市の場合)		同保険者外かつ同県内 (例: 保険者が旭川市、所在地が札幌市の場合)		他県 (例: 保険者が青森市、所在地が札幌市の場合)		
	人		人		人		

2019年3～8月の新規入所者数(入所前の居所別人数)※1と退所者数(退所先別人数)をご回答下さい。

入所前の居所／退所先	問 15 新規入所者数	問 16	
		退所者数	うち貴施設と 同保険者外※ 2
①本人の家(賃貸、家族の家を含む)	人	人	
②病院			
i)～vi)の合計	人	人	人
i)一般病床 ※ii)～v)を除くもの(いわゆる急性期病床)	人	人	人
ii)地域包括ケア病棟(病床)	人	人	人
iii)回復期リハビリテーション病棟	人	人	人
iv)医療療養病床	人	人	人
v)精神病床	人	人	人
vi)その他の病床・不明	人	人	人
③有床診療所	人	人	人
④介護療養型医療施設	人	人	人
⑤介護医療院	人	人	人
⑥他の介護老人保健施設	人	人	人
⑦特別養護老人ホーム	人	人	人
⑧有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅	人	人	人
⑨養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス	人	人	人
⑩認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	人	人	人
⑪死亡		人	
⑫その他	人	人	人

※1 退所後、直ちに病院等に入院し、一週間以内に再入所した場合も含む。

※2 退所者の介護保険の保険者が、貴施設の所在地と異なる場合の人数(保険者が広域連合の場合は、貴施設の所在地が同広域連合に含まれない場合の人数)。

4-1. 在宅復帰・在宅療養等指標に関連してお伺いします。

<p>問 17 昨年、2018年9月1日時点の貴施設の届出上の基本情報についてご記入ください。                  【2018年10月以降に開設された場合は、回答不要です。】                  ※「介護老人保健施設(基本型・在宅強化型)の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出」に記載した内容について記載してください。                  ※割合を記載するものについては、小数点第1位まで記載してください。ただし、届出上で小数点第1位まで記載していない場合は、届出上に記載した数字を記載してください。</p>	
1) 報酬上の区分	1 超強化型    2 在宅強化型    3 加算型    4 基本型    5 その他型
2) 在宅復帰率(2018年3月～8月)	(            ) %
3) ベッド回転率(2018年3月～8月)	(            ) %
4) 入所前後訪問指導割合※2018年6月～8月の3か月間	(            ) %
5) 退所前後訪問指導割合※2018年6月～8月の3か月間	(            ) %
6) 居宅サービスの実施種類数(訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護)※2018年6月～8月の3か月間	(0・1・2・3) 種類 (○をつけてください)
7) リハビリ専門職の配置割合※2018年6月～8月の3か月間	(            ) %
8) 支援相談員の配置割合※2018年6月～8月の3か月間	(            ) %
9) 要介護4または5の割合※2018年6月～8月の3か月間	(            ) %
10) 喀痰吸引の実施割合※2018年6月～8月の3か月間	(            ) %
11) 経管栄養の実施割合※2018年6月～8月の3か月間	(            ) %
12) 退所時指導等の実施(退所時指導及び退所後の状況確認)	1 有                                  2 無
13) リハビリテーションマネジメント	1 有                                  2 無
14) 地域貢献活動	1 有                                  2 無
15) 充実したリハビリテーション (PT・OT・STによる個別リハ20分程度を週3回以上)	1 有                                  2 無

<p>問 18 今年、2019年3月～8月の入所者の延べ入所者数をご記入ください。                  ※延べ入所者数とは、各月の日々の入所者数を足し上げたものです。例えば、3月1日の入所者が100人、3月2日が98人、3月31日が99人の場合、100人+98人+…+99人と計算されます。</p>						
	2019年					
	3月	4月	5月	6月	7月	8月
延べ入所者数(人)	人	人	人	人	人	人



問 19 2019 年 9 月に算定した在宅復帰・在宅療養支援等指標のもととなる数値をご記入ください(2019 年 3 月～8 月、短期入所療養介護を除く)。

	単位	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月
1) 退所者数※1	人						
2) 1)のうち居宅への退所者数※2	人						
3) 1)のうち死亡退所者数	人						
4) 新規入所者数(再入所を含む)※3	人						
5) 入所前後訪問指導を行った人数	人						
6) 居宅への退所者のうち、退所前後訪問指導を行った人数	人						
7) 居宅サービスの実績の有無	—				①訪問リハ 有・無 ②通所リハ 有・無 ③短期入所 有・無		
8)リハビリ専門職(PT・OT・ST)の配置数(利用者 100 人あたり)	—				利用者 100 人あたり 1. 5 人以上 2. 3 人以上 5 人未満 3. 3 人未満		
9) 支援相談員の配置数(利用者 100 人あたり)	—				利用者 100 人あたり 1. 3 人以上 2. 2 人以上 3 人未満 3. 2 人未満		
10) 要介護4又は5に該当する延べ入所者数	人						
11) 喀痰吸引を実施した入所者の延べ入所者数※4	人						
12) 経管栄養を実施した入所者の延べ入所者数※5	人						

※1：退所後、直ちに病院等に入院し、一週間以内に再入所した場合を除く

※2：入所期間が1月超で、退所後30日以内(要介護4・5の場合は14日以内)に居宅生活継続の見込みであることを確認している者。また、「居宅」には病院・診療所、介護保険施設を含まない。

※3：当該施設を退所後、直ちに病院等に入院し、一週間以内に再入所した場合を除く

※4：過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者(入所期間1年以上の場合は、当該入所期間中に喀痰吸引が実施されていた者)で、口腔衛生管理加算または口腔衛生管理体制加算を算定している場合は、喀痰吸引実施者として数える

※5：過去1年間に経管栄養が実施されていた者(入所期間1年以上の場合は、当該入所期間中に経管栄養が実施されていた者)で、経口維持加算または栄養マネジメント加算を算定している者については、経管栄養実施者として数える

問 20 在宅復帰・在宅療養支援等指標以外の在宅強化型に求められる要件について、貴施設で取り組んでいるものをご回答ください。(2019 年8月時点)

1)退所時指導等(退所時指導及び退所後の状況確認)	1 有	2 無
2)リハビリテーションマネジメント	1 有	2 無
3)地域貢献活動	1 有	2 無
4)充実したリハビリテーション(PT・OT・STによる個別リハ20分程度を週3回以上)	1 有	2 無

問 21 2019年3月～8月に算定した類型と、届け出た在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計得点をご記入ください。							
	単位	2019年					
		3月	4月	5月	6月	7月	8月
算定した類型 1 超強化型 2 在宅強化型 3 加算型 4 基本型 5 その他型	1～5の数字						
		↑	↑	↑	↑	↑	↑
在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計点数 (90点満点)	点						
問22 【2019年8月の類型が「在宅強化型」「加算型」「基本型」「その他型」の場合】 上位の類型を算定するにあたっての困難な要件。 (複数回答可)	1 在宅復帰・在宅療養支援等指標の点数が足りない 2 在宅復帰・在宅療養支援等指標の点数が安定しない（月により点数が変動する）ため、施設の方針として余裕を持った類型を算定している 3 本人以外に関する要因（阻害要因）により在宅復帰が困難な入所者が多い 4 退所時指導等の実施が困難 5 地域貢献活動の実施が困難 6 充実したリハビリ（週3回・20分程度の個別リハビリ）の実施が困難 7 要件となるリハビリ専門職が増員・確保できない 8 要件となる支援相談員が増員・確保できない 9 その他（ ）						

#### 4-2. 在宅復帰・在宅療養に関連してお伺いします。

問 23 貴施設の入所者のうち、1年以上継続して入所している人 (2019年9月3日時点)	人
問 24 問 23 の人のうち、退所できない本人以外に関する要因(阻害要因)がある人	人
問 25 問 24 の人が、退所できない本人以外に関する要因(阻害要因)についてご回答ください。(複数項目に計上可)	
1) 住まい、介護力に関するもの	
01 帰る自宅がない	人
02 自宅はあるが必要な改修等を行うことが困難である	人
03 独居であり近居の親類等の介護力も期待できない	人
04 独居ではないが同居者等による介護力が期待できない	人
05 その他 ( )	人
2) 地域資源に関するもの(※地域は、所在地の市区町村を想定)	
01 地域の居宅サービスが不十分	人
02 地域の医療機関が少ない	人
03 地域の高齢者向け住まい(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等)が少ない	人
04 地域の介護保険施設が少ない	人
05 その他 ( )	人

5 かかりつけ医連携薬剤調整加算についてお伺いします。

2019年3月～8月に退所した方(短期入所療養介護を除く)についてお答えください。

問 26 退所者のうち、入所時に6種類以上の内服薬※が処方されていた人数 ※内服を開始して4週間以上経過した内服薬(頓服薬を除く)を対象とし、1銘柄ごとに1種類として計算してください。	人
問 27 うち、退所時の処方内服薬が、入所時に処方されていた内服薬より1種類以上減った人数(2019年3月～8月)	人
問 28 うち、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定した人数	人
問 29 問 28で、算定人数1人以上の場合にご回答ください: 算定にあたって困難を感じたこと(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 入所前の医療機関の主治の医師との合意形成</li> <li>2 本人・家族への説明・同意取得</li> <li>3 退所時または退所後のかかりつけ医との合意形成</li> <li>4 合意した内容等の診療録への記載</li> <li>5 加算算定にかかる書類の作成(事務手続)</li> <li>6 その他( )</li> </ol>
問 30 問 27で、減薬した人がいても同加算を算定しなかった人がいた場合にご回答ください: 入所後に1種類以上の薬剤を減薬したが、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定しなかった場合の理由(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 入所前の医療機関の主治の医師との合意形成が困難</li> <li>2 本人・家族への説明・同意取得が困難</li> <li>3 退所時または退所後のかかりつけ医との合意形成が困難</li> <li>5 どのような方法で合意形成を行えばよいか不明である</li> <li>6 合意した内容等の診療録への記載を行っていない</li> <li>7 加算算定にかかる書類の作成(事務手続)が負担</li> <li>8 入所時の内服薬は減薬したが、新たに別の内服薬を処方したため</li> <li>9 その他( )</li> </ol>

6 利用者のかかりつけ医(在宅での主治医)との連携についてお伺いします。

問 31 利用者のかかりつけ医との連携時期についてあてはまるもの。(複数回答可)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 入所時に情報提供を行っている</li> <li>2 入所中に情報提供を行っている</li> <li>3 退所時に情報提供を行っている</li> <li>4 特に連携していない</li> </ol>
問 32 入所中におけるかかりつけ医との連携で最もあてはまるもの。
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 全ての入所者に関して定期的に情報提供を行っている →頻度 (a. 1～2か月に1回以上 b. 3か月に1回程度 c. 4～6か月に1回程度 d. その他)</li> <li>2 一部の入所者に関して定期的に情報提供を行っている →頻度 (a. 1～2か月に1回以上 b. 3か月に1回程度 c. 4～6か月に1回程度 d. その他)</li> <li>3 入所者の容体の変化に応じて情報提供を行っている</li> <li>4 特に情報提供は行っていない</li> </ol>
問 33 問 32で1～3を選択した場合にご回答ください:かかりつけ医と連絡をとる手段(複数回答可)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 電話</li> <li>2 書面・FAX</li> <li>3 メール</li> <li>4 アプリ・ICTネットワーク等</li> <li>5 その他( )</li> </ol>
問 34 入所中にかかりつけ医と連携をとるにあたって課題と感ずること。(複数回答可)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 かかりつけ医の把握</li> <li>2 連絡手段が定まっていない</li> <li>3 連絡時間の調整</li> <li>4 連絡すべき内容かどうかの判断</li> <li>5 介護老人保健施設に係る認知度・理解度</li> <li>6 その他( )</li> </ol>

7 所定疾患施設療養費についてお伺いします。

7-1 肺炎について

問 35 肺炎の発症件数(2019年8月)※1	( ) 件			
	所定疾患施設療養費(Ⅰ)	所定疾患施設療養費(Ⅱ)		
問 36 所定疾患施設療養費を算定した者の人数 (2019年8月)※2	( ) 人 ↓	( ) 人 ↓		
問 37 問 36 の算定 日数別の内訳 ※3	① 1日間	人	人	
	② 2日間	人	人	
	③ 3日間	人	人	
	④ 4日間	人	人	
	⑤ 5日間	人	人	
	⑥ 6日間	人	人	
	⑦ 7日間	人	人	
問 38 問 36 の所定 疾患施設療養費を 算定した後の転帰	① 算定日数内に治癒	人	人	
	② 算定期間を超えて施設 負担で治療継続し治 癒	8日	人	人
		9日	人	人
		10日	人	人
		11日以上	人	人
	③ 医療機関へ入院	人	人	
	④ 死亡	人	人	
問 39 実際に行った検 査・診断根拠等	①胸部レントゲン検査	人	人	
	②胸部 CT 検査	人	人	
	③グラム染色	人	人	
	④原因菌の特定検査	人	人	
	⑤薬剤感受性検査	人	人	
	⑥血液検査	人	人	
	⑦その他の検査	人	人	
	⑧検査は実施していない	人	人	
問 40 所定疾患施設療養費 (Ⅰ)を算定した場合、 (Ⅱ)を算定しなかつた 要因は何があります か。(複数回答可)	1 自施設あるいは協力医療機関等と連携しての検査実施が困難 2 診断に至った根拠を診療録に記載することに抵抗がある 3 医師が感染症対策に関する研修を受講していない 4 レセプトへの詳細な記述が負担 5 利用者の同意が得られない 6 その他 ( )			

※1 所定疾患施設療養費の対象となったか否かに関わらず、8月中に肺炎を発症した(発症していた)件数をご回答ください。(例: 8/1~8/5と8/20~8/25に同じ利用者が発症した場合=2件)

※2 一連の治療で所定疾患施設療養費の対象となった人数をご回答ください。  
(例: 8/1~8/5に同じ利用者が算定=1人)

※3 治療期間が8/1~8/30の前後にまたがる場合(例: 7/28~8/2、8/28~9/2)は、7月あるいは9月の算定日数を含めた日数をご回答ください。

7-2 尿路感染症について

問 41 尿路感染症の発症件数(2019年8月)※1	( ) 件			
	所定疾患施設療養費(Ⅰ)	所定疾患施設療養費(Ⅱ)		
問 42 所定疾患施設療養費を算定した者の人数 (2019年8月)※2	( ) 人 ↓	( ) 人 ↓		
問 43 問 42 の算定 日数別の内訳 ※3	① 1日間	人	人	
	② 2日間	人	人	
	③ 3日間	人	人	
	④ 4日間	人	人	
	⑤ 5日間	人	人	
	⑥ 6日間	人	人	
	⑦ 7日間	人	人	
問 44 問 42 の所定 疾患施設療養費を 算定した後の転帰	① 算定日数内に治癒	人	人	
	② 算定期間を超えて施設 負担で治療継続し治 癒	治療期間		
		8日	人	人
		9日	人	人
		10日	人	人
	11日以上	人	人	
	③ 医療機関へ入院	人	人	
④ 死亡	人	人		
問 45 実際にを行った 検査・診断根拠等	①血液検査	人	人	
	②検尿	人	人	
	③原因菌の特定検査	人	人	
	④薬剤感受性検査	人	人	
	⑤画像検査	人	人	
	⑥その他の検査	人	人	
	⑦検査は実施していない	人	人	
問 46 所定疾患施設療養費 (Ⅰ)を算定した場合、 (Ⅱ)を算定しなかった 要因は何があります か。(複数回答可)	1 自施設あるいは協力医療機関等と連携しての検査実施が困難 2 診断に至った根拠を診療録に記載することに抵抗がある 3 医師が感染症対策に関する研修を受講していない 4 レセプトへの詳細な記述が負担 5 利用者の同意が得られない 6 その他 ( )			

※1 所定疾患施設療養費の対象となったか否かに関わらず、8月中に尿路感染症を発症した(発症していた)件数をご回答ください。(例: 8/1~8/5と8/20~8/25に同じ利用者が発症した場合=2件)

※2 一連の治療で所定疾患施設療養費の対象となった人数をご回答ください。  
(例: 8/1~8/5に同じ利用者が算定=1人)

※3 治療期間が8/1~8/30の前後にまたがる場合(例: 7/28~8/2、8/28~9/2)は、7月あるいは9月の算定日数を含めた日数をご回答ください。

7-3 帯状疱疹について

問 47 帯状疱疹の発症件数(2019年8月)※1		( ) 件				
問 48 使用した医薬品						
注射	成分名:アシクロビル	先発品	①( )人	後発品	②( )人	
内服薬	成分名:アシクロビル	先発品	③( )人	後発品	④( )人	
内服薬	成分名:バラシクロビル	先発品	⑤( )人	後発品	⑥( )人	
内服薬	成分名:ファムシクロビル	先発品	⑦( )人	後発品	⑧( )人	
その他	⑨( )人					
		所定疾患施設療養費(Ⅰ)		所定疾患施設療養費(Ⅱ)		
問 49 所定疾患施設療養費を算定した者の人数 (2019年8月)※2		( ) 人 ↓		( ) 人 ↓		
問 50 問 49 の算定 日数別の内訳 ※3	① 1日間	人		人		
	② 2日間	人		人		
	③ 3日間	人		人		
	④ 4日間	人		人		
	⑤ 5日間	人		人		
	⑥ 6日間	人		人		
	⑦ 7日間	人		人		
問 51 問 49 の所定 疾患施設療養費を 算定した後の転帰	① 算定日数内に治癒	人		人		
	② 算定期間を超えて施設 負担で治療継続し治癒	8日	人		人	
		9日	人		人	
		10日	人		人	
		11日以上	人		人	
	③ 医療機関へ入院	人		人		
④ 死亡	人		人			
問 52 実際に行った検 査・診断根拠等	① 臨床所見の観察	人		人		
	② 皮膚検体のギムザ染色	人		人		
	③ 皮膚検体の抗原検査	人		人		
	④ 皮膚科専門医の診断 (コンサルト)	人		人		
	⑤ その他	人		人		
問 53 所定疾患施設療養費 (Ⅰ)を算定した場合、 (Ⅱ)を算定しなかった 要因は何がありますか。 (複数回答可)	1 自施設あるいは協力医療機関等と連携しての検査実施が困難 2 診断に至った根拠を診療録に記載することに抵抗がある 3 医師が感染症対策に関する研修を受講していない 4 レセプトへの詳細な記述が負担 5 利用者の同意が得られない 6 その他 ( )					

※1 所定疾患施設療養費の対象となったか否かに関わらず、8月中に帯状疱疹を発症した(発症していた)件数をご回答ください。(例:8/1~8/5と8/20~8/25に同じ利用者が発症した場合=2件)

※2 一連の治療で所定疾患施設療養費の対象となった人数をご回答ください。  
(例:8/1~8/5に同じ利用者が算定=1人)

※3 治療期間が8/1~8/30の前後にまたがる場合(例:7/28~8/2、8/28~9/2)は、7月あるいは9月の算定日数を含めた日数をご回答ください。

8. 貴施設は2019年3月～8月の間に、以下に挙げるような活動に取り組みましたか。

(※貴施設(介護老人保健施設)としての取組についてお答えください。)

問 54 地域への出前講座	1 取り組んでいる	2 取り組んでいない
問 55 事業所内住民教室	1 取り組んでいる	2 取り組んでいない
問 56 地域住民の相談拠点	1 取り組んでいる	2 取り組んでいない
問 57 認知症カフェの開催	1 取り組んでいる	2 取り組んでいない
問 58 認知症カフェ以外の地域住民の集まりの場の提供	1 取り組んでいる	2 取り組んでいない
問 59 災害時の地域拠点としての準備・体制づくり	1 取り組んでいる	2 取り組んでいない
問 60 地域住民が運営している通いの場(体操クラブなど)への職員の訪問・派遣(指導者として参画したなど)	1 取り組んでいる	2 取り組んでいない
問 61 民生委員・ボランティアとの連携・協働	1 取り組んでいる	2 取り組んでいない

9 短期入所療養介護についておうかがいします。(問7で「03 短期入所療養介護」を選択した場合に問62～67までをご回答ください。問7で「03 短期入所療養介護」を選択していない場合は問62～67の回答は不要です。)

	2019年					
	3月	4月	5月	6月	7月	8月
問 62 短期入所療養介護の利用者数(人)	人	人	人	人	人	人
問 63 うち緊急短期入所受入加算を算定した利用者数	人	人	人	人	人	人
問 64 延べ利用者数※	人					
問 65 うち緊急短期入所受入加算を算定した延べ利用者数	人					

※延べ利用者数とは、各月の日々の利用者数を足し上げたものです。例えば、3月1日の入所者が5人、3月2日が6人、3月31日が3人の場合、5人+6人+…+3人と計算されます

問 66 緊急短期入所受入加算を算定するにあたっての課題(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 加算の報酬が低く、収益が上がらない</li> <li>2 介護支援専門員等との連絡、調整等に苦慮する</li> <li>3 緊急利用以外の利用者やその家族から空床確保について理解が得られない</li> <li>4 空床確保をしていない日に緊急利用をしたい方がいる等、需要と供給のタイミングが合わない</li> <li>5 緊急利用者が少ない</li> <li>6 その他 ( )</li> </ol>
問 67 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定するにあたっての課題(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 加算の報酬が低く、収益が上がらない</li> <li>2 介護支援専門員等との連絡、調整等に苦慮する</li> <li>3 緊急利用以外の利用者やその家族から空床確保について理解が得られない</li> <li>4 空床確保をしていない日に緊急利用をしたい方がいる等、需要と供給のタイミングが合わない</li> <li>5 緊急に短期入所療養介護を必要とする認知症の行動・心理症状を認める利用者が少ない。</li> <li>6 体制的に認知症行動・心理症状を認める利用者を受け入れることが困難である</li> <li>7 その他 ( )</li> </ol>

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、退所者票とあわせて、ご返送下さい。ご協力ありがとうございました。

令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)

医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

## 退所者票(介護老人保健施設)(案)

※本調査票は、当該退所者の状況について詳しい職員の方がご記入下さい。ご本人・家族にご確認いただく必要はありません。分かる範囲でご記入下さい。2・4は可能な限りリハビリ職員が記入してください。

※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。

※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入下さい。分からない場合は「-」と記入して下さい。

※調査時点は、退所日、もしくは質問に記載している期間とします。

## 1. 退所者の基本情報についておうかがいします。(原則、退所時点の状況)

1) 年齢(退所時点)	( ) 歳
2) 性別	1 男 2 女
3) 世帯構成(退所時点)	1 独居 2 夫婦のみ世帯 3 2以外で高齢者のみの世帯 4 その他
4) 介護力(退所時点)	1 介護できる人はいない 2 時間帯によって介護できる人がある →時間帯(a 朝 b 昼 c 夜) 3 常時、介護できる人がある
5) 入所期間	( ) 日
6) 入所直前の居所	1 本人の家(賃貸、家族の家を含む) 2 病院 →法人:(a 同一法人(同系列を含む) b 他法人) →病床:(a 一般病床 b 地域包括ケア病棟 c 回復期リハ病棟 d 医療療養病床 e 介護療養病床 f 精神病床 g その他) 3 診療所 →法人:(a 同一法人(同系列を含む) b 他法人) 4 他の老人保健施設 5 特別養護老人ホーム 6 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 7 養護老人ホーム 8 軽費老人ホーム・ケアハウス 9 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) 10 その他( )
7) 入所直前のリハビリテーションの有無	1 医療保険の外来リハビリテーション 2 通所リハビリテーション 3 訪問リハビリテーション 4 訪問看護 5 なし 6 不明
8) 入所直前の医療保険のリハビリテーション料の有無	1 心大血管疾患リハビリテーション料 8 難病患者リハビリテーション料 2 脳血管疾患等リハビリテーション料 9 障害児(者)リハビリテーション料 3 廃用症候群リハビリテーション料 10 がん患者リハビリテーション料 4 運動器リハビリテーション料 11 認知症患者リハビリテーション料 5 呼吸器リハビリテーション料 12 リンパ浮腫複合的治療料 6 摂食機能療法 13 集団コミュニケーション療法料 7 視能訓練 14 なし 15 不明
9) 退所先	1 本人の家(賃貸、家族の家を含む) 2 病院 →法人:(a 同一法人(同系列を含む) b 他法人) →病床:(a 一般病床 b 地域包括ケア病棟 c 回復期リハ病棟 d 医療療養病床 e 介護療養病床 f 精神病床 g その他) 3 診療所 →法人:(a 同一法人(同系列を含む) b 他法人) 4 他の老人保健施設 5 特別養護老人ホーム 6 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 7 養護老人ホーム 8 軽費老人ホーム・ケアハウス 9 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) 10 死亡 11 その他( )



9)で「居宅」※1を選択した場合に伺います。	
①居宅へ退所後に利用したサービス(複数回答可)	1 訪問リハビリテーション 2 通所リハビリテーション 3 通所介護 4 訪問看護のリハビリテーション 5 その他のサービス 6 不明
【①で「6 不明」の場合】 ②居宅へ退所後に利用したサービスが不明な理由	1 退所後の情報を居宅介護支援事業所と共有する機会がない 2 居宅介護支援事業所と情報共有しているのが、支援相談員のみ 3 利用者が居宅系施設に入居したため 4 退所後の情報を把握する必要がないため 5 その他 ( )
10)貴施設への入所理由(最も近いもの1つに○)	1 医療ニーズを持った退院直後の利用者の在宅復帰支援を支えるため 2 在宅での生活を維持できるように支援するため 3 リハビリテーションを行うため 4 レスパイトを行うため 5 看取りを行うため 6 その他 ( )

※1：退所先のうち、医療施設、介護保険施設、特定施設入所者生活介護又は認知症対応型共同生活介護及び地域密着型特定施設入所者介護を除く。

## 2. 退所者の心身の状況等 についておうかがいします。

11)主傷病 (入所理由にかかわる主な傷病1つ)		1 高血圧 3 心臓病 5 高脂血症(脂質異常症) 7 胃腸・肝臓・胆のうの病気 9 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) 11 がん(新生物) 13 うつ病・精神疾患 15 パーキンソン病 17 耳の病気 19 その他の難病	2 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 4 糖尿病 6 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 8 腎臓・前立腺の病気 10 外傷(転倒・骨折等) 12 血液・免疫の病気 14 認知症(アルツハイマー病等) 16 目の病気 18 歯科疾患 20 その他(具体的に )	21 ない
12)要介護度	①入所時	1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 申請中		
	②退所時	1 要支援1 2 要支援2 3 要介護1 4 要介護2 5 要介護3 6 要介護4 7 要介護5		
13)認知症高齢者の日常生活自立度(退所時)		1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明		
14)入所時の認知機能の評価		1 無 2 有 ⇒ HDS-R ( )点またはMMSE ( )点		
15)認知症の行動・心理症状(BPSD)について、認知症行動障害評価尺度(DBD-13)での評価		1 無 2 有 ⇒ 最高点 ( )点(入所期間中) ⇒ 退所時 ( )点		
16)ADL指標について、普段施設で使用している又は記載しやすいアセスメント様式を選択し、選択した様式での入所時及び退所時の状態について別表に記載してください。		1 Barthel Index ⇒別表1を記載してください。 2 ICF ステージング⇒別表2を記載してください。 3 その他⇒可能な範囲で別表1又は2のどちらかを記載してください。		

身体機能の下記項目について、入所時、退所時の状態として該当するもの	入所時					退所時			
	自立	見守り	一部介助	全介助	不明	自立	見守り	一部介助	全介助
17) 寝返り	1	2	3	4	不明	1	2	3	4
18) 起き上がり	1	2	3	4	不明	1	2	3	4
19) 座位保持	1	2	3	4	不明	1	2	3	4
20) 立ち上がり (いすから)	1	2	3	4	不明	1	2	3	4
21) 立ち上がり (床から)	1	2	3	4	不明	1	2	3	4
22) 立位保持	1	2	3	4	不明	1	2	3	4
23) 6分間歩行試験(m)	1 ( ) m      2 不明 3 実施できない					1 ( ) m      2 不明 3 実施できない			
24) Time Up&Go test(秒)	1 ( ) 秒      2 不明 3 実施できない					1 ( ) 秒      2 不明 3 実施できない			

≪ IADL の下記項目について、入所時の状況・退所後訪問時(※)の状況として該当するもの、それぞれ【選択肢の番号】を選んで、記入してください。≫ (※複数回訪問している場合は、初回訪問時について記入してください。)		入所時	退所後訪問時	
25) 食事の用意	<b>【選択肢の番号】</b> 0 : していない      1 : まれにしている 2 : 週に1~2回      3 : 週に3回以上      4 : 不明			
26) 食事の片付け				
27) 洗濯				
28) 掃除や整頓				
29) 力仕事				
30) 買物				
31) 外出				
32) 屋外歩行				
33) 趣味				
34) 交通手段の利用				
35) 旅行				
36) 庭仕事		<b>【選択肢の番号】</b> 0 : していない      1 : 時々 2 : 定期的にしている      3 : 植替等もしている 4 : 不明		
37) 家や車の手入れ				
38) 読書	<b>【選択肢の番号】</b> 0 : 読んでいない、      1 : まれに 2 : 月1回程、      3 : 月2回程      4 : 不明			
39) 仕事				

3. 退所者へのケア等に関しておうかがいします。

40) 退所者に入所中に実施した医療的ケア等 (複数回答可)	1 胃ろう、腸ろうによる栄養管理	2 経鼻経管栄養	3 中心静脈栄養の管理
	4 カテーテル (尿道留置カテーテル・コンドームカテーテル)	5 ストマ (人工肛門・人工膀胱) の管理	
	6 喀痰吸引	7 ネブライザー	8 酸素療法 (酸素吸入)
	9 気管切開のケア	10 人工呼吸器の管理	11 注射
	12 点滴	13 簡易血糖測定	14 インスリン注射
	15 創傷処置	16 褥瘡の処置	17 透析 (在宅自己腹膜灌流含む)
	18 導尿	19 疼痛管理 (麻薬は使用しない)	20 疼痛管理 (麻薬使用)
	21 浣腸	22 摘便	
	23 持続モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)	24 ターミナルケア※	
	25 その他 (具体的に: _____)		

26 実施していない

41) 退所関連加算の算定状況		
①入所前後訪問指導加算 (Ⅰ) 又は (Ⅱ)	1 有	2 無
②試行的退所時指導加算	1 有	2 無
③退所時情報提供加算	1 有	2 無
④退所前連携加算	1 有	2 無

※ターミナルケア：医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者に対し、その者又は家族等の同意を得て実施した緩和ケア等。

4. 退所者への入所中におけるリハビリテーションの実施状況についておうかがいします。

42) 入所期間中で、最も多くリハビリテーションが提供された時期 (※) において理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供した個別リハビリテーションの回数 (平均的な1週間における回数を回答してください)。 (※時期は記入者の主観で構いません)		( ) 回/週
	うち、理学療法士が提供した個別リハビリテーション	約 ( ) 回/週
	うち、作業療法士が提供した個別リハビリテーション	約 ( ) 回/週
	うち、言語聴覚士が提供した個別リハビリテーション	約 ( ) 回/週
43) 同じ時期の1週間に理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供した個別リハビリテーションの合計時間		約 ( ) 分/週
	うち、理学療法士が提供した個別リハビリテーション	約 ( ) 分/週
	うち、作業療法士が提供した個別リハビリテーション	約 ( ) 分/週
	うち、言語聴覚士が提供した個別リハビリテーション	約 ( ) 分/週
44) リハビリテーションの目的 (複数回答可)	1 生活習慣の維持のため	
	2 ADL (起居、移動を含む) の維持、改善のため	
	3 社会性 (他者との交流等) 維持、改善のため	
	4 IADL の向上のため	
	5 機能の回復が見込まれるため	
	6 介護負担軽減のため	
	7 福祉用具の安全な使用を定着させるため	
	8 記憶、認知機能の維持、向上のため	
	9 BPSD の軽減、適応のため	
	10 その他 ( _____ )	

45) 入所中に、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供したリハビリテーションの内容 (複数回答可)	1 関節可動域訓練 4 持久力訓練 7 移乗動作訓練 10 摂食・嚥下訓練 13 入浴訓練 15 IADL 練習 (家事・調理・買い物等) 17 在宅生活の模擬的訓練 19 認知機能に関する訓練 21 介助方法の指導 23 いずれも提供していない	2 筋力増強訓練 5 バランス練習 8 歩行訓練 11 言語訓練 14 その他 ADL 訓練 16 用具の適応訓練 (車いす、杖、補聴器等) 18 記憶機能に関する訓練 20 趣味活動 (手工芸、園芸、編み物等) 22 その他	3 筋緊張緩和 (ストレッチ等) 6 起居/立位動作練習 9 体操 12 トイレ訓練	
46) 指示医との連携の時期 (複数回答可)	1 計画策定時 3 見直し時	2 リハビリ実施時 4 その他 ( )		
47) 指示医から受けた指示や指摘事項 (複数回答可)	1 開始前にチェックすべきこと 3 訓練中の留意事項 (転倒、低血糖等) 5 その他 ( )	2 運動負荷量 4 中止基準		
48) リハ開始時の目標 (ADLの維持や向上の具体的内容) (複数回答可)	1 食事⇒ (a 維持 b 向上) 3 整容⇒ (a 維持 b 向上) 5 入浴⇒ (a 維持 b 向上) 7 階段昇降⇒ (a 維持 b 向上) 9 排便コントロール⇒ (a 維持 b 向上) 10 排尿コントロール⇒ (a 維持 b 向上)	2 移動⇒ (a 維持 b 向上) 4 トイレ動作⇒ (a 維持 b 向上) 6 歩行⇒ (a 維持 b 向上) 8 着替え⇒ (a 維持 b 向上)		
49) 指示医から指示されたリハ内容 (複数回答可)	1 理学療法 4 各種訓練プログラム	2 作業療法 5 その他 ( )	3 言語聴覚療法	
50) 指示医への報告内容 (複数回答可)	1 病状の報告 3 訓練内容の報告 5 その他 ( )	2 訓練中の留意事項に対する報告 4 訓練実施後の効果と副作用に対する報告		
51) サービス担当者会議開催の有無	1 あり	2 なし		
52) 直近に開催した会議の参加職種 (複数回答可)	1 医師 5 看護補助者・介護職員 8 言語聴覚士 12 介護支援専門員	2 歯科医師 6 理学療法士 9 管理栄養士 13 支援相談員	3 薬剤師 7 作業療法士 10 栄養士 14 その他 ( )	4 看護職員 11 歯科衛生士

別表 1

≪Barthel Index について、記録があれば、入所時の状況・退所時の状況として 該当するものに、それぞれひとつ〇をつけてください。≫ ※入所時の記録がない場合は不明としてください。		入所時	退所時
53) 食事	10: 自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	10	10
	5: 部分介助 (たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)	5	5
	0: 全介助	0	0
	不明	不明	
54) 車椅子からベッドへの移動	15: 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む (非行自立も含む)	15	15
	10: 軽度の部分介助または監視を要する	10	10
	5: 座ることは可能であるがほぼ全介助	5	5
	0: 全介助または不可能	0	0
	不明	不明	
55) 整容	5: 自立 (洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)	5	5
	0: 部分介助または不可能	0	0
	不明	不明	
56) トイレ動作	10: 自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などをしようしている場合はその洗浄も含む	10	10
	5: 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	5	5
	0: 全介助または不可能	0	0
	不明	不明	
57) 入浴	5: 自立	5	5
	0: 部分介助または不可能	0	0
	不明	不明	
58) 歩行	15: 45m 以上の歩行、補装具 (車椅子・歩行器は除く) の使用の有無は問わない	15	15
	10: 45m 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	10	10
	5: 歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の操作可能	5	5
	0: 上記以外	0	0
	不明	不明	
59) 階段昇降	10: 自立、手すりなどの使用の有無は問わない	10	10
	5: 介助または監視を要する	5	5
	0: 不能	0	0
	不明	不明	
60) 着替え	10: 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む	10	10
	5: 介助または監視を要する	5	5
	0: 不能	0	0
	不明	不明	
61) 排便コントロール	10: 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能	10	10
	5: 時に失禁あり、浣腸、坐薬の取扱に介助を要する者も含む	5	5
	0: 上記以外	0	0
	不明	不明	
62) 排尿コントロール	10: 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	10	10
	5: 時に失禁あり、収尿器の取扱に介助を要する者も含む	5	5
	0: 上記以外	0	0
	不明	不明	

Barthel Index の合計点 ※入所時の記録がない場合は不明としてください。	入所時	退所時
合計点		

別表2

《 ICFステージングについて、記録があれば、入所時の状況・退所時の状況として得点を記入してください。》※入所時の記録がない場合は <b>不明</b> としてください。						入所時	退所時		
63) 基本動作		5	4	3	2	1			
64) 歩行・移動		5	4	3	2	1			
65) 移動手段	T字杖の利用				0.あり	1.なし			
	装具（短下肢装具等）				0.あり	1.なし			
	歩行器（ウォーカー、シニアカー等）の利用				0.あり	1.なし			
	しがみつき歩行器の利用（サークル歩行）				0.あり	1.なし			
	車椅子の利用				0.あり	1.なし			
	リクライニング式車椅子の利用				0.あり	1.なし			
	介助者や付添いの必要				0.あり	1.なし			
66) 認知機能（見当識）		5	4	3	2	1			
67) 認知機能（コミュニケーション）		5	4	3	2	1			
68) 認知機能（精神活動）		5	4	3	2	1			
69) 周辺症状	A群	世話を拒否する				0.あり	1.なし		
		不適切に泣いたり笑ったりする				0.あり	1.なし		
		興奮して手足を動かす				0.あり	1.なし		
		理由なく金切り声を上げる				0.あり	1.なし		
		衣服や器物を破壊する				0.あり	1.なし		
		食物を投げる				0.あり	1.なし		
	B群	食べ過ぎる				0.あり	1.なし		
		タンスの中身を全部出す				0.あり	1.なし		
		日中屋外や屋内をうろつきまわる				0.あり	1.なし		
		昼間、寝てばかりいる				0.あり	1.なし		
		同じことを何度も聞く				0.あり	1.なし		
尿失禁する				0.あり	1.なし				
70) 食事（嚥下機能）		5	4	3	2	1			
71) 食事（食事動作及び食事介助）		5	4	3	2	1			
72) 食事形態	現在の主食形態		1.米飯 2.軟飯 3.全粥 4.7分粥-重湯 5.その他						
	現在の副食形態		1.常菜 2.軟菜 3.きざみ 4.ミキサー 5.ペースト・ムース 6.その他						
73) 排泄の動作		5	4	3	2	1			
74) 補助具・器具の使用状況と、尿意の意識	ポータブルトイレの使用				0.あり	1.なし			
	尿カテーテルの使用				0.あり	1.なし			
	人工肛門の使用				0.あり	1.なし			
	おむつの使用				0.あり	1.なし			
	尿意を意識することができるか				0.できる	1.できない			
	便意を意識することができるか				0.できる	1.できない			
75) 入浴動作		5	4	3	2	1			
76) 入浴手段		5	4	3	2	1			
77) 整容（口腔ケア）		5	4	3	2	1			
78) 整容（整容）		5	4	3	2	1			
79) 整容（衣服の着脱）		5	4	3	2	1			
80) 社会参加（余暇）		5	4	3	2	1			
81) 社会参加（社会交流）		5	4	3	2	1			
ICFステージングの合計点※入所時の記録がない場合は <b>不明</b> としてください。						入所時	退所時		
合計点									

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。施設票とあわせてご返送ください。

## 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る 調査（令和元年度調査）の進め方について

平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和元年度調査）については、以下の日程で実施してはどうか。

### －スケジュール（案）－

#### 令和元年

##### 8月29日

- 第18回介護報酬改定検証・研究委員会
  - ・ 調査票の議論、取りまとめ

##### 9月下旬～10月頃

- 第171回社会保障審議会介護給付費分科会
  - ・ 介護報酬改定検証・研究委員会から調査票等を報告し、議論・決定
- 調査実施

##### 11月～12月頃

- 集計・分析・検証

#### 令和2年

##### 1月～2月頃

- 分析・検証

##### 3月頃

- 介護報酬改定検証・研究委員会
  - ・ 調査結果に対する評価を実施
- 社会保障審議会介護給付費分科会
  - ・ 介護報酬改定検証・研究委員会から調査結果等を報告し、議論・決定

# ◆ 平成30年度介護報酬改定を踏まえた今後の課題及び次期改定に向けた検討について

○ 「平成30年度介護報酬改定に関する審議報告」において検討が必要とされた事項等を以下の形で整理を行う。

## 「平成30年度介護報酬改定に関する審議報告」に示された今後の主な課題

### 【横断的事項】

- 同一建物等居住者へのサービス提供に係る報酬見直しの影響について
- 介護サービスの質の評価・自立支援に向けたエビデンスの集積について
- 外部のリハビリテーション専門職等との連携に関する実施状況や効果検証について
- 介護人材確保のための、介護ロボットやAI・ICTなど最新技術の活用について
- はり師、きゆう師が新たに機能訓練指導員の対象となることの影響検証について
- 介護職員処遇改善加算のあり方について
- サービス提供責任者や居宅介護支援事業所の管理者の要件見直しの影響について
- 基準費用額や地域区分に関する実態把握や今後の対応の検討について
- 地域包括ケアシステム推進のための、見直し実施状況の把握及び今後の対応について
- 介護サービスの適正化や重点化、及び報酬体系の簡素化について

### 【居宅系】

- 「訪問介護」における、今回の各種見直しの影響について
- 「ケアマネジメント」における、公正中立性を確保するための取組及び質の向上のための指標の検討について
- 「共生型サービス」の実施状況把握や、地域共生社会実現のためのあり方等について
- 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」のオペレーター兼務などの要件緩和の影響について

### 【施設系】

- 「介護医療院」への転換状況把握や、転換促進のための検討について
- 「介護保険施設」のリスクマネジメントに関する実態把握や今後の対応の検討について

各種調査・研究  
を活用し実態を  
把握

## 各種調査・研究

### 介護報酬改定の効果検証 及び調査研究

(介護サービスの経営状況等  
に関する事項)

介護事業経営概況調査  
介護事業経営実態調査

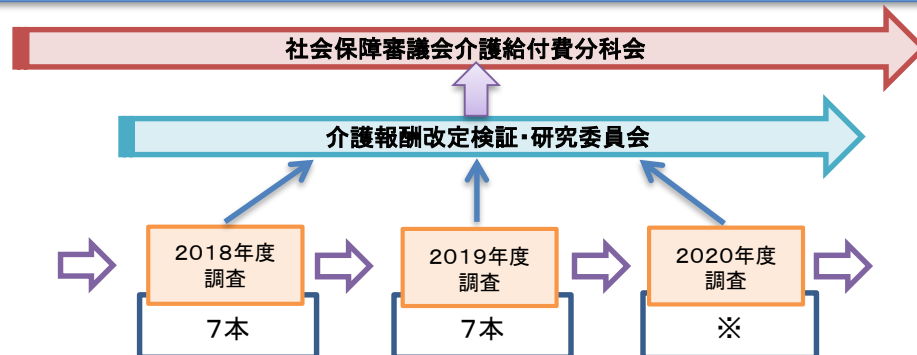
(介護従事者の処遇改善及び  
処遇改善加算に関する事項)

介護従事者処遇状況等調査

その他、老人保健健康  
増進等事業等を活用

## 介護報酬改定検証・研究委員会について(2018年度～2020年度)【全体像】

2018年度介護報酬改定



2021年度介護報酬改定

### 【委員会の概要】

平成30年度介護報酬改定の効果の検証や、2021年度介護報酬改定に向けた検討課題に関する調査・研究等を実施する。

(各種課題について、次期改定までの3年間の本調査の中で主に実施することを想定)

※ 2019年度の調査項目等については今後の分科会・委員会において議論・承認をしていただく

(参考)

平成27年度 7本  
平成28年度 7本  
平成29年度 5本



〔 (最終) 第 170 回 社会保障審議会 介護給付費分科会 参考資料 3 (H31. 4. 10)  
 (初回) 第 9 回 介護報酬改定検証・研究委員会・資料 3 (H27. 9. 14) 〕

## 平成 27 年度以降の調査の実施における基本的な考え方

※ 平成 26 年度調査までの主な議論と対応に加えて、平成 27 年度以降の調査の実施においては、平成 26 年度調査の実施における基本的な考え方と同様の以下の事項に留意し、また、各調査検討組織委員長からの指摘も踏まえ、調査を実施する。

なお、最終的には各調査検討組織委員長の判断により対応することを妨げるものではない。

### 1. 調査票配付に関する事項

(1) 記入者負担の軽減を図るため、抽出調査については、各調査の対象施設が重複しないよう、以下のような配慮を行う。

- ① 調査実施主体間で可能な限り重複調整を実施する。
- ② その上で、各調査検討組織においては、選定したサービス別標本について母集団名簿から把握できる項目から、以下の基本的事項(※)を集計し、母集団名簿における同様の集計結果と比較した結果を各調査検討組織に提示し、各調査検討組織の了解を得た上で標本を確定する。

※ 基本的事項：以下の項目の構成比率

都道府県別事業所数、法人等種別事業所数、事業開始年別事業所数、施設等の区分コード別事業所数、人員配置区分コード別事業所数、地域区分コード別事業所数、利用者数規模階級別(※)事業所数、要介護度別利用者数((※)規模階級の区分は各実施主体間で協議・調整。)

(2) 母集団名簿との比較の結果、乖離が大きい(偏りがある)と判断された場合には重複調整は行わず、母集団名簿全体から標本を無作為に選定する。

### 2. 調査設計に関する事項

(1) 各調査結果について、例えば、地域別に一定の標本が確保できるようにするためにも、調査設計における抽出段階において、例えば以下のような一定の工夫を行う。

- ① 推定したい(把握したい)値は母平均であることを前提として、標本調査による場合は、実施主体の計算負担が著しく多くなならないような標本抽出方法を基本的な方法とする。
- ② その上で、各調査の内容に応じて、以下の基本的考え方を参考に、各調査検討組織において検討を行って判断する。

【事業所調査の場合】

- 単純な算術平均によって母平均を推定可能な単純無作為抽出法又は比例配分法による層化無作為抽出法を基本とする。  
ただし、比例配分法による層化無作為抽出法によって層別の標本数が保証されても層別の標本誤差の大きさは保証されないので層間での比較が可能かどうかは各調査検討組織において判断を行う。
- また、比例配分法によらず層別の抽出率を変える場合には算術平均によって母平均を推定することが適切とは言えない点を考慮した上で、各調査検討組織において、推定方法について検討を行う。

**【利用者調査・従事者調査の場合】**

- 以下の方法を基本とする。
  - ① 母集団名簿→標本となる事業所を選定
  - ② ①で選定された事業所において標本となる従事者・利用者を選定という二段抽出法を基本的な抽出方法とする。
- 二段抽出法による場合には、算術平均によって母平均の推定を行うことは難しいため、算術平均によって母平均を推定することが適切とはいえない点を考慮した上で、各調査検討組織において、推定方法について検討を行う。
- 同様に、①②の抽出において層が必要であるか（①については事業所調査と同様、②については従業者の職種別や利用者の年齢・要介護度等別に抽出する必要があるか）についても各調査検討組織において検討し、推定方法についても検討を行う。

**【参考：以下、標本抽出方法と母集団の推定方法についての基本的な整理】**

各調査研究における標本設計（標本抽出方法及び母平均の推定方法等）については、一般的には以下に挙げる方法が考えられるが、明らかにすべき内容や他の制約から考えて一般的な方法によることが適切でない場合には、各調査検討組織において、具体的な方法について検討を行うこととする。

	事業所を対象とした標本調査		従事者・利用者を対象とした標本調査
標本抽出方法	単純無作為抽出法	層化無作為抽出法(*1)	層化二段抽出法(*3)
標本配置	—	比例配分法(*2)	—
母平均の推定方法	算術平均	算術平均	層別抽出率の逆数をウェイトとした加重平均

\*1) 層化無作為抽出法とは、母集団を属性（例：事業所が所在する二次医療圏等）に区分（層化）して、区分した層ごとに標本を無作為抽出する方法

\*2) 比例配分法とは、層に区分された母集団の大きさ（例：二次医療圏別の事業所数）に

比例して各層の標本数を決める標本配置方法

- \*3) 層化二段抽出法とは、調査の対象となる標本を直接抽出するのではなく、まず調査の対象が属する集団（例：介護サービス事業所；第一次抽出単位と呼ばれる）を抽出し、抽出された集団の中から調査の対象となる標本（例：従事者；第二次抽出単位と呼ばれる）を無作為抽出する方法

### 3. 調査結果の分析に関する事項

(1) 調査結果の分析に際しては、既存の全国の調査結果との乖離を確認し、妥当性を検証する。乖離が出た場合は、その前提で分析を行う。

なお、既存の全国調査結果（全国値）との比較にあたっては、以下の基本的事項を比較することとする。（各調査で項目を揃えておく必要がある。）

#### 【事業所調査の場合】

- 回収された標本（事業所）について名簿に記載されている項目から以下の基本的事項（※）を集計し、母集団名簿における同様の集計結果と比較した結果を各調査検討組織に提示し、各調査検討組織において、比較結果を基に回収バイアスの評価を行う。

#### ※ 基本的事項：以下の項目の構成比率

都道府県別事業所数、法人等種別事業所数、事業開始年別事業所数、施設等の区分コード別事業所数、人員配置区分コード別事業所数、地域区分コード別事業所数、利用者数規模階級別（\*）事業所数、要介護度別利用者数（（\*）規模階級の区分は各実施主体間で協議・調整。）

#### 【利用者調査の場合】

- 「介護給付費実態調査」（厚生労働省大臣官房統計情報部）を比較対象として、比較可能な事項（例：年齢階級別要支援・介護度別利用者数の構成比等）について、各調査検討組織に提示する。各調査検討組織は提示された比較結果を基に回収バイアスの評価を行う。

#### 【従事者調査の場合】

- 「介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省大臣官房統計情報部）を比較対象として、各調査検討組織において、調査設計に応じた比較事項の検討を行う。

※ 上記の分析において、調査の内容によって、全国値と比較できない場合を除く。

平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和元年度調査）の実施一覧

事業 No.	調査項目名	検討組織 委員長（敬称略）	担当課
(1)	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	藤野 善久	老人保健課
(2)	介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究事業	川越 雅弘	振興課
(3)	介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業	近藤 和泉	高齢者支援課
(4)	訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究事業	福井 小紀子	老人保健課
(5)	福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業	藤井 賢一郎	高齢者支援課
(6)	定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービス提供状況に関する調査研究事業	井上 由起子	振興課
(7)	医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業	今村 知明	老人保健課

### 調査票の種別及び対象施設等の一覧（令和元年度調査）

事業No.	調査項目名	調査概要	対象サービス	請求事業所数(H31.1)	調査票の種別	客体数	抽出方法	抽出条件	回答者		
(1)	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一式	H30改定で新設したADL等維持加算について、申出から算定に至る過程やアウトカム評価等に係る検証	通所介護	23,833	○ 施設（事業所）票 調査票1 ADL維持等加算の届出あり／請求あり	635	悉皆	H31年4月サービス提供分の届出あり・請求ありの全ての事業所	管理者		
			地域密着型通所介護	19,538	調査票2 ADL維持等加算の届出あり／請求なし	254	悉皆	H31年4月サービス提供分の届出あり（適合）・請求なしの全ての事業所			
					調査票3 ADL維持等加算の届出なし	500	無作為抽出	H31年4月サービス提供分の届出あり（不適合）・請求なしの事業所より無作為抽出			
						500	無作為抽出	H31年4月サービス提供分の届出なしの事業所より無作為抽出			
					○ 介護支援専門員票	945	多段階抽出	事業所票の送付先事業所を通じて、当該事業所の利用者の担当介護支援専門員について行う。調査票1～3対象事業所それぞれより無作為抽出			
(2)	介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一式	H30改定における、生活機能向上連携加算の算定要件見直しや機能訓練指導員の配置基準へのはり師・きゅう師の追加の影響等に係る検証	通所介護	23,833	○ 施設（事業所）票 調査票1 通所介護事業所票	2,800	悉皆及び無作為抽出	H31年3月サービス提供分の算定事業所から抽出ただし、生活機能向上連携加算を算定する事業所は悉皆また、生活機能向上連携加算を算定していない事業所は、生活機能向上連携加算を算定している事業所数を調査客体として相応の件数分、確保できる客対数を算定事業所と同一地域から無作為抽出	管理者		
			認知症対応型通所介護	3,484	調査票2 認知症対応型通所介護事業所票	306					
			短期入所生活介護	10,604	調査票3 短期入所生活介護事業所票	416					
			特定施設入居者生活介護	5,222	調査票4 特定施設入居者生活介護事業所票	660					
			認知症対応型共同生活介護	13,664	調査票5 認知症対応型共同生活介護事業所票	2,032					
			介護老人福祉施設	8,019	調査票6 介護老人福祉施設票	1,144					
			訪問介護	33,249	調査票7 訪問介護事業所票	298					
			小規模多機能型居宅介護	5,453	調査票8 小規模多機能型居宅介護事業所票	436					
			定期巡回・随時対応型訪問介護看護	936	調査票9 定期巡回・随時対応型訪問介護看護票	935				悉皆	H31年3月サービス提供分の全ての算定事業所
					調査票10 機能訓練指導員の確保に関する調査票	2,984	悉皆及び無作為抽出	はり師・きゅう師が機能訓練指導員として配置されている事業所は悉皆とし、これと同数以下の非配置事業所を配置事業所と同一地域から抽出する。	管理者		
					○ 利用者票						
					調査票11 生活機能向上連携加算の算定事業所利用者票		サービス種別に応じて設定（「調査概要」参照）		多段階抽出	事業所票の送付先事業所を通じて、当該事業所の利用者について行う。第2段である対象サービスごとの利用者票の対象者数については調整中。	事業所職員
					調査票12 生活機能向上連携加算の非算定事業所利用者票						
					○ その他						
		調査票13 ケアマネジャー票		事業所票の送付先（生活機能向上連携加算の算定事業所）ごとに1枚		多段階抽出	事業所票の生活機能向上連携加算の算定事業所に対し、送付先事業所を通じて、当該事業所をケアプランに位置づけた介護支援専門員について行う。第2段の回答数は1名とし、調査対象は、R1年8月に生活機能向上連携加算を位置づけた者であって、最も多くのケアプランを作成した者を選定する。	介護支援専門員			
		調査票14 リハビリテーション事業所・医療提供施設票		事業所票の送付先（生活機能向上連携加算の算定事業所）ごとに1枚		多段階抽出	事業所票の生活機能向上連携加算の算定事業所に対し、送付先事業所を通じて、当該事業所の生活機能向上連携加算の算定に関与した医師又はリハビリテーション専門職又は医師について行う。第2段の回答数は1名とし、調査対象は、R1年8月に生活機能向上連携加算の算定に最も多く関与したリハビリテーション専門職又は医師を選定する。	リハビリテーション専門職又は医師			



事業No.	調査項目名	調査概要	対象サービス	請求事業所数(H31.1)	調査票の種別	客体数	抽出方法	抽出条件	回答者	
(3)	介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業一式	介護ロボットの活用内容の把握や評価指標を用いた具体的な効果の検証・把握	介護老人福祉施設	—	○ 施設（事業所）票（調査票1）※①～④の調査票は同一 ①介護ロボット等導入支援特別事業において介護ロボットを導入した施設（平成27年度補正予算）	2,930	悉皆	該当する全ての施設・事業所	事業所職員	
			地域密着型介護老人福祉施設	—	②介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業（平成30年度調査）において介護ロボットを導入していると回答した施設	158				
			介護老人保健施設	—	③介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業（平成30年度調査）におけるヒアリング調査実施対象施設	29				
			介護療養型医療施設、介護医療院	—	④地域医療介護総合確保基金)において介護ロボットを導入した施設（平成29度、平成30年度）	846				
			特定施設入居者生活介護	—	○ 利用者票		団体推薦	見守り機器を導入する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護(各6施設、合計18施設)において、見守り機器の実証評価を行う。 ○対象施設・事業所 事業者団体等の推薦に基づき決定 ○対象となる利用者 当該見守り機器の利用対象となる全ての利用者 ○対象となる職員 当該見守り機器を利用する全ての夜勤職員	事業所職員	
			地域密着型特定施設入居者生活介護	—	調査票2 利用者向け調査票	約50				
			認知症対応型共同生活介護	—	○ 従事者票					
			短期入所生活介護	—	調査票3 職員向け調査票	約100				
			短期入所療養介護	—	調査票4 職員向けタイムスタディ調査票	約100				
(4)	訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究一式	H30改定における、訪問看護等の中重度の要介護者の医療ニーズへの対応強化に資する各種見直しの影響等に係る検証	訪問看護	11,694	○ 施設（事業所）票 調査票1 訪問看護ステーション票					
			訪問看護ステーション	10,188	うち訪問看護ステーション	2,500	無作為抽出	H31年3月サービス提供分の算定事業所から抽出	管理者	
			病院又は診療所	1,494	うち病院又は診療所	750	無作為抽出	H31年3月サービス提供分の算定事業所から抽出	管理者	
			看護小規模多機能型居宅介護	540	調査票2 看護小規模多機能型居宅介護事業所票	540	悉皆	H31年3月サービス提供分の全ての算定事業所	管理者	
					○ 利用者票					
					調査票3 訪問看護利用者調査票	13,000	多段階抽出	事業所票の送付先事業所を通じて、当該事業所の利用者について行う。 第2段の抽出は、利用者のうち条件に合致する利用者を抽出（多段階による無作為抽出） ○訪問看護の対象 ①要介護 ②要支援 ③死亡した利用者 ○看護小規模多機能型居宅介護事業所の対象 ①要介護 ②医療機関退院直後の利用開始者 ③看とりを行った利用者	事業所職員	
		調査票4 看護小規模多機能型居宅介護利用者調査票	2,160							
(5)	福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業一式	H30年10月以降の福祉用具貸与価格の上限設定が、貸与価格や福祉用具貸与事業所の経営、利用者へのサービス提供に与える影響等に係る検証	福祉用具貸与	7,134	○ 施設（事業所）票 調査票1 事業所票	7,024	悉皆	H31年4月サービス提供分の全ての算定事業所	管理者	
					○ 利用者票					
					調査票2 利用者票	11,417	多段階抽出	H29年10月貸与分において貸与価格の上限を超えており、かつ、介護支援専門員の変更がない利用者を抽出し、当該利用者を担当する福祉用具専門相談員と介護支援専門員について行う。第2段の回答数は事業所における貸与価格の上限を超えた利用者数に応じて配布（1名～最大4名）とし、調査対象は生年月日を用いて無作為に抽出する。	担当職員及び担当介護支援専門員	
(6)	定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービス提供状況に関する調査研究事業一式	H30改定における、定期巡回の質の向上や兼務要件の緩和、同一建物減算の強化の影響等に係る検証	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	936	※調査票は同一（設問で区分） ○ 施設（事業所）票	935	悉皆	H31年3月サービス提供分の全ての算定事業所	事業所職員	
					○ 利用者票	935	悉皆	当該事業所において、H31年3月に利用を開始又は終了した全ての利用者		

事業No.	調査項目名	調査概要	対象サービス	請求事業所数(H31.1)	調査票の種別	客体数	抽出方法	抽出条件	回答者		
(7)	医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業一式	介護医療院について、長期療養・生活施設としての機能やサービスの提供状況等に係る検証及び介護老人保健施設について、中間施設としての機能や在宅復帰・在宅療養支援機能の提供状況等に係る検証	介護老人保健施設	4,295	○ 施設（事業所）票 調査票 1 介護老人保健施設票	2,000	無作為抽出	H31年3月サービス提供分の算定事業所から抽出（介護療養型老人保健施設は除く）	管理者		
			介護医療院	111	調査票 2 介護医療院票	223	悉皆	R1年6月末日時点の全国の介護医療院全数（別事業の調査結果）	施設長又は事務長及び看護師長		
					○ 利用者票						
					調査票 3 入所者票（介護医療院）【施設記入分】		多段階抽出		事業所票の送付先事業所を通じて、当該事業所の入所者について行う。 第2段（施設記入分）の対象者は、R1年10月1日時点における入所者を誕生日により10分の1程度の抽出率で無作為抽出（1事業所あたり7名程度を想定）とする。	担当職員	
					調査票 4 介護医療院に関する調査票【介護医療院入所者・家族記入分】			第2段（介護医療院入所者・家族記入分）の対象者はR1年10月1日時点における入所者（当該施設が介護医療院へ移行する前から継続して入所している入所者に限る）を誕生日により10分の1程度の抽出率で無作為抽出（1事業所あたり7名程度を想定）とする。	本人又は家族		
					調査票 5 退所者票（介護老人保健施設）			事業所票の送付先事業所を通じて、当該事業所の退所者について行う。 第2段の回答者は当該事業所からR1年9月29日～10月12日（仮）の2週間に退所した全員（1事業所あたり3.6名程度を想定）とする。	担当職員		
					○ その他						
					調査票 6 都道府県票（介護医療院）			47	悉皆		指定なし
					調査票 7 指定都市・中核市票（介護医療院）			79	悉皆		指定なし
		調査票 8 保険者票（介護医療院）			1,645	悉皆		指定なし			