

「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
稲垣 | みのる
実 | 全国視覚障害者雇用促進連絡会 幹事 |
| おおた
太田 | むつみ
睦美 | 日本作業療法士協会 監事 |
| ◎ 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 | くにつぐ
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
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 |
| ひぐち
樋口 | たけあき
丈明 | 民間介護事業推進委員会 代表委員 |
| まつい
松井 | かずひと
一人 | 日本理学療法士協会 理事 |
| まつうら
松浦 | まさと
正人 | 日本鍼灸師会 副会長 |
| むとう
武藤 | たけひと
岳人 | 全国老人福祉施設協議会
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（アンケート調査を実施し、必要に応じてヒアリング調査を行う）。

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施設程度
- 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【多段階抽出】

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のサービスごとの抽出率については以下のとおりとし、令和元年9月中の利用者のうち、誕生日により指定した条件に基づき特定される利用者を調査対象とする(1事業所・施設あたり2人程度を想定)。これによって1人も抽出されなかった場合には、別に誕生日により指定した条件に基づき特定される利用者を調査対象として1人抽出する。

サービス名	生活機能向上連携加算の 算定事業所・施設	生活機能向上連携加算の 非算定事業所・施設
①通所介護事業所(地域密着型含む)	15:1	15:1
②認知症対応型通所介護事業所	10:1	5:1
③短期入所生活介護事業所	10:1	10:1
④特定施設入居者生活介護事業所(地域密着型含む)	15:1	10:1
⑤認知症対応型共同生活介護事業所	5:1	5:1
⑥介護老人福祉施設	30:1	30:1
⑦訪問介護事業所	2:1	15:1
⑧小規模多機能型居宅介護事業所	2:1	5:1
⑨定期巡回・随時対応型訪問介護看護	5:1	10:1

※ 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【多段階抽出】

(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4,000人程度

(5) リハビリテーション事業所・医療提供施設票【多段階抽出】

(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4,000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、算定によるメリット、非算定の理由等)、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、機能訓練指導員の対象資格別募集・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、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10月1日時点）、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10月1日時点）、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（平成30年4月1日時点と令和元年10月1日時点）、ケアプランの目標の変化（平成30年4月1日時点と令和元年10月1日時点）

(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9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9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 10 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。

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 10 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^{※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 10 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指します。

※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のことを指します。

	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9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。

	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)外部(※)のリハ専門職等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)外部(※)のリハ専門職等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

※：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。

<p>問 2-3 リハ事業所等(※1)との連携(※2)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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>	<p>1. とても改善された</p> <p>2. 少し改善された</p> <p>3. 変わらない</p> <p>4. 少し悪くなった</p> <p>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. 機能訓練指導員のケアの質が向上した</p> <p>2. 介護職員のケアの質が向上した</p> <p>3. 利用者の状態や希望に応じたケアの機会が増えた</p> <p>4. 介護職員等が安心して働けるようになった</p> <p>5. 貴事業所・貴施設が提供するケアの幅が広がった</p> <p>6. 介護職員等の業務負担の軽減につながった</p> <p>7. 介護職員等の教育につながった</p> <p>8. 経営上のメリットがあった</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>11. その他()</p>
---	---

<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9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。</p> <p>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>

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、貴施設に既にリハ専門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9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 10 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のリハ事業所等と連携していますか。	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

○連携している理由等

<問 3-4~3-13 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. 利用者のサービス向上につながるため 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9月に連携している外部のリハ事業所等(以下、問3において連携先と呼称)の件数をご記入下さい。	件

<問 3-6~問 3-11 は、令和元年9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 連携先による貴事業所・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 連携先が貴事業所・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 ()

<p>問 3-12 連携先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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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
<p>問 3-13 令和元年10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)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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>

<p>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○)</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 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() 	
<p>問 3-15 外部のリハ専門職等との連携の必要性を感じていますか。(○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. はい 2. いいえ

<問 3-16 は、全ての方がお答えください>

<p>問 3-16 直近1年間(平成30年10月～令和元年9月)に、貴事業所・貴施設の利用を終えた者を訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの利用につないだ実績はありますか。(○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ある 2. ない
---	--

<問 3-17 は、問 3-16 で「2. ない」とお答えになった場合にお答えください>

<p>問 3-17 問 3-16 で「2. ない」と回答した理由は何ですか。(あてはまるもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 対象となる利用者が存在しないため 2. 対象となる利用者が拒否するため 3. 対象となる利用者を選定することが難しいため 4. ケアマネジャーがケアプランに位置づけていないため 5. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在しないため 6. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在するか分からないため 7. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 8. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所への依頼の仕方が分からないため
---	---

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9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9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9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9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9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9月1か月間の利用者数(実人数)

人

問 1-8 職員数(令和元年 10 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。

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 10 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 10 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指します。

※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のことを指します。

	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9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。	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) 外部(※)のリハ専門職等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) 外部(※)のリハ専門職等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

※：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。

<p>問 2-3 リハ事業所等(※1)との連携(※2)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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>	<p>1. とても改善された</p> <p>2. 少し改善された</p> <p>3. 変わらない</p> <p>4. 少し悪くなった</p> <p>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. 機能訓練指導員のケアの質が向上した</p> <p>2. 介護職員のケアの質が向上した</p> <p>3. 利用者の状態や希望に応じたケアの機会が増えた</p> <p>4. 介護職員等が安心して働けるようになった</p> <p>5. 貴事業所・貴施設が提供するケアの幅が広がった</p> <p>6. 介護職員等の業務負担の軽減につながった</p> <p>7. 介護職員等の教育につながった</p> <p>8. 経営上のメリットがあった</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>11. その他()</p>
--	---

<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9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>

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、貴施設に既にリハ専門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9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 10 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のリハ事業所等と連携していますか。	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

○連携している理由等

＜問 3-4～3-13 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. 利用者のサービス向上につながるため 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9月に連携している外部のリハ事業所等(以下、問3において連携先と呼称)の件数をご記入下さい。	件

＜問 3-6～問 3-11 は、令和元年9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 連携先による貴事業所・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 連携先が貴事業所・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 連携先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 10 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 外部のリハ専門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

<問 3-16 は、全ての方がお答えください>

問 3-16 直近 1 年間(平成 30 年 10 月～令和元年 9 月)に、貴事業所・貴施設の利用を終えた者を訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの利用につないだ実績はありますか。(○は1つ)	1. ある 2. ない
--	-------------

<問 3-17 は、問 3-16 で「2. ない」とお答えになった場合にお答えください>

問 3-17 問 3-16 で「2. ない」と回答した理由は何ですか。(あてはまるもの全てに○)	1. 対象となる利用者が存在しないため 2. 対象となる利用者が拒否するため 3. 対象となる利用者を選定することが難しいため 4. ケアマネジャーがケアプランに位置づけていないため 5. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在しないため 6. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在するか分からないため 7. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 8. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所への依頼の仕方が分からないため
--	---

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9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9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9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 ()

<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>

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9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9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 10 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。

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 10 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^{※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 10 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指します。
 ※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のことを指します。

	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9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。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。	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
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) 外部(※)のリハ専門職等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) 外部(※)のリハ専門職等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

※：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。

<p>問 2-3 リハ事業所等(※1)との連携(※2)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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>	<p>1. とても改善された</p> <p>2. 少し改善された</p> <p>3. 変わらない</p> <p>4. 少し悪くなった</p> <p>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. 機能訓練指導員のケアの質が向上した</p> <p>2. 介護職員のケアの質が向上した</p> <p>3. 利用者の状態や希望に応じたケアの機会が増えた</p> <p>4. 介護職員等が安心して働けるようになった</p> <p>5. 貴事業所・貴施設が提供するケアの幅が広がった</p> <p>6. 介護職員等の業務負担の軽減につながった</p> <p>7. 介護職員等の教育につながった</p> <p>8. 経営上のメリットがあった</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>11. その他()</p>

<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9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。</p> <p>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>

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・貴施設に既にリハ専門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9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 10 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のリハ事業所等と連携していますか。	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

○連携している理由等

<問 3-4～3-13 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. 利用者のサービス向上につながるため 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9月に連携している外部のリハ事業所等(以下、問3において連携先と呼称)の件数をご記入下さい。	件

<問 3-6～問 3-11 は、令和元年 9 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 連携先による貴事業所・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 連携先が貴事業所・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 連携先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 10 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 外部のリハ専門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

<問 3-16 は、全ての方がお答えください>

問 3-16 直近 1 年間(平成 30 年 10 月～令和元年 9 月)に、貴事業所・貴施設の利用を終えた者を訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの利用につないだ実績はありますか。(○は1つ)	1. ある 2. ない
--	-------------

<問 3-17 は、問 3-16 で「2. ない」とお答えになった場合にお答えください>

問 3-17 問 3-16 で「2. ない」と回答した理由は何ですか。(あてはまるもの全てに○)	1. 対象となる利用者が存在しないため 2. 対象となる利用者が拒否するため 3. 対象となる利用者を選定することが難しいため 4. ケアマネジャーがケアプランに位置づけていないため 5. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在しないため 6. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在するか分からないため 7. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 8. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所への依頼の仕方が分からないため
--	---

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9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9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9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9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9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 10 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。

<p>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 10 月 1 日時点)(○は1つ)</p> <p>※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指します。</p> <p>※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のことを指します。</p>		
	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

<p>問 2-1 令和元年9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。</p>
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。				
	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

<p>問 2-3 リハ事業所等(※1)との連携(※2)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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>	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"> 1. 介護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. 介護職員等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. 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 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「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9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"> 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. 認知症対応型共同生活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「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、貴施設に既にリハ専門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()	

※：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。

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 10 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のリハ事業所等と連携していますか。 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

○連携している理由等

<問 3-4～3-13 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. 利用者のサービス向上につながるため
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9月に連携している外部のリハ事業所等(以下、問3において連携先と呼称)の件数をご記入下さい。 件

<問 3-6～問 3-11 は、令和元年9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 連携先による貴事業所・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 連携先が貴事業所・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 連携先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 10 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 外部のリハ専門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

<問 3-16 は、全ての方がお答えください>

問 3-16 直近 1 年間(平成 30 年 10 月～令和元年 9 月)に、貴事業所・貴施設の利用を終えた者を訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの利用につないだ実績はありますか。(○は1つ)	1. ある 2. ない
--	-------------

<問 3-17 は、問 3-16 で「2. ない」とお答えになった場合にお答えください>

問 3-17 問 3-16 で「2. ない」と回答した理由は何ですか。(あてはまるもの全てに○)	1. 対象となる利用者が存在しないため 2. 対象となる利用者が拒否するため 3. 対象となる利用者を選定することが難しいため 4. ケアマネジャーがケアプランに位置づけていないため 5. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在しないため 6. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在するか分からないため 7. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 8. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所への依頼の仕方が分からないため
--	---

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9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9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9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9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9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9月1か月間の利用者数(実人数)	人
----------------------------	---

問 1-10 職員数(令和元年 10 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。

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○をつけてください(令和元年 10 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 10 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指します。

※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のことを指します。

	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9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。	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) 外部(※)のリハ専門職等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) 外部(※)のリハ専門職等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

※1：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。

<p>問 2-3 リハ事業所等(※1)との連携(※2)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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>	<p>1. とても改善された</p> <p>2. 少し改善された</p> <p>3. 変わらない</p> <p>4. 少し悪くなった</p> <p>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. 機能訓練指導員のケアの質が向上した</p> <p>2. 介護職員のケアの質が向上した</p> <p>3. 利用者の状態や希望に応じたケアの機会が増えた</p> <p>4. 介護職員等が安心して働けるようになった</p> <p>5. 貴事業所・貴施設が提供するケアの幅が広がった</p> <p>6. 介護職員等の業務負担の軽減につながった</p> <p>7. 介護職員等の教育につながった</p> <p>8. 経営上のメリットがあった</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>11. その他()</p>
---	---

＜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9月1か月間の生活機能向上連携加算の算定に当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。</p> <p>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>

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、貴施設に既にリハ専門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9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 10 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のリハ事業所等と連携していますか。 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

○連携している理由等

<問 3-4~3-13 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. 利用者のサービス向上につながるため
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9月に連携している外部のリハ事業所等(以下、問3において連携先と呼称)の件数をご記入下さい。 件

<問 3-6~問 3-11 は、令和元年9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 連携先による貴事業所・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 連携先が貴事業所・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 連携先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 10 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 外部のリハ専門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

<問 3-16 は、全ての方がお答えください>

問 3-16 直近 1 年間(平成 30 年 10 月～令和元年 9 月)に、貴事業所・貴施設の利用を終えた者を訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの利用につないだ実績はありますか。(○は1つ)	1. ある 2. ない
--	-------------

<問 3-17 は、問 3-16 で「2. ない」とお答えになった場合にお答えください>

問 3-17 問 3-16 で「2. ない」と回答した理由は何ですか。(あてはまるもの全てに○)	1. 対象となる利用者が存在しないため 2. 対象となる利用者が拒否するため 3. 対象となる利用者を選定することが難しいため 4. ケアマネジャーがケアプランに位置づけていないため 5. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在しないため 6. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在するか分からないため 7. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 8. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所への依頼の仕方が分からないため
--	---

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9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9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9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. 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 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 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 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. 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. 地域密着型通所介護 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. 介護老人福祉施設 21. 介護老人保健施設 22. 介護療養型医療施設 23. 介護医療院 24. サービス付き高齢者向け住宅 25. 有料老人ホーム 26. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム (ケアハウス、A、B) 27. 旧高齢者専用賃貸住宅 28. 地域包括支援センター (在宅介護支援センター) 29. 病院 30. 診療所 31. 歯科診療所						
問 1-5 要介護度別の利用者数(実人数)(令和元年9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9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9月1か月間の利用者数(実人数)	人							
問 1-8 職員数(令和元年 10 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)介護支援専門員	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	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。

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 10 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 10 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指します。
 ※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のことを指します。

	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9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。				
	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)外部(※)のリハ専門職等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)外部(※)のリハ専門職等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

※：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。

<p>問 2-3 リハ事業所等(※1)との連携(※2)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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>	<p>1. とても改善された</p> <p>2. 少し改善された</p> <p>3. 変わらない</p> <p>4. 少し悪くなった</p> <p>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. 機能訓練指導員のケアの質が向上した</p> <p>2. 介護職員のケアの質が向上した</p> <p>3. 利用者の状態や希望に応じたケアの機会が増えた</p> <p>4. 介護職員等が安心して働けるようになった</p> <p>5. 貴事業所・貴施設が提供するケアの幅が広がった</p> <p>6. 介護職員等の業務負担の軽減につながった</p> <p>7. 介護職員等の教育につながった</p> <p>8. 経営上のメリットがあった</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>11. その他()</p>
---	---

<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9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。</p> <p>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>

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、貴施設に既にリハ専門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9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 10 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のリハ事業所等と連携していますか。	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

○連携している理由等

＜問 3-4～3-13 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. 利用者のサービス向上につながるため 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9月に連携している外部のリハ事業所等(以下、問3において連携先と呼称)の件数をご記入下さい。	件

＜問 3-6～問 3-11 は、令和元年9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 連携先による貴事業所・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 連携先が貴事業所・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 連携先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 10 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 外部のリハ専門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

<問 3-16 は、全ての方がお答えください>

問 3-16 直近 1 年間(平成 30 年 10 月～令和元年 9 月)に、貴事業所・貴施設の利用を終えた者を訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの利用につないだ実績はありますか。(○は1つ)	1. ある 2. ない
--	-------------

<問 3-17 は、問 3-16 で「2. ない」とお答えになった場合にお答えください>

問 3-17 問 3-16 で「2. ない」と回答した理由は何ですか。(あてはまるもの全てに○)	1. 対象となる利用者が存在しないため 2. 対象となる利用者が拒否するため 3. 対象となる利用者を選定することが難しいため 4. ケアマネジャーがケアプランに位置づけていないため 5. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在しないため 6. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在するか分からないため 7. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 8. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所への依頼の仕方が分からないため
--	---

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9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9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9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9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9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9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9月1か月間の利用者数(実人数)	人							
問 1-8 職員数(令和元年 10 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。

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10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指します。		
※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のことを指します。		
	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9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9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。								
	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

<p>問 2-4 リハ事業所等(※1)との連携(※2)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。</p> <p>※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。</p> <p>※2：連携とは、生活機能向上連携加算の算定のために外部(※3)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・施設への助言を共同で行うことを指します。</p> <p>※3：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。</p>	<p>1. とても改善された</p> <p>2. 少し改善された</p> <p>3. 変わらない</p> <p>4. 少し悪くなった</p> <p>5. とても悪くなった</p>
--	---

<p>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○)</p>	<p>1. 職員のケアの質が向上した</p> <p>2. 利用者の状態や希望に応じたケアの機会が増えた</p> <p>3. 介護職員等が安心して働けるようになった</p> <p>4. 貴事業所・貴施設が提供するケアの幅が広がった</p> <p>5. 介護職員等の業務負担の軽減につながった</p> <p>6. 介護職員等の教育につながった</p> <p>7. 経営上のメリットがあった</p> <p>8. 訪問介護計画の内容に見守りの援助が増えた</p> <p>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</p> <p>10. その他()</p>
---	---

<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>

<p>問 2-6-1 貴事業所・貴施設が平成 29 年9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。</p> <p>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
---	---

<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>

<p>問 2-6-2 貴事業所・貴施設が令和元年9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。</p> <p>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>	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>

<p>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○)</p> <p>1. 加算の意義や必要性が感じられないため</p> <p>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</p> <p>3. 加算の適用を必要とする利用者がいないため</p> <p>4. 利用者・家族への説明の機会を作ることが難しいため</p> <p>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</p> <p>6. 利用者・家族の理解が得られないため</p> <p>7. 訪問介護計画の作成が難しいため</p> <p>8. 加算の算定に必要な要件がわからないため</p> <p>9. 加算の算定に取り組む余裕がないため</p> <p>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</p> <p>11. その他()</p>
--

<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>

<p>問 2-8 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</p> <p>2. 知らなかった</p>
-------------------------------------	----------------------------------

<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、貴施設に既にリハ専門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 2-10 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. リハ事業所等 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、リハ専門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. リハ専門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 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 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 10 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のリハ事業所等と連携していますか。	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

○連携している理由等

<問 3-4~3-13 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. 利用者のサービス向上につながるため 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9月に連携している外部のリハ事業所等(以下、問3において連携先と呼称)の件数をご記入下さい。	件

<問 3-6~問 3-11 は、令和元年9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 連携先による貴事業所・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 連携先が貴事業所・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()
--	--

<p>問 3-12 連携先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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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
--	--

<p>問 3-13 令和元年 10 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)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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○)

<ol style="list-style-type: none"> 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() 	
---	--

<p>問 3-15 外部のリハ専門職等との連携の必要性を感じていますか。(○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. はい 2. いいえ
--	---

<問 3-16 は、全ての方がお答えください>

<p>問 3-16 直近 1 年間(平成 30 年 10 月～令和元年 9 月)に、貴事業所・貴施設の利用を終えた者を訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの利用につないだ実績はありますか。(○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ある 2. ない
---	--

<問 3-17 は、問 3-16 で「2. ない」とお答えになった場合にお答えください>

<p>問 3-17 問 3-16 で「2. ない」と回答した理由は何ですか。 (あてはまるもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 対象となる利用者が存在しないため 2. 対象となる利用者が拒否するため 3. 対象となる利用者を選定することが難しいため 4. ケアマネジャーがケアプランに位置づけていないため 5. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在しないため 6. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在するか分からないため 7. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 8. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所への依頼の仕方が分からないため
--	---

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9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9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9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9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9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9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 10 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。

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10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指します。		
※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のことを指します。		
	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9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。								
	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

<p>問 2-3 リハ事業所等(※1)との連携(※2)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。</p> <p>※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。</p> <p>※2：連携とは、生活機能向上連携加算の算定のために外部(※3)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・施設への助言を共同で行うことを指します。</p> <p>※3：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。</p>	<table border="0"> <tr> <td>1. とても改善された</td> <td>2. 少し改善された</td> </tr> <tr> <td>3. 変わらない</td> <td>4. 少し悪くなった</td> </tr> <tr> <td>5. とても悪くなった</td> <td></td> </tr> </table>	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	
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>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"> 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. 介護職員等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>

<p>問2-5 貴事業所・貴施設が令和元年9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> <ol style="list-style-type: none"> 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>

<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>	<table border="0"> <tr> <td>1. 知っている</td> <td>2. 知らなかった</td> </tr> </table>	1. 知っている	2. 知らなかった
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、貴施設に既にリハ専門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. リハ事業所等 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、リハ専門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. リハ専門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 4. ICT の維持費用の負担が大きい 5. ICT の使用方法が難しい 6. 利用者に心理的負担がかかる 7. 利用者の状態を十分に把握できない 8. 利用者の同意を得ることが難しい 9. 利用者の個人情報の適切な取扱いが難しい 10. ICT を利用してみたが、利用者の状態を十分に確認できなかった 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 10 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のリハ事業所等と連携していますか。	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

○連携している理由等

<問 3-4～3-13 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. 利用者のサービス向上につながるため 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9月に連携している外部のリハ事業所等(以下、問3において連携先と呼称)の件数をご記入下さい。	件
---	---

<問 3-6～問 3-11 は、令和元年9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 連携先による貴事業所・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 連携先が貴事業所・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()

<p>問 3-12 連携先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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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
<p>問 3-13 令和元年10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)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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>

<p>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○)</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 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() 	
<p>問 3-15 外部のリハ専門職等との連携の必要性を感じていますか。(○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. はい 2. いいえ

<問 3-16 は、全ての方がお答えください>

<p>問 3-16 直近1年間(平成30年10月～令和元年9月)に、貴事業所・貴施設の利用を終えた者を訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの利用につないだ実績はありますか。(○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ある 2. ない
---	--

<問 3-17 は、問 3-16 で「2. ない」とお答えになった場合にお答えください>

<p>問 3-17 問 3-16 で「2. ない」と回答した理由は何ですか。 (あてはまるもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 対象となる利用者が存在しないため 2. 対象となる利用者が拒否するため 3. 対象となる利用者を選定することが難しいため 4. ケアマネジャーがケアプランに位置づけていないため 5. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在しないため 6. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在するか分からないため 7. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 8. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所への依頼の仕方が分からないため
--	---

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9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9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9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。

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10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指します。		
※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のことを指します。		
	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9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。								
	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

<p>問 2-3 リハ事業所等(※1)との連携(※2)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：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。</p> <p>※2：連携とは、生活機能向上連携加算の算定のために外部(※3)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・施設への助言を共同で行うことを指します。</p> <p>※3：外部とは、貴事業所・貴施設以外の主体を指します。</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. 介護職員等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9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かったため		
2)加算の意義や必要性が感じられないため		
3)貴事業所、貴施設に既にリハ専門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. リハ事業所等 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、リハ専門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"> 1. 訪問による対応が可能であるため 2. リハ専門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 4. ICT の維持費用の負担が大きい 5. ICT の使用方法が難しい 6. 利用者に心理的負担がかかる 7. 利用者の状態を十分に把握できない 8. 利用者の同意を得ることが難しい 9. 利用者の個人情報の適切な取扱いが難しい 10. ICT を利用してみたが、利用者の状態を十分に確認できなかった 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)。

<ol style="list-style-type: none"> 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 10 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>

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、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のリハ事業所等と連携していますか。	<ol style="list-style-type: none"> 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
---	---

○連携している理由等

<問 3-4～3-13 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"> 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るため 2. 介護職員等の教育につながるため 3. 利用者のサービス向上につながるため 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9月に連携している外部のリハ事業所等(以下、問3において連携先と呼称)の件数をご記入下さい。 件

<問 3-6～問 3-12 は、令和元年9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)

<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"> 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 連携先による貴事業所・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 連携先が貴事業所・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()

<p>問 3-12 連携先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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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
<p>問 3-13 令和元年10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)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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>

<p>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○)</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 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() 	<ol style="list-style-type: none"> 1. はい 2. いいえ

<問 3-16 は、全ての方がお答えください>

<p>問 3-16 直近1年間(平成30年10月～令和元年9月)に、貴事業所・貴施設の利用を終えた者を訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの利用につないだ実績はありますか。(○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ある 2. ない
---	--

<問 3-17 は、問 3-16 で「2. ない」とお答えになった場合にお答えください>

<p>問 3-17 問 3-16 で「2. ない」と回答した理由は何ですか。(あてはまるもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 対象となる利用者が存在しないため 2. 対象となる利用者が拒否するため 3. 対象となる利用者を選定することが難しいため 4. ケアマネジャーがケアプランに位置づけていないため 5. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在しないため 6. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所が地域に存在するか分からないため 7. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所に連携を依頼することに心理的な負担を感じるため 8. 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所への依頼の仕方が分からないため
---	---

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9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9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9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、空床ユニット型の方は回答不要	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(令和元年 9 月)	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. 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. 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. 地域密着型通所介護 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. 介護老人福祉施設 21. 介護老人保健施設 22. 介護療養型医療施設 23. 介護医療院 24. サービス付き高齢者向け住宅 25. 有料老人ホーム 26. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム (ケアハウス、A、B) 27. 旧高齢者専用賃貸住宅 28. 地域包括支援センター (在宅介護支援センター) 29. 病院 30. 診療所 31. 歯科診療所	

問 8 要介護度別利用者数(実人数)(令和元年 10 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 10 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 10 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。常勤職員、非常勤職員を合算して下さい。

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 10 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いう)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9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9月		①平成 30年3月	②令和 元年9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9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。

課題 機能訓練 指導員	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 28 年 10 月～平成 30 年 3 月(下表①)および平成 30 年 4 月～令和元年9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 10 月～平成 30 年 3 月			②平成 30 年 4 月～令和元年9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はり師又はきゅう師でしたか。(○は1つ)	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 4. 管理者は、はり師及び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9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9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"> 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. 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 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 5. その他()
--	---

○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"> 1. 既に機能訓練指導員が充足しているため 2. はり師・きゅう師を雇用したいが、見つからないため 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 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 5. その他()
---	---

<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"> 1. 実務経験として必要な6か月間という期間が長い。 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。 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。 4. わからない 5. その他()
--	---

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

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	

利用者の調査対象区分についてお伺いします。

問 0 本調査票で調査対象とする利用者の調査対象区分(※)をお伺いします。	1. 調査対象区分1 2. 調査対象区分2
---------------------------------------	--------------------------

※調査対象区分については、同封した調査要領をご参照ください。

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 (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 貴事業所・貴施設が生活機能向上連携加算の算定に伴う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 10 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 10 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

<p>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○)</p>	<p>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</p>	<p>1. 生活機能向上連携加算 (I) 2. 生活機能向上連携加算 (II)</p>
<p>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)</p>	<p>2) 上記以外のサービス種別の場合</p> <p>3. 生活機能向上連携加算</p> <p>1. 計画作成担当者(担当のケアマネジャー) 2. 外部のリハ専門職等 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()</p>	
<p>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。</p>	<p>1. リハ専門職等が関わるため利用者・家族が安心して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</p>	
<p>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○)</p>	<p>1. 理学療法士 2. 作業療法士 3. 言語聴覚士 4. 医師</p>	
<p>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○)</p>	<p>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</p>	
<p>※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)。</p>		
<p>問 14 外部のリハ専門職等の助言により個別機能訓練計画等に反映した主要内容について、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。</p>		
<p>①課題</p>	<p>②助言内容</p>	
<p>③どの程度参考になったか</p>	<p>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</p>	
<p>問 15 外部のリハ専門職等の助言により、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)</p>	<p>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</p>	
<p>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)</p>		
<p>問 16 生活機能向上連携加算の算定によりリハ専門職等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。</p>	<p>1. リハ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()</p>	
<p>問 17 生活機能向上連携加算の適用による外部のリハ専門職等の助言により、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)</p>	<p>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</p>	

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	

利用者の調査対象区分についてお伺いします。

問 0 本調査票で調査対象とする利用者の調査対象区分(※)をお伺いします。	1. 調査対象区分1 2. 調査対象区分2
---------------------------------------	--------------------------

※調査対象区分については、同封した調査要領をご参照ください。

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(※)	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 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 10 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平成 30 年4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
	②令和元年 10 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

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。	1. とても必要である 2. ある程度必要である 3. あまり必要ではない 4. 必要ではない
--	--

<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>

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)	1. リハ専門職等がいて、連携している 2. リハ専門職等がいるが、連携していない 3. リハ専門職等がない
--	--

問 12 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. 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 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	

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	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 4 令和元年 10 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。常勤職員、非常勤職員を合算して下さい。

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	2. 医療法人	3. 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うこと 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・施設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9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.～6.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. 社会参加活動の実施に関するもの	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
6. 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

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 7 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 以降の設問は、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いずれかである場合に、お答えください>

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と思う 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。