

## 複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業の調査検討組織 設置要綱

### 1. 設置目的

みずほ情報総研株式会社は複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

### 2. 実施体制

- (1) 本調査検討組織は、松原 由美（株式会社明治安田生活福祉研究所 主席研究員）を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

### 3. 調査検討組織の運営

- (1) 調査検討組織の運営は、みずほ情報総研株式会社が行う。
- (2) 前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業の調査検討組織 委員等

|     |                                       |
|-----|---------------------------------------|
| 委員長 | 松原 由美（明治安田生活福祉研究所 主席研究員）              |
| 委員  | 猪口 正孝（公益社団法人社団法人東京医師会 副会長）            |
|     | 川原 秀夫（全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 代表）         |
|     | 小菅 清子（有限会社在宅ナースの会 代表取締役）              |
|     | 館石 宗隆（札幌市保健福祉局高齢保健福祉部 認知症支援・介護保険担当部長） |
|     | 沼田 美幸（公益社団法人日本看護協会 医療政策部長）            |
|     | 宮崎和加子（一般社団法人全国訪問看護事業協会 事務局長）          |
|     | 宮島 渡（社会福祉法人恵仁福祉協会アザレアンさなだ 施設長）        |
|     | 山本 則子（東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 教授）     |

（敬称略、50音順）

### 【オブザーバー】

- 厚生労働省老健局老人保健課 介護予防対策専門官 看護専門官 猿渡 央子  
小田 純子

## 複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業（案）

### 1. 調査の目的

本調査では、複合型サービス事業所の開設数の増加を踏まえ、複合型サービス事業所のサービス提供実態を把握し、医療ニーズの高い利用者への対応状況、その効果や課題等を把握することを目的とする。あわせて、全国の訪問看護ステーションや小規模多機能型居宅介護事業所による複合型サービスへの参入意向・参入障壁や、全国自治体による複合型サービス事業所の整備意向も把握する。

### 2. 調査客体

#### （1）アンケート調査

- ①複合型サービス提供実態調査（100事業所程度※悉皆）
- ②複合型サービス参入意向調査
  - 小規模多機能型居宅介護事業所 2,000事業所※無作為抽出
  - 訪問看護ステーション 3,000事業所※無作為抽出
- ③自治体による複合型サービス整備意向調査（1,742自治体※悉皆）

#### （2）ヒアリング調査

有床診療所から複合型サービスへの意向・障壁等を聴取

### 3. 主な調査項目

#### （1）アンケート調査

- ①複合型サービス提供実態調査
  - サービス提供状況、利用者の状況、医療機関との連携、サービスの効果と課題 等
- ②複合型サービス参入意向調査
  - 複合型サービスに期待する効果と開設にあたっての課題、参入意向 等
- ③自治体による複合型サービス整備意向調査
  - 複合型サービスの整備予定、指定にあたっての課題、公募状況 等

#### （2）ヒアリング調査

複合型サービスに期待する効果と開設にあたっての課題、参入意向 等

### 4. 調査内容（調査票種類、調査内容等）

- ①複合型サービス提供実態調査：事業所票、利用者票（登録利用者全員分）
- ②複合型サービス参入意向調査：事業所票
- ③自治体による複合型サービス整備意向調査：自治体票

### 5. 調査方法

アンケート調査は郵送発送・郵送回収。ヒアリング調査は現地訪問調査。

平成25年度 厚生労働省委託事業

複合型サービス事業所のサービス提供実態に関する調査

大変お手数をおかけいたしますが、〇月〇日（金）までに  
同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください。

ご回答者様のお名前とご連絡先をご記入ください。

|         |                                  |             |  |
|---------|----------------------------------|-------------|--|
| お 名 前   |                                  | 部 署 ・ 役 職   |  |
| 電 話 番 号 |                                  | フ ァ ク ス 番 号 |  |
| 事 業 所 名 | （上記の送付先ラベルと異なる場合のみご記入ください。）      |             |  |
| 住 所     | （上記の送付先ラベルと異なる場合のみご記入ください。）<br>〒 |             |  |

◎ 管理者の方が、特に時期について断りのない設問については、平成25年10月1日現在の状況をご回答ください。

I. 貴事業所の概要についてお伺いします。

問1 貴事業所の経営主体の法人の種別として該当するもの1つをお選びください。  
あわせて、法人として事業展開している都道府県の数、及び同一法人内の小規模多機能型居宅介護事業所と訪問看護ステーションの数をご記入ください。

|                   |   |                      |               |
|-------------------|---|----------------------|---------------|
| (1) 法人の種別         | 01 社会福祉法人    02 医療法人    03 営利法人<br>04 NPO法人    05 その他 |                      |               |
| (2) 事業展開している都道府県数 | 法人全体で   | <input type="text"/> | 都道府県で事業展開している |
| (3) 同一法人内の事業所数    | 小規模多機能型居宅介護事業所  | <input type="text"/> | 事業所           |
|                   | 訪問看護ステーション  | <input type="text"/> | 事業所           |

問2 貴事業所の事業開始年月についてご回答ください。

|        |    |                      |   |                      |   |
|--------|----|----------------------|---|----------------------|---|
| 事業開始年月 | 平成 | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | 月 |
|--------|----|----------------------|---|----------------------|---|

問3 複合型サービス事業所としての開設前の事業実施状況として該当するもの1つをお選びください。

- 01 小規模多機能型居宅介護事業所のみを実施していた
- 02 訪問看護ステーションのみを実施していた
- 03 訪問看護ステーションと小規模多機能型居宅介護事業所を実施していた
- 04 訪問看護ステーションと療養通所介護事業所を実施していた
- 05 実施していた事業はない
- 06 その他（  ）

問4 貴事業所の同一法人（法人が異なっても実質的に同一経営の場合も含む）が、同一又は隣接の敷地内で運営している施設・事業所として該当するものを全てお選びください。  
なお、選択肢05～13、15、17、18の各サービスには介護予防サービス事業所を含みます。

|                   |   |
|-------------------|---|
| 01 介護老人福祉施設       | 12 通所リハビリテーション事業所                         |
| 02 介護老人保健施設       | 13 短期入所生活介護事業所                            |
| 03 介護療養型医療施設      | 14 居宅介護支援事業所                              |
| 04 03以外の病院        | 15 小規模多機能型居宅介護事業所                         |
| 05 03以外の診療所       | 16 認知症対応型通所介護事業所                          |
| 06 03以外の有床診療所     | 17 認知症対応型共同生活介護事業所                        |
| 07 訪問介護事業所        | 18 地域包括支援センター                             |
| 08 訪問入浴介護事業所      | 19 在宅介護支援センター                             |
| 09 訪問看護ステーション     | 20 有料老人ホーム                    ⇒（定員_____名） |
| 10 訪問リハビリテーション事業所 | 21 サービス付き高齢者向け住宅⇒（定員_____名）               |
| 11 通所介護事業所        | 22 その他（ <input type="text"/> ）            |

問5 貴事業所の定員数、宿泊室数、延べ床面積についてご回答ください。

|           |                |                |                |
|-----------|----------------|----------------|----------------|
| (1) 定員数   | 登録定員           | 通いサービス利用定員     | 宿泊サービス利用定員     |
|           | 人              | 人              | 人              |
| (2) 宿泊室数  | 全宿泊室数          | 個室の宿泊室数        | 個室以外の宿泊室数      |
|           | 室              | 室              | 室              |
| (3) 延べ床面積 | 全延べ床面積         | 個室部分の延べ床面積     | 個室以外の宿泊室の延べ床面積 |
|           | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> |

問6 貴事業所の浴室・浴槽、トイレ、自動車の状況についてご回答ください。

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| (1) 利用者の個浴が可能な浴室・浴槽の有無                       | 01 ある | 02 ない |
| (2) 介助者が一緒に入って排泄ケアを行うことのできるトイレの有無            | 01 ある | 02 ない |
| (3) 車椅子対応の自動車の有無                             | 01 ある | 02 ない |
| (4) 寝台自動車の有無                                 | 01 ある | 02 ない |
| (5) その他、特徴のある又は工夫している備品等がありましたら、具体的にご記入ください。 |       |       |

問7 平成25年10月1日現在の貴事業所の登録利用者数をご記入ください。

また、登録利用者のうち、医療機関から訪問看護指示書を受けている利用者の人数もご記入ください。

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| (1) 登録利用者数（平成25年10月1日現在）           | 人 |
| (2) (1)のうち、医療機関から訪問看護指示書を受けている利用者数 | 人 |

問8 平成25年10月1日現在、登録利用者のうち、複合型サービス事業所と同一建物、または同一敷地内の別建物に居住する利用者数についてご回答ください。

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| (1) 複合型サービス事業所と同一建物に居住する利用者数     | 人 |
| (2) 複合型サービス事業と同一敷地内の別建物に居住する利用者数 | 人 |

問9 貴事業所の宿泊料金、宿泊サービスの食事料金についてご回答ください。

なお、食事料金の設定が複数ある場合には、利用者が最も多い食事の料金をご回答ください。

|                 |          |     |          |  |
|-----------------|----------|-----|----------|--|
| (1) 宿泊料金        | 個室       |     | 個室以外の宿泊室 |  |
|                 | 円/泊 or 日 |     | 円/泊 or 日 |  |
| (2) 宿泊サービスの食事料金 | 朝食       | 昼食  | 夕食       |  |
|                 | 円/食      | 円/食 | 円/食      |  |

問10 平成25年9月1カ月間における、貴事業所の通いサービス、宿泊サービスの営業日数<sup>注</sup>についてご回答ください。あわせて、利用定員を超えた人数で営業した日数についてもご回答ください。

|            |                          |   |
|------------|--------------------------|---|
| (1) 通いサービス | ① 営業日数（9月中）              | 日 |
|            | ② ①のうち、利用定員を超えた人数で営業した日数 | 日 |
| (2) 宿泊サービス | ① 営業日数（9月中）              | 日 |
|            | ② ①のうち、利用定員を超えた人数で営業した日数 | 日 |

注. 本来は営業予定日であったものの、キャンセル等により利用者がいなかった場合は営業日数には含めないでください。

Ⅱ. 貴事業所の従事者の状況についてお伺いします。

問 11 貴事業所の従事者数（管理者の方を含む）についてご回答ください。

|             | 常 勤 者 <sup>注1</sup> |     |                    | 非 常 勤 者 |      |
|-------------|---------------------|-----|--------------------|---------|------|
|             | 専 従<br>(実人数)        | 兼 務 |                    | 実人数     | 換算人数 |
|             |                     | 実人数 | 換算人数 <sup>注2</sup> |         |      |
| (1) 管理者     | 人                   | 人   | 人                  |         |      |
| (2) 看護職員    | 人                   | 人   | 人                  | 人       | 人    |
| (3) 介護職員    | 人                   | 人   | 人                  | 人       | 人    |
| (4) 介護支援専門員 | 人                   | 人   | 人                  | 人       | 人    |
| (5) その他の職員  | 人                   | 人   | 人                  | 人       | 人    |

注 1. 常勤者とは正規職員、非正規職員を問わず、労働時間が貴事業所の所定労働時間に達している方を指します。また、併設施設・事業所と兼務している方の場合は、その労働時間の合計が所定労働時間に達している場合を指します。

注 2. 常勤者の兼務、非常勤者については、以下の計算式により換算人数を計算し、小数点以下第二位を四捨五入し、小数点以下第一位まで計上してください。

換算人数 = 職員の9月24日～9月30日までの1週間の延べ労働時間 ÷ 事業所が定めている1週間の所定労働時間

例. 1週間の所定労働時間が40時間の事業所において、週30時間労働の介護職員（非常勤者）が1名、週20時間労働の介護職員が2名、週15時間労働の介護職員が1名いた場合の換算人数の計算式は以下の通り。

$$\text{換算人数} = \frac{30 \text{ 時間} \times 1 \text{ 名} + 20 \text{ 時間} \times 2 \text{ 名} + 15 \text{ 時間} \times 1 \text{ 名}}{40 \text{ 時間}} = 2.1 \text{ 人}$$

問 12 平成25年9月1カ月間における、貴事業所の介護報酬の加算・減算の算定状況（算定の有無、算定人数）についてご回答ください。

|                      |  |                  |                   |            |
|----------------------|--|------------------|-------------------|------------|
| (1) 認知症加算            | 01 算定している ⇒ <table border="1" style="display: inline-table; border: 1px dashed black;"><tr><td>11 加算(I) ⇒ ( ) 人</td></tr><tr><td>12 加算(II) ⇒ ( ) 人</td></tr></table> | 11 加算(I) ⇒ ( ) 人 | 12 加算(II) ⇒ ( ) 人 |            |
| 11 加算(I) ⇒ ( ) 人     |  |                  |                   |            |
| 12 加算(II) ⇒ ( ) 人    |  |                  |                   |            |
|                      | 02 算定していない   |                  |                   |            |
| (2) 退院時共同指導加算        | 01 算定している ⇒ ( ) 人  |                  |                   |            |
|                      | 02 算定していない   |                  |                   |            |
| (3) 事業開始時支援加算        | 01 算定している ⇒ ( ) 人  |                  |                   |            |
|                      | 02 算定していない   |                  |                   |            |
| (4) 緊急時訪問看護加算        | 01 算定している ⇒ ( ) 人  |                  |                   |            |
|                      | 02 算定していない   |                  |                   |            |
| (5) 特別管理加算           | 01 算定している ⇒ <table border="1" style="display: inline-table; border: 1px dashed black;"><tr><td>11 加算(I) ⇒ ( ) 人</td></tr><tr><td>12 加算(II) ⇒ ( ) 人</td></tr></table> | 11 加算(I) ⇒ ( ) 人 | 12 加算(II) ⇒ ( ) 人 |            |
| 11 加算(I) ⇒ ( ) 人     |  |                  |                   |            |
| 12 加算(II) ⇒ ( ) 人    |  |                  |                   |            |
|                      | 02 算定していない   |                  |                   |            |
| (6) ターミナルケア加算        | 01 算定している ⇒ ( ) 人  |                  |                   |            |
|                      | 02 算定していない   |                  |                   |            |
| (7) サービス提供体制強化加算     | 01 算定している ⇒ <table border="1" style="display: inline-table; border: 1px dashed black;"><tr><td>11 加算(I)</td><td>12 加算(II)</td><td>13 加算(III)</td></tr></table>       | 11 加算(I)         | 12 加算(II)         | 13 加算(III) |
| 11 加算(I)             | 12 加算(II)  | 13 加算(III)       |                   |            |
|                      | 02 算定していない   |                  |                   |            |
| (8) 厚生労働大臣が定める疾病等の減算 | 01 算定している ⇒ ( ) 人  |                  |                   |            |
|                      | 02 算定していない   |                  |                   |            |
| (9) 特別の指示を行った場合の減算   | 01 算定している ⇒ ( ) 人・延べ( ) 日  |                  |                   |            |
|                      | 02 算定していない   |                  |                   |            |

問 13 貴事業所の日中の勤務シフトについてご回答ください。

|        |   |                 |
|--------|---|-----------------|
| (1) 早番 | <input style="width: 50px;" type="text" value=" : "/> ~ <input style="width: 50px;" type="text" value=" : "/> | (0時～24時の24時間表記) |
| (2) 日勤 | <input style="width: 50px;" type="text" value=" : "/> ~ <input style="width: 50px;" type="text" value=" : "/> | (0時～24時の24時間表記) |
| (3) 遅番 | <input style="width: 50px;" type="text" value=" : "/> ~ <input style="width: 50px;" type="text" value=" : "/> | (0時～24時の24時間表記) |

問 14 直近で宿泊サービスの利用者がいた日における、宿泊サービス利用者数、夜間の職員体制（夜勤・宿直・オンコール別、職種別の人数）についてご回答ください。

| 宿泊サービス利用者数 | 夜間の職員体制 |      |                   |      |                     |      |
|------------|---------|------|-------------------|------|---------------------|------|
|            | 夜 勤     |      | 宿 直 <sup>注1</sup> |      | オンコール <sup>注2</sup> |      |
|            | 看護職員    | 介護職員 | 看護職員              | 介護職員 | 看護職員                | 介護職員 |
| 人          | 人       | 人    | 人                 | 人    | 人                   | 人    |

注 1. 事業所内にて宿直していた職員数をご記入ください。

注 2. 事業所外にて待機していた職員数をご記入ください。

問 15 宿泊サービスの利用者がある際、貴事業所ではどのような状況のときに夜間の職員体制を通常よりも増員していますか。該当するもの全てをお選びください。

- 01 宿泊サービスの利用者数が多い場合に増員している ⇒ 利用者がおおよそ  人以上の場合
- 02 宿泊サービスの利用者の状態に応じて増員している
- 03 その他（  ）
- 04 特に増員することはない

← 問 15 で「02 宿泊サービスの利用者の状態に応じて増員している」を選ばれた場合のみ

問 15-1 宿泊サービスの利用者にとどのような状態があった場合に、夜間の職員体制を通常よりも増員していますか。該当するものを全てお選びください。

|                         |  |
|-------------------------|--|
| 01 看取り期のケア <sup>注</sup> | 13 人工呼吸器の管理  |
| 02 発熱                   | 14 注射・点滴   |
| 03 呼吸困難                 | 15 インスリン注射   |
| 04 不穏、認知症の重度化           | 16 創傷処置  |
| 05 胃ろう・経鼻経管栄養による栄養管理    | 17 褥瘡の処置   |
| 06 中心静脈栄養               | 18 服薬管理  |
| 07 膀胱（留置）カテーテルの管理       | 19 透析  |
| 08 人工肛門（ストーマ）のケア        | 20 疼痛管理  |
| 09 たんの吸引                | 21 導尿  |
| 10 ネブライザー               | 22 浣腸  |
| 11 酸素療法（酸素吸入）           | 23 摘便  |
| 12 気管切開のケア              | 24 その他（ <input style="width: 100px;" type="text"/> ） |

注. 本調査において「看取り期のケア」とは、利用者の病状が不可逆的かつ進行性で、治療等により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態におけるケアのことを指します。

問 16 直近で宿泊サービスの利用者が不在の日における、夜間の職員体制（夜勤・宿直・オンコール別、職種別の人数）についてご回答ください。

| 夜間の職員体制 |      |                   |      |                     |      |
|---------|------|-------------------|------|---------------------|------|
| 夜 勤     |      | 宿 直 <sup>注1</sup> |      | オンコール <sup>注2</sup> |      |
| 看護職員    | 介護職員 | 看護職員              | 介護職員 | 看護職員                | 介護職員 |
| 人       | 人    | 人                 | 人    | 人                   | 人    |

注 1. 事業所内にて宿直していた職員数をご記入ください。

注 2. 事業所外にて待機していた職員数をご記入ください。

問17 平成25年9月24日～9月30日の1週間における利用者・家族からの電話の件数・内容・対応をご記入ください。  
 なお、電話の内容や電話後の対応について複数に該当する場合はそれぞれに件数を計上してください。

|   |                   |   |
|---|-------------------|---|
| (1) 利用者・家族からの電話の総件数（平成25年9月24日～9月30日の1週間） |                   | 件 |
| 電話の内容                                     | (2) ① 不安の解消       | 件 |
|   | ② 身体ケアのための訪問要請    | 件 |
|   | ③ 医療・看護のための訪問要請   | 件 |
|   | ④ 利用予定の変更         | 件 |
|   | ⑤ 誤報              | 件 |
|   | ⑥ その他（ ）          | 件 |
| 電話後の対応                                    | (3) ① 電話対応のみで終わった | 件 |
|   | ② 介護職員が訪問を行った     | 件 |
|   | ③ 看護職員が訪問を行った     | 件 |
|   | ④ 主治医へ連絡を行った      | 件 |
|   | ⑤ 救急医療機関へ通報した     | 件 |
|   | ⑤ その他（ ）          | 件 |



IV. 貴事業所における医療ニーズへの対応状況についてお伺いします。

|   |   |
|---|---|
| 問 18 複合型サービス事業所の開設後、亡くなられた登録利用者についてご回答ください。 |   |
| (1) 亡くなられた登録利用者数                            | 人 |
| (2) (1)のうち、貴事業所内で亡くなられた登録利用者数               | 人 |
| (3) (1)のうち、在宅で亡くなられた登録利用者数                  | 人 |
| (4) (1)のうち、病院で亡くなられた登録利用者数                  | 人 |
| (5) (1)のうち、ターミナルケア加算を算定した登録利用者数             | 人 |

|                                    |           |
|------------------------------------|-----------|
| 問 19 貴事業所は指定訪問看護事業所の指定も併せて受けていますか。 |           |
| 01 受けている                           | 02 受けていない |

《問 19で「01 受けている」を選ばれた場合のみ》

|   |   |
|---|---|
| 問 19-1 指定訪問看護事業所の平成 25 年 9 月 1 カ月間における実利用者数（複合型サービスの利用者以外）をご記入ください。 |   |
| (1) 平成 25 年 9 月 1 カ月間における実利用者数                                      | 人 |
| (2) (1)のうち、医療保険のみの実利用者数   | 人 |
| ① (2)のうち、特掲診療料別表 <sup>7</sup> に掲げる者                                 | 人 |
| ② (2)のうち、特別訪問看護指示書を受けている者（地域密着型サービス対象者）で地域密着型サービスにおいて看護サービスを受けている者  | 人 |
| ③ (2)のうち、特別訪問看護指示書を受けている者（地域密着型サービス対象者）で地域密着型サービスにおいて看護サービスを受けていない者 | 人 |
| ④ (2)のうち、特別訪問看護指示書を受けている者（地域密着型サービス対象者外）                            | 人 |
| (3) (1)のうち、介護保険のみの実利用者数   | 人 |
| (4) (1)のうち、医療保険と介護保険の両方を使った実利用者数                                    | 人 |

注. 次に掲げる疾病等に該当する者を指します。  
 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底変性症、パーキンソン病〔ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る〕）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態

|  |  |
|--|--|
| 問 19-2 指定訪問看護事業所の看護職員は、問 11 でご回答のあった従事者と同じですか。 |  |
| 01 同じ  |  |
| 02 異なる   | ⇒ 指定訪問看護事業所の看護職員数（専従・実人数） <input type="text"/> 人 |
|  | ⇒ 指定訪問看護事業所の看護職員数（兼務・実人数） <input type="text"/> 人 |

|  |    |
|--|----|
| 問 20 貴事業所の協力医療機関、バックアップ施設の施設数をご回答ください。 |    |
| (1) 病院                                 | 施設 |
| (2) 一般診療所                              | 施設 |
| (3) (2)のうち、在宅療養支援診療所                   | 施設 |
| (4) 歯科診療所                              | 施設 |
| (5) 特別養護老人ホーム、老人保健施設                   | 施設 |

問21 平成25年9月1カ月間における、協力医療機関との連携状況（搬送、非定期の往診、電話相談）についてご回答ください。なお、あくまでも利用者が貴事業所の通いサービス、又は宿泊サービスを利用中に発生した状況についてご回答ください。

|   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|---|
| (1) 利用者の搬送状況 <sup>注1・2</sup><br>注1. 救急車や貴事業所保有の自動車等による搬送を指します。<br>注2. 定期的な（予定）外来受診のための搬送は含めないでください。 | ① 搬送件数                            | (9月中) 件   |
|   | ② ①の搬送理由<br>(該当するもの全てに○)          | 01 意識消失      05 発熱<br>02 心肺停止      06 腹痛・下痢<br>03 窒息            07 嘔吐<br>04 骨折・けが    08 その他 |
| (2) 利用者への往診状況 <sup>注3</sup><br>注3. 定期的な（予定）訪問診療は含めないでください。  | ① 往診件数                            | (9月中) 件   |
|   | ② ①の往診理由<br>(該当するもの全てに○)          | 01 意識消失      05 発熱<br>02 心肺停止      06 腹痛・下痢<br>03 窒息            07 嘔吐<br>04 骨折・けが    08 その他 |
| (3) 電話相談の状況   | ① 電話相談回数                          | (9月中) 回   |
|   | ② ①の相談内容<br>(頻度の多い内容をご自由にご記入ください) |   |

V. 複合型サービスの効果や、今後の普及のために必要なことについてお伺いします。

問 22 複合型サービスへ参入した理由として、主に該当するものを3つまでお選びください。

- 01 同じ法人で訪問看護事業所を運営していたので活用しなかったため
- 02 同じ法人で小規模多機能型居宅介護事業所を運営していたので活用しなかったため
- 03 従来から医療ニーズの高い利用者が増加していたため
- 04 今後、医療ニーズの高い利用者が増加する見込みがあったため
- 05 支給限度額により訪問看護の利用が十分にできない利用者がいたため
- 06 その他（ )

問 23 複合型サービスへの参入時に困難であったこととして、主に該当するものを3つまでお選びください。

- 01 開設資金の調達が困難だった
- 02 開設場所及び物件の確保が困難だった
- 03 利用者の確保が困難だった
- 04 看護職員の新規確保が困難だった
- 05 看護職員の夜間の対応が困難だった
- 06 介護職員の新規確保が困難
- 07 主治医との連携が困難だった
- 08 急変時に連携できる医療機関の確保が困難だった
- 09 安定的な経営の見通しが困難だった
- 10 既存のサービスからの切り替えが困難だった
- 11 利用者の負担増が生じることへの理解が得にくかった
- 12 行政が整備計画を立てていなかった
- 13 地域の理解がなく反対された
- 14 その他（ )

問 24 複合型サービスの開設にあたり、公的な支援を利用しましたか。該当するもの全てをお選びください。

- 01 介護基盤緊急整備等臨時特例基金の助成を受けた
- 02 地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金（ハード交付金）の助成を受けた
- 03 地域介護・福祉空間推進交付金（ソフト交付金）の助成を受けた
- 04 独立行政法人福祉医療機構（WAM）から貸付を受けた
- 05 その他（ )
- 06 公的な支援は利用しなかった

問 25 貴事業所の平成25年9月分の収支状況についてご回答ください。

- 01 黒字
- 02 収支とんとん
- 03 赤字

問26 複合型サービス開始後の実際の運営で困難なこととして、主に該当するものを3つまでお選びください。

- 01 利用者の新規確保が困難である
- 02 看護職員の雇用維持や新規確保が困難である
- 03 介護職員の雇用維持や新規確保が困難である
- 04 主治医との連携が困難である
- 05 急変時に医療機関との連携が困難である
- 06 人員体制上、個々の利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が困難である
- 07 人員体制上、365日24時間の対応をとることが困難である
- 08 収支の改善が困難である
- 09 その他（ ）

問26-1 <問26で「08 収支の改善が困難である」とご回答の場合>  
複合型サービスの経営的なデメリットについて具体的にご記入ください。

問27 複合型サービス開始後の効果として、主に該当するものを3つまでお選びください。

- 01 従来まで断っていた医療ニーズの高い利用者を登録できるようになった
- 02 従来であれば入院、又は施設入所していた利用者を受け入れることで、入院・入所せずに済むようになった
- 03 医療ニーズの高い利用者に対して、看護職による訪問を十分に実施できるようになった
- 04 看護と介護のバランスのとれたサービス計画を作成できるようになった
- 05 夜間に発生する医療ニーズへの対応がとりやすくなった
- 06 医療ニーズの高い利用者に対するケア方法について、スタッフ間での共有が図られるようになった
- 07 利用者の状態が悪化し、医療機関に入院するケースが減少した
- 08 利用者の状態が安定するようになった
- 09 利用者のADLが向上した
- 10 家族の介護負担が軽減した
- 11 収支が改善した
- 12 その他（ ）

問27-1 <問27で「11 収支が改善した」とご回答の場合>  
複合型サービスの経営的なメリットについて具体的にご記入ください。

問28 今後、複合型サービスが普及するために必要と考えられることをご自由にご記入ください。

ご協力いただきましてありがとうございます。

平成25年度 厚生労働省委託事業  
**複合型サービス事業所のサービス提供実態に関する調査**

◎特に時期について断りのない設問については、平成25年10月1日現在の登録利用者の状況について、1人1票ずつ個別にご回答ください。

## I 利用者の状況

|                                |                                |                         |   |                     |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------|---|---------------------|
| 1 性別                           | 01 男性                          | 02 女性                   | 2 年齢                                    | 歳                   |
| 3 世帯類型                         | 01 独居                          | 02 夫婦のみ世帯               | 03 その他同居                                | ↳ (11 高齢者のみ 12 その他) |
| 4 家族介護者の状況<br>※介護者の同居の有無は問いません | 01 いる                          | 02 いない                  | ↳ (11 フルタイムで就労 12 パートタイムで就労 13 就労していない) |                     |
| 5 住まいの状況①                      | 01 一戸建て                        | 02 集合住宅（マンション、アパート、団地等） | 03 サービス付き高齢者向け住宅                        | 04 有料老人ホーム          |
|                                | 05 養護老人ホーム、軽費老人ホーム             | 06 その他（ ）               |   |                     |
| 6 住まいの状況②                      | 01 持ち家                         | 02 民間賃貸住宅               | 03 公営賃貸住宅                               | 04 借間               |
|                                | 05 その他（ ）                      |                         |   |                     |
| 7 住まいの状況③                      | 01 貴事業所に併設している                 | 02 貴事業所に併設していない         |   |                     |
| 8 サービス開始直前の状況                  | 01 入院していた                      | 02 施設入所していた             | 03 在宅療養していた                             |                     |
| 9 障害高齢者の日常生活自立度                | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2・不明  |                         |   |                     |
| 10 認知症高齢者の日常生活自立度              | 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M・不明 |                         |   |                     |
| 11 ケアの必要なBPSDの有無               | 01 有り                          | 02 無し                   |   |                     |
| 12 要介護状態区分                     | 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5       |                         |   |                     |
| 13 ADLの状況                      |                                |                         |   |                     |
| ① 移動                           | 01 自立                          | 02 見守り                  | 03 一部介助                                 | 04 全介助              |
| ② 食事                           | 01 自立                          | 02 見守り                  | 03 一部介助                                 | 04 全介助              |
| ③ 排泄                           | 01 自立                          | 02 見守り                  | 03 一部介助                                 | 04 全介助              |
| ④ 入浴                           | 01 自立                          | 02 見守り                  | 03 一部介助                                 | 04 全介助              |
| ⑤ 着替え                          | 01 自立                          | 02 見守り                  | 03 一部介助                                 | 04 全介助              |
| 14 IADLの状況                     |                                |                         |   |                     |
| ① バスや電車で一人で外出していますか（自家用車含む）    | 01 できるし、している                   | 02 できるけどしていない           | 03 できない                                 |                     |
| ② 日用品の買物をしていますか                | 01 できるし、している                   | 02 できるけどしていない           | 03 できない                                 |                     |
| ③ 自分で食事の用意をしていますか              | 01 できるし、している                   | 02 できるけどしていない           | 03 できない                                 |                     |
| ④ 請求書の支払いをしていますか               | 01 できるし、している                   | 02 できるけどしていない           | 03 できない                                 |                     |
| ⑤ 預貯金の出し入れをしていますか              | 01 できるし、している                   | 02 できるけどしていない           | 03 できない                                 |                     |
| ⑥ 年金などの書類が書けますか                | 01 はい                          | 02 いいえ                  |   |                     |
| ⑦ 新聞を読んでいますか                   | 01 はい                          | 02 いいえ                  |   |                     |
| ⑧ 本や雑誌を読んでいますか                 | 01 はい                          | 02 いいえ                  |   |                     |
| ⑨ 日用品の買物をしていますか                | 01 できるし、している                   | 02 できるけどしていない           | 03 できない                                 |                     |
| ⑩ 健康についての記事や番組に関心がありますか        | 01 はい                          | 02 いいえ                  |   |                     |
| ⑪ 友人の家を訪ねていますか                 | 01 はい                          | 02 いいえ                  |   |                     |
| ⑫ 家族や友人の相談にのっていますか             | 01 はい                          | 02 いいえ                  |   |                     |
| ⑬ 病人を見舞うことができますか               | 01 はい                          | 02 いいえ                  |   |                     |
| 15 ご本人の主観的な健康状態                | 01 とてもよい                       | 02 よい                   | 03 あまり良くない                              | 04 よくない             |
|                                | 05 不明                          |                         |   |                     |
| 16 介護・介助が必要になった原因（該当するもの全てに○）  |                                |                         |   |                     |
| 01 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）               | 02 心臓病                         | 03 がん（悪性新生物）            |   |                     |
| 04 呼吸器の病気（肺気腫・肺炎等）             | 05 関節の病気（リウマチ等）                | 06 認知症（アルツハイマー病等）       |   |                     |
| 07 パーキンソン病                     | 08 糖尿病                         | 09 視覚・聴覚障害              |   |                     |
| 10 骨折・転倒                       | 11 脊椎損傷                        | 12 高齢による衰弱              |   |                     |
| 13 その他（ ）                      | 14 不明                          |                         |   |                     |

|   |   |                  |       |
|---|---|------------------|-------|
| 17 医療機関受診の有無（9月中）   | 01 有り   | 02 無し            | 03 不明 |
| 18 日常生活に支障のある痛み   | 01 有り<br>└─┬─▶(11 がん性疼痛 12 腰痛や膝痛等の関節痛 13 その他) | 02 無し            |       |
| 19 治療食の提供の有無  | 01 有り   | 02 無し            |       |
| 20 医療ニーズの有無（該当するもの全てに○）   |   |                  |       |
| 01 看取り期のケア  | 02 胃ろう・経鼻経管栄養による栄養管理                          | 03 中心静脈栄養管理      |       |
| 04 膀胱（留置）カテーテルの管理   | 05 人工肛門・膀胱（ストーマ）のケア                           | 06 たんの吸引         |       |
| 07 ネブライザー   | 08 酸素療法（酸素吸入）                                 | 09 気管切開のケア       |       |
| 10 人工呼吸器（レスピレーター）の管理  | 11 注射・点滴                                      | 12 インスリン注射       |       |
| 13 創傷処置   | 14 褥瘡の処置                                      | 15 服薬管理          |       |
| 16 透析   | 17 導尿   | 18 疼痛管理          |       |
| 19 浣腸   | 20 排便   | 21 その他（          | ）     |
| 21 9月1カ月間に複合型サービス以外に利用した介護サービス（複合型サービスの利用開始後に利用したもののみ）<br>※（介護予防）福祉用具貸与は調査日時点の、特定（介護予防）福祉用具販売は過去6カ月の品目数を記載してください。 |   |                  |       |
| ①（介護予防）訪問リハビリテーション  | 回/月   | ④（介護予防）福祉用具貸与    | 品目    |
| ②（介護予防）居宅養管理指導  | 回/月   | ⑤ 特定（介護予防）福祉用具販売 | 品目    |
| ③ 住宅改修  | 有・無   |                  |       |
| ⑥ 市町村特別給付   | サービス名：  |                  |       |
| ⑦ 介護保険給付外の在宅サービス  | サービス名：  |                  |       |

## Ⅱ 複合型サービス等の利用状況（平成25年9月1カ月間）

|   |      |          |   |
|---|------|----------|---|
| 22 通い・宿泊サービスの利用状況                                   |      |          |   |
| ① 通いサービス  | 回    | ② 宿泊サービス | 回 |
| 23 訪問サービスの利用状況                                      |      |          |   |
|   | 訪問回数 | 総訪問時間    |   |
| ① 介護職の訪問サービス  | 回    | 分        |   |
| ② 看護職の訪問サービス  | 回    | 分        |   |
| 24 医療保険による訪問看護の利用状況                                 |      |          |   |
| ① 訪問回数  | 回    | ② 総訪問時間  | 分 |
| 25 医療保険・介護保険以外による訪問看護の利用状況                          |      |          |   |
| ① 訪問回数  | 回    | ② 総訪問時間  | 分 |
| 26 複合型サービスを利用した効果（該当するもの全てに○）                       |      |          |   |
| 01 従来であれば入院、又は施設入所していた利用者を受け入れることで、入院・入所せずに済むようになった |      |          |   |
| 02 医療ニーズの高い利用者に対して、看護職による訪問を十分に実施できるようになった          |      |          |   |
| 03 看護と介護のバランスのとれたサービス計画を作成できるようになった                 |      |          |   |
| 04 夜間に発生する医療ニーズへの対応がとりやすくなった                        |      |          |   |
| 05 医療ニーズの高い利用者に対するケア方法について、スタッフ間での共有が図られるようになった     |      |          |   |
| 06 利用者の状態が悪化し、医療機関に入院するケースが減少した                     |      |          |   |
| 07 利用者の状態が安定するようになった                                |      |          |   |
| 08 利用者のADLが向上した                                     |      |          |   |
| 09 家族の介護負担が軽減した                                     |      |          |   |
| 10 その他（   |      |          |   |
| ）   |      |          |   |

ご協力いただきまして、ありがとうございます。

**平成25年度 厚生労働省委託事業  
複合型サービスへの参入意向に関する実態調査**

◎ 管理者の方が、特に時期について断りのない設問については、平成25年10月1日現在の状況をご回答ください。

|      |      |
|------|------|
| 事業所名 | 都道府県 |
|------|------|

問1 貴事業所の経営主体として該当するもの1つをお選びください。あわせて、貴事業所の事業開始年月についてご回答ください。

|                 |                  |   |   |
|-----------------|------------------|---|---|
| (1) 経営主体        | O1 社会福祉法人        | O2 医療法人                                   | O3 営利法人                                       |
|                 | O4 NPO法人         | O5 その他                                    |   |
| (2) 同一法人内の事業所数  | ① 小規模多機能型居宅介護事業所 | 事業所                                       |   |
|                 | ② 訪問看護ステーション     | 事業所                                       |   |
| (3) 貴事業所の事業開始年月 | 平成               | <input style="width: 50px;" type="text"/> | 年 <input style="width: 50px;" type="text"/> 月 |

問2 貴事業所の併設状況として該当するものを全てお選びください。

|              |                  |            |
|--------------|------------------|------------|
| O1 病院・診療所と併設 | O2 訪問看護ステーションと併設 | O3 O1・O2以外 |
|--------------|------------------|------------|

問3 貴事業所の従事者数（管理者の方を含む）をご回答ください。

|           |                   | 看護職員 | 介護職員 | その他の職員 | 計 |
|-----------|-------------------|------|------|--------|---|
| (1) 常勤職員  |                   | 人    | 人    | 人      | 人 |
| (2) 非常勤職員 | 実人数               | 人    | 人    | 人      | 人 |
|           | 常勤換算 <sup>注</sup> | 人    | 人    | 人      | 人 |

注. 貴事業所における常勤者のうち他事業所との兼務者、非常勤者については、以下の計算式により換算人数を計算し、小数点以下第二位を四捨五入し、小数点以下第一位まで計上してください。

換算人数 = 職員の直近の1週間の延べ労働時間 ÷ 事業所が定めている1週間の所定労働時間

例. 1週間の所定労働時間が40時間の事業所において、週30時間労働の介護職員（非常勤者）が1名、週20時間労働の介護職員が2名、週15時間労働の介護職員が1名いた場合の換算人数の計算式は以下の通り。

$$\text{換算人数} = \frac{30\text{時間} \times 1\text{名} + 20\text{時間} \times 2\text{名} + 15\text{時間} \times 1\text{名}}{40\text{時間}} = 2.1\text{人}$$

問4 貴事業所の定員数についてご回答ください。

|      |            |            |
|------|------------|------------|
| 登録定員 | 通いサービス利用定員 | 宿泊サービス利用定員 |
| 人    | 人          | 人          |

問5 平成25年9月1カ月間における、貴事業所の通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスの延べ利用者数についてご回答ください。

|               |               |               |
|---------------|---------------|---------------|
| 通いサービスの延べ利用者数 | 訪問サービスの延べ利用者数 | 宿泊サービスの延べ利用者数 |
| (9月中) 人       | (9月中) 人       | (9月中) 人       |

問6 平成25年10月1日における、登録利用者数を要介護度別にご回答ください。

|      |      |      |      |      |
|------|------|------|------|------|
| 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
| 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |

問7 平成25年10月1日における貴事業所の登録利用者のうち、①～⑳の医療ニーズを有している利用者数をそれぞれご回答ください。重複する場合は、それぞれに人数を計上してください。

|                     |   |           |   |
|---------------------|---|-----------|---|
| ① 看取り期のケア           | 人 | ⑫ インスリン注射 | 人 |
| ② 胃ろう・経鼻経管栄養による栄養管理 | 人 | ⑬ 創傷処置    | 人 |
| ③ 中心静脈栄養管理          | 人 | ⑭ 褥瘡の処置   | 人 |
| ④ 膀胱（留置）カテーテルの管理    | 人 | ⑮ 服薬管理    | 人 |
| ⑤ 人工肛門・膀胱（ストーマ）のケア  | 人 | ⑯ 透析      | 人 |
| ⑥ たんの吸引             | 人 | ⑰ 導尿      | 人 |
| ⑦ ネブライザー            | 人 | ⑱ 疼痛管理    | 人 |
| ⑧ 酸素療法（酸素吸入）        | 人 | ⑲ 浣腸      | 人 |
| ⑨ 気管切開のケア           | 人 | ⑳ 排便      | 人 |
| ⑩ 人工呼吸器（レスピレーター）の管理 | 人 | ㉑ その他     | 人 |
| ⑪ 注射・点滴             | 人 |           |   |

問8 問7の①～㉑に該当する登録利用者数の実人数をご回答ください。なお、1人の利用者が複数の項目に該当する場合であっても「1人」として計算してください。

人

問9 複合型サービスの効果としてお考えのものとして、主に該当するものを3つまでお選びください。

- 01 従来まで断っていた医療ニーズの高い利用者を登録できる
- 02 従来であれば入院、又は施設入所していた利用者を受け入れることで、入院・入所せずに済むようになる
- 03 医療ニーズの高い利用者に対して、看護職による訪問を十分に実施できる
- 04 看護と介護のバランスのとれたサービス計画を作成できる
- 05 夜間に発生する医療ニーズへの対応がとりやすくなる
- 06 医療ニーズの高い利用者に対するケア方法について、スタッフ間での共有が図られるようになる
- 07 利用者の状態が悪化し、医療機関に入院するケースが減少する
- 08 利用者の状態が安定するようになる
- 09 利用者のADLが向上する
- 10 家族の介護負担が軽減する
- 11 収支が改善する
- 12 その他（ ）

問9-1 <<問9で「11 収支が改善する」とご回答の場合>>  
想定される複合型サービスの経営的なメリットについて具体的にご記入ください。

問10 貴事業所の上記の「複合型サービス」の開設について、法人としてどのようにお考えですか。お考えに近いものを1つお選びください。

- 01 複合型に転換する具体的な予定がある ⇒ 開始予定時期（平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃から）
- 02 具体的な計画はないが開始予定はある ⇒ 開始予定時期（平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃から）
- 03 検討したが開始予定はない
- 04 検討中のため未定である
- 05 まだ検討していない

問11 複合型サービスの開設の課題としてお考えのものとして、主に該当するものを3つまでお選びください。

- 01 開設資金の調達が困難である
- 02 開設場所及び物件の確保が困難である
- 03 利用者の確保が困難である
- 04 看護職員の新規確保が困難である
- 05 介護職員の新規確保が困難である
- 06 主治医との連携が困難である
- 07 急変時に連携できる医療機関の確保が困難である
- 08 収支が改善しない
- 09 既存のサービスからの切り替えが困難である
- 10 利用者の負担増が生じる
- 11 行政が整備計画を立てていない
- 12 行政からの情報が不正確である
- 13 地域の理解がなく反対される
- 14 その他（ ）
- 15 特になし

問11-1 <<問11で「08 収支が改善しない」とご回答の場合>>  
想定される複合型サービスの経営的なデメリットについて具体的にご記入ください。

問12 今後、複合型サービスが普及するために必要と考えられることをご自由にご記入ください。



**平成25年度 厚生労働省委託事業  
複合型サービスへの参入意向に関する実態調査**

◎ 管理者の方が、特に時期について断りのない設問については、平成25年10月1日現在の状況をご回答ください。

|      |  |      |  |
|------|--|------|--|
| 事業所名 |  | 都道府県 |  |
|------|--|------|--|

問1 貴事業所の経営主体として該当するもの1つをお選びください。あわせて、貴事業所の事業開始年月についてご回答ください。

|                 |  |   |
|-----------------|--|---|
| (1) 経営主体        | 01 社会福祉法人<br>02 医療法人<br>03 営利法人                | 04 NPO 法人<br>05 その他                         |
| (2) 同一法人内の事業所数  | ① 小規模多機能型居宅介護事業所                               | 事業所   |
|                 | ② 訪問看護ステーション                                   | 事業所   |
| (3) 貴事業所の事業開始年月 | 平成 <input style="width: 50px;" type="text"/> 年 | <input style="width: 50px;" type="text"/> 月 |

問2 貴事業所の併設状況として該当するものを全てお選びください。

01 病院・診療所と併設    02 小規模多機能型居宅介護事業所と併設    03 01・02 以外

問3 貴事業所の従事者数（管理者の方を含む）をご回答ください。

|           |                   | 看護職員 | 介護職員 | その他の職員 | 計 |
|-----------|-------------------|------|------|--------|---|
| (1) 常勤職員  |                   | 人    | 人    | 人      | 人 |
| (2) 非常勤職員 | 実人数               | 人    | 人    | 人      | 人 |
|           | 常勤換算 <sup>注</sup> | 人    | 人    | 人      | 人 |

注. 貴事業所における常勤者のうち他事業所との兼務者、非常勤者については、以下の計算式により換算人数を計算し、小数点以下第二位を四捨五入し、小数点以下第一位まで計上してください。

換算人数 = 職員の直近の1週間の延べ労働時間 ÷ 事業所が定めている1週間の所定労働時間

例. 1週間の所定労働時間が40時間の事業所において、週30時間労働の介護職員（非常勤者）が1名、週20時間労働の介護職員が2名、週15時間労働の介護職員が1名いた場合の換算人数の計算式は以下の通り。

$$\text{換算人数} = \frac{30\text{時間} \times 1\text{名} + 20\text{時間} \times 2\text{名} + 15\text{時間} \times 1\text{名}}{40\text{時間}} = 2.1\text{人}$$

問4 平成25年9月1カ月間における訪問看護の実利用者数をご記入ください。

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| (1) 平成25年9月1カ月間における実利用者数       | 人 |
| (2) (うち) 医療保険の実利用者数            | 人 |
| (3) (うち) 介護保険の実利用者数            | 人 |
| (4) (うち) 医療保険と介護保険の両方を使った実利用者数 | 人 |

問5 平成25年10月1日における、介護保険の利用者数を要介護度別にご回答ください。

| 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |

問6 複合型サービスの効果としてお考えのものとして、主に該当するものを3つまでお選びください。

- 01 従来まで断っていた医療ニーズの高い利用者を登録できる
- 02 従来であれば入院、又は施設入所していた利用者を受け入れることで、入院・入所せずに済むようになる
- 03 医療ニーズの高い利用者に対して、看護職による訪問を十分に実施できる
- 04 看護と介護のバランスのとれたサービス計画を作成できる
- 05 夜間に発生する医療ニーズへの対応がとりやすくなる
- 06 医療ニーズの高い利用者に対するケア方法について、スタッフ間での共有が図られるようになる
- 07 利用者の状態が悪化し、医療機関に入院するケースが減少する
- 08 利用者の状態が安定するようになる
- 09 利用者のADLが向上する
- 10 家族の介護負担が軽減する
- 11 収支が改善する
- 12 その他（ ）

問6-1 <<問6で「11 収支が改善する」とご回答の場合>>  
想定される複合型サービスの経営的なメリットについて具体的にご記入ください。

問7 貴事業所の上記の「複合型サービス」の開設について、法人としてどのようにお考えですか。お考えに近いものを1つお選びください。

- 01 複合型に転換する具体的な予定がある ⇒ 開始予定時期（平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃から）
- 02 具体的な計画はないが開始予定はある ⇒ 開始予定時期（平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃から）
- 03 検討したが開始予定はない
- 04 検討中のため未定である
- 05 まだ検討していない

問8 複合型サービスの開設の課題としてお考えのものとして、主に該当するものを3つまでお選びください。

- 01 開設資金の調達が困難である
- 02 開設場所及び物件の確保が困難である
- 03 利用者の確保が困難である
- 04 看護職員の新規確保が困難である
- 05 介護職員の新規確保が困難である
- 06 主治医との連携が困難である
- 07 急変時に連携できる医療機関の確保が困難である
- 08 収支が改善しない
- 09 既存のサービスからの切り替えが困難である
- 10 利用者の負担増が生じる
- 11 行政が整備計画を立てていない
- 12 行政からの情報が不正確である
- 13 地域の理解がなく反対される
- 14 その他（ ）
- 15 特になし

問8-1 <<問8で「08 収支が改善しない」とご回答の場合>>  
想定される複合型サービスの経営的なデメリットについて具体的にご記入ください。

問9 今後、複合型サービスが普及するために必要と考えられることをご自由にご記入ください。

**平成25年度 厚生労働省委託事業  
自治体における複合型サービス事業所の整備意向に関する調査**

|      |  |      |  |
|------|--|------|--|
| 都道府県 |  | 市区町村 |  |
|------|--|------|--|

問1 平成25年度から29年度の各年度末の複合型サービス事業所の整備予定数（累積）をご記入ください。なお、介護保険事業計画での計画値にとらわれず今後必要と考えられる事業所数をご記入ください。

| 第5期     |         | 第6期     |         |         |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| 平成25年度末 | 平成26年度末 | 平成27年度末 | 平成28年度末 | 平成29年度末 |
| 事業所     | 事業所     | 事業所     | 事業所     | 事業所     |

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| 問2 現在、既に開設した複合型サービス事業所数 | 事業所 |
|-------------------------|-----|

|                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| 問3 複合型サービス事業所の指定の際し、公募形式をとっていますか。 |          |
| 01 している                           | 02 していない |

＜問4・問5は問3で「01 している」を選ばれた場合のみご記入ください。＞

問4 平成24年度及び平成25年度の複合型サービスの公募状況についてご記入ください。なお、平成25年度の予定をご記入の場合は、受付期間と募集数のみご記入ください。

|                | 受付期間 | 募集数 | 応募数 | 選定数 |
|----------------|------|-----|-----|-----|
| 平成24年度（実績）     | 日間   | 事業所 | 事業所 | 事業所 |
| 平成25年度（実績又は予定） | 日間   | 事業所 | 事業所 | 事業所 |

|  |
|--|
| 問5 複合型サービスの公募について事業者からの要望がありましたら、主なものを具体的にご記入ください。 |
|  |

|   |         |
|---|---------|
| 問6 平成25年4月から9月末までの間に、事業者から複合型サービスの開設に係る相談がありましたか。 |         |
| 01 あった  | 02 なかった |

＜問7は問6で「01 あった」を選ばれた場合のみご記入ください。＞

問7 平成25年4月から9月末までの間の事業者からの相談件数等についてご記入ください。

|   |   |   |
|---|---|---|
| (1) 平成25年4月から9月末までの間の事業者からの複合型サービスに係る相談件数 | 約 | 件 |
| (2) (1)のうち、複合型サービスの開設につながらなかった件数          | 約 | 件 |
| (3) (2)について、開設につながらなかった主に理由を具体的にご記入ください。  |   |   |
|   |   |   |

問8 複合型サービスの効果についてイメージすることとして、該当するものを全てお選びください。

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 01 医療ニーズの高い利用者でも在宅生活が継続できる | 04 介護職員の技術を向上できる                           |
| 02 重度者に対応可能な事業所を整備できる      | 05 よくわからない                                 |
| 03 看護・介護の人材を有効に活用できる       | 06 その他（                                  ） |

＜裏面に続きます＞

