

集合住宅の入居者を対象としたケアマネジメントの実態に関する
調査研究事業の調査検討組織
設置要綱 (案)

1. 設置目的

(株)日本総合研究所は「集合住宅の入居者を対象としたケアマネジメントの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、以下のとおり集合住宅の入居者を対象としたケアマネジメントの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、藤井賢一郎（上智大学 准教授）を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が必要と認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討組織の運営

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

集合住宅の入居者を対象としたケアマネジメントの実態に関する調査研究事業の調査検討
組織 委員等

(敬称略、50音順)

委員長	藤井 賢一郎（上智大学 准教授）
委員	板垣 恭子（株式会社日本生科学研究所 ケアプランアドバイザー）
委員	井上 由起子（日本社会事業大学専門職大学院 教授）
委員	奥村 孝行（一般財団法人サービス付き高齢者向け住宅協会 事務局長）
委員	中林 弘明（一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事）
委員	平出 倫子（東京都福祉保健局 高齢者住宅担当係長）

【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局 振興課 課長補佐 川島英紀
- 厚生労働省 老健局 振興課 高齢者居住福祉専門官 山口義敬
- 厚生労働省 老健局 振興課 人材研修係長 川名敦

以上

集合住宅の入居者を対象としたケアマネジメントの実態に関する調査研究事業（案）

1. 調査の目的

集合住宅に居住する要介護者について、どのようなケアマネジメントが行われているかの実態を把握し、集合住宅において適切なケアマネジメントが確保されるための方策について検討を行う。そのために集合住宅入居者の状態像や生活環境、集合住宅と居宅介護支援事業所及び個別サービス提供事業所との関係等を考慮したうえで、集合住宅入居者に提供されているケアマネジメント及びケアプランの実態を明らかにする。

2. 調査客体

① 居宅介護支援事業所等の利用者の集合住宅居住実態調査（スクリーニング調査）

- ・ 居宅介護支援事業所 8,000 事業所（無作為抽出）
- ・ 小規模多機能型居宅介護事業所 2,000 事業所（無作為抽出）

② 集合住宅入居者へのケアマネジメント実態調査

- ・ 居宅介護支援事業所 800 事業所、4,000 ケース
- ・ 小規模多機能型居宅介護事業所 200 事業所、1,000 ケース

※①の調査において、集合住宅入居の利用者比率が多い事業所を中心に実施

③ 集合住宅の入居者のサービス利用実態調査

- ・ 集合住宅運営事業所 12,000 事業所（悉皆調査）

3. 主な調査項目

① 居宅介護支援事業所等の利用者の集合住宅居住実態調査（スクリーニング調査）

- ・ 居住場所別利用者数、集合住宅の併設状況 等

② 集合住宅入居者へのケアマネジメント実態調査（事業所調査・利用者調査）

- ・ 事業所基本情報、事業所の取組み、利用者基本属性、利用者状態像、サービス利用実績、ケアマネジメントプロセス 等

③ 集合住宅の入居者のサービス利用実態調査（事業所調査）

- ・ 事業所概要、属性・状態像別入居者数、入居者のサービス利用状況 等

4. 調査内容（調査票種類、調査内容等）

① 居宅介護支援事業所等の利用者の集合住宅居住実態調査 : 施設・事業所票

② 集合住宅入居者へのケアマネジメント実態調査

居宅介護支援事業所 : (②-1) 施設・事業所票 (②-2) 利用者票

小規模多機能型居宅介護支援事業所 : (②-3) 施設・事業所票 (②-4) 利用者票

③ 集合住宅の入居者のサービス利用実態調査 : 施設・事業所票

5. 調査方法（郵送調査等）

- ①および②については郵送で依頼状送付、WEB 回収、③については郵送送付・回収

平成26年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)
集合住宅の入居者を対象としたケアマネジメントの実態に関する調査研究事業

事業所概況調査(7/11時点)

(居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所共通)

※本調査は居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所向けに、利用者の居住場所を確認し、以降の本調査に活用するスクリーニング目的で実施するもの

※本調査はWebでの回答収集を予定しているため、調査票形式の設計(レイアウト・フォント等)は別途実施

※本調査は事業所の管理者の方に回答いただく

【問1】貴事業所の事業所名、事業所番号をご記入ください。(記述式)

(事業所名: _____)

(事業所番号: _____)

【問2】平成26年6月の貴事業所の利用者数をご記入ください。(数値記述)

(_____) 名

【問3】貴事業所に在籍している介護支援専門員の方の人数についてお伺いします。以下の項目別に、実数を記入ください。平成26年6月末時点の数値を記入願います。

介護支援専門員 _____ 名 そのうち、主任介護支援専門員 _____ 名

上記のうち、常勤の介護支援専門員 _____ 名

非常勤の介護支援専門員 _____ 名

【問3-1】貴事業所に在籍している介護支援専門員の方がそれぞれ担当している利用者数についてお伺いします。介護支援専門員の方ごとに以下の項目別に、実数を記入ください。平成26年6月末時点の数値を記入願います。※在籍人数に応じて枠を表示

① (_____) 名

② (_____) 名

③ (_____) 名

【問4】平成26年6月の貴事業所の利用者数を、居住場所・形態別にご記入ください。なお、住民票上の居住場所・形態ではなく、現在、実際にお住まいの場所に基づいてご記入下さい。(数値記述)

- ①有料老人ホーム（介護付） _____名
- ②有料老人ホーム（住宅型・健康型） _____名
- ③養護老人ホーム、軽費老人ホーム _____名
- ④サービス付高齢者向け住宅 _____名
- ⑤有料老人ホームあるいはサービス付き高齢者向け住宅として届け出等を行っていないが実態として高齢者用住宅となっている居住施設 _____名
- ⑥高齢者の方が多く住む公的賃貸住宅（公営住宅、UR賃貸、住宅供給公社等）
賃貸、住宅供給公社等） _____名
- ⑦上記以外の住宅（戸建住宅、一般のマンション・アパート等） _____名
- ⑧居住形態不明 _____名

【問5】貴事業所は【問4】の選択肢①～⑥の集合住宅と併設・隣接していますか。以下の中から当てはまるものを一つ選択してください。複数の住宅と併設・隣接している場合、最も近い住宅について回答してください。(単一回答)

※併設・隣接の定義：同一建物内に事業所がある、あるいは同一敷地内に所在している、または道路を挟んで隣接している場合を指す

- ①有料老人ホーム（介護付）と併設・隣接している
- ②有料老人ホーム（住宅型・健康型）と併設・隣接している
- ③養護老人ホーム、軽費老人ホームと併設・隣接している
- ④サービス付高齢者向け住宅と併設・隣接している
- ⑤旧高齢者専用賃貸住宅のうち、有料老人ホームあるいはサービス付き高齢者向け住宅として届け出等を行っていないが実態として高齢者用住宅となっている居住施設と併設・隣接している
- ⑥公営住宅、UR賃貸、住宅供給公社等で高齢者の方がおおよそ半数以上の割合となっている集合住宅と併設・隣接している
- ⑦あてはまるものはない

(以下の問は、【問5】で選択肢①～④を選択した場合のみ回答)

【問5-1】併設・隣接している集合住宅と貴事業所の関係(同一法人・同一グループ)についてお伺いします。以下から当てはまるものを一つ選択してください。(単一回答)

- 貴事業所の属する法人あるいは同一グループの法人が運営する住宅
- 別の法人が運営する集合住宅

(以下の問は、【問5】で選択肢①～④を選択した場合のみ回答)

【問5-2】併設・隣接している集合住宅の開設あるいは入居開始からの経過期間についてお伺いします。以下の中から当てはまるものを選択して下さい。(単一回答)

- 1年未満
- 1年以上2年未満
- 2年以上3年未満
- 3年以上

(以下の問は、【問5】で選択肢①～④を選択した場合のみ回答)

【問5-3】高齢者向け住宅(有料老人ホームあるいはサービス付き高齢者向け住宅)が併設している事業所の方にお伺いします。併設している集合住宅に入居されている利用者の人数についてご記入ください。(数値記述)

() 名

【問6】貴事業所の利用者において、複数の方が同一の建物に居住しているケースはありますか。(単一回答)

※同じ集合住宅の入居者や同居している利用者がある場合は「あり」を選択ください

- 同一建物の居住「あり」
- 同一建物の居住「なし」

(以下の問は、【問6】で「ある」と選択した場合のみ回答)

【問6-1】利用者の中で同一の建物に居住する方がいらっしゃる場合、その利用者数と複数の利用者が居住する建物数についてご記入ください。(記述式)

※同じ集合住宅入居者や同居の利用者がある場合は1軒・棟とカウントしてください

同じ建物に居住する利用者数	計 _____ 人
複数の利用者が居住する建物数	計 _____ 軒・棟

(記入例：貴事業所の利用者のうち、集合住宅Aに10人、集合住宅Bに4人、夫婦同居の利用者2人がいる場合)

同じ建物に居住する利用者数 計 16 人
複数の利用者が居住する建物数 計 3 軒・棟

【問6-2】利用者の方が居住する住宅・建物の合計数についてご記入ください。(記述式)
※同じ集合住宅入居者や同居の利用者がいる場合は1軒・棟とカウントしてください

計 軒・棟

(以下の問は、【問6】で「ある」と選択した場合のみ回答)

【問6-3】複数の利用者が居住する建物がある場合、その住宅ごとの利用者数についてお伺いします。それぞれの建物の利用者数について、利用者の多い順にご記入ください。(記述式) ※【問6-1】の複数利用者の居住建物数に応じて回答枠表示

利用者数がもっとも多い建物の利用者数 人
利用者数が2番目に多い建物の利用者数 人
利用者数が3番目に多い建物の利用者数 人

以 上

平成26年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
集合住宅の入居者を対象としたケアマネジメントの実態に関する調査研究事業

居宅介護支援事業所実態調査（事業所票）（7/11時点）

※本調査はWebでの回答収集を予定しているため、調査票形式の設計（レイアウト・フォント等）は別途実施

※本調査は事業所の管理者の方に回答いただく

◆事業所概要について

【問1】貴事業所の事業所名、事業所番号をご記入ください。（記述式）

（事業所名：_____）

（事業所番号：_____）

【問1-1】貴事業所の開設年月をご記入ください。（記述式）

西暦 _____ 年 _____ 月

【問2】貴事業所の地域区分について以下の中から当てはまるものを一つ選択してください。

（単一回答）

- 1級地 2級地 3級地 4級地
 5級地 6級地 その他

【問3】貴事業所の法人形態についてお伺いします。以下の選択肢から当てはまるものを一つ選択してください。（単一回答）

- 地方公共団体 日本赤十字社・社会保険関係団体
 社会福祉法人 医療法人
 社団・財団法人 協同組合
 営利法人（会社） 特定非営利法人（NPO）
 その他（具体的に：_____）

【問4】平成26年6月の貴事業所の利用者数を、居住場所・形態別にご記入ください。なお、住民票上の住居ではなく、現在、実際にお住まいの場所に基づいてご記入下さい。

（数値記述）（スクリーニング票と紐付けて回答を表示する）

- ①有料老人ホーム（介護付） _____名
②有料老人ホーム（住宅型・健康型） _____名
③養護老人ホーム、軽費老人ホーム _____名

- ④サービス付高齢者向け住宅 _____名
- ⑤有料老人ホームあるいはサービス付き高齢者向け住宅として届け出等を行っていないが実態として高齢者用住宅となっている居住施設
_____名
- ⑥高齢者の方が多く住む公的賃貸住宅（公営住宅、UR賃貸、住宅供給公社等）
賃貸、住宅供給公社等）
_____名
- ⑦上記以外の住宅（戸建住宅、一般のマンション・アパート等）
_____名
- ⑧居住形態不明 _____名

【問5】貴事業所の属する法人あるいは資本関係のある法人（グループ内の法人）で運営する他の事業をすべて選択してください。（複数回答）

(介護保険事業)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 訪問介護 | <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護 | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション |
| <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（医師） | <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（歯科医師） |
| <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（薬剤師） | <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（看護職員） |
| <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（歯科衛生士） | <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（管理栄養士） |
| <input type="checkbox"/> 通所介護 | <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション |
| <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 |
| <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 | <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 |
| <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 | |
| <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 |
| <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 |
| <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | |
| <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 | |
| <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 | |
| <input type="checkbox"/> 複合型サービス | |
| <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 |
| <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 | <input type="checkbox"/> 住宅改修 |

(介護保険以外の事業)

- 有料老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅
- 養護老人ホーム、軽費老人ホーム

【問6】以下の各個別サービスについて、貴事業所から最も近い各個別サービスの事業所(他法人の事業所を含め)の立地関係・距離について、それぞれ一つずつください。(項目ごとの単一回答)

	併設・隣接・近接状況		
	併設している (同一建物に所在。同一建物減算の定義に準ずる)	隣接している (併設ではないが、同一敷地内にある建物や道路を挟んで所在)	左記のいずれでもない
(介護保険事業)			
訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導(医師)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導(歯科医師)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導(薬剤師)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導(看護職員)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導(歯科衛生士)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導(管理栄養士)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
複合型サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住宅改修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(介護保険以外の事業)			
有料老人ホーム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス付き高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
養護老人ホーム、	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

軽費老人ホーム			
---------	--	--	--

【問6-1】問6で「建物に併設、または同一敷地内に事業所がある」と回答した事業所について、その事業所と貴事業所との関係性についてお伺いします。サービスごとにそれぞれ一つずつ関係性を選択してください。(項目ごとの単一回答)

※問6で「併設している」「同一敷地内にある」を選択した場合のみ以下の設問提示

	併設する事業所と 貴事業所との関係性	
	同一グループの 法人	貴事業所グループと 関係の無い法人
(介護保険事業)		
訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導 (医師)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導 (歯科医師)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導 (薬剤師)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導 (看護職員)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導 (歯科衛生士)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導 (管理栄養士)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
複合型サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住宅改修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(介護保険以外の事業)		
有料老人ホーム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス付き高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
養護老人ホーム、軽費老人ホーム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【問7】貴事業所に在籍している介護支援専門員の、保有基礎資格別の人数についてお伺いします。以下の項目別に、実数を記入ください。平成26年6月末時点の数値を記入願います。なお、複数の資格を有する方がいる場合は、各資格で重複して算定下さい。(数値記述式)

(例：介護福祉士と社会福祉士を持つ職員が1人いる場合は、「介護福祉士1名、社会福祉士1名」とご回答下さい)

医師	_____名	歯科医師	_____名
薬剤師	_____名	保健師	_____名
看護師	_____名	准看護師	_____名
助産師	_____名	理学療法士	_____名
作業療法士	_____名	視能訓練士	_____名
言語聴覚士	_____名	介護福祉士	_____名
社会福祉士	_____名	精神保健福祉士	_____名
義肢装具士	_____名	歯科衛生士	_____名
あん摩マッサージ指圧師	_____名		
はり師	_____名	きゅう師	_____名
柔道整復師	_____名		
栄養士(管理栄養士を含む)	_____名		
訪問介護員2級	_____名	訪問介護員1級	_____名
介護職員基礎研修修了	_____名		
主任介護支援専門員	_____名		

【問 8】 貴事業所が算定している加算・減算項目についてお伺いします。平成 26 年 6 月の 1 ヶ月間の請求分について該当するものをすべて選択してください。(複数回答)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 運営基準減算 | <input type="checkbox"/> 特別地域居宅介護支援加算 |
| <input type="checkbox"/> 特定事業所集中減算 | <input type="checkbox"/> 初回加算 |
| <input type="checkbox"/> 特定事業所加算 (I) | <input type="checkbox"/> 特定事業所加算 (II) |
| <input type="checkbox"/> 入院時情報連携加算 (I) | <input type="checkbox"/> 入院時情報連携加算 (II) |
| <input type="checkbox"/> 退院・退所加算 | <input type="checkbox"/> 認知症加算 |
| <input type="checkbox"/> 独居高齢者加算 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護事業所連携加算 |
| <input type="checkbox"/> 複合型サービス事業所連携加算 | |
| <input type="checkbox"/> 緊急時等居宅カンファレンス加算 | |

【問 8-1】 ※問 8 で「特定事業所集中減算」をチェックした場合のみ表示
平成 26 年 6 月の貴事業所の特定事業所集中減算の有無についてお伺いします。各サービスについて当てはまるものを選択してください。(各項目単一回答)

- | | | |
|----------|-------------------------------|-------------------------------|
| (訪問介護) | <input type="checkbox"/> 減算あり | <input type="checkbox"/> 減算なし |
| (通所介護) | <input type="checkbox"/> 減算あり | <input type="checkbox"/> 減算なし |
| (福祉用具貸与) | <input type="checkbox"/> 減算あり | <input type="checkbox"/> 減算なし |

【問 9】 平成 26 年 6 月一ヶ月間に、貴事業所が作成した居宅サービス計画における各サービスを位置づけた計画数と、紹介率最高法人の計画数についてご記入ください。
※本設問は現行の特定事業所集中減算とは別に、居宅サービス計画に位置づけられたサービスの紹介先の集中状況の実態を把握するものです。したがって、特定事業所集中減算の算定条件とは対象サービス・期間が異なる点にご留意ください

①訪問介護

訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数	_____	件
紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数	_____	件

②通所介護

通所介護を位置付けた居宅サービス計画数 _____ 件
紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数 _____ 件

③福祉用具貸与

福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数 _____ 件
紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数 _____ 件

④通所リハビリテーション

通所リハビリテーションを位置付けた居宅サービス計画数 _____ 件
紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数 _____ 件

【問 9-1】 問 9 で紹介率最高法人のサービス提供事業所と貴事業所の併設・隣接関係についてお伺いします。各サービスについて当てはまるものを選択してください。(各項目単一回答。問 8-1 で減算ありと回答した項目のみ提示)

訪問介護	<input type="checkbox"/> 併設・隣接している	<input type="checkbox"/> 併設・隣接していない
通所介護	<input type="checkbox"/> 併設・隣接している	<input type="checkbox"/> 併設・隣接していない
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 併設・隣接している	<input type="checkbox"/> 併設・隣接していない
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 併設・隣接している	<input type="checkbox"/> 併設・隣接していない

【問 9-2】 問 9 で紹介率最高法人のサービス提供事業所の属性についてお伺いします。各サービスについて当てはまるものを選択してください。(各項目単一回答。問 10-1 で減算ありと回答した項目のみ提示)

訪問介護	<input type="checkbox"/> 貴事業所と同一グループの事業所	<input type="checkbox"/> 別グループの事業所
通所介護	<input type="checkbox"/> 貴事業所と同一グループの事業所	<input type="checkbox"/> 別グループの事業所
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 貴事業所と同一グループの事業所	<input type="checkbox"/> 別グループの事業所
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 貴事業所と同一グループの事業所	<input type="checkbox"/> 別グループの事業所

【問 10】 平成 26 年 6 月の貴事業所の利用者の人数について、要介護度別に記入ください。(数値記述)

要支援 1 _____ 名 要支援 2 _____ 名

要介護1	_____名	要介護2	_____名
要介護3	_____名	要介護4	_____名
要介護5	_____名	その他・不明	_____名
		合計	_____名

【問 10-1】貴事業所の利用者の方のお住まいまでの移動時間についてお伺いします。最適な移動手段を用いることを前提に、事業所から利用者のお住まいでの所要時間について最も多いものについて選択してください。(単一回答)

- 概ね 5 分以内
- 概ね 5 分～10 分程度
- 概ね 10 分～20 分程度
- 概ね 20 分～30 分程度
- 概ね 30 分～1 時間程度
- 概ね 1 時間以上

【問 10-2】利用者宅を訪問した際の滞在時間についてお伺いします。貴事業所全体で平均的な滞在時間数をご記入ください。(数値記述)

利用者一人あたり平均 (_____) 分程度

【問 10-3】貴事業所の介護支援専門員の利用者宅の訪問頻度についてお伺いします。直近 1 週間の介護支援専門員全体の平均的な訪問件数をご記入ください。(数値記述)

介護支援専門員一人あたり一週間平均 (_____) 件程度
そのうち、モニタリングのための訪問 (_____) 件程度

【問 10-4】貴事業所の介護支援専門員において、平均的な一日の以下各業務時間についてご記入ください

※常勤職員の平均的な時間を記載してください。おおよその数字で結構です。

例：労働時間 1 日 8 時間のうち約 2 時間が移動時間 ⇒ 「120 分」と記載

(移動時間)

約 _____ 分 (1 人・1 日当たり)

(利用者宅の滞在時間)

約 _____ 分 (1 人・1 日当たり)

(その他、事務処理等の作業時間)

約 _____ 分 (1人・1日当たり)

◆事業所の取組みについて

【問 11】 貴事業所が、普段、ケアプランの原案作成の段階から相談できる関係にある外部の事業所等についてお伺いします。以下の中から当てはまるものをすべて選択してください。(複数回答)

- 地域包括支援センター
- 訪問診療・往診が可能な医師
- 訪問診療・往診が可能な歯科医師
- 上記以外の医師
- 上記以外の歯科医師
- 病院・診療所の看護師、准看護師
- 訪問看護ステーション
- 上記以外の看護師、准看護師
- 薬剤師
- 理学療法士
- 作業療法士
- 言語聴覚士
- 精神保健福祉士、MSW
- 福祉用具専門相談員
- 行政の介護保険担当課
- 法人内のケアプランのアドバイザー

【問 12】 貴事業所ではケアプランの原案を提示する前に、事業所内で原案の内容についてどのように確認を行っていますか。もっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 管理者、上席者あるいは定められた担当者が必ず確認している
- 担当者以外の介護支援専門員が確認している
- 概ね担当者だけで決めていることが多い

【問 13】 貴事業所ではケアプランの変更が必要になった場合、見直し後のケアプランの原

案についてどのように確認を行っていますか。もっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 管理者、上席者あるいは定められた担当者が必ず確認している
- 担当者以外の介護支援専門員が確認している
- 概ね担当者だけで決めていることが多い

【問 14】 貴事業所ではケアプランに位置付けるサービス提供事業所（同一法人・グループ等を問わず）のうち、初めて位置づける事業所について、独自にそのケアの質の確認、検証作業を実施していますか（例：事業所への情報収集や実際のケアの現場のチェック等）。もっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 取り決めとして必ずサービス提供事業所の調査を行っている
- サービス提供事業者の調査は時々行っている
- サービス提供事業者の調査は特に行っていない

【問 15】 貴事業所ではサービス提供事業所の選定について、法人・グループから一定の考え方、指針、枠組みが示されていますか。もっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 明確に示されている（個別の事業所まで指定あるいは例示がある具体レベル）
- 明確に示されている（利用者の意向を尊重など、方針の提示レベル）
- ある程度は示されている
- 外部利用も含めて特に示されていない

【問 16】 貴事業所では利用者の方に対して、自法人・グループの法人以外を含めたサービス事業者リスト等を提示して説明するなど、利用者自身がサービス提供事業所の選択・決定をしやすいような取り組みを行っていますか。もっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- すべての利用者に対して実施している
- 多くの利用者（おおむね半数以上）に対して実施している
- 多くはないが（おおむね半数未満）実施している
- 特に実施していない

【問 17】 貴事業所ではケアプランにおいて計画したサービス内容（頻度、時間等）と実

際のケアの内容に合理的でない差異がないか、利用者に確認するようにしていますか。もっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- すべての利用者に対して実施している
- 多くの利用者(おおむね半数以上)に対して実施している
- 多くはないが(おおむね半数未満)実施している
- 特に実施していない

【問 18】 貴事業所では、新規に介護保険を利用したり、居住場所が変更になったりした利用者(生活環境が大きく変化した利用者)に対して、当初のケアプランの評価・見直しをどの程度の頻度で行うこととしていますか。もっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 状態が変化する都度以外に、概ね1カ月程度定期的に見直している
- 状態が変化する都度以外に、概ね3カ月程度定期的に見直している
- 状態が変化する都度以外に、概ね6カ月程度定期的に見直している
- 評価・見直しの頻度について特段の定めはしていない

【問 19】 貴事業所では利用者の方に対して、ケアプランに位置づけられているサービスについての満足度調査等の評価に関する聞き取り等を行っていますか。もっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 1~3ヶ月に1回程度実施
- 6ヶ月に1回程度実施
- 1年に1回程度実施
- 定期的な実施ではなく随時実施
- 実施していない

【問 20】 貴事業所における担当の介護支援専門員の配置方法について当てはまるものを一つ選択してください。(単一回答)

- 利用者一人に対して一人の介護支援専門員のみが対応している
- 利用者一人に対して複数の介護支援専門員の担当により対応している
- 上記のいずれも当てはまらない

(具体的にご記入ください：)

【問 21】地域の保険者あるいは地域包括支援センターは、個別のケースを検討するための地域ケア会議を開催していますか。以下の中からもっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 1 ヶ月に 1 回以上開催されている
- 2, 3 ヶ月に 1 回程度開催されている
- 半年に 1 回以下の頻度で開催している
- 開催されていない

(以下は上記設問で地域ケア会議が開催されていると選択した場合のみ提示)

【問 21-1】地域の保険者あるいは地域包括支援センターが開催する地域ケア会議への職員の方の参加状況についてお伺いします。以下の中からもっとも近いものを選択してください。(単一回答)

- 関係するものには必ず参加している
- 関係するものにはだいたい参加している
- 関係するものにはたまに参加している
- 過去に数度参加しただけでほとんど参加していない
- 参加していない

【問 22】事業所のある地域では、地域の事業所連絡会議等、事業者間で情報交換・共有等を実施する会議は開催されていますか。もっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 1 ヶ月に 1 回以上開催されている
- 2, 3 ヶ月に 1 回程度開催されている
- 半年に 1 回以下の頻度で開催している
- 開催されていない

(以下は上記設問で事業所連絡会議等が開催されていると選択した場合のみ提示)

【問 22-1】開催頻度の最も多い地域の事業所連絡会議等への職員の方の参加状況についてお伺いします。以下の中からもっとも近いものを選択してください。(単一回答)

- 関係するものには必ず参加している
- 関係するものにはだいたい参加している
- 関係するものにはたまに参加している

- 過去に数度参加しただけでほとんど参加していない
- 参加していない

【問 23】 貴事業所では介護支援専門員の資質向上のために、事業所内の勉強会等の開催を行っていますか。過去1年間でもっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 月に1回以上
- 2～3ヶ月に1回程度
- 6ヶ月に1回程度
- 1年に1回程度
- 実施していない

【問 24】 貴事業所では介護支援専門員の資質向上のために、介護支援専門員が法定外研修へ参加していますか。この1年間に関してもっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 在籍する全員が何らかの法定外研修に参加している
- 半数以上が何らかの法定外研修に参加している
- 半数未満が何らかの法定外研修に参加している
- 外部の法定外研修には全く参加していない

以上

平成26年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)

集合住宅の入居者を対象としたケアマネジメントの実態に関する調査研究事業

居宅介護支援事業所実態調査(利用者票)(7/11時点)

※本調査はWebでの回答収集を予定しているため、調査票形式の設計(レイアウト・フォント等)は別途実施

※本調査は介護支援専門員の方に回答いただく(事業所規模に応じて人数設定)

以下の内容は、貴事業所が平成26年6月に担当した利用者のうち、提示する条件に沿った利用者の方について被保険者番号の下2桁の小さい順に、別途指定の人数分を選定し、ご回答ください。

◆利用者の基本属性について

【問1】利用者の方の居住場所・種類(住民票上の住所ではなく実際に現に住まわれている場所)を一つ選択してください。(単一回答)

- 有料老人ホーム(介護付)
- 有料老人ホーム(住宅型・健康型)
- 養護老人ホーム、軽費老人ホーム
- サービス付高齢者向け住宅
- 有料老人ホームあるいはサービス付き高齢者向け住宅として届け出等を行っていないが実態として高齢者用住宅となっている居住施設
- 高齢者の方が多く住む公的賃貸住宅(公営住宅、UR賃貸、住宅供給公社等)賃貸、住宅供給公社等)
- 上記以外の住宅(戸建住宅、一般のマンション・アパート等)

【問1-1】利用者の方が入居している住宅の貴事業所との関係についてお伺いします。以下から当てはまるものを選択してください。(単一回答)

- 貴事業所と同一グループの法人が運営している
- 貴事業所とは別の法人が運営している

【問1-2】利用者の方が入居している住宅の貴事業所との位置関係についてお伺いします。以下から当てはまるものを選択してください。(単一回答)

- 貴事業所と併設・隣接している
- 貴事業所とは併設・隣接していない
→併設・隣接していない場合、最適な移動手段を用いた場合の事業所からの所

要時間についてご回答ください。

() 分程度

(サービス付き高齢者向け住宅あるいは有料老人ホームに入居している場合のみ提示)

【問 1-3】利用者が居住している住居・施設の名称をご記入ください。(記述式)

()

(サービス付き高齢者向け住宅あるいは有料老人ホームに入居している場合のみ提示)

【問 1-4】サービス付き高齢者向け住宅あるいは有料老人ホームの開設年月(入居開始時期)についてご回答ください。(選択・記述式)

開設年月：西暦 年 月頃

開設年月不明

【問 1-5】(サービス付き高齢者向け住宅あるいは有料老人ホームに居住している場合)

利用者の方が現在の住居に入居した時期は分かりますか。把握している場合はその時期についてもご記入下さい。(選択・記述式)

入居時期を把握している：西暦 年頃

入居時期不明

【問 2】対象の利用者の方の年齢についてご記入ください。(数値記述式)

歳

【問 3】対象の利用者の方の性別について選択してください。(単一回答)

男性

女性

【問 4】利用者の方の所得階層についてお伺いします。当てはまるものを一つ選択してください。(単一回答)(記載要領に注記・例示)

第1階層

第2階層

第2階層以上基準額相当未満

基準額相当

基準額相当以上

不明

【問 5】利用者の方と生計を同一にするご家族等はいらっしゃいますか。

当てはまるものを選択してください。(複数回答)

配偶者

子

孫

親

兄弟・姉妹

その他親族

上記以外

いない

不明

【問6】利用者の主介護者の居住状況について最も近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 主介護者なし | <input type="checkbox"/> 主介護者が同居 |
| <input type="checkbox"/> 主介護者が同一市町村内に居住 | <input type="checkbox"/> 主介護者が同一都道府県に居住 |
| <input type="checkbox"/> 主介護者が不明 | |

【問7】利用者の方のお住まいの場所の環境整備状況についてお伺いします。各項目についてもっとも近いものをそれぞれ一つずつ選択してください。(各項目単一回答)

- | | | | |
|-------|---|------------------------------|-----------------------------|
| 屋内移動： | <input type="checkbox"/> 良好 (バリアフリー対応等) | <input type="checkbox"/> ふつう | <input type="checkbox"/> 不良 |
| 入浴関連： | <input type="checkbox"/> 良好 (バリアフリー対応等) | <input type="checkbox"/> ふつう | <input type="checkbox"/> 不良 |
| 外出関連： | <input type="checkbox"/> 良好 (バリアフリー対応等) | <input type="checkbox"/> ふつう | <input type="checkbox"/> 不良 |

【問8】利用者の方の併用サービスがある場合、当てはまるものそれぞれ一つずつ選択してください。(項目別単一回答)

- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| (障害者総合支援法サービスの併用) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (自費での上乗せサービスの利用) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

【問9】利用者の貴事業者へのインテークの経緯として当てはまるものを一つ選択してください。(単一回答)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 利用者ご本人から (直接) | <input type="checkbox"/> 利用者の家族から (直接) |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターから | |
| <input type="checkbox"/> (上記以外で) 貴事業所が属する法人・同一グループの他事業所 (併設・隣接) から (事業所種別：_____) | |
| <input type="checkbox"/> (上記以外で) 貴事業所が属する法人・同一グループの他事業所 (併設・隣接以外) から (事業所種別：_____) | |
| <input type="checkbox"/> (上記以外の)介護保険施設から | |
| <input type="checkbox"/> (上記以外の)介護保険施設を除く他の介護事業者から | |
| <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 不明 |

◆利用者の状態像について

【問10】対象の利用者の方の要介護度についてお伺いします。当てはまるものを一つ選択してください。(単一回答)

- 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 その他

【問 11】対象の利用者の方の認知症高齢者の日常生活自立度について当てはまるものを一つ選択してください。(単一回答)

- 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 不明

【問 12】対象の利用者の方の障害高齢者の日常生活自立度について当てはまるものを一つ選択してください。(単一回答)

- 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2
C1 C2 不明

【問 13】対象の利用者の方の主たる原因疾患・傷病について当てはまるものをすべて選択してください。(複数回答)

- 高血圧 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 心臓病
糖尿病 高脂血症(脂質異常) 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)
胃腸・肝臓・胆のうの病気 腎臓・前立腺の病気
筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) 外傷(転倒・骨折等)
がん(新生物) 血液・免疫の病気 うつ病
認知症(アルツハイマー病等) パーキンソン病 目の病気
耳の病気 その他(_____) ない

【問 14】対象の利用者の方の ADL の状態についてお伺いします。各項目について当てはまるものをそれぞれ一つずつ選択してください。(項目ごとの単一回答)

- ① 室内移動： 自立 見守り 一部介助 全介助
② 屋外移動： 自立 見守り 一部介助 全介助
③ 食事： 自立 見守り 一部介助 全介助
④ 入浴： 自立 見守り 一部介助 全介助
⑤ 着替え： 自立 見守り 一部介助 全介助
⑥ 排泄： 自立 見守り 一部介助 全介助

【問 15】対象の利用者の方の IADL について項目ごとに最も当てはまるものを一つずつ選択してください。(項目ごとの単一回答)

- ① バスや電車、自家用車での一人での外出 している していない
② 日用品の買い物 している していない
③ 食事の用意 している していない

- | | | |
|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| ④ 薬の服用 | <input type="checkbox"/> している | <input type="checkbox"/> していない |
| ⑤ 請求書の支払い | <input type="checkbox"/> している | <input type="checkbox"/> していない |
| ⑥ 預貯金のお出し入れ | <input type="checkbox"/> している | <input type="checkbox"/> していない |
| ⑦ 年金などの書類の記入 | <input type="checkbox"/> している | <input type="checkbox"/> していない |

※他の調査との整合性をとるために修正

【問 16】対象の利用者の方に必要な医療対応の有無についてお伺いします。以下の中からケアプラン作成時に必要とされたケアについて当てはまるものをすべて選択してください。(複数回答)

- 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門、人工膀胱)の処置
酸素療法 レスピレーター(人工呼吸器) 気管切開の処置
疼痛の看護 経管栄養 モニター測定(血圧、心拍 SPO2) 褥瘡の処置
カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) がんの外来化学療法
インスリン注射 喀痰吸引 排便コントロール(摘便等)

◆ケアプラン作成に当たっての取り組み、重視点について

【問 17】現在のケアプランの内容の決定にあたって、最終的な意思決定はどなたの影響が最も大きかったですか。もっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 本人の意向・希望 家族の意向・希望
ケアマネジャーとしての判断 多職種からの意見
自法人・グループの方針 インテーク元からの意向
その他(具体的に: _____)

【問 18】対象の利用者の方に対するサービス提供事業所の選定にあたって、どのような点を重視しましたか。以下の各項目についてもっとも近いものをそれぞれ一つずつ選択してください。(項目別単一回答)

(事業所のサービスの質)

- 重視した どちらかと言えば重視した どちらともいえない
あまり重視しなかった 重視しなかった

(事業所の評判)

- 重視した どちらかと言えば重視した どちらともいえない
あまり重視しなかった 重視しなかった

(事業所のサービスが希望の曜日・時間帯に利用できること)

- 重視した どちらかと言えば重視した どちらともいえない

- あまり重視しなかった 重視しなかった
(夜間・土日サービスが利用できること)
- 重視した どちらかと言えば重視した どちらともいえない
あまり重視しなかった 重視しなかった
(事業所との連携・情報共有のしやすさ)
- 重視した どちらかと言えば重視した どちらともいえない
あまり重視しなかった 重視しなかった
(利用者の希望)
- 重視した どちらかと言えば重視した どちらともいえない
あまり重視しなかった 重視しなかった
(家族の希望)
- 重視した どちらかと言えば重視した どちらともいえない
あまり重視しなかった 重視しなかった
(所属事業所、グループの方針・指示)
- 重視した どちらかと言えば重視した どちらともいえない
あまり重視しなかった 重視しなかった
(その他特に重視した点：自由記述)
- (_____)

【問 19】対象の利用者の方のケアマネジメントプロセスについてお伺いします。以下の各項目についてもっとも近いものをそれぞれ一つずつ選択してください。(項目別単一回答)

(重要事項等の利用者説明)

- 管理者が実施 管理者と担当のケアマネジャーで実施
担当者のみで実施 その他(具体的に：_____)

(主治医意見書作成医師意見の確認)

- 管理者が確認 担当以外のケアマネジャーが確認 担当者自身が確認

(現在のケアプランの原案を作成する前の多職種からの意見聴取機会)

- 現在のケアプランの原案作成時には多職種からの意見聴取をしていない
原案作成時に会議等を開催して対面での検討を行った
原案作成時に会議等を開催していないが書面での意見聴取を行った

(意見聴取した多職種) ※会議等あるいは書面での意見聴取を行った場合

- 医師 歯科医師
看護師、准看護師 保健師
薬剤師 理学療法士
作業療法士 言語聴覚士

- 介護福祉士 社会福祉士
精神保健福祉士、MSW
地域包括支援センターの主任介護支援専門員
その他（具体的に：_____）

(現在のケアプランの原案の内容・妥当性確認)

- 管理者が確認 担当以外のケアマネジャーが確認 担当者自身が確認

(直近の担当者会議への医師の出席状況)

- 医師の出席あり 医師の出席なし

(直近の担当者会議への利用者の家族の出席状況)

- 家族の出席あり 家族の出席なし

※家族については法定代理人を含みます

(利用者のモニタリング頻度)

- 月に2~3回実施 月に1回実施 平均して2~3ヶ月に1回実施
半年前に実施 半年以上実施していない

(包括報酬型サービスの実施状況確認)

- 事業者を実施状況を確認している 利用者・家族に確認している
住宅運営事業者に状況を確認している 特に確認はしていない
該当なし

◆提供されているサービスについて

【問 20】対象の利用者の平成 26 年 6 月分の区分支給限度額単位をご記入ください。(数値記述)

_____単位

【問 21】対象の利用者の方の介護保険利用総額月額単位についてご回答ください。平成 26 年 6 月分についてご記入ください。(数値記述)

_____単位

【問 22】利用者の方のサービス利用実績についてお伺いします。平成 26 年 6 月に利用のあったサービスについてすべて選択してください。(複数回答)

<介護保険サービス>

- 訪問介護 訪問入浴介護
訪問看護 訪問リハビリテーション
居宅療養管理指導（医師） 居宅療養管理指導（歯科医師）

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（薬剤師） | <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（看護職員） |
| <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（歯科衛生士） | <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（管理栄養士） |
| <input type="checkbox"/> 通所介護 | <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション |
| <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 |
| <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 | <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 |
| <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 | |
| <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 |
| <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 |
| <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | |
| <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 | |
| <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 | |
| <input type="checkbox"/> 複合型サービス | |
| <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 |
| <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 | <input type="checkbox"/> 住宅改修 |
- <医療保険サービス>
- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 訪問診療 | <input type="checkbox"/> (医療) 訪問看護 | <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導 |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|

【問 23】 提供されているサービス内容及びその事業所が分かる資料として、ケアプラン（居宅サービス計画書第1表～第3表）及びサービス利用票（同第6～7表）の写し（※個人情報を塗り潰したもの）を同封してご返送ください。

【問 24】 (訪問系サービスを利用している場合) 各サービスの回数、一回当たりの時間数、内容、提供事業所の属性をご回答ください。(項目別選択・記述式)
※いずれも計画段階の内容をご回答ください。週に複数回の複数種別の訪問がある場合は最も頻度の大きい訪問内容についてご記入ください。

①訪問介護[身体]

(回数)

- 一週間につき (_____ 回) 一か月につき (_____ 回) その他・不定期

(一回当たりの時間数)

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 20分未満 | <input type="checkbox"/> 20分以上 30分未満 |
| <input type="checkbox"/> 30分以上 1時間未満 | <input type="checkbox"/> 1時間以上 |

(内容)

- | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 排泄介助 | <input type="checkbox"/> 食事介助 | <input type="checkbox"/> 入浴介助 | <input type="checkbox"/> 移動・外出介助 | <input type="checkbox"/> 見守り |
| <input type="checkbox"/> 不明・把握していない | | | | |

(提供事業所属性)

1) 隣接状況

- 貴事業所と併設・隣接する事業所
 貴事業所と併設・隣接していない事業所

2) 同一グループ

- 貴事業所と同一グループの事業所
 集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
 貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
 上記のいずれも該当しない事業所

②訪問介護[生活]

(回数)

- 一週間につき (_____ 回) 一か月につき (_____ 回) その他・不定期

(一回当たりの時間数)

- 20分未満 20分以上 45分未満 45分以上

(内容)

- 掃除 洗濯 調理・配膳・買い物等
 不明・把握していない

(提供事業所属性)

1) 隣接状況

- 貴事業所と併設・隣接する事業所
 貴事業所と併設・隣接していない事業所

2) 同一グループ

- 貴事業所と同一グループの事業所
 集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
 貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
 上記のいずれも該当しない事業所

③訪問看護

(回数)

< (介護) 訪問看護 >

- 一週間につき (_____ 回) 一か月につき (_____ 回) その他・不定期

< (医療) 訪問看護 >

- 一週間につき (_____ 回) 一か月につき (_____ 回) その他・不定期

(一回当たりの時間数)

< (介護) 訪問看護 >

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 20分未満 | <input type="checkbox"/> 30分未満 |
| <input type="checkbox"/> 30分以上1時間未満 | <input type="checkbox"/> 1時間以上1時間30分未満 |
| <(医療)訪問看護> | |
| <input type="checkbox"/> 20分未満 | <input type="checkbox"/> 30分未満 |
| <input type="checkbox"/> 30分以上1時間未満 | <input type="checkbox"/> 1時間以上1時間30分未満 |

(内容)

- <(介護)訪問看護>
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 療養上のお世話 (____回) | <input type="checkbox"/> 医師の指示による医療処置 (____回) |
| <input type="checkbox"/> 病状の観察 (____回) | <input type="checkbox"/> 医療機器の管理 (____回) |
| <input type="checkbox"/> ターミナルケア (____回) | <input type="checkbox"/> 床ずれ予防・処置 (____回) |
| <input type="checkbox"/> 在宅でのリハビリテーション (____回) | <input type="checkbox"/> 認知症ケア (____回) |
| <input type="checkbox"/> 家族等への介護支援・相談 (____回) | <input type="checkbox"/> 介護予防 (____回) |
- 不明・把握していない
- <(医療)訪問看護>
- 訪問看護指示書に基づかない看護師によるアセスメント、モニタリング (____回)
- リハビリテーション(嚥下訓練、呼吸リハ、肺理学療法を含む) (____回)
- 褥瘡の処置、定期的な創傷の処置および予防的対応 (____回)
- 浣腸・摘便 (____回)
- 中心静脈栄養の管理及びその他点滴(輸液) (____回)
- 人工呼吸器の管理、気管カニューレの交換・管理 (____回)
- 胃ろう等からの経管栄養の実施・管理 (____回)
- インスリン等の定時注射の実施 (____回)
- たんの吸引 (____回)
- その他の医療処置に係る看護 (____回)
- その他の医療処置を除く看護 (____回)
- 不明・把握していない

(提供事業所属性)

- <(介護)訪問看護>
- 1) 隣接状況
- 貴事業所と併設・隣接する事業所
- 貴事業所と併設・隣接していない事業所
- 2) 同一グループ
- 貴事業所と同一グループの事業所
- 集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
- 貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
- 上記のいずれも該当しない事業所

< (医療) 訪問看護 >

1) 隣接状況

- 貴事業所と併設・隣接する事業所
 貴事業所と併設・隣接していない事業所

2) 同一グループ

- 貴事業所と同一グループの事業所
 集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
 貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
 上記のいずれも該当しない事業所

④訪問リハ

(回数)

- 一週間につき (_____ 回) 一か月につき (_____ 回) その他

(一回当たりの時間数)

- 1時間以上 2時間未満 2時間以上 3時間未満 3時間以上 4時間未満
 4時間以上 6時間未満 6時間以上 8時間未満

(内容)

- 心身機能の維持・改善 社会参加 介護負担の軽減
 関節可動域訓練 筋力増強訓練 リハビリ手技
 言語・聴覚療法 補装具・福祉用具の調整
 住宅改修等に係る環境整備 不明・把握していない

(提供事業所属性)

1) 隣接状況

- 貴事業所と併設・隣接する事業所
 貴事業所と併設・隣接していない事業所

2) 同一グループ

- 貴事業所と同一グループの事業所
 集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
 貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
 上記のいずれも該当しない事業所

⑤居宅療養管理指導

(回数)

- 一週間につき (_____ 回) 一か月につき (_____ 回) その他

(訪問者の職種)

- 医師 歯科医師 看護職員

病院又は診療所の薬剤師 薬局の薬剤師 歯科衛生士

管理栄養士

不明・把握していない

(同一建物居住者に係る減算の有無)

減算あり

減算なし

(内容)

医学的管理

残薬管理

服薬管理

療養環境の調整

介護者向けの情報提供

その他

不明・把握していない

(提供事業所属性)

1) 隣接状況

貴事業所と併設・隣接する事業所

貴事業所と併設・隣接していない事業所

2) 同一グループ

貴事業所と同一グループの事業所

集合住宅運営事業所と同一グループの事業所

貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所

上記のいずれも該当しない事業所

⑥通所介護

(回数)

一週間につき (_____ 回)

一か月につき (_____ 回)

その他

(一回当たりの時間数)

3時間未満 3時間以上5時間未満 5時間以上7時間未満

7時間以上9時間未満 9時間以上

(内容)

機能向上

入浴

食事

健康チェック

社会参加

介護負担軽減

運動機能向上

栄養改善

口腔機能向上

不明・把握していない

(提供事業所属性)

1) 隣接状況

貴事業所と併設・隣接する事業所

貴事業所と併設・隣接していない事業所

2) 同一グループ

貴事業所と同一グループの事業所

集合住宅運営事業所と同一グループの事業所

貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所

上記のいずれも該当しない事業所

⑦通所リハビリテーション

(回数)

一週間につき(____回) 一か月につき(____回) その他

(一回当たりの時間数)

1時間以上2時間未満 2時間以上3時間未満 3時間以上4時間未満
4時間以上6時間未満 6時間以上8時間未満

(内容)

医学的管理 心身機能の維持・改善 社会参加
介護負担の軽減
関節可動域訓練 筋力増強訓練 リハビリ手技
言語・聴覚療法 物理療法(温熱・低周波等)
補装具・福祉用具の調整 口腔ケア
不明・把握していない

(提供事業所属性)

1) 隣接状況

貴事業所と併設・隣接する事業所
貴事業所と併設・隣接していない事業所

2) 同一グループ

貴事業所と同一グループの事業所
集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
上記のいずれも該当しない事業所

⑧福祉用具貸与

(品目数) ※平成25年度における1年間の実数

計____品目

(用具内容)

車いす(____品目)
車いす付属品(____品目)
特殊寝台(____品目)
特殊寝台付属品(____品目)
床ずれ防止用具(____品目)
体位変換器(____品目)
手すり(____品目)

- スロープ (_____ 品目)
- 歩行器 (_____ 品目)
- 歩行補助つえ (_____ 品目)
- 認知性老人徘徊感知機器 (_____ 品目)
- 移動用リフト (釣り具の部分を除く) (_____ 品目)
- 自動排泄処理装置 (_____ 品目)
- その他 (_____ 品目)
- 不明・把握していない

(提供事業所属性)

1) 隣接状況

- 貴事業所と併設・隣接する事業所
- 貴事業所と併設・隣接していない事業所

2) 同一グループ

- 貴事業所と同一グループの事業所
- 集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
- 貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
- 上記のいずれも該当しない事業所

⑨福祉用具販売

(品目数) ※平成 25 年度における 1 年間の実数

計 _____ 品目

(用具内容)

- 腰掛便座 (_____ 品目)
- 自動排泄処理装置の交換可能部分 (_____ 品目)
- 入浴補助用具 (_____ 品目)
- 簡易浴槽 (_____ 品目)
- 移動用リフトのつり具の部分 (_____ 品目)
- その他 (_____ 品目)
- 不明・把握していない

(提供事業所属性)

1) 隣接状況

- 貴事業所と併設・隣接する事業所
- 貴事業所と併設・隣接していない事業所

2) 同一グループ

- 貴事業所と同一グループの事業所
- 集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
- 貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
- 上記のいずれも該当しない事業所

⑩定期巡回・随時対応型訪問介護看護

※計画段階における一週間分の内容を記入

(回数)

- 一日につき (_____ 回) 一週間につき (_____ 回) その他・不定期

(一回当たりの時間数)

- 20分未満 (_____ 回) 20分以上 30分未満 (_____ 回)
- 30分以上 1時間未満 (_____ 回)
- 1時間以上 (_____ 回)

(内容)

- 起床・就寝介助 (_____ 回) 洗面等・身体整容介助 (_____ 回)
- 食事介助 (_____ 回) 排泄介助 (_____ 回)
- 更衣介助 (_____ 回) 入浴介助 (_____ 回)
- 体位交換 (_____ 回) 移動・移乗介助 (_____ 回)
- 通院・外出介助 (_____ 回) その他の身体ケア (_____ 回)
- 調理 (_____ 回) 配膳 (_____ 回)
- 服薬確認 (_____ 回) 生活援助(掃除、洗濯、買い物) (_____ 回)
- その他の生活援助 (_____ 回) 見守り・安否確認のみ (_____ 回)
- 不安解消のみ (_____ 回) 転倒介助 (_____ 回)
- その他の生活援助 (_____ 回)
- 訪問看護指示書に基づかない看護師によるアセスメント、モニタリング (_____ 回)
- リハビリテーション(嚥下訓練、呼吸リハ、肺理学療法を含む) (_____ 回)
- 褥瘡の処置、定期的な創傷の処置および予防的対応 (_____ 回)
- 浣腸・摘便 (_____ 回)
- 中心静脈栄養の管理及びその他点滴(輸液) (_____ 回)
- 人工呼吸器の管理、気管カニューレの交換・管理 (_____ 回)
- 胃ろう等からの経管栄養の実施・管理 (_____ 回)
- インスリン等の定時注射の実施 (_____ 回)
- たんの吸引 (_____ 回)
- その他の医療処置に係る看護 (_____ 回)
- その他の医療処置を除く看護 (_____ 回)

(訪問者)

看護師 (1日当たり 名程度) 介護職 (1日当たり 名程度)

不明・把握していない

(提供事業所属性)

1) 隣接状況

貴事業所と併設・隣接する事業所

貴事業所と併設・隣接していない事業所

2) 同一グループ

貴事業所と同一グループの事業所

集合住宅運営事業所と同一グループの事業所

貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所

上記のいずれも該当しない事業所

⑪ 予防訪問介護

(回数)

一週間につき (_____ 回) 一か月につき (_____ 回) その他・不定期

(一回当たりの時間数)

20分未満 30分未満 30分以上1時間未満

1時間以上1時間30分未満

(内容)

身体関連の介護 掃除 洗濯 調理・配膳・買い物等

不明・把握していない

(提供事業所属性)

1) 隣接状況

貴事業所と併設・隣接する事業所

貴事業所と併設・隣接していない事業所

2) 同一グループ

貴事業所と同一グループの事業所

集合住宅運営事業所と同一グループの事業所

貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所

上記のいずれも該当しない事業所

【問 25】 インフォーマル支援・サービス※ (サービス付き高齢者住宅の基本サービスを除く) の利用実績についてお伺いします。平成 26 年 6 月に利用のあった場合、回数、一回当たりの時間数、内容、提供事業所の属性をご回答ください。(選択・記述)

※ここでは、「インフォーマル支援・サービス」とは、介護給付等対象サービス及び介護保険法以外の法に基づく保健医療福祉サービス以外のサービス（いわゆる自助及び互助に基づくサービス）を指すものとします。

(内容・回数)

見守り・安否確認

定期的な利用

→1週間につき（回） 1カ月につき（回） 具体的な頻度は不明

随時の利用

不明・頻度は把握していない

家事支援

定期的な利用

→1週間につき（回） 1カ月につき（回） 具体的な頻度は不明

随時の利用

不明・頻度は把握していない

配食サービス

定期的な利用

→1週間につき（回） 1カ月につき（回） 具体的な頻度は不明

随時の利用

不明・頻度は把握していない

サロン

定期的な利用

→1週間につき（回） 1カ月につき（回） 具体的な頻度は不明

随時の利用

不明・頻度は把握していない

移送サービス

定期的な利用

→1週間につき（回） 1カ月につき（回） 具体的な頻度は不明

随時の利用

不明・頻度は把握していない

その他

内容を把握していない・分からない

【問26】（サービス付き高齢者向け住宅に居住する方のみ）サービス付き高齢者向け住宅に付随する基本サービスの利用実績についてお伺いします。平成26年6月に利用のあった場合、その内容、提供事業所の属性をご回答ください。

(利用の有無)

利用実績あり 利用実績なし

(利用内容)

生活相談 食事の提供 家事支援

健康管理 その他の生活支援サービス 内容把握していない

※安否確認については、サービス付き高齢者向け住宅の登録要件であり、常時提供されているサービスのため割愛しています

(提供状況)

24時間対応 日中のみ対応

(費用)

基本サービス月額： _____, _____ 円

(提供事業所属性) s

1) 隣接状況

貴事業所と併設・隣接する事業所

貴事業所と併設・隣接していない事業所

2) 同一グループ

貴事業所と同一グループの事業所

集合住宅運営事業所と同一グループの事業所

貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所

上記のいずれも該当しない事業所

以上

平成26年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)

集合住宅の入居者を対象としたケアマネジメントの実態に関する調査研究事業

小規模多機能型居宅介護事業所実態調査(事業所票)(7/11時点)

※本調査はWebでの回答収集を予定しているため、調査票形式の設計(レイアウト・フォント等)は別途実施

※本調査は事業所の管理者の方に回答いただく

◆事業所概要について

【問1】貴事業所の事業所名、事業所番号をご記入ください。(記述式)

(事業所名: _____)

(事業所番号: _____)

【問1-1】貴事業所の開設年月をご記入ください。(数値記述)

開設年月: 西暦 _____ 年 _____ 月

【問2】貴事業所の地域区分について以下の中から当てはまるものを一つ選択してください。(単一回答)

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1級地 | <input type="checkbox"/> 2級地 | <input type="checkbox"/> 3級地 | <input type="checkbox"/> 4級地 |
| <input type="checkbox"/> 5級地 | <input type="checkbox"/> 6級地 | <input type="checkbox"/> その他 | |

【問3】貴事業所の法人形態についてお伺いします。以下の選択肢から当てはまるものを一つ選択してください。(単一回答)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 地方公共団体 | <input type="checkbox"/> 日本赤十字社・社会保険関係団体 |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 | <input type="checkbox"/> 医療法人 |
| <input type="checkbox"/> 社団・財団法人 | <input type="checkbox"/> 協同組合 |
| <input type="checkbox"/> 営利法人(会社) | <input type="checkbox"/> 特定非営利法人(NPO) |
| <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____) | |

【問4】平成26年6月の貴事業所の利用者数を、居住場所・形態別にご記入ください。
なお、住民票上の住居ではなく、現在、実際にお住まいの場所に基づいてご記入下さい。(数値記述)(スクリーニング票と紐付けて回答を表示する)

- ①有料老人ホーム(介護付) _____名
- ②有料老人ホーム(住宅型・健康型) _____名
- ③養護老人ホーム、軽費老人ホーム _____名
- ④サービス付高齢者向け住宅 _____名
- ⑤有料老人ホームあるいはサービス付き高齢者向け住宅として届け出等を行っていないが実態として高齢者用住宅となっている居住施設 _____名
- ⑥高齢者の方が多く住む公的賃貸住宅(公営住宅、UR賃貸、住宅供給公社等)賃貸、住宅供給公社等) _____名
- ⑦上記以外の住宅(戸建住宅、一般のマンション・アパート等) _____名
- ⑧居住形態不明 _____名

【問5】貴事業所の属する法人あるいは資本関係のある法人(グループ内の法人)で運営する他の事業について、以下の中で該当する事業がある場合はすべて選択してください。(複数回答)

(介護保険事業)

- 訪問介護 訪問入浴介護
- 訪問看護 訪問リハビリテーション
- 居宅療養管理指導(医師) 居宅療養管理指導(歯科医師)
- 居宅療養管理指導(薬剤師) 居宅療養管理指導(看護職員)
- 居宅療養管理指導(歯科衛生士) 居宅療養管理指導(管理栄養士)
- 通所介護 通所リハビリテーション
- 短期入所生活介護 短期入所療養介護
- 特定施設入居者生活介護 福祉用具貸与
- 特定福祉用具販売
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護
- 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護
- 複合型サービス

- 介護老人福祉施設 介護老人保健施設
介護療養型医療施設 住宅改修

(介護保険以外の事業)

- 有料老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅
養護老人ホーム、軽費老人ホーム

【問6】以下の各個別サービスについて、貴事業所から最も近い各個別サービスの事業所(他法人の事業所を含め)の立地関係・距離について、それぞれ一つずつください。(項目ごとの単一回答)

	併設・隣接・近接状況		
	併設している (同一建物に所在。同一 建物減算の定義に準ず る)	隣接している (併設ではないが、同一敷 地内にある建物や道路を 挟んで所在)	左記のいずれでもない
(介護保険事業)			
訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問リハビリテ ーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指 導 (医師)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指 導 (歯科医師)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指 導 (薬剤師)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指 導 (看護職員)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指 導 (歯科衛生士)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指 導 (管理栄養士)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
通所リハビリテ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ーション			
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
複合型サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住宅改修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(介護保険以外の事業)			
有料老人ホーム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス付き高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
養護老人ホーム、 軽費老人ホーム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【問6-1】問6で「併設」、または「隣接」と回答した事業所について、その事業所と貴事業所との関係性についてサービスごとにそれぞれ一つずつ選択してください。(項目ごとの単一回答)

※問7で「併設」「隣接」を選択した場合のみ以下の設問提示

	併設する事業所と 貴事業所との関係性	
	同一グループの 法人	貴事業所グループと 関係の無い法人
(介護保険事業)		
訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導 (医師)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導 (歯科医師)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導 (薬剤師)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導 (看護職員)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導 (歯科衛生士)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導 (管理栄養士)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
複合型サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住宅改修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(介護保険以外の事業)		
有料老人ホーム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス付き高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
養護老人ホーム、軽費老人ホーム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【問7】貴事業所に在籍している介護支援専門員の、保有資格別の人数についてお伺いします。以下の項目別に、実数を記入ください。平成26年6月末時点の数値を記入願います。なお、複数の資格を有する方がいる場合は、各資格で重複して算定下さい。(数値記述式)

(例：介護福祉士と社会福祉士を持つ職員が1人いる場合は、「介護福祉士1名、社会福祉士1名」とご回答下さい)

医師	_____名	歯科医師	_____名
薬剤師	_____名	保健師	_____名
看護師	_____名	准看護師	_____名
助産師	_____名	理学療法士	_____名
作業療法士	_____名	視能訓練士	_____名
言語聴覚士	_____名	介護福祉士	_____名
社会福祉士	_____名	精神保健福祉士	_____名
義肢装具士	_____名	歯科衛生士	_____名
あん摩マッサージ指圧師	_____名		
はり師	_____名	きゅう師	_____名
柔道整復師	_____名		
栄養士(管理栄養士を含む)	_____名		

訪問介護員2級 _____名 訪問介護員1級 _____名
介護職員基礎研修修了 _____名
主任介護支援専門員 _____名

【問8】貴事業所が算定している加算・減算項目についてお伺いします。平成26年6月一ヵ月間の請求分について該当するものをすべて選択してください。(複数回答)

- 運営基準減算 特別地域居宅介護支援加算
- 特定事業所集中減算 初回加算
- 特定事業所加算 (I) 特定事業所加算 (II)
- 入院時情報連携加算 (I) 入院時情報連携加算 (II)
- 退院・退所加算 認知症加算
- 独居高齢者加算 小規模多機能居宅介護事業所連携加算
- 複合型サービス事業所連携加算
- 緊急時等居宅カンファレンス加算

【問9】平成26年6月の貴事業所の利用者の人数について、要介護度別に記入ください。(数値記述。合計が不一致の場合アラーム)

要支援1	_____名	要支援2	_____名
要介護1	_____名	要介護2	_____名
要介護3	_____名	要介護4	_____名
要介護5	_____名	その他・不明	_____名
		合計	_____名

【問9-1】貴事業所の利用者の方のお住まいまでの移動時間についてお伺いします。最適な移動手段を用いることを前提に、事務所から利用者の方のお住まいで最も多いものについて選択してください。(単一回答)

- 概ね5分以内
- 概ね5分～10分程度
- 概ね10分～20分程度
- 概ね20分～30分程度
- 概ね30分～1時間程度
- 概ね1時間以上

【問9-2】利用者宅を訪問する際の滞在時間についてお伺いします。貴事業所全体で平均的な滞在時間数をご記入ください。(数値記述)

利用者一人あたり平均 () 分程度

【問 9-3】 貴事業所の介護支援専門員の利用者宅の訪問頻度についてお伺いします。直近1週間の介護支援専門員全体の平均的な訪問件数をご記入ください。(数値記述)

介護支援専門員一人あたり一週間平均 () 件程度
そのうち、モニタリングのための訪問 () 件程度

【問 9-4】 貴事業所の介護支援専門員において、平均的な一日の以下各業務時間についてご記入ください

※常勤職員の平均的な時間を記載してください。おおよその数字で結構です。

例：労働時間1日8時間のうち約2時間が移動時間 ⇒ 「120分」と記載

(移動時間)

約 分 (1人・1日当たり)

(利用者宅の滞在時間)

約 分 (1人・1日当たり)

(その他、事務処理等の作業時間等)

約 分 (1人・1日当たり)

◆事業所の取組みについて

【問 10】 貴事業所が、普段、居宅サービス計画の原案作成の段階から相談できる関係にある外部の事業所等についてお伺いします。以下の中から当てはまるものをすべて選択してください。(複数回答)

- 地域包括支援センター
- 訪問診療・往診が可能な医師
- 訪問診療・往診が可能な歯科医師
- 上記以外の医師
- 上記以外の歯科医師
- 病院・診療所の看護師、准看護師

- 訪問看護ステーション
- 上記以外の看護師、准看護師
- 薬剤師
- 理学療法士
- 作業療法士
- 言語聴覚士
- 精神保健福祉士、MSW
- 福祉用具専門相談員
- 行政の介護保険担当課
- 法人内のケアプランのアドバイザー

【問 11】 貴事業所では居宅サービス計画の原案を提示する前に、事業所内で原案の内容についてどのように確認を行っていますか。もっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 管理者、上席者あるいは定められた担当者が必ず確認している
- 担当者以外の介護支援専門員が確認している
- 概ね担当者だけで決めていることが多い

【問 12】 貴事業所では、新規に介護保険を利用したり、居住場所が変更になったりした利用者（生活環境が大きく変化した利用者）に対して、当初の計画の評価・見直しをどの程度の頻度で行うこととしていますか。もっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 状態が変化する都度以外に、概ね 1 カ月程度定期的に見直している
- 状態が変化する都度以外に、概ね 3 カ月程度定期的に見直している
- 状態が変化する都度以外に、概ね 6 カ月程度定期的に見直している
- 評価・見直しの頻度について特段の定めはしていない

【問 13】 貴事業所では利用者の方に対して、計画に位置付けられているサービスについての利用者への聞き取り等を行っていますか。もっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 1～3 ヶ月に 1 回程度実施
- 6 ヶ月に 1 回程度実施
- 1 年に 1 回程度実施

- 定期的な実施ではなく随時実施
- 実施していない

【問 14】 地域の保険者あるいは地域包括支援センターは、個別のケースの検討をするための地域ケア会議を開催していますか。もっとも近いものを一つ選択してください。
(単一回答)

- 1 ヶ月に 1 回以上開催されている
- 2, 3 ヶ月に 1 回程度開催されている
- 半年に 1 回以下の頻度で開催している
- 開催されていない

(以下は上記設問で地域ケア会議が開催されていると選択した場合のみ提示)

【問 14-1】 地域の保険者あるいは地域包括支援センターが開催する地域ケア会議への職員の方の参加状況についてお伺いします。以下の中からもっとも近いものを選択してください。(単一回答)

- 関係するものには必ず参加している
- 関係するものにはだいたい参加している
- 関係するものにはたまに参加している
- 過去に数度参加しただけでほとんど参加していない
- 参加していない

【問 15】 事業所のある地域では、地域の事業所連絡会議等、事業者間で情報交換・共有等を実施される会議は開催されていますか。もっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 1 ヶ月に 1 回以上開催されている
- 2, 3 ヶ月に 1 回程度開催されている
- 半年に 1 回以下の頻度で開催している
- 開催されていない

(以下は上記設問で事業所連絡会議等が開催されていると選択した場合のみ提示)

【問 15-1】 開催頻度の最も多い地域の事業所連絡会議等への職員の方の参加状況についてお伺いします。以下の中からもっとも近いものを選択してください。(単一回答)

- 関係するものには必ず参加している
- 関係するものにはだいたい参加している
- 関係するものにはたまに参加している
- 過去に数度参加しただけでほとんど参加していない
- 参加していない

【問 16】 貴事業所では介護支援専門員の資質向上のために、事業所内の勉強会等の開催を行っていますか。過去 1 年間でもっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 月に 1 回以上
- 2～3 ヶ月に 1 回程度
- 6 ヶ月に 1 回程度
- 1 年に 1 回程度
- 実施していない

【問 17】 貴事業所では介護支援専門員の資質向上のために、介護支援専門員が法定外研修へ参加していますか。この 1 年間に関してもっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 在籍する全員が何らかの法定外研修に参加している
- 半数以上が何らかの法定外研修に参加している
- 半数未満が何らかの法定外研修に参加している
- 外部の法定外研修には全く参加していない

【問 18】 貴事業所では運営推進会議をどの程度の頻度で開催していますか。もっとも近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- 1 ヶ月に数回程度
- 1 ヶ月に 1 回程度
- 2 ヶ月に 1 回程度
- 3～6 ヶ月に 1 回程度
- 1 年に 1 回程度
- 定期的な実施ではなく随時実施
- 実施していない

【問 19】 貴事業所における運営推進会議の構成員について該当するものを全て選択してください。(複数回答)

- | | | |
|----------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 町内会役員 | <input type="checkbox"/> 民生委員 | <input type="checkbox"/> 老人クラブの代表者 |
| <input type="checkbox"/> 市町村の職員又 | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターの職員 | |
| <input type="checkbox"/> 医師 | <input type="checkbox"/> 福祉事業関係者 | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | |

以 上

平成26年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）

集合住宅の入居者を対象としたケアマネジメントの実態に関する調査研究事業

小規模多機能型居宅介護事業所実態調査（利用者票）（7/11時点）

※本調査はWebでの回答収集を予定しているため、調査票形式の設計（レイアウト・フォント等）は別途実施

※本調査は介護支援専門員の方に回答いただく（事業所規模に応じて人数設定）

以下の内容は、貴事業所が平成26年6月に担当した利用者のうち、提示する条件に沿った利用者の方について被保険者番号の下2桁の小さい順に、別途指定の人数分を選定し、ご回答ください。

◆利用者の基本属性について

【問1】利用者の方の居住場所・種類（住民票上の住所ではなく実際に現に住まわれている場所）を一つ選択してください。（単一回答）

- 有料老人ホーム（介護付）
- 有料老人ホーム（住宅型・健康型）
- 養護老人ホーム、軽費老人ホーム
- サービス付高齢者向け住宅
- 有料老人ホームあるいはサービス付き高齢者向け住宅として届け出等を行っていないが実態として高齢者用住宅となっている居住施設
- 高齢者の方が多く住む公的賃貸住宅（公営住宅、UR賃貸、住宅供給公社等）賃貸、住宅供給公社等）
- 上記以外の住宅（戸建住宅、一般のマンション・アパート等）

【問1-1】利用者の方が入居している住宅の貴事業所との関係についてお伺いします。以下から当てはまるものを選択してください。（単一回答）

- 貴事業所と同一グループの法人が運営している
- 貴事業所とは別の法人が運営している

【問1-2】利用者の方が入居している住宅の貴事業所との位置関係についてお伺いします。以下から当てはまるものを選択してください。（単一回答）

- 貴事業所と併設・隣接している
- 貴事業所とは併設・隣接していない

→併設・隣接していない場合、最適な移動手段を用いた場合の事業所からの所要時間についてご回答ください。

() 分程度

(サービス付き高齢者向け住宅あるいは有料老人ホームに入居している場合のみ提示)

【問 1-3】利用者が居住している住居・施設の名称をご記入ください。(記述式)

()

(サービス付き高齢者向け住宅あるいは有料老人ホームに入居している場合のみ提示)

【問 1-4】サービス付き高齢者向け住宅あるいは有料老人ホームの開設年月(入居開始時期)についてご回答ください。(選択・記述式)

開設年月：西暦 年 月頃

開設年月不明

【問 1-5】(サービス付き高齢者向け住宅あるいは有料老人ホームに居住している場合)

利用者の方が現在の住居に入居した時期はわかりますか。把握している場合はその時期についてもご記入下さい。(選択・記述式)

入居時期を把握している：西暦 年頃

入居時期不明

【問 2】対象の利用者の方の年齢についてご記入ください。(数値記述式)

歳

【問 3】対象の利用者の方の性別について選択してください。(単一回答)

男性

女性

【問 4】利用者の方の所得階層についてお伺いします。当てはまるものを一つ選択してください。(単一回答)(記載要領に注記・例示)

第1階層

第2階層

第2階層以上基準額相当未満

基準額相当

基準額相当以上

不明

【問 5】利用者の方と生計を同一にするご家族等はいらっしゃいますか。

当てはまるものを選択してください。(複数回答)

配偶者

子

孫

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 親 | <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 | <input type="checkbox"/> その他親族 |
| <input type="checkbox"/> 上記以外 | <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> 不明 |

【問6】利用者の主介護者の居住状況について最も近いものを一つ選択してください。(単一回答)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 主介護者なし | <input type="checkbox"/> 主介護者が同居 |
| <input type="checkbox"/> 主介護者が同一市町村内に居住 | <input type="checkbox"/> 主介護者が同一都道府県に居住 |
| <input type="checkbox"/> 主介護者が不明 | |

【問7】利用者の方のお住まいの場所の環境整備状況についてお伺いします。各項目についてももっとも近いものをそれぞれ一つずつ選択してください。(各項目単一回答)

- | | | | |
|-------|--|------------------------------|-----------------------------|
| 屋内移動： | <input type="checkbox"/> 良好（バリアフリー対応等） | <input type="checkbox"/> ふつう | <input type="checkbox"/> 不良 |
| 入浴関連： | <input type="checkbox"/> 良好（バリアフリー対応等） | <input type="checkbox"/> ふつう | <input type="checkbox"/> 不良 |
| 外出関連： | <input type="checkbox"/> 良好（バリアフリー対応等） | <input type="checkbox"/> ふつう | <input type="checkbox"/> 不良 |

【問8】利用者の方の併用サービスがある場合、当てはまるものそれぞれ一つずつ選択してください。(項目別単一回答)

- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| (障害者自立支援法サービスの併用) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (自費での上乗せサービス利用) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

【問9】利用者の方の貴事業者へのインテークの経緯として当てはまるものを一つ選択してください。(単一回答)

- | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 利用者ご本人から（直接） | <input type="checkbox"/> 利用者の家族から（直接） | |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターから | | |
| <input type="checkbox"/> （上記以外で）貴事業所が属する法人・同一グループの他事業所（併設・隣接）から | （事業所種別：_____） | |
| <input type="checkbox"/> （上記以外で）貴事業所が属する法人・同一グループの他事業所（併設・隣接以外）から | （事業所種別：_____） | |
| <input type="checkbox"/> （上記以外の）介護保険施設から | | |
| <input type="checkbox"/> （上記以外の）介護保険施設を除く他の介護事業者から | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 不明 |

◆利用者の状態像について

【問 10】対象の利用者の方の要介護度についてお伺いします。当てはまるものを一つ選択してください。(単一回答)

- 要支援1 要支援 要介護1 要介護2
要介護3 要介護4 要介護5 その他

【問 11】対象の利用者の方の認知症高齢者の日常生活自立度について当てはまるものを選択してください。(単一回答)

- 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 不明

【問 12】対象の利用者の方の障害高齢者の日常生活自立度について当てはまるものを一つ選択してください。(単一回答)

- 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2
C1 C2 不明

【問 13】対象の利用者の方の主たる原因疾患・傷病について当てはまるものをすべて選択してください。(複数回答)

- 高血圧 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 心臓病
糖尿病 高脂血症(脂質異常) 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)
胃腸・肝臓・胆のうの病気 腎臓・前立腺の病気
筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) 外傷(転倒・骨折等)
がん(新生物) 血液・免疫の病気 うつ病
認知症(アルツハイマー病等) パーキンソン病 目の病気
耳の病気 その他(_____) ない

【問 14】対象の利用者の方の ADL の状態についてお伺いします。各項目について当てはまるものをそれぞれ一つずつ選択してください。(項目別単一回答)

- ① 室内移動： 自立 見守り 一部介助 全介助
② 屋外移動： 自立 見守り 一部介助 全介助
③ 食事： 自立 見守り 一部介助 全介助
④ 入浴： 自立 見守り 一部介助 全介助
⑤ 着替え： 自立 見守り 一部介助 全介助
⑥ 排泄： 自立 見守り 一部介助 全介助

【問 15】対象の利用者の方の IADL について項目ごとに最も当てはまるものを一つずつ選択してください。(項目ごとの単一回答)

- ① バスや電車、自家用車での一人での外出 している していない

- | | | |
|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| ② 日用品の買い物 | <input type="checkbox"/> している | <input type="checkbox"/> していない |
| ③ 食事の用意 | <input type="checkbox"/> している | <input type="checkbox"/> していない |
| ④ 薬の服用 | <input type="checkbox"/> している | <input type="checkbox"/> していない |
| ⑤ 請求書の支払い | <input type="checkbox"/> している | <input type="checkbox"/> していない |
| ⑥ 預貯金のお出し入れ | <input type="checkbox"/> している | <input type="checkbox"/> していない |
| ⑦ 年金などの書類の記入 | <input type="checkbox"/> している | <input type="checkbox"/> していない |

※他の調査との整合性をとるために修正

【問 16】対象の利用者の方に必要な医療対応の有無についてお伺いします。以下の中から必要であるものについてすべて選択してください。(ケアプラン作成時時点で回答ください)(複数回答)

- 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門、人工膀胱)の処置
酸素療法 レスピレーター(人工呼吸器) 気管切開の処置
疼痛の看護 経管栄養 モニター測定(血圧、心拍 SPO2) 褥瘡の処置
カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) がんの外来化学療法
インスリン注射 喀痰吸引 排便コントロール(摘便等)

◆居宅サービス計画作成に当たっての取り組み

【問 17】対象の利用者の方の居宅サービス計画作成プロセスについてお伺いします。以下の各項目についてもっとも近いものをそれぞれ一つずつ選択してください。(項目別単一回答)

(重要事項等の利用者説明)

- 管理者が実施 管理者と担当のケアマネジャーで実施
担当者のみで実施 その他(具体的に: _____)

(主治医意見書作成医師意見の確認)

- 管理者が確認 担当以外のケアマネジャーが確認 担当者自身が確認

(現在の居宅サービス計画の原案を作成する前の多職種からの意見聴取機会)

- 現在のサービス計画の原案作成時には多職種からの意見聴取をしていない
原案作成時に会議等を開催して対面での検討を行った
原案作成時に会議等は開催していないが書面での意見聴取を行った

(意見聴取した多職種) ※会議等あるいは書面での意見聴取を行った場合

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医師 | <input type="checkbox"/> 歯科医師 |
| <input type="checkbox"/> 看護師、准看護師 | <input type="checkbox"/> 保健師 |
| <input type="checkbox"/> 薬剤師 | <input type="checkbox"/> 理学療法士 |

- 作業療法士
- 言語聴覚士
- 介護福祉士
- 社会福祉士
- 精神保健福祉士、MSW
- 地域包括支援センターの主任介護支援専門員
- その他 (具体的に: _____)

(現在の居宅サービス計画の原案の内容・妥当性確認)

- 管理者が確認
- 担当以外のケアマネジャーが確認
- 担当者自身が確認

(直近の担当者会議への医師の出席状況)

- 医師の出席あり
- 医師の出席なし

(直近の担当者会議への利用者の家族の出席状況)

- 家族の出席あり
- 家族の出席なし

※家族については法定代理人を含みます

◆提供されているサービスについて

【問 18】対象の利用者の平成 26 年 6 月分の支給限度額単位をご記入ください。(数値記述)

_____単位

【問 19】対象の利用者の方の介護保険利用総額月額単位についてご回答ください。平成 26 年 6 月分についてご記入ください。(数値記述)

_____単位

【問 20】対象の利用者の方に対する居宅サービス計画についてお伺いします。計画時点での一週間分の内容について各項目に記入ください。(項目別単一回答・記述)

①小規模多機能型居宅介護

(内容)

- 通い (____回)
- 宿泊 (____回)
- <以下は「訪問サービス」の利用がある場合に回答>
- 起床・就寝介助 (____回)
- 洗面等・身体整容介助 (____回)
- 食事介助 (____回)
- 排泄介助 (____回)
- 更衣介助 (____回)
- 入浴介助 (____回)
- 体位交換 (____回)
- 移動・移乗介助 (____回)
- 通院・外出介助 (____回)
- その他の身体ケア (____回)
- 調理 (____回)
- 配膳 (____回)

- 服薬確認 (_____ 回) 生活援助(掃除、洗濯、買い物) (_____ 回)
- その他の生活援助 (_____ 回) 見守り・安否確認のみ (_____ 回)
- 不安解消のみ (_____ 回) 転倒介助 (_____ 回)
- その他の生活援助 (_____ 回)
- (「訪問サービス」の回数(送迎を伴う場合を除いた回数))
- 一週間につき (_____ 回) 一か月につき (_____ 回) その他・不定期
- (「訪問サービス」の一回当たりの時間数(移動時間を除く))
- 20分未満 20分以上30分未満
- 30分以上1時間未満 1時間以上

②訪問看護

(回数)

< (介護) 訪問看護 >

- 一週間につき (_____ 回) 一か月につき (_____ 回) その他・不定期

< (医療) 訪問看護 >

- 一週間につき (_____ 回) 一か月につき (_____ 回) その他・不定期

(一回当たりの時間数(移動時間を除く))

< (介護) 訪問看護 >

- 20分未満 30分未満
- 30分以上1時間未満 1時間以上1時間30分未満

< (医療) 訪問看護 >

- 20分未満 30分未満
- 30分以上1時間未満 1時間以上1時間30分未満

(内容)

< (介護) 訪問看護 >

- 療養上のお世話 (_____ 回) 医師の指示による医療処置 (_____ 回)
- 病状の観察 (_____ 回) 医療機器の管理 (_____ 回)
- ターミナルケア (_____ 回) 床ずれ予防・処置 (_____ 回)
- 在宅でのリハビリテーション (_____ 回) 認知症ケア (_____ 回)
- 家族等への介護支援・相談 (_____ 回) 介護予防 (_____ 回)
- 不明・把握していない

< (医療) 訪問看護 >

- 訪問看護指示書に基づかない看護師によるアセスメント、モニタリング (_____ 回)
- リハビリテーション(嚥下訓練、呼吸リハ、肺理学療法を含む) (_____ 回)
- 褥瘡の処置、定期的な創傷の処置および予防的対応 (_____ 回)
- 浣腸・摘便 (_____ 回)

- 中心静脈栄養の管理及びその他点滴（輸液）（_____回）
- 人工呼吸器の管理、気管カニューレの交換・管理（_____回）
- 胃ろう等からの経管栄養の実施・管理（_____回）
- インスリン等の定時注射の実施（_____回）
- たんの吸引（_____回）
- その他の医療処置に係る看護（_____回）
- その他の医療処置を除く看護（_____回）
- 不明・把握していない

(提供事業所属性)

< (介護) 訪問看護 >

- 貴事業所と併設・隣接する事業所
- 貴事業所と併設・隣接していない事業所

2) 同一グループ

- 貴事業所と同一グループの事業所
- 集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
- 貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
- 上記のいずれも該当しない事業所

< (医療) 訪問看護 >

- 貴事業所と併設・隣接する事業所
- 貴事業所と併設・隣接していない事業所

2) 同一グループ

- 貴事業所と同一グループの事業所
- 集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
- 貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
- 上記のいずれも該当しない事業所

③訪問リハ

(回数)

- 一週間につき（_____回）
- 一か月につき（_____回）
- その他

(一回当たりの時間数)

- 1時間以上 2時間未満
- 2時間以上 3時間未満
- 3時間以上 4時間未満
- 4時間以上 6時間未満
- 6時間以上 8時間未満

(内容)

- 心身機能の維持・改善
- 社会参加
- 介護負担の軽減
- 関節可動域訓練
- 筋力増強訓練
- リハビリ手技

- 言語・聴覚療法 補装具・福祉用具の調整
住宅改修等に係る環境整備 不明・把握していない

(提供事業所属性)

1) 隣接状況

- 貴事業所と併設・隣接する事業所
貴事業所と併設・隣接していない事業所

2) 同一グループ

- 貴事業所と同一グループの事業所
集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
上記のいずれも該当しない事業所

④居宅療養管理指導

(回数)

- 一週間につき (_____ 回) 一か月につき (_____ 回) その他

(訪問者の職種)

- 医師 歯科医師 病院又は診療所の薬剤師
薬局の管理栄養士 歯科衛生士 看護職員
不明・把握していない

(同一建物居住者に係る減算の有無)

- 減算あり 減算なし

(内容)

- 医学的管理 残薬管理 服薬管理
療養環境の調整 介護者向けの情報提供 その他
不明・把握していない

(提供事業所属性)

- 貴事業所と併設・隣接する事業所
貴事業所と併設・隣接していない事業所
2) 同一グループ
貴事業所と同一グループの事業所
集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
上記のいずれも該当しない事業所

⑤福祉用具貸与

(品目数) ※平成25年度における1年間の実数

計_____品目

(用具内容)

- 車いす (_____品目)
- 車いす付属品 (_____品目)
- 特殊寝台 (_____品目)
- 特殊寝台付属品 (_____品目)
- 床ずれ防止用具 (_____品目)
- 体位変換器 (_____品目)
- 手すり (_____品目)
- スロープ (_____品目)
- 歩行器 (_____品目)
- 歩行補助つえ (_____品目)
- 認知性老人徘徊感知機器 (_____品目)
- 移動用リフト(釣り具の部分を除く) (_____品目)
- 自動排泄処理装置 (_____品目)
- その他 (_____品目)
- 不明・把握していない

(提供事業所属性)

- 貴事業所と併設・隣接する事業所
- 貴事業所と併設・隣接していない事業所
- 2) 同一グループ
 - 貴事業所と同一グループの事業所
 - 集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
 - 貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所
 - 上記のいずれも該当しない事業所

⑥福祉用具販売

(品目数) ※平成25年度における1年間の実数

計_____品目

(用具内容)

- 腰掛便座 (_____品目)
- 自動排泄処理装置の交換可能部分 (_____品目)
- 入浴補助用具 (_____品目)
- 簡易浴槽 (_____品目)
- 移動用リフトのつり具の部分 (_____品目)

その他 (_____ 品目)

不明・把握していない

(提供事業所属性)

1) 隣接状況

貴事業所と併設・隣接する事業所

貴事業所と併設・隣接していない事業所

2) 同一グループ

貴事業所と同一グループの事業所

集合住宅運営事業所と同一グループの事業所

貴事業所ならびに集合住宅運営事業所と同一グループの事業所

上記のいずれも該当しない事業所

以上

平成26年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）

集合住宅の入居者を対象としたケアマネジメントの実態に関する調査研究事業

集合住宅運営事業所向け調査（事業所票）（7/11時点）

※本調査は他の老健事業における調査事業と共同で調査票を作成、送付・回収を予定しているためレイアウト・フォント設定等は別途設定（郵送調査）

※本調査は事業所の管理者の方に回答いただく

事業所名： _____

事業種別： _____

事業所番号： _____

問. 運営法人に関する基本情報

(1) 事業主体法人種別（1つに○）

- | | |
|-----------|---------------|
| 1. 株式会社 | 5. 財団法人・社団法人等 |
| 2. 有限会社 | 6. NPO法人 |
| 3. 社会福祉法人 | 7. その他 |
| 4. 医療法人等 | |

(2) 母体となる法人の業種（1つに○）

- | | |
|--------------|-----------|
| 1. 介護サービス関連 | 4. 社会福祉関連 |
| 2. 不動産・建設業関連 | 5. その他 |
| 3. 医療関連 | |

問. 施設に関する基本情報

(1) 事業所開設年月

_____年 _____月

(2) 入居時要件

- | | |
|--------------|---------------------|
| 1. 自立のみ | 4. 要介護のみ |
| 2. 自立・要支援のみ | 5. 自立・要支援・要介護（要件なし） |
| 3. 要支援・要介護のみ | |

(3) 特定施設入居者生活介護の指定 (当てはまるもの全てに○)

※地域密着型、介護予防を問わない

1. 特定施設入居者生活介護 (一般型)
2. 特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型)
3. 1・2のいずれの指定も受けていない

(4) 土地・建物の状況

- | | | | | |
|------|---|---------------|---------------|--------|
| ① 土地 | : | 1. 所有 (抵当権なし) | 2. 所有 (抵当権あり) | 3. 賃貸借 |
| ② 建物 | : | 1. 所有 (抵当権なし) | 2. 所有 (抵当権あり) | 3. 賃貸借 |

(5) 居室 (住戸) 数

- | | | | |
|-------------------|---|-------|-------|
| ① 総居室 (住戸) 数 | : | _____ | 室 (戸) |
| ② 入居している居室 (住戸) 数 | : | _____ | 室 (戸) |

問. 職員の体制

(1) 緊急時体制

<日中> (1つに○)

1. 施設に職員がいる (兼務の場合を含む)
2. 施設に職員はいないが委託する事業所等と連携
3. 職員はいない

<夜間> (1つに○)

1. 施設に職員がいる (兼務の場合を含む)
2. 施設に職員はいないが委託する事業所等と連携
3. 職員はいない

問. サービス提供施設の併設等の状況

(①で併設・隣接と答えた場合、
②、③はそれぞれ1つに○)

(1つに○)

事業所	①併設・隣接状況			②併設・隣接事業所の 運営主体		③入居者以外への サービス提供	
	併 設	隣 接	な し	貴施設と 同一グル ープ	他グル ープ	実施	非実施
(1) 居宅介護支援	1	2	3	1	2	1	2
(2) 訪問介護	1	2	3	1	2	1	2
(3) 訪問看護	1	2	3	1	2	1	2
(4) 通所介護、通所リハ	1	2	3	1	2	1	2
(5) 短期入所生活介護、 短期入所療養介護	1	2	3	1	2	1	2
(6) 小規模多機能型居宅 介護、 複合型サービス	1	2	3	1	2	1	2
(7) 定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	1	2	3	1	2	1	2
(8) 地域包括支援センタ ー	1	2	3	1	2	1	2
(9) 病院	1	2	3	1	2	1	2
(10) 診療所 (有床)	1	2	3	1	2	1	2
(11) 診療所 (無床)	1	2	3	1	2	1	2
(12) 歯科診療	1	2	3	1	2	1	2
(13) 調剤薬局	1	2	3	1	2	1	2

問. 入居者の状況

(1) 男女別入居者数

男性 : _____人 女性 : _____人

(2) 年齢別入居者数

~64歳 : _____人 65~69歳 : _____人

70～74 歳	:	_____人	75～79 歳	:	_____人
80～84 歳	:	_____人	85～89 歳	:	_____人
90 歳以上	:	_____人	不明	:	_____人

(3) 要介護度別入居者数

自立・認定なし	_____人		
要支援 1	_____人	要支援 2	_____人
要介護 1	_____人	要介護 2	_____人
要介護 3	_____人	要介護 4	_____人
要介護 5	_____人		
申請中	_____人	不明	_____人

(4) 認知症の程度別入居者数

自立	:	_____人	I	:	_____人
II	:	_____人	III	:	_____人
IV	:	_____人	M	:	_____人
不明	:	_____人			

(5) 医療処置を要する入居者数

インスリンの注射	:	_____人	ネブライザー	:	_____人
点滴の管理	:	_____人	経管栄養のケア	:	_____人
透析の管理	:	_____人	喀痰吸引	:	_____人
中心静脈栄養の管理	:	_____人	モニター測定	:	_____人
ストーマの管理	:	_____人	創傷の処置	:	_____人
酸素療法	:	_____人	褥瘡の処置	:	_____人
レスピレーター	:	_____人	カテーテルの管理	:	_____人
疼痛の看護	:	_____人			
⇒重複カウントを除いた人数	:	_____人			

問. 介護保険以外の生活支援サービスについての実施状況

(1つに○)

(貴施設事業所が提供する場合1つに○)

サービス内容	提供状況				提供の場合の費用負担	
	貴施設事業所が提供			提供していない (入居者が 個別契約)	基本サービ スに含む	別途実費等 徴収
	自ら実施	同一グル ープ事業 者に委託	それ以外 の事業者 に委託			
(1) 状況把握	1	2	3		1	2
(2) 生活相談	1	2	3		1	2
(3) 食事提供	1	2	3	4	1	2
(4) 喫食率	%					
(5) 洗濯・掃除等の家事	1	2	3	4	1	2
(6) 買い物代行	1	2	3	4	1	2
(7) 入浴・排泄または食事の介護	1	2	3	4	1	2
(8) 外出時の介助	1	2	3	4	1	2
(9) 通院介助	1	2	3	4	1	2
(10) 健康管理	1	2	3	4	1	2
(11) 服薬管理	1	2	3	4	1	2

問. 状況把握、生活相談の実施状況

(1) 職員のサービス担当者会議への参加状況 (1つに○)

1. ほぼ必ず参加している
2. 参加する時と参加しない時がある
3. ほとんどの場合参加していない

(2) 職員とケアマネジャーとの居住者の状況把握、生活相談に関する情報共有頻度(1
つに○)

1. ほぼ毎日
2. 週2~3回程度
3. 週1回程度
4. 月2~3回程度
5. 1~2月に1回程度
6. 3ヵ月に1回程度以下

問. 入居者のケアプラン作成状況

(1) 介護保険サービスを利用している入居者数

_____人

(2) 入居者のケアプランを作成している事業所数

_____カ所

(3) 利用者が多い事業所数の利用者数、併設・グループ状況

- | | | | |
|------------|-----------|--------------------------------|---------------------------------|
| もっとも多い事業所等 | : _____人分 | <input type="checkbox"/> 併設・隣接 | <input type="checkbox"/> 同一グループ |
| 2番目に多い事業所等 | : _____人分 | <input type="checkbox"/> 併設・隣接 | <input type="checkbox"/> 同一グループ |
| 3番目に多い事業所等 | : _____人分 | <input type="checkbox"/> 併設・隣接 | <input type="checkbox"/> 同一グループ |

問. 介護サービス等の利用状況

	(利用者総数)	(うち併設・隣接 の利用者数)
(1) 訪問介護	_____人	_____人
(2) 訪問看護	_____人	_____人
(3) 通所介護、通所リハ	_____人	_____人
(4) 短期入所生活介護、短期入所療養介護	_____人	_____人
(5) 小規模多機能型居宅介護、複合型サービス	_____人	_____人
(6) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	_____人	_____人

以 上