

看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供の在り方に関する 調査研究事業の調査検討組織 設置要綱（案）

1. 設置目的

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社は看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

- （1）本調査検討組織は、日本赤十字看護大学 教授 福井小紀子 を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- （2）委員長が必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討組織の運営

- （1）調査検討組織の運営は、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社が行う。
- （2）前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供の在り方に関する 調査研究事業の調査検討組織 委員等

委員長	福井 小紀子（日本赤十字看護大学 教授）
委員	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）
	館石 宗隆（札幌市保健福祉局 医務監）
	新田 國夫（日本在宅ケアアライアンス 議長）
	沼田 美幸（公益社団法人日本看護協会 医療政策部長）
	細谷 恵子（わいは・目白訪問看護ステーション 管理者）
	水上 直彦（石川県介護支援専門員協会 副会長）
	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）

（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 看護専門官 猿渡央子

（1）看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業（案）

1. 調査の目的

医療ニーズを持つ中重度の要介護者について、在宅での療養生活の継続及び家族の介護負担の軽減等を支援する看護小規模多機能型居宅介護サービスの充実に向けて対応した平成 27 年度介護報酬改定（訪問看護体制強化加算及び減算、総合マネジメント体制強化加算の創設等）のサービス提供への影響や効果を明らかにする。

併せて、基準改正で導入した看護小規模多機能型居宅介護事業所の自己評価及び第三者評価の実施状況、地域における活動や医療機関との連携の推進等の好事例についてヒアリング調査を行う。

2. 調査客体

①看護小規模多機能型居宅介護サービス提供実態調査

・看護小規模多機能型居宅介護事業所 218 事業所程度

※悉皆調査（調査時見込数）

（利用者 4,000 名程度）

②自治体調査

・市区町村 10 か所程度

3. 主な調査項目

①看護小規模多機能型居宅介護事業所のサービス提供実態調査

・事業所票：登録者・利用者数、利用終了者（看取り含む）の状況、開設期間、職員体制、自己評価・運営推進会議における評価・改善計画状況、地域活動や医療機関（特に退院調整）との連携状況、各加算・減算の算定状況、経営状況、併設事業の有無 等

・利用者票：住まい・世帯状況、要介護度、サービス提供（通い・泊まり・訪問）パターン、医療サービス（往診・訪問看護等）の提供状況、区分支給限度基準額に係る状況 等

・ヒアリングやアンケート調査による事業所の評価及び改善計画における工夫、地域における活動や医療機関との連携の推進等の取組の収集 等

②自治体調査

・ヒアリングにより、事業所開設支援・促進で効果的な取組の収集 等

平成27年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)
 看護小規模多機能型居宅介護におけるサービスの在り方に関する調査
 事業所票(案)

- ※本調査票は、看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者の方がご記入ください。
 ※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。
 ※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。
 分からない場合は「-」と記入してください。
 ※調査時点は、平成27年10月1日、もしくは質問に記載している期間とします。

1. 看護小規模多機能型居宅介護の事業所の基本情報についてお伺いします。

1) 所在地	() 都・道・府・県 () 市・区・町・村								
2) 事業開始年	1 平成24年 2 平成25年 3 平成26年 4 平成27年								
3) 事業開設準備期間	1 1年未満 2 1年以上2年未満 3 2年以上3年未満 4 3年以上								
4) 経営主体	1 営利法人(会社) 2 医療法人 3 社会福祉法人 4 一般社団法人 5 特定非営利活動法人(NPO) 6 その他()								
5) 看護小規模多機能型居宅介護事業所開設前の事業実施状況として該当するもの(複数回答可)	1 小規模多機能型居宅介護事業所 2 訪問看護ステーション 3 療養通所介護事業所 4 通所介護事業所 5 その他介護保険事業(具体的に:) 6 介護保険以外の事業(具体的に:) 7 実施していた事業はない								
6) 貴事業所は、指定訪問看護事業所の指定を受けていますか。受けている場合は、指定訪問看護事業所の保険別利用者数・開設年をご記入ください(看護小規模多機能型居宅介護の利用登録者は除く)(平成27年9月分)									
1 はい →利用者数 : 介護保険()人、医療保険()人 →訪問看護事業の開設年: 平成()年									
2 いいえ									
7) 貴事業所の経営主体・関連法人が現在、他に運営している施設・事業所(複数回答可)									
0 該当なし									
1 病院 2 診療所 3 介護老人保健施設									
4 介護老人福祉施設 5 居宅介護支援事業所 6 訪問介護事業所									
7 訪問看護事業所 8 通所介護事業所 9 通所リハビリテーション事業所									
10 短期入所生活介護事業所 11 短期入所療養介護事業所 12 特定施設入居者生活介護事業所									
13 小規模多機能型居宅介護事業所 14 認知症対応型共同生活介護事業所									
15 地域包括支援センター									
8) 貴事業所の職員体制についてお伺いします。 ※指定訪問看護事業所の指定を受けている場合は、指定訪問看護事業所の職員数と合算した人数でご記入ください。									
		管理者	介護職員	(うち)介護福祉士	看護師	准看護師	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	介護支援専門員	その他の職員
常勤換算数	平成27年10月1日時点
	平成26年10月1日時点
実人数(平成27年10月1日時点)	常勤								
	非常勤								

※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務延時間÷貴事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上してください。

2. 看護小規模多機能型居宅介護事業所の定員や登録者数等についてお伺いします。

1) 定員等	登録定員	登録者数	通いの定員	宿泊の定員		
平成 27 年 10 月 1 日時点	人	人	人	人		
平成 26 年 10 月 1 日時点	人	人	人	人		
2) 受け入れ人数に空き(余裕)はありますか		1 有⇒約()人	2 無			
3) 貴事業所の登録待機の人はいですか		1 有⇒約()人	2 無			
4) 主治医の状況:看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者に関して、訪問看護指示書を受け取った病院・診療所数(平成 27 年 9 月分)			病院 約()か所	診療所 約()か所		
5) 過去1年以内(平成 26 年 10 月～平成 27 年 9 月)に利用終了した利用者の有無と人数 (有の場合は、理由別人数もご記入ください)			1 有 2 無			
施設入所 (特養・老健)	入院 (入院後死亡を含む)	在宅死亡	うち貴事業所 内での看取り	他の介護保険 サービスに 移行	その他・介護 保険サービスの 利用中止	合計
人	人	人 うち医療保険 ()人	人 うち医療保険 ()人	人	人	人
6) 平成 26 年 10 月～27 年 9 月のターミナルケア加算の算定件数				()件		

3. 事業所の提供するサービスの評価の実施状況についてお伺いします。

1) 事業所の評価の実施状況および予定をご回答ください						
①従業者等自己評価	26 年度	1 実施した	2 実施しなかった			
	27 年度	1 実施した⇒()月	2 実施予定である⇒()月			
②事業所自己評価	26 年度	1 実施した	2 実施しなかった			
	27 年度	1 実施した⇒()月	2 実施予定である⇒()月			
③運営推進会議での 評価	26 年度	1 実施した	2 実施しなかった			
	27 年度	1 実施した⇒()月	2 実施予定である⇒()月			
2) 平成 27 年度の運営推進会議に参加したまたは参加予定の外部参加者(複数回答可)	1 市区町村職員	2 地域包括支援センター職員	3 事業者団体関係者	4 学識経験者	5 外部評価調査員研修修了者	6 その他()
3) 運営推進会議を開催するにあたり支障となっていることがあればご記入ください。(自由記入)	例) 外部出席者の日程調整が難しい。					
4) (評価を実施した場合)評価によりサービスの改善に向けた課題点が明らかになりましたか	1 はい 2 どちらともいえない 3 いいえ					
4)-① 4)で 1 に○をした場合、例えばどのようなものがありましたか。(自由記入)	例) 地域の高齢化は進んでいるものの、地域に対する包括的サポートの提案が弱いことが分かった。					
5) 評価に関して、事業所独自で工夫していることがあればご記入ください。(自由記入)	例) 運営推進会議での評価では、「次のステップに対して期待したい内容」を具体的に記入してもらうような様式にしている。					

4. 看護小規模多機能型居宅介護の加算・減算等の状況についてお伺いします。

(1) 平成27年4月～9月で、加算・減算等の算定を行った月に○と付けてください。

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
1) 事業開始時支援加算						
2) 訪問看護体制強化加算						
3) 訪問看護体制減算						
4) 総合マネジメント体制強化加算						
5) 短期利用居宅介護費						

(2) 加算算定等の人数(「実人数」でご記入ください) ※無かった場合には「0」と記入してください

※「実人数」は、1人が複数月にわたり利用しても1人とカウントしてください。 延べ人数ではありません。	平成26年 7～9月の 合計	平成27年 7月～9月 の合計
1) 看護小規模多機能型居宅介護の登録者数(実人数)	人	人
2) 主治医の指示に基づく看護サービスを提供した利用者数(実人数)	人	人
3) 緊急時訪問看護加算を算定した利用者数(実人数)	人	人
4) 特別管理加算を算定した利用者数(実人数)	人	人

5. 看護小規模多機能型居宅介護の収支の状況についてお伺いします。(平成27年9月分)

1) 貴事業所の収支の状況	1 黒字	2 ほぼ均衡している	3 赤字	4 不明
---------------	------	------------	------	------

6. 市区町村からの支援等についてお伺いします。

1) 事業所の開設にあたり、自治体から得た支援はありますか。効果的だった支援をご自由にご記入ください。
例：介護基盤緊急整備臨時特例補助金の交付、市の説明会に参加するよう声かけがあり、地域密着型のサービス提供の在り方について教わった。
2) 事業所の開設にあたり、規制等、阻害要因となったことを自由にご記入ください。
例：市街化調整区域のため、訪問看護ステーションの併設ができなかった。

質問は以上で終わりです。記入済みの調査票は、返送用封筒(切手は不要です)に入れ、10月30日までにポストに投函してください。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。なお、記入内容についておうかがいする場合があります。事業所名と連絡先電話番号をご記入ください。

事業所名		電話番号	
------	--	------	--

平成27年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)
 看護小規模多機能型居宅介護におけるサービスの在り方に関する調査
 利用者票(案)

※本調査票は、当該利用者の状況について詳しい職員の方がご記入ください。利用者にご確認いただく必要はありません。分かる範囲でご記入ください。

※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。

※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。分からない場合は「-」と記入してください。

※調査時点は、平成27年10月1日、もしくは質問に記載している期間とします。

1. 利用者の基本情報についてお伺いします。

1) 年齢 (平成27年10月1日)	() 歳	2) 性別	1 男	2 女						
3) 住まい	1 戸建て 2 マンション、アパート、団地 3 養護老人ホーム 4 軽費老人ホーム・ケアハウス 5 有料老人ホーム (健康型・住宅型・介護付いずれでも可) 6 サービス付き高齢者向け住宅 7 貴事業所に長期滞在中で、住まいが決まっていない (※長期滞在中でも決まった住まいがある場合は、選択肢7以外を回答してください。選択肢7を選んだ場合は、次は、問5) 世帯構成に進んでください。) 8 その他 ()									
4) 住まいと貴事業所の位置	1 同一建物	2 同一敷地	3 隣接地	4 いずれでもない						
5) 世帯構成	1 独居 2 夫婦のみ世帯 3 その他同居 →同居者数(本人含)()人、(a 65歳以上のみ b それ以外)									
6) (家族等の) 介護力	1 介護できる人はいない 2 時間帯によって介護できる人がいる 3 常時、介護できる人がいる 4 その他 ()									
7) 要介護度 (直近)	1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 申請中									
8) 障害高齢者の日常生活自立度	1 自立	2 J1	3 J2	4 A1	5 A2	6 B1	7 B2	8 C1	9 C2	10 不明
9) 認知症高齢者の日常生活自立度	1 自立	2 I	3 II a	4 II b	5 III a	6 III b	7 IV	8 M	9 不明	
10) 移動	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助						
11) 食事	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助						
12) 排泄	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助						
13) 入浴	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助						
14) 着替え	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助						

15) 傷病 (複数回答可)	1 高血圧 3 心臓病 5 高脂血症 (脂質異常症) 7 胃腸・肝臓・胆のうの病気 9 筋骨格系の病気 (骨粗しょう症、関節症等) 11 がん (新生物) 13 うつ病・精神疾患 15 パーキンソン病 17 耳の病気 19 難病	2 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) 4 糖尿病 6 呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等) 8 腎臓・前立腺の病気 10 外傷 (転倒・骨折等) 12 血液・免疫の病気 14 認知症 (アルツハイマー病等) 16 目の病気 18 歯科疾患 20 その他 ()	21 ない
16) 医学的ケア等の 実施状況 (複数回答可) (平成27年9月分) 注1) 本調査における「服薬管理」は、服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。	1 看取り期のケア 4 中心静脈栄養の管理 6 ストーマ (人工肛門・人工膀胱) の管理 8 ネブライザー 11 人工呼吸器の管理 14 インスリン注射 17 服薬管理 ^{注1} 20 疼痛の看護 23 リハビリテーション	2 胃ろう、腸ろうによる栄養管理 5 カテーテル (コドームカテーテル、留置カテーテル等) 9 酸素療法 (酸素吸入) 12 注射・点滴 15 創傷処置 18 透析 (在宅自己腹膜灌流含む) 21 浣腸 24 その他 (具体的に:)	3 経鼻経管栄養 7 たんの吸引 10 気管切開のケア 13 簡易血糖測定 16 褥瘡の処置 19 導尿 22 摘便
17) ターミナル期かどうか (医師が余命6か月以内と判断)	1 はい	2 いいえ	
18) 病状は不安定もしくは悪化する可能性が高いか	1 はい	2 いいえ	

2. 貴事業所の利用状況や利用経緯、他のサービスの利用状況等についてお伺いします。

1) 看護小規模多機能型居宅介護の利用開始時期 (小規模多機能型居宅介護から継続しての利用の場合は、看護小規模多機能型居宅介護 (複合型サービス) に変更になった時期をご記入ください)	平成 () 年 () 月
2) 利用開始前の居場所	1 利用者宅 2 病院・診療所入院 3 介護老人保健施設入所 4 小規模多機能型居宅介護 5 その他 ()
2) -① 2) で2または3を選んだ場合: 入院医療機関や介護施設の看護師と退院・退所に向けての相談・調整を行いましたか。	1 行った 2 行わなかった
3) 退院時共同指導加算算定の有無 (算定期間はいつでも結構です)	1 有 2 無
4) 貴事業所の利用のきっかけ	1 もともと貴事業所・法人の小規模多機能型居宅介護の利用者だった 2 もともと貴事業所の訪問看護の利用者だった 3 近隣の訪問看護ステーションからの紹介 4 居宅介護支援事業所からの紹介 ➡ (a 同一法人 b 他法人) 5 地域包括支援センターからの紹介 6 病院からの紹介 ➡ (a 同一法人 b 他法人) 7 診療所からの紹介 ➡ (a 同一法人 b 他法人) 8 近隣のため、もともと知っていた 9 その他 ()
5) 貴事業所の利用理由 (最も近いもの1つに○)	1 在宅 (事業所内を含む) で看取りを含めた療養生活を支えるため 2 医療ニーズを持った退院直後の利用者の在宅復帰支援を支えるため 3 認知症の状態にある者で、医療ニーズが高くなった利用者に対応するため 4 利用者の状態が不安定等の理由により、柔軟に対応できる包括報酬でのサービス提供が適しているため 5 家族の介護負担・不安感にかんがみ、レスパイトも含め、柔軟に対応できる包括報酬でのサービス提供が適しているため 6 その他 ()

6) 利用開始前の介護支援専門員	1 有 → (a 併設事業所 b 同一法人 c その他) 2 無
7) 訪問診療・往診または外来受診の有無 (平成27年9月)	1 訪問診療・往診を利用した → 約 () 回 2 外来受診した 3 いずれも利用していない
8) 通いを提供中に、往診を依頼したいと思った ことはありますか (利用開始からいつでも可)	1 有 → (状態を具体的に:) 2 無
9) 訪問看護指示書の有無 (平成27年9月)	1 有 2 無
10) 訪問看護体制強化加算算定の有無 (平成27年9月)	1 有 2 無
10) -① 10) で2無を選んだ場合: 算定していない理由	1 事業所として算定に必要な要件を満たさないから 2 利用者負担が増えるため、利用者に相談しにくいから 3 利用者に承諾いただけないから 4 その他 ()
11) 特別管理加算算定の有無 (平成27年9月)	1 貴事業所で算定 2 貴事業所以外で算定 3 無
12) 平成27年7月～9月の3か月間における 特別訪問看護指示書の交付の有無	1 有 2 無
13) 平成27年9月1か月間のサービス提供回数(合計)	
① 通いの回数 (泊まりと連続しての滞在の場合でも、日中滞在した場合は通いとして計上してください)	回
② 泊まりの回数	泊
③ 訪問(介護)回数	回
うち、緊急の訪問	回
④ 看護小規模多機能型居宅介護の一環としての訪問(看護)	回
うち、緊急の訪問	回
14) 貴事業所併設の訪問看護ステーションからの医療保険による訪問看護	回
15) 貴事業所併設の訪問看護ステーション以外からの医療保険による訪問看護	回
16) 平成27年4月～9月において、区分支給限度基準額を超えないよう他サービス利用や 加算の取得の調整を行ったことはありますか	1 有 2 無
17) 平成27年4月～9月において、区分支給限度基準額を超えたことがありますか。 超えた単位数が最も多かった月についてご記入ください。	
1 有 → 超えた単位数 (約) 単位 利用サービス(複数回答可) ⇒ a 福祉用具: 1 車椅子 2 特殊寝台 3 床ずれ防止用具 4 その他の福祉用具() b その他(具体的に:)	
2 無	
17) -① 17) で1有を選んだ場合: 区分支給限度基準額を超えてサービスを利用する理由・経緯につ いて(自由記載)	

質問は以上で終わりです。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。