

介護保険サービスにおける認知症高齢者への サービス提供に関する実態調査研究事業の調査検討組織 設置要綱

1. 設置目的

(株)三菱総合研究所は介護保険サービスにおける認知症高齢者へのサービス提供に関する実態調査研究事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり介護保険サービスにおける認知症高齢者へのサービス提供に関する実態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、栗田主一（東京都健康長寿医療センター 研究部長）を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討組織の運営

- (1) 調査検討組織の運営は、(株)三菱総合研究所が行う。
- (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。

介護保険サービスにおける認知症高齢者へのサービス提供に関する実態調査研究事業の調査検討
組織 委員等

委員長	栗田主一（東京都健康長寿医療センター 研究部長）
委員	石山麗子（東京海上日動ベターライフサービス株式会社 地域連携・認知症対応推進チーム シニアケアマネジャー）
委員	佐々木薫（仙台楽生園ユニットケア施設群 統括施設長）
委員	柴田範子（NPO 法人楽 理事長）
委員	藤田佳也（京都府宇治市健康長寿部副部長 兼 健康生きがい課長）
委員	本間昭（社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター センター長）
委員	松浦美知代（元介護老人保健施設なのはな苑 看護・介護部長）
委員	宮島 渡（社会福祉法人長野県高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ総合施設長）

（敬称略、50音順）

【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室
室長補佐 山田 義人
- 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室
認知症対策・虐待防止対策係長 石川 直人
- 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室
認知症対策・虐待防止対策係 伊藤 桃子

(6) 介護保険サービスにおける認知症高齢者へのサービス提供に関する実態調査研究事業 (案)

1. 調査研究の目的

認知症高齢者の状態に応じた、介護サービス等の提供実態を明らかにするため、認知症高齢者に対する各介護サービス施設・事業所におけるサービス提供状況や事業所の体制、認知症高齢者の状態に応じた介護サービスの組み合わせ等の状況について横断的な調査を行う。

2. 検討対象

A. 認知症高齢者のサービスの利用状況に関する概況調査

調査対象は、全ての居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービスとする。

B. 認知症高齢者に対するサービス提供の実態及び介護保険サービスの利用状況に関する調査

① 認知症高齢者に対するサービス提供の実態に関する調査

調査対象は、居宅サービス（予防含む）、施設サービス、地域密着型サービス（予防含む）のうち、以下のサービスとする。（計10,000事業所）

サービス類型	調査対象
居宅サービス	訪問介護、訪問リハビリテーション、訪問看護、通所介護、通所リハビリテーション、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）、居宅介護支援※
施設サービス	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
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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

※（5）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務等の実態に関する調査研究事業と連携し、可能な範囲で把握。

② 認知症高齢者の介護保険サービスの利用状況に関する調査

①の対象サービスを利用する高齢者の1/3を無作為抽出する。

3. 主な調査項目

A. 認知症高齢者のサービスの利用状況に関する概況調査

認知症高齢者と認知症以外の高齢者が利用するサービス種類・量の違いについて基礎的な分析を行う。

B. 認知症高齢者に対するサービス提供の実態及び介護保険サービスの利用状況に関する調査

① 認知症高齢者に対するサービス提供の実態に関する調査【事業所調査】

基本情報、加算の取得状況、認知症高齢者に対する支援体制、研修・マニュアル等の整備状況等

② 認知症高齢者の介護保険サービスの利用状況に関する調査【利用者調査】

基本情報、認知症の診断状況、認知症のケアの内容、認知症ケアを行う上での課題等

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査 【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、**貴事業所において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方**がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、**2015年10月1日時点の状況**についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ () の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2015年11月★日(★)までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話 : 0120-●●●●-●●●● (平日9時30分～17時30分)

●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●

FAX : 03-●●●●-●●●● (24時間受付)

E-mail : dementia27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都区永田町2-10-3

三菱総合研究所 人間・生活研究本部 社会保障政策グループ内

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報	
(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015年9月実績		
(1) 特定事業所加算	1. (Ⅰ)→()件 3. (Ⅲ)→()件	2. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅳ)→()件
(2) 特別地域訪問介護加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(3) 中山間地域等における小規模事業所加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(4) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(5) 緊急時訪問介護加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(6) 生活機能向上連携加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(7) 介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅳ)→()件

問3. 職員体制 (2015年10月1日の状況)		
業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数	人	人
01 直接介助に関わる職員(訪問介護員など)	人	人
02 その他職員	人	人
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する職員の総数 ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の記入欄に計上	人	人
01 介護福祉士	人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修修了者、ホームヘルパー1級・2級など)	人	人
03 看護師	人	人
04 准看護師	人	人
05 社会福祉士	人	人
06 精神保健福祉士	人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人
08 管理栄養士	人	人
09 栄養士	人	人
10 歯科衛生士	人	人
その他	11()	人
	12()	人
	13()	人
	14()	人
	15()	人

問4. 利用者の状況 2015年9月実績 ※該当者がいない場合は0を記入してください。								
(1) 要介護度別の利用者実人数	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	その他 人
(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立 人	I 人	IIa 人	IIb 人	IIIa 人	IIIb 人	IV 人	M 人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について	
(1) 認知症の人に対するケアの方針※ ※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。	
① 貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。	1. ある 2. ない
「1. ある」場合、具体的な内容について、200字以内でご記入ください。	
(2) アセスメントの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。 ※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。	
① 貴事業所においては、ケアマネジャーが実施するアセスメントとは別に、事業所としてのアセスメントを実施していますか。	1. 実施している 2. 実施していない
「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。	1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して実施している 3. その他()
「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 民生委員 6. 近隣住民 7. その他()
「1. 実施している」場合、アセスメントを通常実施している項目を○で囲んでください。※複数可	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 居住環境 4. 経済状況 5. 認知機能 6. コミュニケーション能力 7. 基本的日常生活動作(ADL) 8. 手段的日常生活動作(IADL) 9. 身体疾患 10. 身体機能 11. 口腔機能 12. 栄養状態 13. 痛み 14. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 15. 主治医・受診している医療機関の名称 16. 処方されている薬剤の内容 17. 主介護者の希望 18. 主介護者の介護負担・健康状態 19. 本人の希望、興味・関心 20. その他()
「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。	1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE(Mini-Mental State Examination) 3. その他() 4. 特に様式・スケールは使用していない

(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。	
① 認知症の人に対してどのように個別援助計画を作成していますか。	1. 担当者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. ケアマネジャーが作成したケアプランを活用している 4. その他()
② 認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可	1. 本人の希望, 興味・関心に基づく計画づくり 2. 本人が達成感や役割意識を持てるような計画づくり 3. 本人の心身機能の維持・向上ができるような計画づくり 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを維持・強化できる計画づくり 5. その他()
③ 認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。	1. している 2. していない 3. どちらともいえない
(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。	
① 認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	1. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすケア 2. 利用者が役割をもって取り組めるケア 3. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 4. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 5. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 6. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にされたケア 7. IADL の障害に対する日常生活支援 8. ADL 障害に対する介助 9. その他() 10. あてはまるものはない
(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。	
① 認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。	1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
② モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者／介護者自身が感じている状態像の変化 4. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 5. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 6. 利用者の ADL/IADL の状況 7. 個別援助計画変更の必要性 8. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 9. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。

① 認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。	1. ある 2. ない
② 認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。	1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分程度の利用者に対して行っている 3. 半分以下の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない

③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関との程度、連携を行っていますか。				
関係者・関係機関	連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない	
01 主治医	1	2	3	
02 地域包括支援センター	1	2	3	
03 民生委員	1	2	3	
04 近隣住民	1	2	3	
05 町内会・市町村	1	2	3	
06 他の介護サービス事業者	1	2	3	
その他	07()	1	2	3
	08()	1	2	3
	09()	1	2	3
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 3. 緊急時に連携している 4. 特に連携は行っていない 5. その他()			
⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 特に課題と感ずる点はない 6. その他()			
⑥貴事業所では、ケアマネジャーとどのような連携を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 緊急時に連携している 3. その他()			
⑦貴事業所では、ケアマネジャーと連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. ケアマネジャーの認知症へ理解が不足している 2. 職員不足により、連携は負担が大きい 3. 特に連携の必要性を感じていない 4. 特に課題と感ずる点はない 5. その他()			
(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。				
①貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可	1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない			
②貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. サービス担当者会議への出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている。 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()			

【訪問介護】

<p>③貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族が認知症であることを認めようとしていない 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感じる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他() 						
<p>(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。</p>							
<p>①貴事業所における職員の受講実績についてお答えください。</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="695 526 1098 562">01 認知症介護者指導者研修</td> <td data-bbox="1104 526 1481 562">1. いる→()人 2. いない</td> </tr> <tr> <td data-bbox="695 571 1098 607">02 認知症介護実践リーダー研修</td> <td data-bbox="1104 571 1481 607">1. いる→()人 2. いない</td> </tr> <tr> <td data-bbox="695 616 1098 651">03 認知症介護実践者研修</td> <td data-bbox="1104 616 1481 651">1. いる→()人 2. いない</td> </tr> </table>	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない						
02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない						
03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない						
<p>②貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。</p>	<p>1. ある →()回/年 2. ない</p>						
<p>③貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他() 						
<p>④貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 多職種が参加するカンファレンスの開催 2. 家族支援のための実習 3. 問題解決型のグループディスカッション 4. 実地研修 5. その他() 						
<p>⑤貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。</p>	<p>1. ある 2. ない</p>						

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査
【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴事業所において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、2015年10月1日時点の状況についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ () の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、2015年11月★日(★)までにご返送下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話 : 0120-●●●-●●● (平日9時30分～17時30分)

●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●

FAX : 03-●●●-●●● (24時間受付)

E-mail : dementia27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都永田町2-10-3

三菱総合研究所 人間・生活研究本部 社会保障政策グループ内

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報	
(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015年9月実績		
(1) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(2) 短期集中リハビリテーション実施加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(3) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(4) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(5) 社会参加支援加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(6) サービス提供体制強化加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし

問3. 職員体制 (2015年10月1日の状況)		
業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数	人	人
01 直接介助に関わる職員(理学療法士、作業療法士など)	人	人
02 その他職員	人	人
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する職員の総数 ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の記入欄に計上	人	人
01 介護福祉士	人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修修了者、ホームヘルパー1級・2級など)	人	人
03 看護師	人	人
04 准看護師	人	人
05 社会福祉士	人	人
06 精神保健福祉士	人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人
08 管理栄養士	人	人
09 栄養士	人	人
10 歯科衛生士	人	人
その他	11()	人
	12()	人
	13()	人
	14()	人
	15()	人

問4. 利用者の状況 2015年9月実績 ※該当者がいない場合は0を記入してください。								
(1) 要介護度別の利用者実人数	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
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について	
(1) 認知症の人に対するケアの方針※ ※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。	
① 貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。	1. ある 2. ない
「1. ある」場合、具体的な内容について、200字以内でご記入ください。	
(2) アセスメントの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。 ※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。	
① 貴事業所においては、ケアマネジャーが実施するアセスメントとは別に、事業所としてのアセスメントを実施していますか。	1. 実施している 2. 実施していない
「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。	1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して実施している 3. その他()
「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 民生委員 6. 近隣住民 7. その他()
「1. 実施している」場合、アセスメントを通常実施している項目を○で囲んでください。※複数可	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 居住環境 4. 経済状況 5. 認知機能 6. コミュニケーション能力 7. 基本的日常生活動作(ADL) 8. 手段的日常生活動作(IADL) 9. 身体疾患 10. 身体機能 11. 口腔機能 12. 栄養状態 13. 痛み 14. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 15. 主治医・受診している医療機関の名称 16. 処方されている薬剤の内容 17. 主介護者の希望 18. 主介護者の介護負担・健康状態 19. 本人の希望、興味・関心 20. その他()
「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。	1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE(Mini-Mental State Examination) 3. その他() 4. 特に様式・スケールは使用していない

【訪問リハビリテーション】

(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。	
① 認知症の人に対してどのように個別援助計画を作成していますか。	1. 担当者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. ケアマネジャーが作成したケアプランを活用している 4. その他()
② 認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可	1. 本人の希望, 興味・関心に基づく計画づくり 2. 本人が達成感や役割意識を持てるような計画づくり 3. 本人の心身機能の維持・向上ができるような計画づくり 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを維持・強化できる計画づくり 5. その他()
③ 認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。	1. している 2. していない 3. どちらともいえない
(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。	
① 認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	1. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすリハビリ 2. 利用者が役割をもって取り組めるリハビリ 3. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたりリハビリ 4. 認知機能の維持・向上をめざしたりリハビリ 5. 身体機能の維持・向上をめざしたりリハビリ 6. 理学療法士、作業療法士等と一緒に過ごす時間を大切にしたりリハビリ 7. IADL の障害に対する日常生活支援 8. ADL 障害に対する介助 9. その他() 10. あてはまるものはない
(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。	
① 認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。	1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
② モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者／介護者自身が感じている状態像の変化 4. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 5. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 6. 利用者の ADL/IADL の状況 7. 個別援助計画変更の必要性 8. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 9. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。

① 認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。	1. ある 2. ない
② 認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。	1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分程度の利用者に対して行っている 3. 半分以下の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない

③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関との程度、連携を行っていますか。				
関係者・関係機関	連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない	
01 主治医	1	2	3	
02 地域包括支援センター	1	2	3	
03 民生委員	1	2	3	
04 近隣住民	1	2	3	
05 町内会・市町村	1	2	3	
06 他の介護サービス事業者	1	2	3	
その他	07()	1	2	3
	08()	1	2	3
	09()	1	2	3
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 3. 緊急時に連携している 4. 特に連携は行っていない 5. その他()			
⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 特に課題と感ずる点はない 6. その他()			
⑥貴事業所では、ケアマネジャーとどのような連携を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 緊急時に連携している 3. その他()			
⑦貴事業所では、ケアマネジャーと連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. ケアマネジャーの認知症へ理解が不足している 2. 職員不足により、連携は負担が大きい 3. 特に連携の必要性を感じていない 4. 特に課題と感ずる点はない 5. その他()			
(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。				
①貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可	1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない			
②貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. サービス担当者会議への出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている。 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()			

【訪問リハビリテーション】

<p>③貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族が認知症であることを認めようとしていない 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感じる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()</p>						
<p>(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。</p>							
<p>①貴事業所における職員の受講実績についてお答えください。</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="699 526 1098 560">01 認知症介護者指導者研修</td> <td data-bbox="1106 526 1479 560">1. いる→()人 2. いない</td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 571 1098 604">02 認知症介護実践リーダー研修</td> <td data-bbox="1106 571 1479 604">1. いる→()人 2. いない</td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 616 1098 649">03 認知症介護実践者研修</td> <td data-bbox="1106 616 1479 649">1. いる→()人 2. いない</td> </tr> </table>	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない						
02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない						
03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない						
<p>②貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。</p>	<p>1. ある →()回/年 2. ない</p>						
<p>③貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可</p>	<p>1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()</p>						
<p>④貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 多職種が参加するカンファレンスの開催 2. 家族支援のための実習 3. 問題解決型のグループディスカッション 4. 実地研修 5. その他()</p>						
<p>⑤貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。</p>	<p>1. ある 2. ない</p>						

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査
【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴事業所において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、2015年10月1日時点の状況についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ () の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、2015年11月★日(★)までにご返送下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局
 電話 : 0120-●●●●-●●●● (平日9時30分～17時30分)
 ●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●
 F A X : 03-●●●●-●●●● (24時間受付)
 E-mail : dementia27-ml@mri.co.jp
 〒100-8141 東京都永田町2-10-3
 三菱総合研究所 人間・生活研究本部 社会保障政策グループ内

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報	
(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015年9月実績		
(1) 特別地域訪問看護加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(2) 中山間地域等における小規模事業所加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(3) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(4) 緊急時訪問看護加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(5) 特別管理加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(6) ターミナルケア加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(7) 退院時共同指導加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(8) 看護・介護職員連携強化加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(9) 看護体制強化加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(10) サービス提供体制強化加算	1. (イ)→()件 3. (ハ)→()件	2. (ロ)→()件 3. 算定なし

問3. 職員体制 (2015年10月1日の状況)		
業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数	人	人
01 直接介助に関わる職員(看護職員など)	人	人
02 その他職員	人	人
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する職員の総数 ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の記入欄に計上	人	人
01 介護福祉士	人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修修了者、ホームヘルパー1級・2級など)	人	人
03 看護師	人	人
04 准看護師	人	人
05 社会福祉士	人	人
06 精神保健福祉士	人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人
08 管理栄養士	人	人
09 栄養士	人	人
10 歯科衛生士	人	人
その他	11() 12() 13()	人 人 人

【訪問看護】

	14()	人	人
	15()	人	人

問4. 利用者の状況 2015 年 9 月実績

※該当者がいない場合は 0 を記入してください。

(1) 要介護度別の利用者実人数	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
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

① 貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。

1. ある
2. ない

「1. ある」場合、具体的な内容について、200 字以内でご記入ください。

(2) アセスメントの実施状況

貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

① 貴事業所においては、ケアマネジャーが実施するアセスメントとは別に、事業所としてのアセスメントを実施していますか。

1. 実施している
2. 実施していない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。

1. 担当者が単独で実施している
2. 多職種が連携して実施している
3. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可

1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む)
2. 家族・親族
3. 医療機関(主治医含む)
4. ケアマネジャー
5. 民生委員
6. 近隣住民
7. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを通常実施している項目を○で囲んでください。※複数可

1. 生活歴
2. 家族の状況
3. 居住環境
4. 経済状況
5. 認知機能
6. コミュニケーション能力
7. 基本的日常生活動作(ADL)
8. 手段的日常生活動作(IADL)
9. 身体疾患
10. 身体機能
11. 口腔機能
12. 栄養状態
13. 痛み
14. 認知症の行動・心理症状(BPSD)
15. 主治医・受診している医療機関の名称
16. 処方されている薬剤の内容
17. 主介護者の希望
18. 主介護者の介護負担・健康状態
19. 本人の希望、興味・関心
20. その他()

「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用

1. 長谷川式簡易知能評価スケール
2. MMSE(Mini-Mental State Examination)

	している様式・スケールを○で囲んでください。	3. その他() 4. 特に様式・スケールは使用していない
(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。		
① 認知症の人に対してどのように個別援助計画を作成していますか。		1. 担当者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. ケアマネジャーが作成したケアプランを活用している 4. その他()
② 認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。 ※複数可		1. 本人の希望、興味・関心に基づく計画づくり 2. 本人が達成感や役割意識を持てるような計画づくり 3. 本人の心身機能の維持・向上ができるような計画づくり 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを維持・強化できる計画づくり 5. その他()
③ 認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。		1. している 2. していない 3. どちらともいえない
(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。		
① 認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。 ※複数可		1. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすケア 2. 利用者が役割をもって取り組めるケア 3. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 4. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 5. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 6. 看護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 7. IADL の障害に対する日常生活支援 8. ADL 障害に対する介助 9. その他() 10. あてはまるものはない
(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。		
① 認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。		1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
② モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。 ※複数可		1. ケアの内容及び結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者／介護者自身が感じている状態像の変化 4. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 5. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 6. 利用者の ADL/IADL の状況 7. 個別援助計画変更の必要性 8. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 9. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。	1. ある 2. ない
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。	1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分程度の利用者に対して行っている 3. 半分以下の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない
③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関との程度、連携を行っていますか。	
関係者・関係機関	連携している あまり連携していない ほとんど連携していない
01 主治医	1 2 3
02 地域包括支援センター	1 2 3
03 民生委員	1 2 3
04 近隣住民	1 2 3
05 町内会・市町村	1 2 3
06 他の介護サービス事業者	1 2 3
その他	07 () 1 2 3
	08 () 1 2 3
	09 () 1 2 3
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 3. 緊急時に連携している 4. 特に連携は行っていない 5. その他()
⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 特に課題と感ずる点はない 6. その他()
⑥貴事業所では、ケアマネジャーとどのような連携を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 緊急時に連携している 3. その他()
⑦貴事業所では、ケアマネジャーと連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. ケアマネジャーの認知症へ理解が不足している 2. 職員不足により、連携は負担が大きい 3. 特に連携の必要性を感じていない 4. 特に課題と感ずる点はない 5. その他()

(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。		
① 貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可	1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない	
② 貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. サービス担当者会議への出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている。 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()	
③ 貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. 家族が認知症であることを認めようとしな 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感じる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()	
(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。		
① 貴事業所における職員の受講実績についてお答えください。	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
② 貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。	1. ある →()回/年 2. ない	
③ 貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可	1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()	
④ 貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可	1. 多職種が参加するカンファレンスの開催 2. 家族支援のための実習 3. 問題解決型のグループディスカッション 4. 実地研修 5. その他()	
⑤ 貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。	1. ある 2. ない	

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査 【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、**貴事業所において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方**がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、**2015年10月1日時点の状況**についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ () の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2015年11月★日(★)までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話 : 0120-●●●●-●●●● (平日9時30分～17時30分)

●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●

FAX : 03-●●●●-●●●● (24時間受付)

E-mail : dementia27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都永田町2-10-3

三菱総合研究所 人間・生活研究本部 社会保障政策グループ内

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報	
(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)定員数	()人
(5)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015年9月実績	
(1) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(2) 中重度者ケア体制加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(3) 個別機能訓練加算(Ⅰ)	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(4) 個別機能訓練加算(Ⅱ)	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(5) 認知症加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. ケアを提供する体制が確保できない 4. 採算があわない 5. その他()
(6) 若年性認知症利用者受入加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()
(7) 栄養改善加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(8) 口腔機能向上加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(9) 個別送迎体制強化加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(10) 入浴介助体制強化加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(11) サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰ)イ→()件 2. (Ⅰ)ロ→()件 3. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし
(12) 介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 4. (Ⅳ)→()件 5. 算定なし

問3. 職員体制 (2015年10月1日の状況)			
業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)	
①職員の総数	人	人	
01 直接介助に関わる職員(介護職員など)	人	人	
02 相談業務に従事する職員(生活相談員等)	人	人	
03 その他職員	人	人	
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)	
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する 職員の総数 ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の 記入欄に計上	人	人	
01 介護福祉士	人	人	
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修 修了者、ホームヘルパー1級・2級など)	人	人	
03 看護師	人	人	
04 准看護師	人	人	
05 社会福祉士	人	人	
06 精神保健福祉士	人	人	
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人	
08 管理栄養士	人	人	
09 栄養士	人	人	
10 歯科衛生士	人	人	
その他	11()	人	人
	12()	人	人
	13()	人	人
	14()	人	人
	15()	人	人

問4. 利用者の状況 2015年9月実績 ※該当者がいない場合は0を記入してください。								
(1)要介護度別の 利用者実人数	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
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2)認知症高齢者 日常生活自立度 別実人数	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について	
<p>(1) 認知症の人に対するケアの方針※ ※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。</p>	
① 貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。	1. ある 2. ない
「1. ある」場合、具体的な内容について、200字以内でご記入ください。	
<p>(2) アセスメントの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。 ※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。</p>	
① 貴事業所においては、ケアマネジャーが実施するアセスメントとは別に、事業所としてのアセスメントを実施していますか。	1. 実施している 2. 実施していない
「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。	1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して実施している 3. その他()
「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 民生委員 6. 近隣住民 7. その他()
「1. 実施している」場合、アセスメントを通常実施している項目を○で囲んでください。※複数可	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 居住環境 4. 経済状況 5. 認知機能 6. コミュニケーション能力 7. 基本的日常生活動作(ADL) 8. 手段的日常生活動作(IADL) 9. 身体疾患 10. 身体機能 11. 口腔機能 12. 栄養状態 13. 痛み 14. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 15. 主治医・受診している医療機関の名称 16. 処方されている薬剤の内容 17. 主介護者の希望 18. 主介護者の介護負担・健康状態 19. 本人の希望、興味・関心 20. その他()
「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。	1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE(Mini-Mental State Examination) 3. その他() 4. 特に様式・スケールは使用していない
<p>(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。</p>	
① 認知症の人に対してどのように個別援助計画を作成していますか。	1. 担当者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. ケアマネジャーが作成したケアプランを活用している 4. その他()

②認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の希望, 興味・関心に基づく計画づくり 2. 本人が達成感や役割意識を持てるような計画づくり 3. 本人の心身機能の維持・向上ができるような計画づくり 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを維持・強化できる計画づくり 5. その他()
③認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. している 2. していない 3. どちらともいえない
(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。	
①認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にされたケア 10. IADL の障害に対する日常生活支援 11. ADL 障害に対する介助 12. その他() 13. あてはまるものはない
(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。	
①認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
②モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. ケアの内容及び結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者／介護者自身が感じている状態像の変化 4. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 5. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 6. 利用者の ADL/IADL の状況 7. 個別援助計画変更の必要性 8. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 9. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。	1. ある 2. ない
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分程度の利用者に対して行っている 3. 半分以下の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない

③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関との程度、連携を行っていますか。				
関係者・関係機関	連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない	
01 主治医	1	2	3	
02 地域包括支援センター	1	2	3	
03 民生委員	1	2	3	
04 近隣住民	1	2	3	
05 町内会・市町村	1	2	3	
06 他の介護サービス事業者	1	2	3	
その他	07()	1	2	3
	08()	1	2	3
	09()	1	2	3
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 3. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 4. 緊急時に連携している 5. 特に連携は行っていない 6. その他()			
⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 特に課題と感ずる点はない 6. その他()			
⑥貴事業所では、ケアマネジャーとどのような連携を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 緊急時に連携している 3. その他()			
⑦貴事業所では、ケアマネジャーと連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. ケアマネジャーの認知症へ理解が不足している 2. 職員不足により、連携は負担が大きい 3. 特に連携の必要性を感じていない 4. 特に課題と感ずる点はない 5. その他()			
(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。				
①貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可	1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない			
②貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. サービス担当者会議への出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている。 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()			

【通所介護】

<p>③貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族が認知症であることを認めようとしていない 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感じる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()</p>	
<p>(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。</p>		
<p>①貴事業所における職員の受講実績についてお答えください。</p>	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
<p>②貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。</p>	<p>1. ある →()回/年 2. ない</p>	
<p>③貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可</p>	<p>1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()</p>	
<p>④貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 多職種が参加するカンファレンスの開催 2. 家族支援のための実習 3. 問題解決型のグループディスカッション 4. 実地研修 5. その他()</p>	
<p>⑤貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。</p>	<p>1. ある 2. ない</p>	

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査
【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、**貴事業所において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方**がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、**2015年10月1日時点の状況**についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ () の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2015年11月★日(★)までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話 : 0120-●●●●-●●●● (平日9時30分～17時30分)

●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●

FAX : 03-●●●●-●●●● (24時間受付)

E-mail : dementia27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都区永田町2-10-3

三菱総合研究所 人間・生活研究本部 社会保障政策グループ内

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報	
(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)定員数	()人
(5)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015年9月実績	
(1) 理学療法士等体制強化加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(2) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(3) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(4) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(5) 短期集中個別リハビリテーション実施加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(6) 認知症短期集中個別リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
	「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可
	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. サービスを提供する体制が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()
(7) 認知症短期集中個別リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
	「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可
	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. ケアを提供する体制が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()
(8) 生活行為向上リハビリテーション実施加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(9) 若年性認知症利用者受入加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
	「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可
	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()
(10) 栄養改善加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(11) 口腔機能向上加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(12) 重度療養管理加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(13) 中重度者ケア体制加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(14) 社会参加支援加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(15) サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰ)イ→()件 2. (Ⅰ)ロ→()件 3. (Ⅱ)→()件 4. 算定なし
(16) 介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 4. (Ⅳ)→()件 5. 算定なし

問3. 職員体制 (2015年10月1日の状況)			
業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)	
①職員の総数	人	人	
01 直接介助に関わる職員(理学療法士、作業療法士など)	人	人	
02 相談業務に従事する職員(生活相談員等)	人	人	
03 その他職員	人	人	
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)	
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する職員の総数 ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の記入欄に計上	人	人	
01 介護福祉士	人	人	
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修修了者、ホームヘルパー1級・2級など)	人	人	
03 看護師	人	人	
04 准看護師	人	人	
05 社会福祉士	人	人	
06 精神保健福祉士	人	人	
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人	
08 管理栄養士	人	人	
09 栄養士	人	人	
10 歯科衛生士	人	人	
その他	11()	人	人
	12()	人	人
	13()	人	人
	14()	人	人
	15()	人	人

問4. 利用者の状況 2015年9月実績 ※該当者がいない場合は0を記入してください。								
(1)要介護度別の利用者実人数	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
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2)認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について	
(1) 認知症の人に対するケアの方針※ ※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。	
① 貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。	1. ある 2. ない
「1. ある」場合、具体的な内容について、200字以内でご記入ください。	
(2) アセスメントの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。 ※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。	
① 貴事業所においては、ケアマネジャーが実施するアセスメントとは別に、事業所としてのアセスメントを実施していますか。	1. 実施している 2. 実施していない
「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。	1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して実施している 3. その他()
「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 民生委員 6. 近隣住民 7. その他()
「1. 実施している」場合、アセスメントを通常実施している項目を○で囲んでください。※複数可	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 居住環境 4. 経済状況 5. 認知機能 6. コミュニケーション能力 7. 基本的日常生活動作(ADL) 8. 手段的日常生活動作(IADL) 9. 身体疾患 10. 身体機能 11. 口腔機能 12. 栄養状態 13. 痛み 14. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 15. 主治医・受診している医療機関の名称 16. 処方されている薬剤の内容 17. 主介護者の希望 18. 主介護者の介護負担・健康状態 19. 本人の希望、興味・関心 20. その他()
「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。	1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE(Mini-Mental State Examination) 3. その他() 4. 特に様式・スケールは使用していない
(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。	
① 認知症の人に対してどのように個別援助計画を作成していますか。	1. 担当者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. ケアマネジャーが作成したケアプランを活用している 4. その他()

<p>②認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可</p>	<p>1. 本人の希望、興味・関心に基づく計画づくり 2. 本人が達成感や役割意識を持てるような計画づくり 3. 本人の心身機能の維持・向上ができるような計画づくり 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを維持・強化できる計画づくり 5. その他()</p>
<p>③認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。</p>	<p>1. している 2. していない 3. どちらともいえない</p>
<p>(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。</p>	
<p>①認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可</p>	<p>1. 集団で楽しむアクティビティを活用したリハビリ 2. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすリハビリ 3. 利用者が役割をもって取り組めるリハビリ 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたリハビリ 5. 認知機能の維持・向上をめざしたリハビリ 6. 身体機能の維持・向上をめざしたリハビリ 7. 地域の人々との交流をめざしたリハビリ 8. 利用者同士の交流をめざしたリハビリ 9. 理学療法士、作業療法士等と一緒に過ごす時間を大切にしたり 10. IADL の障害に対する日常生活支援 11. ADL 障害に対する介助 12. その他() 13. あてはまるものはない</p>
<p>(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。</p>	
<p>①認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。</p>	<p>1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()</p>
<p>②モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可</p>	<p>1. ケアの内容及び結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者／介護者自身が感じている状態像の変化 4. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 5. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 6. 利用者の ADL/IADL の状況 7. 個別援助計画変更の必要性 8. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 9. その他()</p>

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。

<p>①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。</p>	<p>1. ある 2. ない</p>
<p>②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。</p>	<p>1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分程度の利用者に対して行っている 3. 半分以下の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない</p>

③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関との程度、連携を行っていますか。				
関係者・関係機関	連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない	
01 主治医	1	2	3	
02 地域包括支援センター	1	2	3	
03 民生委員	1	2	3	
04 近隣住民	1	2	3	
05 町内会・市町村	1	2	3	
06 他の介護サービス事業者	1	2	3	
その他	07()	1	2	3
	08()	1	2	3
	09()	1	2	3
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 3. 緊急時に連携している 4. 特に連携は行っていない 5. その他()			
⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 特に課題と感ずる点はない 6. その他()			
⑥貴事業所では、ケアマネジャーとどのような連携を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 緊急時に連携している 3. その他()			
⑦貴事業所では、ケアマネジャーと連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. ケアマネジャーの認知症へ理解が不足している 2. 職員不足により、連携は負担が大きい 3. 特に連携の必要性を感じていない 4. 特に課題と感ずる点はない 5. その他()			
(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。				
①貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可	1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない			
②貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. サービス担当者会議への出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている。 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()			

【通所リハビリテーション】

<p>③貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族が認知症であることを認めようとしていない 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感じる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()</p>						
<p>(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。</p>							
<p>①貴事業所における職員の受講実績についてお答えください。</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="691 517 1098 562">01 認知症介護者指導者研修</td> <td data-bbox="1098 517 1481 562">1. いる→()人 2. いない</td> </tr> <tr> <td data-bbox="691 562 1098 607">02 認知症介護実践リーダー研修</td> <td data-bbox="1098 562 1481 607">1. いる→()人 2. いない</td> </tr> <tr> <td data-bbox="691 607 1098 663">03 認知症介護実践者研修</td> <td data-bbox="1098 607 1481 663">1. いる→()人 2. いない</td> </tr> </table>	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない						
02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない						
03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない						
<p>②貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。</p>	<p>1. ある →()回/年 2. ない</p>						
<p>③貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可</p>	<p>1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()</p>						
<p>④貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 多職種が参加するカンファレンスの開催 2. 家族支援のための実習 3. 問題解決型のグループディスカッション 4. 実地研修 5. その他()</p>						
<p>⑤貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。</p>	<p>1. ある 2. ない</p>						
<p>問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。</p>							
<p> </p>							

■■■ご協力ありがとうございました■■■

【特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅)】

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査 【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴事業所において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、2015年10月1日時点の状況についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ () の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0 (ゼロ) の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、2015年11月★日(★)までにご返送下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話 : 0120-●●●●-●●●● (平日9時30分~17時30分)

●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●

FAX : 03-●●●●-●●●● (24時間受付)

E-mail : dementia27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都永田町2-10-3

三菱総合研究所 人間・生活研究本部 社会保障政策グループ内

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報	
(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)定員数	()人
(5)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

【特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅)】

問2. 加算等の算定状況 2015年9月実績		
(1) 個別機能訓練加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(2) 夜間看護体制加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(3) 医療機関連携加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(4) 障害者等支援加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(5) 看取り介護加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(6) 認知症専門ケア加算	1. (Ⅰ)→()件	2. (Ⅱ)→()件
	3. 算定なし	
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 会議開催が難しい 4. 採算があわない 5. その他()	
(7) サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰ)イ→()件 3. (Ⅱ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅰ)ロ→()件 4. (Ⅲ)→()件
(8) 介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅳ)→()件

問3. 職員体制 (2015年10月1日の状況)		
業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数	人	人
01 直接介助に関わる職員(介護職員など)	人	人
02 相談業務に従事する職員(生活相談員等)	人	人
03 その他職員	人	人
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する 職員の総数 ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の 記入欄に計上	人	人
01 介護福祉士	人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修 修了者、ホームヘルパー1級・2級など)	人	人
03 看護師	人	人
04 准看護師	人	人
05 社会福祉士	人	人
06 精神保健福祉士	人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人
08 管理栄養士	人	人
09 栄養士	人	人
10 歯科衛生士	人	人

【特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）】

その他	11()	人	人
	12()	人	人
	13()	人	人
	14()	人	人
	15()	人	人
(3) 夜間配置人数		①貴事業所のみ専従者	②他事業所との兼務者
		人	人

問4. 利用者の状況 2015年9月実績

※該当者がいない場合は0を記入してください。

(1) 要介護度別の利用者実人数	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
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

①貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。

1. ある
2. ない

「1. ある」場合、具体的な内容について、200字以内でご記入ください。

(2) アセスメントの実施状況

貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

①貴事業所においては、事業所としてのアセスメントを実施していますか。

1. 実施している
2. 実施していない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。

1. 担当者が単独で実施している
2. 多職種が連携して実施している
3. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可

1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む)
2. 家族・親族
3. 医療機関(主治医含む)
4. ケアマネジャー
5. 民生委員
6. 近隣住民
7. その他()

【特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）】

	<p>「1. 実施している」場合、アセスメントを通常実施している項目を○で囲んでください。※複数可</p>	<p>1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 居住環境 4. 経済状況 5. 認知機能 6. コミュニケーション能力 7. 基本的日常生活動作(ADL) 8. 手段的日常生活動作(IADL) 9. 身体疾患 10. 身体機能 11. 口腔機能 12. 栄養状態 13. 痛み 14. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 15. 主治医・受診している医療機関の名称 16. 処方されている薬剤の内容 17. 主介護者の希望 18. 主介護者の介護負担・健康状態 19. 本人の希望、興味・関心 20. その他()</p>
	<p>「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。</p>	<p>1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE (Mini-Mental State Examination) 3. その他() 4. 特に様式・スケールは使用していない</p>
<p>(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。</p>		
<p>① 認知症の人に対してどのように個別援助計画を作成していますか。</p>		<p>1. 担当者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. その他()</p>
<p>② 認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可</p>		<p>1. 本人の希望、興味・関心に基づく計画づくり 2. 本人が達成感や役割意識を持てるような計画づくり 3. 本人の心身機能の維持・向上ができるような計画づくり 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを維持・強化できる計画づくり 5. その他()</p>
<p>③ 認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。</p>		<p>1. している 2. していない 3. どちらともいえない</p>
<p>(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。</p>		
<p>① 認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可</p>		<p>1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にされたケア 10. IADL の障害に対する日常生活支援 11. ADL 障害に対する介助 12. その他() 13. あてはまるものはない</p>
<p>(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。</p>		
<p>① 認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。</p>		<p>1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()</p>

【特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）】

②モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者／介護者自身が感じている状態像の変化 4. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 5. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 6. 利用者の ADL/IADL の状況 7. 個別援助計画変更の必要性 8. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 9. その他()
-----------------------------------	---

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。	1. ある 2. ない			
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。	1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分程度の利用者に対して行っている 3. 半分以下の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない			
③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関との程度、連携を行っていますか。				
関係者・関係機関	連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない	
01 主治医	1	2	3	
02 協力医療機関	1	2	3	
03 地域包括支援センター	1	2	3	
04 民生委員	1	2	3	
05 近隣住民	1	2	3	
06 町内会・市町村	1	2	3	
07 他の介護サービス事業者	1	2	3	
その他	08()	1	2	3
	09()	1	2	3
	10()	1	2	3
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 日常的に訪問診療や往診を実施している 3. カンファレンスに出席を求めている 4. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 5. 緊急時に連携している 6. 特に連携は行っていない 7. その他()			
⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。※複数可	1. 訪問診療に対応する医師の確保が困難である 2. 認知症の専門医が地域にいない 3. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 4. 連携のコストが経営的に見合わない 5. 職員不足により、連携は負担が大きい 6. 特に課題と感ずる点はない 7. その他()			

【特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）】

(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。		
① 貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない 	
② 貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. カンファレンスへの出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている。 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他() 	
③ 貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族が認知症であることを認めようとしなない 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感ずる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他() 	
(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。		
① 貴事業所における職員の受講実績についてお答えください。	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
② 貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。	1. ある →()回/年 2. ない	
③ 貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他() 	
④ 貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 多職種が参加するカンファレンスの開催 2. 家族支援のための実習 3. 問題解決型のグループディスカッション 4. 実地研修 5. その他() 	
⑤ 貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。	1. ある 2. ない	

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査
【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴施設において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、2015年10月1日時点の状況についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ () の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、2015年11月★日(★)までにご返送下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局
 電話 : 0120-●●●●-●●●● (平日9時30分～17時30分)
 ●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●
 FAX : 03-●●●●-●●●● (24時間受付)
 E-mail : dementia27-ml@mri.co.jp
 〒100-8141 東京都永田町2-10-3
 三菱総合研究所 人間・生活研究本部 社会保障政策グループ内

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報	
(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 社団・財団法人 5. 特定非営利活動法人 6. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)定員数	()人
(5)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含まれます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015年9月実績	
(1) 日常生活継続支援加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(2) 看護体制加算(Ⅰ)	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(3) 看護体制加算(Ⅱ)	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(4) 夜勤職員配置加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(5) 準ユニットケア加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(6) 個別機能訓練加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(7) 若年性認知症入所者受入加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()
(8) 退所時等相談援助加算	1. (1)→()件 2. (2)→()件 3. (3)→()件 4. (4)→()件 5. 算定なし
(9) 栄養マネジメント加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(10) 経口移行加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(11) 経口維持加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. 算定なし
(12) 口腔衛生管理体制加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(13) 口腔衛生管理加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(14) 療養食加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(15) 看取り介護加算	1. (1)→()件 2. (2)→()件 3. (3)→()件 4. 算定なし
(16) 在宅復帰支援機能加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(17) 在宅・入所相互利用加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(18) 認知症専門ケア加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. 算定なし
	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 会議開催が難しい 4. 研修開催が難しい 5. 採算があわない 6. その他()
(19) 認知症行動・心理症状緊急対応加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 設備が確保できない 4. 採算があわない 5. その他()
(20) サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰイ)→()件 2. (Ⅰロ)→()件 3. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅲ)→()件

	5. 算定なし
(21)介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 4. (Ⅳ)→()件 5. 算定なし

問3. 職員体制 (2015年10月1日の状況)		
業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数	人	人
01 直接介助に関わる職員(介護職員など)	人	人
02 相談業務に従事する職員(生活相談員等)	人	人
03 その他職員	人	人
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する 職員の総数 ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の 記入欄に計上	人	人
01 介護福祉士	人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修 修了者、ホームヘルパー1級・2級など)	人	人
03 看護師	人	人
04 准看護師	人	人
05 社会福祉士	人	人
06 精神保健福祉士	人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人
08 管理栄養士	人	人
09 栄養士	人	人
10 歯科衛生士	人	人
その他	11()	人
	12()	人
	13()	人
	14()	人
	15()	人
(3)夜間配置人数	①貴事業所のみ専従者 人	②他事業所との兼務者 人

問4. 利用者の状況 2015年9月実績

※該当者がいない場合は0を記入してください。

(1) 要介護度別の利用者実人数	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
	人	人	人	人	人	人	人	人

(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

① 貴施設においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。	1. ある 2. ない
「1. ある」場合、具体的な内容について、200字以内でご記入ください。	

(2) アセスメントの実施状況

貴施設における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

① 貴施設においては、施設としてのアセスメントを実施していますか。	1. 実施している 2. 実施していない
「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。	1. ケアマネジャーが単独で実施している 2. 多職種が連携して実施している 3. その他()
「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 民生委員 6. 近隣住民 7. その他()
「1. 実施している」場合、アセスメントを通常実施している項目を○で囲んでください。※複数可	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 居住環境 4. 経済状況 5. 認知機能 6. コミュニケーション能力 7. 基本的日常生活動作(ADL) 8. 手段的日常生活動作(IADL) 9. 身体疾患 10. 身体機能 11. 口腔機能 12. 栄養状態 13. 痛み 14. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 15. 主治医・受診している医療機関の名称 16. 処方されている薬剤の内容 17. 主介護者の希望 18. 主介護者の介護負担・健康状態 19. 本人の希望、興味・関心 20. その他()
「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。	1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE(Mini-Mental State Examination) 3. その他() 4. 特に様式・スケールは使用していない

(3) 個別援助計画の作成状況 貴施設における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。	
①認知症の人に対してどのように個別援助計画を作成していますか。	1. ケアマネジャーが単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. その他()
②認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可	1. 本人の希望、興味・関心に基づく計画づくり 2. 本人が達成感や役割意識を持てるような計画づくり 3. 本人の心身機能の維持・向上ができるような計画づくり 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを維持・強化できる計画づくり 5. その他()
③認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。	1. している 2. していない 3. どちらともいえない
(4) 認知症のケアの内容 貴施設における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。	
①認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. IADLの障害に対する日常生活支援 11. ADL障害に対する介助 12. その他() 13. あてはまるものはない
(5) モニタリングの実施状況 貴施設における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。	
①認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。	1. ケアマネジャーが単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
②モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者／介護者自身が感じている状態像の変化 4. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 5. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 6. 利用者のADL/IADLの状況 7. 個別援助計画変更の必要性 8. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 9. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。	
①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。	1. ある 2. ない
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。	1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分程度の利用者に対して行っている 3. 半分以下の利用者に対して行っている

4. 全く行っていない				
③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関との程度、連携を行っていますか。				
関係者・関係機関	連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない	
01 主治医	1	2	3	
02 協力医療機関	1	2	3	
03 地域包括支援センター	1	2	3	
04 民生委員	1	2	3	
05 近隣住民	1	2	3	
06 町内会・市町村	1	2	3	
その他	07()	1	2	3
	08()	1	2	3
	09()	1	2	3
④貴施設では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 日常的に訪問診療や往診を実施している 3. カンファレンスに出席を求めている 4. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 5. 緊急時に連携している 6. 特に連携は行っていない 7. その他()			
⑤貴施設では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. 訪問診療に対応する医師の確保が困難である 2. 認知症の専門医が地域にいない 3. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 4. 連携のコストが経営的に見合わない 5. 職員不足により、連携は負担が大きい 6. 特に課題と感ずる点はない 7. その他()			
(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。				
①貴施設では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可	1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない			
②貴施設では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. カンファレンスへの出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている。 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()			
③貴施設では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. 家族が認知症であることを認めようとしていない 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感ずる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()			

(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。		
① 貴施設における職員の受講実績についてお答えください。	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
② 貴施設では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。	1. ある →()回/年 2. ない	
③ 貴施設では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可	1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()	
④ 貴施設では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可	1. 多職種が参加するカンファレンスの開催 2. 家族支援のための実習 3. 問題解決型のグループディスカッション 4. 実地研修 5. その他()	
⑤ 貴施設では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。	1. ある 2. ない	

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査
【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴施設において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、2015年10月1日時点の状況についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ () の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、2015年11月★日(★)までにご返送下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局
 電話 : 0120-●●●●-●●●● (平日9時30分～17時30分)
 ●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●
 F A X : 03-●●●●-●●●● (24時間受付)
 E-mail : dementia27-ml@mri.co.jp
 〒100-8141 東京都永田町2-10-3
 三菱総合研究所 人間・生活研究本部 社会保障政策グループ内

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報	
(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 社団・財団法人 5. 特定非営利活動法人 6. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)定員数	()人
(5)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015年9月実績	
(1)夜勤職員配置加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(2)短期集中リハビリテーション実施加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(3)認知症短期集中リハビリテーション実施加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()
(4)認知症ケア加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()
(5)若年性認知症入所者受入加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()
(6)在宅復帰・在宅療養支援機能加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(7)ターミナルケア加算	1. (1)→()件 2. (2)→()件 3. (3)→()件 4. 算定なし
(8)療養体制維持特別加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(9)入所前後訪問指導加算(Ⅰ)	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(10)入所前後訪問指導加算(Ⅱ)	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(11)退所時指導等加算	1. (1)→()件 2. (2)→()件 3. 算定なし
(12)栄養マネジメント加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(13)経口移行加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(14)経口維持加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. 算定なし
(15)口腔衛生管理体制加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(16)口腔衛生管理加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(17)療養食加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(18)在宅復帰支援機能加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(19)認知症専門ケア加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 会議開催があわない 4. 採算があわない 5. その他()
(20)認知症行動・心理症状緊急対応加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし

【介護老人保健施設】

	「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 設備が確保できない 4. 採算があわない 5. その他()
(21) 認知症情報提供加算		1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. 算定なし
	「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 体制が確保できない 3. 本人または家族の同意が得られない 4. 紹介先の医療機関がない 5. 採算が合わない 6. その他()
(22) 地域連携診療計画情報提供加算		1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(23) サービス提供体制強化加算		1. (Ⅰイ)→()件 2. (Ⅰロ)→()件 3. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし
(24) 介護職員処遇改善加算		1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 4. (Ⅳ)→()件 5. 算定なし

問3. 職員体制 (2015年10月1日の状況)		
業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数	人	人
01 直接介助に関わる職員(介護職員など)	人	人
02 相談業務に従事する職員(生活相談員等)	人	人
03 その他職員	人	人
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する職員の総数 ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の記入欄に計上	人	人
01 介護福祉士	人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修修了者、ホームヘルパー1級・2級など)	人	人
03 看護師	人	人
04 准看護師	人	人
05 社会福祉士	人	人
06 精神保健福祉士	人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人
08 管理栄養士	人	人
09 栄養士	人	人
10 歯科衛生士	人	人

その他	11()	人	人
	12()	人	人
	13()	人	人
	14()	人	人
	15()	人	人
(3) 夜間配置人数		① 貴施設のみ専従者	② 他事業所との兼務者
		人	人

問4. 利用者の状況 2015年9月実績 ※該当者がいない場合は0を記入してください。								
(1) 要介護度別の利用者実人数	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
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について	
(1) 認知症の人に対するケアの方針※ ※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。	
① 貴施設においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。	1. ある 2. ない
「1. ある」場合、具体的な内容について、200字以内でご記入ください。	
(2) アセスメントの実施状況 貴施設における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。 ※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。	
① 貴施設においては、施設としてのアセスメントを実施していますか。	1. 実施している 2. 実施していない
「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。	1. ケアマネジャーが単独で実施している 2. 多職種が連携して実施している 3. その他()
「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 民生委員 6. 近隣住民 7. その他()

	<p>「1. 実施している」場合、アセスメントを通常実施している項目を○で囲んでください。※複数可</p>	<p>1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 居住環境 4. 経済状況 5. 認知機能 6. コミュニケーション能力 7. 基本的日常生活動作(ADL) 8. 手段的日常生活動作(IADL) 9. 身体疾患 10. 身体機能 11. 口腔機能 12. 栄養状態 13. 痛み 14. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 15. 主治医・受診している医療機関の名称 16. 処方されている薬剤の内容 17. 主介護者の希望 18. 主介護者の介護負担・健康状態 19. 本人の希望、興味・関心 20. その他()</p>
	<p>「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。</p>	<p>1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE (Mini-Mental State Examination) 3. その他() 4. 特に様式・スケールは使用していない</p>
<p>(3) 個別援助計画の作成状況 貴施設における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。</p>		
<p>① 認知症の人に対してどのように個別援助計画を作成していますか。</p>		<p>1. ケアマネジャーが単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. その他()</p>
<p>② 認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可</p>		<p>1. 本人の希望、興味・関心に基づく計画づくり 2. 本人が達成感や役割意識を持てるような計画づくり 3. 本人の心身機能の維持・向上ができるような計画づくり 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを維持・強化できる計画づくり 5. その他()</p>
<p>③ 認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。</p>		<p>1. している 2. していない 3. どちらともいえない</p>
<p>(4) 認知症のケアの内容 貴施設における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。</p>		
<p>① 認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可</p>		<p>1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にされたケア 10. IADL の障害に対する日常生活支援 11. ADL 障害に対する介助 12. その他() 13. あてはまるものはない</p>
<p>(5) モニタリングの実施状況 貴施設における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。</p>		
<p>① 認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。</p>		<p>1. ケアマネジャーが単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()</p>

<p>②モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ケアの内容及び結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者／介護者自身が感じている状態像の変化 4. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 5. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 6. 利用者の ADL/IADL の状況 7. 個別援助計画変更の必要性 8. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 9. その他()
--	---

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

<p>(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。</p>			
<p>①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。</p>	<p>1. ある 2. ない</p>		
<p>②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分程度の利用者に対して行っている 3. 半分以下の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない 		
<p>③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関とどの程度、連携を行っていますか。</p>			
<p>関係者・関係機関</p>	<p>連携している</p>	<p>あまり連携していない</p>	<p>ほとんど連携していない</p>
<p>01 主治医</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>
<p>02 協力医療機関</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>
<p>03 地域包括支援センター</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>
<p>04 民生委員</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>
<p>05 近隣住民</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>
<p>06 町内会・市町村</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>
<p>その他</p>	<p>07()</p>	<p>1</p>	<p>2</p>
	<p>08()</p>	<p>1</p>	<p>2</p>
	<p>09()</p>	<p>1</p>	<p>2</p>
<p>④貴施設では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 日常的に訪問診療や往診を実施している 3. カンファレンスに出席を求めている 4. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 5. 緊急時に連携している 6. 特に連携は行っていない 7. その他() 		
<p>⑤貴施設では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 訪問診療に対応する医師の確保が困難である 2. 認知症の専門医が地域にいない 3. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 4. 連携のコストが経営的に見合わない 5. 職員不足により、連携は負担が大きい 6. 特に課題と感ずる点はない 7. その他() 		

(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。		
① 貴施設では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可	1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない	
② 貴施設では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. カンファレンスへの出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている。 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()	
③ 貴施設では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. 家族が認知症であることを認めようとしな 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感じる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()	
(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。		
① 貴施設における職員の受講実績についてお答えください。	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
② 貴施設では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。	1. ある →()回/年 2. ない	
③ 貴施設では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可	1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()	
④ 貴施設では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可	1. 多職種が参加するカンファレンスの開催 2. 家族支援のための実習 3. 問題解決型のグループディスカッション 4. 実地研修 5. その他()	
⑤ 貴施設では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。	1. ある 2. ない	

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査
【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴施設において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、2015年10月1日時点の状況についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ () の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、2015年11月★日(★)までにご返送下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話 : 0120-●●●●-●●●● (平日9時30分～17時30分)

●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●

FAX : 03-●●●●-●●●● (24時間受付)

E-mail : dementia27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都区永田町2-10-3

三菱総合研究所 人間・生活研究本部 社会保障政策グループ内

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報	
(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 医療法人 3. 社団・財団法人 4. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)病床数	()人
(5)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015年9月実績	
①介護療養病床を有する病院・診療所における介護療養施設サービス	
(1)夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準の区分による加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 4. (Ⅳ)→()件 5. 算定なし
(2)若年性認知症患者受入加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. ケアを提供する体制が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()
(3)退院前訪問指導加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(4)退院後訪問指導加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(5)退院時指導加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(6)退院時情報提供加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(7)退院前連携加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(8)老人訪問看護指示加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(9)栄養マネジメント加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(10)経口移行加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(11)経口維持加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. 算定なし
(12)口腔衛生管理体制加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(13)口腔衛生管理加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(14)療養食加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(15)在宅復帰支援機能加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(16)認知症専門ケア加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 会議開催が難しい 4. 研修開催が難しい 5. 採算があわない 6. その他()
(17)認知症行動・心理症状緊急対応加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 設備が確保できない 4. 採算があわない 5. その他()
(18)サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰイ)→()件 2. (Ⅰロ)→()件 3. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし

(19)介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅳ)→()件
②老人性認知症疾患療養病棟を有する病院における介護療養施設サービス		
(1)退院前訪問指導加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(2)退院後訪問指導加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(3)退院時指導加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(4)退院時情報提供加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(5)退院前連携加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(6)老人訪問看護指示加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(7)栄養マネジメント加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(8)経口移行加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(9)経口維持加算	1. (Ⅰ)→()件 3. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件
(11)口腔衛生管理体制加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(12)口腔衛生管理加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(13)療養食加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(14)在宅復帰支援機能加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(15)サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰイ)→()件 3. (Ⅱ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅰロ)→()件 4. (Ⅲ)→()件
(16)介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅳ)→()件

問3. 職員体制 (2015年10月1日の状況)				
業務内容別の職員体制			(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数			人	人
01	直接介助に関わる職員(介護職員など)		人	人
02	相談業務に従事する職員(生活相談員等)		人	人
03	その他職員		人	人
資格別の職員体制			(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する 職員の総数 ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の 記入欄に計上			人	人
01	介護福祉士		人	人
02	その他の介護職員(介護職員初任者研修 了者、ホームヘルパー1級・2級など)		人	人
03	看護師		人	人
04	准看護師		人	人
05	社会福祉士		人	人
06	精神保健福祉士		人	人
07	作業療法士・理学療法士・言語聴覚士		人	人
08	管理栄養士		人	人
09	栄養士		人	人
10	歯科衛生士		人	人
その他	11()		人	人
	12()		人	人
	13()		人	人
	14()		人	人
	15()		人	人
(3)夜間配置人数			①貴施設のみ専従者 人	②他事業所との兼務者 人

問4. 利用者の状況 2015年9月実績 ※該当者がいない場合は0を記入してください。								
(1)要介護度別の 利用者実人数	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
		人	人	人	人	人	人	人
(2)認知症高齢者 日常生活自立度 別実人数	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について	
(1) 認知症の人に対するケアの方針※ ※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。	
① 貴施設においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。	1. ある 2. ない
「1. ある」場合、具体的な内容について、200字以内でご記入ください。	
(2) アセスメントの実施状況 貴施設における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。 ※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。	
① 貴施設においては、施設としてのアセスメントを実施していますか。	1. 実施している 2. 実施していない
「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。	1. ケアマネジャーが単独で実施している 2. 多職種が連携して実施している 3. その他()
「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 民生委員 6. 近隣住民 7. その他()
「1. 実施している」場合、アセスメントを通常実施している項目を○で囲んでください。※複数可	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 居住環境 4. 経済状況 5. 認知機能 6. コミュニケーション能力 7. 基本的日常生活動作(ADL) 8. 手段的日常生活動作(IADL) 9. 身体疾患 10. 身体機能 11. 口腔機能 12. 栄養状態 13. 痛み 14. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 15. 主治医・受診している医療機関の名称 16. 処方されている薬剤の内容 17. 主介護者の希望 18. 主介護者の介護負担・健康状態 19. 本人の希望、興味・関心 20. その他()
「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。	1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE(Mini-Mental State Examination) 3. その他() 4. 特に様式・スケールは使用していない
(3) 個別援助計画の作成状況 貴施設における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。	
① 認知症の人に対してどのように個別援助計画を作成していますか。	1. ケアマネジャーが単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. その他()
② 認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可	1. 本人の希望、興味・関心に基づく計画づくり 2. 本人が達成感や役割意識を持てるような計画づくり 3. 本人の心身機能の維持・向上ができるような計画づくり 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを維持・強化できる計画づくり 5. その他()

③認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。	1. している 2. していない 3. どちらともいえない
(4) 認知症のケアの内容 貴施設における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。	
①認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にされたケア 10. IADL の障害に対する日常生活支援 11. ADL 障害に対する介助 12. その他() 13. あてはまるものはない
(5) モニタリングの実施状況 貴施設における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。	
①認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。	1. ケアマネジャーが単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
②モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者／介護者自身が感じている状態像の変化 4. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 5. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 6. 利用者の ADL/IADL の状況 7. 個別援助計画変更の必要性 8. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 9. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。	1. ある 2. ない		
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。	1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分程度の利用者に対して行っている 3. 半分以下の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない		
③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関とどの程度、連携を行っていますか。			
関係者・関係機関	連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない
01 主治医	1	2	3
02 地域包括支援センター	1	2	3
03 民生委員	1	2	3
04 近隣住民	1	2	3
05 町内会・市町村	1	2	3

その他	06()	1	2	3
	07()	1	2	3
	08()	1	2	3
④貴施設では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. カンファレンスに出席を求めている 3. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 4. 緊急時に連携している 5. 特に連携は行っていない 6. その他()		
⑤貴施設では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可		1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 特に課題と感ずる点はない 6. その他()		
(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。				
①貴施設では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可		1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない		
②貴施設では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可		1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. カンファレンスへの出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている。 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()		
③貴施設では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可		1. 家族が認知症であることを認めようとしな 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感ずる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()		
(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。				
①貴施設における職員の受講実績についてお答えください。		01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない	
		02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない	
		03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない	
②貴施設では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。		1. ある →()回/年 2. ない		
③貴施設では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可		1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()		

④貴施設では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可	1. 多職種が参加するカンファレンスの開催 2. 家族支援のための実習 3. 問題解決型のグループディスカッション 4. 実地研修 5. その他()
⑤貴施設では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。	1. ある 2. ない

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査 【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴事業所において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、2015年10月1日時点の状況についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ () の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、2015年11月★日(★)までにご返送下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話 : 0120-●●●●-●●●● (平日9時30分～17時30分)

●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●

FAX : 03-●●●●-●●●● (24時間受付)

E-mail : dementia27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都永田町2-10-3

三菱総合研究所 人間・生活研究本部 社会保障政策グループ内

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報	
(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

問2. 加算等の算定状況 2015年9月実績		
(1) 特別地域定期巡回・随時対応型訪問介護看護加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(2) 中山間地域等における小規模事業所加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(3) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(4) 緊急時訪問看護加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(5) 特別管理加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(6) ターミナルケア加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(7) 退院時共同指導加算 一体型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所であって訪問看護サービスが必要な者のみ算定可能	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(8) 総合マネジメント体制強化加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(9) サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰイ)→()件 3. (Ⅱ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅰロ)→()件 4. (Ⅲ)→()件
(10) 介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅳ)→()件

問3. 職員体制 (2015年10月1日の状況)		
業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数	人	人
01 直接介助に関わる職員(介護職員など)	人	人
02 その他職員	人	人
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する職員の総数 ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の記入欄に計上	人	人
01 介護福祉士	人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修修了者、ホームヘルパー1級・2級など)	人	人
03 看護師	人	人
04 准看護師	人	人
05 社会福祉士	人	人
06 精神保健福祉士	人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人
08 管理栄養士	人	人
09 栄養士	人	人

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

10 歯科衛生士		人	人
その他	11()	人	人
	12()	人	人
	13()	人	人
	14()	人	人
	15()	人	人

問4. 利用者の状況 2015年9月実績

※該当者がいない場合は0を記入してください。

(1) 要介護度別の利用者実人数	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
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

① 貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。

1. ある
2. ない

「1. ある」場合、具体的な内容について、200字以内でご記入ください。

(2) アセスメントの実施状況

貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

① 貴事業所においては、ケアマネジャーが実施するアセスメントとは別に、事業所としてのアセスメントを実施していますか。

1. 実施している
2. 実施していない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。

1. 担当者が単独で実施している
2. 多職種が連携して実施している
3. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可

1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む)
2. 家族・親族
3. 医療機関(主治医含む)
4. ケアマネジャー
5. 民生委員
6. 近隣住民
7. その他()

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

	<p>「1. 実施している」場合、アセスメントを通常実施している項目を○で囲んでください。※複数可</p>	<p>1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 居住環境 4. 経済状況 5. 認知機能 6. コミュニケーション能力 7. 基本的日常生活動作(ADL) 8. 手段的日常生活動作(IADL) 9. 身体疾患 10. 身体機能 11. 口腔機能 12. 栄養状態 13. 痛み 14. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 15. 主治医・受診している医療機関の名称 16. 処方されている薬剤の内容 17. 主介護者の希望 18. 主介護者の介護負担・健康状態 19. 本人の希望、興味・関心 20. その他()</p>
	<p>「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。</p>	<p>1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE (Mini-Mental State Examination) 3. その他() 4. 特に様式・スケールは使用していない</p>
<p>(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。</p>		
<p>① 認知症の人に対してどのように個別援助計画を作成していますか。</p>	<p>1. 計画作成責任者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. ケアマネジャーが作成したケアプランを活用している 4. その他()</p>	
<p>② 認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可</p>	<p>1. 本人の希望、興味・関心に基づく計画づくり 2. 本人が達成感や役割意識を持てるような計画づくり 3. 本人の心身機能の維持・向上ができるような計画づくり 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを維持・強化できる計画づくり 5. その他()</p>	
<p>③ 認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。</p>	<p>1. している 2. していない 3. どちらともいえない</p>	
<p>(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。</p>		
<p>① 認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可</p>	<p>1. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすケア 2. 利用者が役割をもって取り組めるケア 3. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 4. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 5. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 6. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にされたケア 7. IADL の障害に対する日常生活支援 8. ADL 障害に対する介助 9. その他() 10. あてはまるものはない</p>	
<p>(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。</p>		
<p>① 認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。</p>	<p>1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()</p>	

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

②モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者／介護者自身が感じている状態像の変化 4. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 5. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 6. 利用者の ADL/IADL の状況 7. 個別援助計画変更の必要性 8. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 9. その他()
-----------------------------------	---

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。	1. ある 2. ない		
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。	1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分程度の利用者に対して行っている 3. 半分以下の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない		
③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関との程度、連携を行っていますか。			
関係者・関係機関	連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない
01 主治医	1	2	3
02 地域包括支援センター	1	2	3
03 民生委員	1	2	3
04 近隣住民	1	2	3
05 町内会・市町村	1	2	3
06 他の介護サービス事業者	1	2	3
その他	07()	1	2
	08()	1	2
	09()	1	2
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 3. 緊急時に連携している 4. 特に連携は行っていない 5. その他()		
⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。※複数可	1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 特に課題と感ずる点はない 6. その他()		
⑥貴事業所では、ケアマネジャーとどのような連携を行っていますか。※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 緊急時に連携している 3. その他()		

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

<p>⑦貴事業所では、ケアマネジャーと連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. ケアマネジャーの認知症へ理解が不足している 2. 職員不足により、連携は負担が大きい 3. 特に連携の必要性を感じていない 4. 特に課題と感ずる点はない 5. その他()</p>
(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。	
<p>①貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない</p>
<p>②貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. サービス担当者会議への出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている。 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()</p>
<p>③貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族が認知症であることを認めようとし 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感ずる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()</p>
(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。	
<p>①貴事業所における職員の受講実績についてお答えください。</p>	<p>01 認知症介護者指導者研修 1. いる→()人 2. いない</p>
	<p>02 認知症介護実践リーダー研修 1. いる→()人 2. いない</p>
	<p>03 認知症介護実践者研修 1. いる→()人 2. いない</p>
<p>②貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。</p>	<p>1. ある →()回/年 2. ない</p>
<p>③貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可</p>	<p>1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()</p>
<p>④貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 多職種が参加するカンファレンスの開催 2. 家族支援のための実習 3. 問題解決型のグループディスカッション 4. 実地研修 5. その他()</p>
<p>⑤貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。</p>	<p>1. ある 2. ない</p>

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査
【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴事業所において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、2015年10月1日時点の状況についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ () の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、2015年11月★日(★)までにご返送下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局
 電話 : 0120-●●●●-●●●● (平日9時30分～17時30分)
 ●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●
 F A X : 03-●●●●-●●●● (24時間受付)
 E-mail : dementia27-ml@mri.co.jp
 〒100-8141 東京都永田町2-10-3
 三菱総合研究所 人間・生活研究本部 社会保障政策グループ内

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報	
(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)定員数	()人
(5)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015年9月実績		
(1)個別機能訓練加算		1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(2)若年性認知症利用者受入加算		1. 算定あり→()件 2. 算定なし
	「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 体制が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()
(3)栄養改善加算		1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(4)口腔機能向上加算		1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(5)サービス提供体制強化加算		1. (Iイ)→()件 2. (Iロ)→()件 3. (II)→()件 4. 算定なし
(6)介護職員処遇改善加算		1. (I)→()件 2. (II)→()件 3. (III)→()件 4. (IV)→()件 5. 算定なし

問3. 職員体制 (2015年10月1日の状況)		
業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数	人	人
01 直接介助に関わる職員(介護職員など)	人	人
02 相談業務に従事する職員(生活相談員等)	人	人
03 その他職員	人	人
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する 職員の総数 ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の 記入欄に計上	人	人
01 介護福祉士	人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修修 了者、ホームヘルパー1級・2級など)	人	人
03 看護師	人	人
04 准看護師	人	人
05 社会福祉士	人	人
06 精神保健福祉士	人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人
08 管理栄養士	人	人
09 栄養士	人	人
10 歯科衛生士	人	人
その他	11()	人
	12()	人
	13()	人

【認知症対応型通所介護】

14()	人	人
15()	人	人

問4. 利用者の状況 2015年9月実績

※該当者がいない場合は0を記入してください。

(1) 要介護度別の利用者実人数	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
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

① 貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。

1. ある
2. ない

「1. ある」場合、具体的な内容について、200字以内でご記入ください。

(2) アセスメントの実施状況

貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

① 貴事業所においては、ケアマネジャーが実施するアセスメントとは別に、事業所としてのアセスメントを実施していますか。

1. 実施している
2. 実施していない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。

1. 担当者が単独で実施している
2. 多職種が連携して実施している
3. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可

1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む)
2. 家族・親族
3. 医療機関(主治医含む)
4. ケアマネジャー
5. 民生委員
6. 近隣住民
7. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを通常実施している項目を○で囲んでください。※複数可

1. 生活歴
2. 家族の状況
3. 居住環境
4. 経済状況
5. 認知機能
6. コミュニケーション能力
7. 基本的日常生活動作(ADL)
8. 手段的日常生活動作(IADL)
9. 身体疾患
10. 身体機能
11. 口腔機能
12. 栄養状態
13. 痛み
14. 認知症の行動・心理症状(BPSD)
15. 主治医・受診している医療機関の名称
16. 処方されている薬剤の内容
17. 主介護者の希望
18. 主介護者の介護負担・健康状態
19. 本人の希望、興味・関心
20. その他()

<p>「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE (Mini-Mental State Examination) 3. その他() 4. 特に様式・スケールは使用していない
<p>(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。</p>	
<p>① 認知症の人に対してどのように個別援助計画を作成していますか。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 担当者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. ケアマネジャーが作成したケアプランを活用している 4. その他()
<p>② 認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の希望、興味・関心に基づく計画づくり 2. 本人が達成感や役割意識を持てるような計画づくり 3. 本人の心身機能の維持・向上ができるような計画づくり 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを維持・強化できる計画づくり 5. その他()
<p>③ 認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. している 2. していない 3. どちらともいえない
<p>(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。</p>	
<p>① 認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. IADL の障害に対する日常生活支援 11. ADL 障害に対する介助 12. その他() 13. あてはまるものはない
<p>(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。</p>	
<p>① 認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
<p>② モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ケアの内容及び結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者／介護者自身が感じている状態像の変化 4. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 5. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 6. 利用者の ADL/IADL の状況 7. 個別援助計画変更の必要性 8. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 9. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。

① 認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。				1. ある 2. ない				
② 認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。				1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分程度の利用者に対して行っている 3. 半分以下の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない				
③ 認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関との程度、連携を行っていますか。								
関係者・関係機関		連携している		あまり連携していない		ほとんど連携していない		
01 主治医		1		2		3		
02 地域包括支援センター		1		2		3		
03 民生委員		1		2		3		
04 近隣住民		1		2		3		
05 町内会・市町村		1		2		3		
06 他の介護サービス事業者		1		2		3		
その他	07 ()		1		2		3	
	08 ()		1		2		3	
	09 ()		1		2		3	
④ 貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可				1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 3. 緊急時に連携している 4. 特に連携は行っていない 5. その他 ()				
⑤ 貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可				1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 特に課題と感ずる点はない 6. その他 ()				
⑥ 貴事業所では、ケアマネジャーとどのような連携を行っていますか。 ※複数可				1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 緊急時に連携している 3. その他 ()				
⑦ 貴事業所では、ケアマネジャーと連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可				1. ケアマネジャーの認知症へ理解が不足している 2. 職員不足により、連携は負担が大きい 3. 特に連携の必要性を感じていない 4. 特に課題と感ずる点はない 5. その他 ()				

(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。		
① 貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない 	
② 貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. サービス担当者会議への出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている。 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他() 	
③ 貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族が認知症であることを認めようとしにくい 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感じる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他() 	
(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。		
① 貴事業所における職員の受講実績についてお答えください。	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
② 貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。	1. ある →()回/年 2. ない	
③ 貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他() 	
④ 貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 多職種が参加するカンファレンスの開催 2. 家族支援のための実習 3. 問題解決型のグループディスカッション 4. 実地研修 5. その他() 	
⑤ 貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。	1. ある 2. ない	

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査
【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴事業所において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、2015年10月1日時点の状況についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ ()の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、2015年11月★日(★)までにご返送下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話 : 0120-●●●●-●●●● (平日9時30分~17時30分)

●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●

FAX : 03-●●●●-●●●● (24時間受付)

E-mail : dementia27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都永田町2-10-3

三菱総合研究所 人間・生活研究本部 社会保障政策グループ内

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報	
(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)登録者数	()人
(5)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015年9月実績	
(1) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(2) 認知症加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. 算定なし
「3. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 体制が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()
(3) 看護職員配置加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 4. 算定なし
(4) 看取り連携体制加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(5) 訪問体制強化加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(6) 総合マネジメント体制強化加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(7) サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰイ)→()件 2. (Ⅰロ)→()件 3. (Ⅱ)→()件 4. 算定なし
(8) 介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 4. (Ⅳ)→()件 5. 算定なし

問3. 職員体制 (2015年10月1日の状況)		
業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数	人	人
01 直接介助に関わる職員(介護職員など)	人	人
02 相談業務に従事する職員(生活相談員等)	人	人
03 その他職員	人	人
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する 職員の総数 ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の 記入欄に計上	人	人
01 介護福祉士	人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修 修了者、ホームヘルパー1級・2級など)	人	人
03 看護師	人	人
04 准看護師	人	人
05 社会福祉士	人	人
06 精神保健福祉士	人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人
08 管理栄養士	人	人
09 栄養士	人	人
10 歯科衛生士	人	人

【小規模多機能型居宅介護】

その他	11()	人	人
	12()	人	人
	13()	人	人
	14()	人	人
	15()	人	人
(3) 夜間配置人数		①貴事業所のみ専従者	②他事業所との兼務者
		人	人

問4. 利用者の状況 2015年9月実績

※該当者がいない場合は0を記入してください。

(1) 要介護度別の利用者実人数	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
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

①貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。

1. ある
2. ない

「1. ある」場合、具体的な内容について、200字以内でご記入ください。

(2) アセスメントの実施状況

貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

①貴事業所においては、事業所としてのアセスメントを実施していますか。

1. 実施している
2. 実施していない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。

1. ケアマネジャーが単独で実施している
2. 多職種が連携して実施している
3. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可

1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む)
2. 家族・親族
3. 医療機関(主治医含む)
4. ケアマネジャー
5. 民生委員
6. 近隣住民
7. その他()

【小規模多機能型居宅介護】

	<p>「1. 実施している」場合、アセスメントを通常実施している項目を○で囲んでください。※複数可</p>	<p>1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 居住環境 4. 経済状況 5. 認知機能 6. コミュニケーション能力 7. 基本的日常生活動作(ADL) 8. 手段的日常生活動作(IADL) 9. 身体疾患 10. 身体機能 11. 口腔機能 12. 栄養状態 13. 痛み 14. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 15. 主治医・受診している医療機関の名称 16. 処方されている薬剤の内容 17. 主介護者の希望 18. 主介護者の介護負担・健康状態 19. 本人の希望、興味・関心 20. その他()</p>
	<p>「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。</p>	<p>1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE (Mini-Mental State Examination) 3. その他() 4. 特に様式・スケールは使用していない</p>
<p>(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。</p>		
<p>① 認知症の人に対してどのように個別援助計画を作成していますか。</p>		<p>1. ケアマネジャーが単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. その他()</p>
<p>② 認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可</p>		<p>1. 本人の希望、興味・関心に基づく計画づくり 2. 本人が達成感や役割意識を持てるような計画づくり 3. 本人の心身機能の維持・向上ができるような計画づくり 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを維持・強化できる計画づくり 5. その他()</p>
<p>③ 認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。</p>		<p>1. している 2. していない 3. どちらともいえない</p>
<p>(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。</p>		
<p>① 認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可</p>		<p>1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にされたケア 10. IADL の障害に対する日常生活支援 11. ADL 障害に対する介助 12. その他() 13. あてはまるものはない</p>
<p>(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。</p>		
<p>① 認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。</p>		<p>1. ケアマネジャーが単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()</p>

②モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. ケアの内容及び結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者／介護者自身が感じている状態像の変化 4. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 5. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 6. 利用者の ADL/IADL の状況 7. 個別援助計画変更の必要性 8. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 9. その他()
-----------------------------------	---

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。	1. ある 2. ない		
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分程度の利用者に対して行っている 3. 半分以下の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない 		
③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関との程度、連携を行っていますか。			
関係者・関係機関	連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない
01 主治医	1	2	3
02 協力医療機関	1	2	3
03 地域包括支援センター	1	2	3
04 民生委員	1	2	3
05 近隣住民	1	2	3
06 町内会・市町村	1	2	3
07 他の介護サービス事業者	1	2	3
その他	08()	2	3
	09()	2	3
	10()	2	3
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. カンファレンスに出席を求めている 3. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 4. 緊急時に連携している 5. 特に連携は行っていない 6. その他() 		
⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 特に課題と感じる点はない 6. その他() 		

【小規模多機能型居宅介護】

(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。		
① 貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可	1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例:認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない	
② 貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. カンファレンスへの出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている。 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()	
③ 貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. 家族が認知症であることを認めようとしていない 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感じる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()	
(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。		
① 貴事業所における職員の受講実績についてお答えください。	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
② 貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。	1. ある →()回/年 2. ない	
③ 貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可	1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()	
④ 貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可	1. 多職種が参加するカンファレンスの開催 2. 家族支援のための実習 3. 問題解決型のグループディスカッション 4. 実地研修 5. その他()	
⑤ 貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。	1. ある 2. ない	

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査
【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴事業所において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、2015年10月1日時点の状況についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ () の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、2015年11月★日(★)までにご返送下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話 : 0120-●●●●-●●●● (平日9時30分～17時30分)

●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●

FAX : 03-●●●●-●●●● (24時間受付)

E-mail : dementia27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都永田町2-10-3

三菱総合研究所 人間・生活研究本部 社会保障政策グループ内

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報	
(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)定員数	()人
(5)ユニット数	()ユニット
(6)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015年9月実績	
(1) 夜間支援体制加算(Ⅰ)	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(2) 夜間支援体制加算(Ⅱ)	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(3) 認知症行動・心理症状緊急対応加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()
(4) 若年性認知症受入加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()
(5) 看取り介護加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(6) 医療連携体制加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(7) 退去時相談援助加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(8) 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 会議開催が難しい 4. 採算があわない 5. その他()
(9) 認知症専門ケア加算(Ⅱ)	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 会議開催が難しい 4. 研修開催が難しい 5. 採算があわない 6. その他()
(10) サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰイ)→()件 2. (Ⅰロ)→()件 3. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし
(11) 介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 4. (Ⅳ)→()件 5. 算定なし

【認知症対応型共同生活介護】

問3. 職員体制 (2015年10月1日の状況)			
業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)	
①職員の総数	人	人	
01 直接介助に関わる職員(介護職員など)	人	人	
02 相談業務に従事する職員(生活相談員等)	人	人	
03 その他職員	人	人	
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)	
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する 職員の総数 ※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の 記入欄に計上	人	人	
01 介護福祉士	人	人	
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修 修了者、ホームヘルパー1級・2級など)	人	人	
03 看護師	人	人	
04 准看護師	人	人	
05 社会福祉士	人	人	
06 精神保健福祉士	人	人	
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人	
08 管理栄養士	人	人	
09 栄養士	人	人	
10 歯科衛生士	人	人	
その他	11()	人	人
	12()	人	人
	13()	人	人
	14()	人	人
	15()	人	人
(3)夜間配置人数	①貴事業所のみ専従者 人	②他事業所との兼務者 人	

問4. 利用者の状況 2015年9月実績 ※該当者がいない場合は0を記入してください。								
(1)要介護度別の 利用者実人数	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
		人	人	人	人	人	人	人
(2)認知症高齢者 日常生活自立度 別実人数	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

【認知症対応型共同生活介護】

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について	
(1) 認知症の人に対するケアの方針※ ※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。	
① 貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。	1. ある 2. ない
「1. ある」場合、具体的な内容について、200字以内でご記入ください。	
(2) アセスメントの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。 ※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。	
① 貴事業所においては、事業所としてのアセスメントを実施していますか。	1. 実施している 2. 実施していない
「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。	1. 計画作成担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して実施している 3. その他()
「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 民生委員 6. 近隣住民 7. その他()
「1. 実施している」場合、アセスメントを通常実施している項目を○で囲んでください。※複数可	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 居住環境 4. 経済状況 5. 認知機能 6. コミュニケーション能力 7. 基本的日常生活動作(ADL) 8. 手段的日常生活動作(IADL) 9. 身体疾患 10. 身体機能 11. 口腔機能 12. 栄養状態 13. 痛み 14. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 15. 主治医・受診している医療機関の名称 16. 処方されている薬剤の内容 17. 主介護者の希望 18. 主介護者の介護負担・健康状態 19. 本人の希望、興味・関心 20. その他()
「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。	1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE(Mini-Mental State Examination) 3. その他() 4. 特に様式・スケールは使用していない
(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。	
① 認知症の人に対してどのように個別援助計画を作成していますか。	1. 計画作成担当者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. その他()

【認知症対応型共同生活介護】

②認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の希望, 興味・関心に基づく計画づくり 2. 本人が達成感や役割意識を持てるような計画づくり 3. 本人の心身機能の維持・向上ができるような計画づくり 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを維持・強化できる計画づくり 5. その他()
③認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. している 2. していない 3. どちらともいえない
(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。	
①認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. IADL の障害に対する日常生活支援 11. ADL 障害に対する介助 12. その他() 13. あてはまるものはない
(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。	
①認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 計画作成担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
②モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. ケアの内容及び結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者／介護者自身が感じている状態像の変化 4. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 5. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 6. 利用者の ADL/IADL の状況 7. 個別援助計画変更の必要性 8. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 9. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. ある 2. ない
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分程度の利用者に対して行っている 3. 半分以下の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない

【認知症対応型共同生活介護】

③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関との程度、連携を行っていますか。				
関係者・関係機関		連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない
01 主治医		1	2	3
02 協力医療機関		1	2	3
03 地域包括支援センター		1	2	3
04 民生委員		1	2	3
05 近隣住民		1	2	3
06 町内会・市町村		1	2	3
07 他の介護サービス事業者		1	2	3
その他	08()	1	2	3
	09()	1	2	3
	10()	1	2	3
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 日常的に訪問診療や往診を実施している 3. カンファレンスに出席を求めている 4. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 5. 緊急時に連携している 6. 特に連携は行っていない 7. その他()		
⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可		1. 訪問診療に対応する医師の確保が困難である 2. 認知症の専門医が地域にいない 3. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 4. 連携のコストが経営的に見合わない 5. 職員不足により、連携は負担が大きい 6. 特に課題と感ずる点はない 7. その他()		
(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。				
①貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可		1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例:認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない		
②貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可		1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. カンファレンスへの出席を求めている 3. 家族も交えたグループホームの行事等を行っている。 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()		

【認知症対応型共同生活介護】

<p>③貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族が認知症であることを認めようとしていない 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感じる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()</p>	
(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。		
<p>①貴事業所における職員の受講実績についてお答えください。</p>	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
<p>②貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。</p>	<p>1. ある →()回/年 2. ない</p>	
<p>③貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可</p>	<p>1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()</p>	
<p>④貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 多職種が参加するカンファレンスの開催 2. 家族支援のための実習 3. 問題解決型のグループディスカッション 4. 実地研修 5. その他()</p>	
<p>⑤貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。</p>	<p>1. ある 2. ない</p>	

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査

【利用者票】

利用者票は 1 人 1 行形式とする。

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出して下さい。

利用者 ID :

問 1. 利用者の状況についてお聞きします		
(1) 性別	1. 男性 2. 女性	
(2) 年齢	_____ 歳	
(3) 貴事業所の利用開始年月	西暦 _____ 年 _____ 月	
(4) 要介護度状態区分	1. 認定なし 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5	
(5) 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	
(6) 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明	
(7) 認知機能 (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	① 日常の意思決定ができますか	1. 意思を他者に伝達できる 2. ときどき伝達できる 3. ほとんど伝達できない 4. できない
	② 自分の名前を答えることができますか	1. できる 2. できない
	③ 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがあります	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	④ 5 分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑤ 自分の生年月日がわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑥ 今日が何月何日かわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑦ 自分のいる場所がどこかわからなくなるとはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑧ 道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある

		3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑨電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑩一日の計画を自分で立てることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑪季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(8) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑫一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑬バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑭貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑮電話をかけることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑯自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑰自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(9) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑱入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	⑲着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	⑳トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する

	21 身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	22 食事は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	23 家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	24 家の外の移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
(10) 現在、治療している病気 (又は、治療を要する病気) ※複数可	1. 高血圧 2. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症 (脂質異常) 6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷 (転倒・骨折等) 11. がん (新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他 () 19. ない	
(11) 行動・心理症状	①妄想 (例:物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	②幻覚 (例:実際にはないものが聞こえたり、見えたりする)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	③易怒性 (例:気難しく怒りっぽい、待たされることが我慢できない)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	④暴言 (例:他者をののしる、どなる、威嚇する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑤暴行 (例:他者を叩く、押す、ひっかく、性的に虐待する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑥拒絶 (例:服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑦うつ (悲しそう、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑧不安 (落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑨無気力 (日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑩脱抑制 (例:行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑪徘徊 (例:合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に出歩く)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑫睡眠障害 (例:不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある

問 4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きします		
(1) カンファレンスの状況	①カンファレンス開催のタイミング※複数可	1. サービス提供開始前に実施 2. サービス提供期間中に定期的に実施 3. 必要に応じて随時実施 4. その他()
	「2=サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()
(2) モニタリングの頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()	

問 5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きします			
(1) 主治医の有無	1. いる 2. いない		
「1=いる」の場合の医療機関	1. 協力医療機関である 2. 協力医療機関ではない		
「1=いる」の場合の主治医の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない		
「1=いる」の場合、主治医と情報共有をしていますか。	1. 情報共有している 2. 情報共有していない		
(2) 認知症であると医学的に診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない		
(3) 認知症の原因疾患について診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない		
「1=診断されている」の場合の診断を受けた時期	1. わかる	→ 西暦_____年_____月	
	2. わからない		
	「1=診断されている」場合の診断者	1. 主治医 2. 主治医以外 3. わからない	
	診断者の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
	「1=診断されている」場合、診断名	「2. 血管性認知症」は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などの、脳の血管の病気によって起こる認知症を言います。 1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. レビー小体型認知症 4. 前頭側頭型認知症 5. その他()	
「2=診断されていない」場合の理由 ※複数可	1. 診断が必要な利用者ではない 2. 診断が必要な利用者かどうかわからない 3. 診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない 4. その他()		
	「3=診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない」の		

場合の理由		
問 6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きします		
(1) 事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば○をつけてください。 ※複数可	1. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすケア 2. 利用者が役割をもって取り組めるケア 3. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 4. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 5. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 6. その他() 7. あてはまるものはない	
(2) 日常生活支援として行われていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	1. 食事の準備 2. 掃除・整理整頓 3. 洗濯 4. ゴミ出し 5. 買物の同行又は代行 6. 通院の同行 7. 買物や通院以外の外出支援(散歩など) 8. 預金の引き落としの同行又は代行 9. 光熱費や家賃の支払いの同行又は代行 10. 困りごとや心配ごとの相談にのる 11. 話の聞き手になる 12. 利用者の状態やケアの内容を本人にわかりやすく説明する 13. その他() 14. 行われていることはない	
(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	① 食事介助	1. 食事の時間を決めない 2. 職員が 1 対 1 で対応している 3. 気がちらないように落ち着いた環境で食事をする 4. 本人の食の好みに合わせて調理している 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 食事介助は行っていない
	② 入浴介助	1. 本人の意思に応じて入浴できるようにしている 2. 職員が 1 対 1 で対応している 3. 夜間入浴が行えるようにしている 4. 身体能力が低下しても入浴可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 入浴介助は行っていない
	③ 排泄介助	1. 本人の状態に応じて随時介助している 2. トイレで排泄することを基本としている 3. 可能な限りおむつは使用しない 4. 身体能力が低下しても排泄可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 排泄介助は行っていない

<p>(4) 医療的ケアとして行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 注射・点滴の管理 2. 中心静脈栄養の管理 3. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)の管理 7. 気管切開のケア 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 10. 喀痰吸引 11. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 12. じょくそうの処置 13. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 14. 服薬管理 15. その他() 16. 行われていない</p>
<p>(5) 家族支援として行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない</p>
<p>(6) 認知症ケアを行う上での課題</p>	<p>(最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。)</p>

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査

【利用者票】

利用者票は1人1行形式とする。

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出して下さい。

利用者ID:

問1. 利用者の状況についてお聞きします		
(1) 性別	1. 男性 2. 女性	
(2) 年齢	_____ 歳	
(3) 貴事業所の利用開始年月	西暦 _____ 年 _____ 月	
(4) 要介護度状態区分	1. 認定なし 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5	
(5) 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	
(6) 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明	
(7) 認知機能 (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	① 日常の意思決定ができますか	1. 意思を他者に伝達できる 2. ときどき伝達できる 3. ほとんど伝達できない 4. できない
	② 自分の名前を答えることができますか	1. できる 2. できない
	③ 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	④ 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑤ 自分の生年月日がわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑥ 今日が何月何日かわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑦ 自分のいる場所がどこかわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ

	⑧道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑨電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑩一日の計画を自分で立てることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑪季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(8) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑫一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑬バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑭貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑮電話をかけることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑯自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑰自分で、薬を決まった時間に決まった量のむことはできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(9) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑱入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声掛けを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	⑲着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声掛けを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する

	⑳トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	21 身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	22 食事は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	23 家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	24 家の外の移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
(10) 現在、治療している病気 (又は、治療を要する病気) ※複数可	1. 高血圧 2. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症 (脂質異常) 6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷 (転倒・骨折等) 11. がん (新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他 () 19. ない	
(11) 行動・心理症状	①妄想 (例:物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	②幻覚 (例:実際にはないものが聞こえたり、見えたりする)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	③易怒性 (例:気難しく怒りっぽい、待たされることが我慢できない)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	④暴言 (例:他者をののしる、どなる、威嚇する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑤暴行 (例:他者を叩く、押す、ひっかく、性的に虐待する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑥拒絶 (例:服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑦うつ (悲しそう、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑧不安 (落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑨無気力 (日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑩脱抑制 (例:行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある

	⑪徘徊(例:合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に出歩く)	1. ない 3. かなりある	2. 少しある 4. 非常にある
	⑫睡眠障害(例:不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転)	1. ない 3. かなりある	2. 少しある 4. 非常にある
(12)現在利用している介護サービス内容 ※複数可	1. (介護予防)訪問介護 2. (介護予防)訪問入浴介護 3. (介護予防)訪問看護 4. (介護予防)訪問リハビリテーション 5. (介護予防)居宅療養管理指導 6. (介護予防)通所介護 7. (介護予防)通所リハビリテーション 8. (介護予防)短期入所生活介護 9. (介護予防)短期入所療養介護 10. (介護予防)福祉用具貸与 11. 特定(介護予防)福祉用具販売 12. 住宅改修 13. (介護予防)認知症対応型通所介護 14. その他()		

問2. 家族の状況についてお聞きします	
(1)世帯構成	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居
「3=その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ 2. それ以外
(2)主介護者(キーパーソン)の有無	1. あり 2. なし
「1=あり」の場合の本人との間柄	1. 配偶者 2. 娘・息子 3. 姉妹・兄弟 4. その他の親族 5. その他()

問3. サービスの内容と対応する職員・関係者についてお聞きします		(対応している職種に○)複数可							
対応内容	有無(該当する方に○)		①主治医	②看護師・ 准看護師	③介護職員	④PT/OT/ST	⑤その他	⑥その他	⑦その他
	有	無					()	()	()
(1)個別援助計画を作成するためのアセスメント	有	無							
(2)サービス担当者会議	有	無							
(3)カンファレンスの開催	有	無							
(4)個別援助計画の作成	有	無							
(5)ケアの実施	有	無							
(6)普段の見守り	有	無							
(7)モニタリング・個別援助計画見直し	有	無							
(8)家族への連絡・調整	有	無							
(9)主治医・協力医療機関への連絡・調整	有	無							
(10)ケアマネジャーへの連絡・調整	有	無							

問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きします		
(1) カンファレンスの状況	①カンファレンス開催のタイミング※複数可	1. サービス提供開始前に実施 2. サービス提供期間中に定期的に実施 3. 必要に応じて随時実施 4. その他()
	「2=サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()
(2) モニタリングの頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()	

問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きします			
(1) 主治医の有無	1. いる 2. いない		
「1=いる」の場合の医療機関	1. 協力医療機関である 2. 協力医療機関ではない		
「1=いる」の場合の主治医の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない		
「1=いる」の場合、主治医と情報共有していますか。	1. 情報共有している 2. 情報共有していない		
(2) 認知症であると医学的に診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない		
(3) 認知症の原因疾患について診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない		
「1=診断されている」の場合の診断を受けた時期	1. わかる	西暦_____年_____月	
	2. わからない		
	「1=診断されている」場合の診断者	1. 主治医 2. 主治医以外 3. わからない	
	診断者の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
	「1=診断されている」場合、診断名	「2. 血管性認知症」は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などの、脳の血管の病気によって起こる認知症を言います。 1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. レビー小体型認知症 4. 前頭側頭型認知症 5. その他()	
「2=診断されていない」場合の理由※複数可	1. 診断が必要な利用者ではない 2. 診断が必要な利用者かどうかわからない 3. 診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない 4. その他()		
	「3=診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない」場合の理由		

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きします	
(1) 事業所において利用者に提供されているケアであればまるものがあれば○をつけてください。※複数可	1. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすリハビリ 2. 利用者が役割をもって取り組めるリハビリ 3. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたりリハビリ 4. 認知機能の維持・向上をめざしたりリハビリ 5. 身体機能の維持・向上をめざしたりリハビリ 6. その他() 7. あてはまるものはない
(2) 日常生活支援として行われていることがあれば○をつけてください。※複数可	1. 困りごとや心配ごとの相談にのる 2. 話の聞き手になる 3. 利用者の状態やケアの内容を本人にわかりやすく説明する 4. その他() 5. 行われていることはない
(3) 医療的ケアとして行われていることがあれば○をつけてください。※複数可	1. 注射・点滴の管理 2. 中心静脈栄養の管理 3. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置 5. 酸素療法 6. レスプレーター(人工呼吸器)の管理 7. 気管切開のケア 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 10. 喀痰吸引 11. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 12. じょくそうの処置 13. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 14. 服薬管理 15. その他() 16. 行われていない
(4) 家族支援として行われていることがあれば○をつけてください。※複数可	1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない
(5) 認知症ケアを行う上での課題	(最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。)

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査

【利用者票】

利用者票は1人1行形式とする。

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出して下さい。

利用者ID:

問 1. 利用者の状況についてお聞きします		
(1) 性別	1. 男性 2. 女性	
(2) 年齢	_____ 歳	
(3) 貴事業所の利用開始年月	西暦 _____ 年 _____ 月	
(4) 要介護度状態区分	1. 認定なし 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5	
(5) 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	
(6) 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明	
(7) 認知機能 (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	① 日常の意思決定ができますか	1. 意思を他者に伝達できる 2. ときどき伝達できる 3. ほとんど伝達できない 4. できない
	② 自分の名前を答えることができますか	1. できる 2. できない
	③ 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	④ 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑤ 自分の生年月日がわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑥ 今日が何月何日かわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑦ 自分のいる場所がどこかわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ

	⑧道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑨電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑩一日の計画を自分で立てることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑪季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(8) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑫一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑬バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑭貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑮電話をかけることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑯自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑰自分で、薬を決まった時間に決まった量のむことはできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(9) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑱入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	⑲着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する

	⑳トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	21 身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	22 食事は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	23 家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	24 家の外の移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
(10) 現在、治療している病気 (又は、治療を要する病気) ※複数可	1. 高血圧 2. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症 (脂質異常) 6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷 (転倒・骨折等) 11. がん (新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他 () 19. ない	
(11) 行動・心理症状	①妄想 (例: 物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	②幻覚 (例: 実際にはないものが聞こえたり、見えたりする)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	③易怒性 (例: 気難しく怒りっぽい、待たされることが我慢できない)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	④暴言 (例: 他者をののしる、どなる、威嚇する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑤暴行 (例: 他者を叩く、押す、ひっかく、性的に虐待する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑥拒絶 (例: 服薬・食事などを拒否する、ADL の介助に抵抗する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑦うつ (悲しそう、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑧不安 (落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑨無気力 (日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑩脱抑制 (例: 行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある

【訪問看護】

	⑪徘徊(例:合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に出歩く)	1. ない 3. かなりある	2. 少しある 4. 非常にある
	⑫睡眠障害(例:不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転)	1. ない 3. かなりある	2. 少しある 4. 非常にある
(12)現在利用している介護サービス内容 ※複数可	1. (介護予防)訪問介護 2. (介護予防)訪問入浴介護 3. (介護予防)訪問看護 4. (介護予防)訪問リハビリテーション 5. (介護予防)居宅療養管理指導 6. (介護予防)通所介護 7. (介護予防)通所リハビリテーション 8. (介護予防)短期入所生活介護 9. (介護予防)短期入所療養介護 10. (介護予防)福祉用具貸与 11. 特定(介護予防)福祉用具販売 12. 住宅改修 13. (介護予防)認知症対応型通所介護 14. その他()		

問2. 家族の状況についてお聞きします	
(1)世帯構成	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居
「3=その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ 2. それ以外
(2)主介護者(キーパーソン)の有無	1. あり 2. なし
「1=あり」の場合の本人との間柄	1. 配偶者 2. 娘・息子 3. 姉妹・兄弟 4. その他の親族 5. その他()

問3. サービスの内容と対応する職員・関係者についてお聞きします								
対応内容	有無 (該当する方に○)	(対応している職種に○) 複数可						
		①主治医	②看護職員	③介護職員	④PT/OT/ST	⑤その他 ()	⑥その他 ()	⑦その他 ()
(1)個別援助計画を作成するためのアセスメント	有 無							
(2)サービス担当者会議	有 無							
(3)カンファレンスの開催	有 無							
(4)個別援助計画の作成	有 無							
(5)ケアの実施	有 無							
(6)普段の見守り	有 無							
(7)モニタリング・個別援助計画見直し	有 無							
(8)家族への連絡・調整	有 無							
(9)主治医・協力医療機関への連絡・調整	有 無							
(10)ケアマネジャーへの連絡・調整	有 無							

問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きします		
(1) カンファレンスの状況	①カンファレンス開催のタイミング※複数可	1. サービス提供開始前に実施 2. サービス提供期間中に定期的に実施 3. 必要に応じて随時実施 4. その他()
	「2=サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()
(2) モニタリングの頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()	

問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きします			
(1) 主治医の有無	1. いる 2. いない		
「1=いる」の場合の医療機関	1. 協力医療機関である 2. 協力医療機関ではない		
「1=いる」の場合の主治医の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない		
「1=いる」の場合、主治医と情報共有していますか。	1. 情報共有している 2. 情報共有していない		
(2) 認知症であると医学的に診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない		
(3) 認知症の原因疾患について診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない		
「1=診断されている」の場合の診断を受けた時期	1. わかる	西暦_____年_____月	
	2. わからない		
	「1=診断されている」の場合の診断者	1. 主治医 2. 主治医以外 3. わからない	
	診断者の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
	「1=診断されている」の場合、診断名	「2. 血管性認知症」は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などの、脳の血管の病気によって起こる認知症を言います。 1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. レビー小体型認知症 4. 前頭側頭型認知症 5. その他()	
「2=診断されていない」場合の理由※複数可	1. 診断が必要な利用者ではない 2. 診断が必要な利用者かどうかわからない 3. 診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない 4. その他()		
	「3=診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない」場合の理由		

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きします	
(1) 事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば○をつけてください。※複数可	1. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすケア 2. 利用者が役割をもって取り組めるケア 3. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 4. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 5. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 6. その他() 7. あてはまるものはない
(2) 日常生活支援として行われていることがあれば○をつけてください。※複数可	1. 困りごとや心配ごとの相談にのる 2. 話の聞き手になる 3. 利用者の状態やケアの内容を本人にわかりやすく説明する 4. その他() 5. 行われていることはない
(3) 医療的ケアとして行われていることがあれば○をつけてください。※複数可	1. 注射・点滴の管理 2. 中心静脈栄養の管理 3. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)の管理 7. 気管切開のケア 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 10. 喀痰吸引 11. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 12. じょくそうの処置 13. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 14. 服薬管理 15. その他() 16. 行われていない
(4) 家族支援として行われていることがあれば○をつけてください。※複数可	1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない
(5) 認知症ケアを行う上での課題	(最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。)

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査

【利用者票】

利用者票は1人1行形式とする。

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出して下さい。

利用者ID:

問1. 利用者の状況についてお聞きします		
(1) 性別	1. 男性 2. 女性	
(2) 年齢	_____ 歳	
(3) 貴事業所の利用開始年月	西暦 _____ 年 _____ 月	
(4) 要介護度状態区分	1. 認定なし 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5	
(5) 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	
(6) 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明	
(7) 認知機能 (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	① 日常の意思決定ができますか	1. 意思を他者に伝達できる 2. ときどき伝達できる 3. ほとんど伝達できない 4. できない
	② 自分の名前を答えることができますか	1. できる 2. できない
	③ 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	④ 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑤ 自分の生年月日がわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑥ 今日が何月何日かわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑦ 自分のいる場所がどこかわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ

	⑧道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑨電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑩一日の計画を自分で立てることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑪季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(8) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑫一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑬バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑭貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑮電話をかけることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑯自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑰自分で、薬を決まった時間に決まった量のむことはできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(9) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑱入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	⑲着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する

	⑳トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	21 身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	22 食事は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	23 家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	24 家の外の移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
(10) 現在、治療している病気 (又は、治療を要する病気) ※複数可	1. 高血圧 2. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症 (脂質異常) 6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷 (転倒・骨折等) 11. がん (新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他 () 19. ない	
(11) 行動・心理症状	①妄想 (例:物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	②幻覚 (例:実際にはないものが聞こえたり、見えたりする)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	③易怒性 (例:気難しく怒りっぽい、待たされることが我慢できない)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	④暴言 (例:他者をののしる、どなる、威嚇する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑤暴行 (例:他者を叩く、押す、ひっかく、性的に虐待する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑥拒絶 (例:服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑦うつ (悲しそう、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑧不安 (落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑨無気力 (日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑩脱抑制 (例:行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある

【通所介護】

	⑪徘徊 (例: 合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に出歩く)	1. ない 3. かなりある	2. 少しある 4. 非常にある
	⑫睡眠障害 (例: 不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転)	1. ない 3. かなりある	2. 少しある 4. 非常にある
(12) 現在利用している介護サービス内容 ※複数可	1. (介護予防) 訪問介護 2. (介護予防) 訪問入浴介護 3. (介護予防) 訪問看護 4. (介護予防) 訪問リハビリテーション 5. (介護予防) 居宅療養管理指導 6. (介護予防) 通所介護 7. (介護予防) 通所リハビリテーション 8. (介護予防) 短期入所生活介護 9. (介護予防) 短期入所療養介護 10. (介護予防) 福祉用具貸与 11. 特定 (介護予防) 福祉用具販売 12. 住宅改修 13. (介護予防) 認知症対応型通所介護 14. その他 ()		

問 2. 家族の状況についてお聞きします	
(1) 世帯構成	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居
「3=その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者 (65 歳以上) のみ 2. それ以外
(2) 主介護者 (キーパーソン) の有無	1. あり 2. なし
「1=あり」の場合の本人との間柄	1. 配偶者 2. 娘・息子 3. 姉妹・兄弟 4. その他の親族 5. その他 ()

問 3. サービスの内容と対応する職員・関係者についてお聞きします		(対応している職種に○) 複数可								
対応内容	有無 (該当する方に○)		① 主治医	② 看護師・准看護師	③ 介護職員	④ 機能訓練指導員 (PT/OT/ST)	⑤ 生活相談員	⑥ 管理者	⑦ その他 ()	⑧ その他 ()
	(1) 個別援助計画を作成するためのアセスメント	有	無							
(2) サービス担当者会議	有	無								
(3) カンファレンスの開催	有	無								
(4) 個別援助計画の作成	有	無								
(5) ケアの実施	有	無								
(6) 普段の見守り	有	無								
(7) モニタリング・個別援助計画見直し	有	無								
(8) 家族への連絡・調整	有	無								
(9) 主治医・協力医療機関への連絡・調整	有	無								
(10) ケアマネジャーへの連絡・調整	有	無								

問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きします		
(1) カンファレンスの状況	①カンファレンス開催のタイミング※複数可	1. サービス提供開始前に実施 2. サービス提供期間中に定期的に実施 3. 必要に応じて随時実施 4. その他()
	「2=サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()
(2) モニタリングの頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()	

問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きします		
(1) 主治医の有無	1. いる 2. いない	
「1=いる」の場合の医療機関	1. 協力医療機関である 2. 協力医療機関ではない	
「1=いる」の場合の主治医の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
「1=いる」の場合、主治医と情報共有していますか。	1. 情報共有している 2. 情報共有していない	
(2) 認知症であると医学的に診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない	
(3) 認知症の原因疾患について診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない	
「1=診断されている」の場合の診断を受けた時期	1. わかる	西暦_____年_____月
「1=診断されている」の場合の診断者	1. 主治医 2. 主治医以外 3. わからない	
診断者の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
「1=診断されている」の場合、診断名	「2. 血管性認知症」は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などの、脳の血管の病気によって起こる認知症を言います。	
	1. アルツハイマー型認知症 3. レビー小体型認知症 5. その他()	2. 血管性認知症 4. 前頭側頭型認知症
「2=診断されていない」場合の理由※複数可	1. 診断が必要な利用者ではない 2. 診断が必要な利用者かどうかわからない 3. 診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない 4. その他()	
「3=診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない」場合の理由		

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きします		
(1) 事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. その他() 11. あてはまるものはない 	
(2) 日常生活支援として行われていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の準備 2. 困りごとや心配ごとの相談にのる 3. 話の聞き手になる 4. 利用者の状態やケアの内容を本人にわかりやすく説明する 5. その他() 6. 行われていることはない 	
(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	① 食事介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の時間を決めない 2. 職員が1対1で対応している 3. 気がちらないように落ち着いた環境で食事をする 4. 本人の食の好みに合わせて調理している 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 食事介助は行っていない
	② 入浴介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の意思に応じて入浴できるようにしている 2. 職員が1対1で対応している 3. 夜間入浴が行えるようにしている 4. 身体能力が低下しても入浴可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 入浴介助は行っていない
	③ 排泄介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の状態に応じて随時介助している 2. トイレで排泄することを基本としている 3. 可能な限りおむつは使用しない 4. 身体能力が低下しても排泄可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 排泄介助は行っていない

<p>(4) 医療的ケアとして行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 注射・点滴の管理 2. 中心静脈栄養の管理 3. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)の管理 7. 気管切開のケア 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 10. 喀痰吸引 11. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 12. じょくそうの処置 13. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 14. 服薬管理 15. その他() 16. 行われていない</p>
<p>(5) 家族支援として行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない</p>
<p>(6) 認知症ケアを行う上での課題</p>	<p>(最も重要なもののみ、200 字以内でご記入ください。)</p>

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査

【利用者票】

利用者票は1人1行形式とする。

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出して下さい。

利用者ID:

問1. 利用者の状況についてお聞きします		
(1) 性別	1. 男性 2. 女性	
(2) 年齢	_____ 歳	
(3) 貴事業所の利用開始年月	西暦 _____ 年 _____ 月	
(4) 要介護度状態区分	1. 認定なし 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5	
(5) 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	
(6) 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明	
(7) 認知機能 (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	① 日常の意思決定ができますか	1. 意思を他者に伝達できる 2. ときどき伝達できる 3. ほとんど伝達できない 4. できない
	② 自分の名前を答えることができますか	1. できる 2. できない
	③ 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	④ 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑤ 自分の生年月日がわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑥ 今日が何月何日かわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑦ 自分のいる場所がどこかわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ

	⑧道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑨電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑩一日の計画を自分で立てることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑪季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(8) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑫一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑬バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑭貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑮電話をかけることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑯自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑰自分で、薬を決まった時間に決まった量のむことはできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(9) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑱入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	⑲着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する

	⑳トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	21 身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	22 食事は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	23 家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	24 家の外の移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
(10) 現在、治療している病気 (又は、治療を要する病気) ※複数可	1. 高血圧 2. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症 (脂質異常) 6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷 (転倒・骨折等) 11. がん (新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他 () 19. ない	
(11) 行動・心理症状	①妄想 (例:物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	②幻覚 (例:実際にはないものが聞こえたり、見えたりする)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	③易怒性 (例:気難しく怒りっぽい、待たされることが我慢できない)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	④暴言 (例:他者をののしる、どなる、威嚇する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑤暴行 (例:他者を叩く、押す、ひっかく、性的に虐待する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑥拒絶 (例:服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑦うつ (悲しそう、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑧不安 (落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑨無気力 (日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑩脱抑制 (例:行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある

	⑪徘徊(例:合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に出歩く)	1. ない 3. かなりある	2. 少しある 4. 非常にある
	⑫睡眠障害(例:不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転)	1. ない 3. かなりある	2. 少しある 4. 非常にある
(12)現在利用している介護サービス内容 ※複数可	1. (介護予防)訪問介護 2. (介護予防)訪問入浴介護 3. (介護予防)訪問看護 4. (介護予防)訪問リハビリテーション 5. (介護予防)居宅療養管理指導 6. (介護予防)通所介護 7. (介護予防)通所リハビリテーション 8. (介護予防)短期入所生活介護 9. (介護予防)短期入所療養介護 10. (介護予防)福祉用具貸与 11. 特定(介護予防)福祉用具販売 12. 住宅改修 13. (介護予防)認知症対応型通所介護 14. その他()		

問2. 家族の状況についてお聞きします	
(1)世帯構成	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居
「3=その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ 2. それ以外
(2)主介護者(キーパーソン)の有無	1. あり 2. なし
「1=あり」の場合の本人との間柄	1. 配偶者 2. 娘・息子 3. 姉妹・兄弟 4. その他の親族 5. その他()

問3. サービスの内容と対応する職員・関係者についてお聞きします								
対応内容	有無 (該当する方に○)	(対応している職種に○)複数可						
		①主治医	②看護師・ 准看護師	③介護職員	④PT/OT/ST	⑤その他 ()	⑥その他 ()	⑦その他 ()
(1)個別援助計画を作成するためのアセスメント	有 無							
(2)サービス担当者会議	有 無							
(3)カンファレンスの開催	有 無							
(4)個別援助計画の作成	有 無							
(5)ケアの実施	有 無							
(6)普段の見守り	有 無							
(7)モニタリング・個別援助計画見直し	有 無							
(8)家族への連絡・調整	有 無							
(9)主治医・協力医療機関への連絡・調整	有 無							
(10)ケアマネジャーへの連絡・調整	有 無							

問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きします		
(1) カンファレンスの状況	①カンファレンス開催のタイミング※複数可	1. サービス提供開始前に実施 2. サービス提供期間中に定期的に実施 3. 必要に応じて随時実施 4. その他()
	「2=サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()
(2) モニタリングの頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()	

問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きします		
(1) 主治医の有無	1. いる 2. いない	
「1=いる」の場合の医療機関	1. 協力医療機関である 2. 協力医療機関ではない	
「1=いる」の場合の主治医の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
「1=いる」の場合、主治医と情報共有していますか。	1. 情報共有している 2. 情報共有していない	
(2) 認知症であると医学的に診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない	
(3) 認知症の原因疾患について診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない	
「1=診断されている」の場合の診断を受けた時期	1. わかる	西暦_____年_____月
	2. わからない	
	「1=診断されている」場合の診断者	
	1. 主治医 2. 主治医以外 3. わからない	
	診断者の専門分野	
「1=診断されている」場合、診断名	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
	「2. 血管性認知症」は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などの、脳の血管の病気によって起こる認知症を言います。 1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. レビー小体型認知症 4. 前頭側頭型認知症 5. その他()	
「2=診断されていない」場合の理由※複数可	1. 診断が必要な利用者ではない 2. 診断が必要な利用者かどうかわからない 3. 診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない 4. その他()	
	「3=診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない」場合の理由	

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きします	
(1) 事業所において利用者に提供されているケアであれば○をつけてください。※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 集団で楽しむアクティビティを活用したリハビリ 2. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすリハビリ 3. 利用者が役割をもって取り組めるリハビリ 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたリハビリ 5. 認知機能の維持・向上をめざしたリハビリ 6. 身体機能の維持・向上をめざしたリハビリ 7. 地域の人々との交流をめざしたリハビリ 8. 利用者同士の交流をめざしたリハビリ 9. 理学療法士、作業療法士等と一緒に過ごす時間を大切にしたりリハビリ 10. その他() 11. あてはまるものはない
(2) 日常生活支援として行われていることがあれば○をつけてください。※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の準備 2. 困りごとや心配ごとの相談にのる 3. 話の聞き手になる 4. 利用者の状態やケアの内容を本人にわかりやすく説明する 5. その他() 6. 行われていることはない
(3) 医療的ケアとして行われていることがあれば○をつけてください。※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 注射・点滴の管理 2. 中心静脈栄養の管理 3. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置 5. 酸素療法 6. レスプレーター(人工呼吸器)の管理 7. 気管切開のケア 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 10. 喀痰吸引 11. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 12. じょくそうの処置 13. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 14. 服薬管理 15. その他() 16. 行われていない
(4) 家族支援として行われていることがあれば○をつけてください。※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない
(5) 認知症ケアを行う上での課題	(最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。)

■■■ご協力ありがとうございました■■■

【特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）】

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査

【利用者票】

利用者票は1人1行形式とする。

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出して下さい。

利用者ID:

問1. 利用者の状況についてお聞きします		
(1) 性別	1. 男性 2. 女性	
(2) 年齢	_____ 歳	
(3) 貴事業所の入居年月	西暦 _____ 年 _____ 月	
(4) 入居前の居所	1. 自宅 2. グループホーム 3. 特別養護老人ホーム 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 一般病棟(病床)・医療療養病棟(病床) 7. 精神科病院 8. 他の特定施設 9. その他 10. 不明	
(5) 要介護度状態区分	1. 認定なし 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5	
(6) 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	
(7) 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明	
(8) 認知機能 (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	① 日常の意思決定ができますか	1. 意思を他者に伝達できる 2. ときどき伝達できる 3. ほとんど伝達できない 4. できない
	② 自分の名前を答えることができますか	1. できる 2. できない
	③ 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	④ 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑤ 自分の生年月日がわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑥ 今日が何月何日かわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ

【特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）】

	⑦自分のいる場所がどこだかわからなくなることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑧道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑨電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑩一日の計画を自分で立てることが出来ますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑪季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(9) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑫一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑬バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑭貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑮電話をかけることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑯自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑰自分で、薬を決まった時間に決まった文量のむことはできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(10) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑱入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する

【特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅)】

	⑰着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	⑱トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	21 身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	22 食事は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	23 家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	24 家の外の移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
(11) 現在、治療している病気 (又は、治療を要する病気) ※複数可	1. 高血圧 2. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症 (脂質異常) 6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷 (転倒・骨折等) 11. がん (新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他 () 19. ない	
(12) 行動・心理症状	①妄想 (例: 物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	②幻覚 (例: 実際にはないものが聞こえたり、見えたりする)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	③易怒性 (例: 気難しく怒りっぽい、待たされることが我慢できない)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	④暴言 (例: 他者をののしる、どなる、威嚇する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑤暴行 (例: 他者を叩く、押す、ひっかく、性的に虐待する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑥拒絶 (例: 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑦うつ (悲しそう、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑧不安 (落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある

【特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）】

	⑨無気力（日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態）	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある
	⑩脱抑制（例：行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動）	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある
	⑪徘徊（例：合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に出歩く）	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある
	⑫睡眠障害（例：不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転）	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある

問2. 家族の状況についてお聞きします	
(1) 入居直前の世帯	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居
「3=その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者（65歳以上）のみ 2. それ以外
(2) 主介護者（キーパーソン）の有無	1. あり 2. なし
「1=あり」の場合の本人との間柄	1. 配偶者 2. 娘・息子 3. 姉妹・兄弟 4. その他の親族 5. その他（ ）

問3. サービスの内容と対応する職員・関係者についてお聞きします									
対応内容	有無 （該当する方に○）	（対応している職種に○）複数可							
		①主治医	②看護師・ 准看護師	③介護職員	④機能訓練指導員 (PT/OT/ST)	⑤計画作成担当者	⑥その他 ()	⑦その他 ()	⑧その他 ()
(1) 個別援助計画を作成するためのアセスメント	有 無								
(2) カンファレンスの開催	有 無								
(3) 個別援助計画の作成	有 無								
(4) ケアの実施	有 無								
(5) 普段の見守り	有 無								
(6) モニタリング・個別援助計画見直し	有 無								
(7) 家族への連絡・調整	有 無								
(8) 主治医・協力医療機関への連絡・調整	有 無								

【特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）】

問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きします		
(1) カンファレンスの状況	①カンファレンス開催のタイミング※複数可	1. サービス提供開始前に実施 2. サービス提供期間中に定期的に実施 3. 必要に応じて随時実施 4. その他()
	「2=サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()
(2) モニタリングの頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()	

問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きします		
(1) 主治医の有無	1. いる 2. いない	
「1=いる」の場合の医療機関	1. 協力医療機関である 2. 協力医療機関ではない	
「1=いる」の場合の主治医の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
「1=いる」の場合、主治医と情報共有していますか。	1. 情報共有している 2. 情報共有していない	
(2) 認知症であると医学的に診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない	
(3) 認知症の原因疾患について診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない	
「1=診断されている」の場合の診断を受けた時期	1. わかる	西暦_____年_____月
「1=診断されている」の場合の診断者	1. 主治医 2. 主治医以外 3. わからない	
診断者の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
「1=診断されている」の場合、診断名	「2. 血管性認知症」は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などの、脳の血管の病気によって起こる認知症を言います。	
	1. アルツハイマー型認知症 3. レビー小体型認知症 5. その他()	2. 血管性認知症 4. 前頭側頭型認知症
「2=診断されていない」場合の理由※複数可	1. 診断が必要な利用者ではない 2. 診断が必要な利用者かどうかわからない 3. 診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない 4. その他()	
「3=診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない」場合の理由		

【特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）】

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きします		
(1) 事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. その他() 11. あてはまるものはない 	
(2) 日常生活支援として行われていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の準備 2. 掃除・整理整頓 3. 洗濯 4. ゴミ出し 5. 買物の同行又は代行 6. 通院の同行 7. 買物や通院以外の外出支援(散歩など) 8. 預金の引き落としの同行又は代行 9. 困りごとや心配ごとの相談にのる 10. 話の聞き手になる 11. 利用者の状態やケアの内容を本人にわかりやすく説明する 12. その他() 13. 行われていることはない 	
(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	①食事介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の時間を決めない 2. 職員が1対1で対応している 3. 気がちらないように落ち着いた環境で食事をする 4. 本人の食の好みに合わせて調理している 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 食事介助は行っていない
	②入浴介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の意思に応じて入浴できるようにしている 2. 職員が1対1で対応している 3. 夜間入浴が行えるようにしている 4. 身体能力が低下しても入浴可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 入浴介助は行っていない
	③排泄介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の状態に応じて随時介助している 2. トイレで排泄することを基本としている 3. 可能な限りおむつは使用しない 4. 身体能力が低下しても排泄可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 排泄介助は行っていない

【特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅)】

<p>(4) 医療的ケアとして行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 注射・点滴の管理 2. 中心静脈栄養の管理 3. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)の管理 7. 気管切開のケア 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 10. 喀痰吸引 11. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 12. じょくそうの処置 13. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 14. 服薬管理 15. その他() 16. 行われていない</p>
<p>(5) 家族支援として行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない</p>
<p>(6) 認知症ケアを行う上での課題</p>	<p>(最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。)</p>

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査

【利用者票】

利用者票は1人1行形式とする。

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出して下さい。

利用者ID:

問1. 利用者の状況についてお聞きします		
(1) 性別	1. 男性 2. 女性	
(2) 年齢	_____ 歳	
(3) 貴施設の入所年月	西暦 _____ 年 _____ 月	
(4) 入所前の居所	1. 自宅 2. グループホーム 3. 他の特別養護老人ホーム 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 一般病棟(病床)・医療療養病棟(病床) 7. 精神科病院 8. その他施設等(有料老人ホーム、特定施設、高齢者住宅等) 9. その他 10. 不明	
(5) 要介護度状態区分	1. 認定なし 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5	
(6) 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	
(7) 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明	
(8) 認知機能 (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	① 日常の意思決定ができますか	1. 意思を他者に伝達できる 2. ときどき伝達できる 3. ほとんど伝達できない 4. できない
	② 自分の名前を答えることができますか	1. できる 2. できない
	③ 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	④ 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑤ 自分の生年月日がわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑥ 今日が何月何日かわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ

	⑦自分のいる場所がどこだかわからなくなることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑧道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑨電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑩一日の計画を自分で立てることが出来ますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑪季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(9) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑫一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑬バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑭貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑮電話をかけることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑯自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(10) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑰自分で、薬を決まった時間に決まった文量のむことはできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑱入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する

	⑱着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	⑳トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	21 身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	22 食事は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	23 家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	24 家の外の移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
(11) 現在、治療している病気 (又は、治療を要する病気) ※複数可	1. 高血圧 2. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症 (脂質異常) 6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷 (転倒・骨折等) 11. がん (新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他 () 19. ない	
(12) 行動・心理症状	①妄想 (例: 物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	②幻覚 (例: 実際にはないものが聞こえたり、見えたりする)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	③易怒性 (例: 気難しく怒りっぽい、待たされることが我慢できない)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	④暴言 (例: 他者をののしる、どなる、威嚇する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑤暴行 (例: 他者を叩く、押す、ひっかく、性的に虐待する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑥拒絶 (例: 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑦うつ (悲しそう、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑧不安 (落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある

【介護老人福祉施設】

	⑨無気力(日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態)	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある
	⑩脱抑制(例:行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動)	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある
	⑪徘徊(例:合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に出歩く)	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある
	⑫睡眠障害(例:不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転)	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある

問2. 家族の状況についてお聞きします	
(1) 入所直前の世帯	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居
「3=その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ 2. それ以外
(2) 主介護者(キーパーソン)の有無	1. あり 2. なし
「1=あり」の場合の本人との間柄	1. 配偶者 2. 娘・息子 3. 姉妹・兄弟 4. その他の親族 5. その他()

問3. サービスの内容と対応する職員・関係者についてお聞きします									
対応内容	有無 (該当する方に○)		(対応している職種に○) 複数可						
			① 主治医	② 看護師・ 准看護師	③ 介護 職員	④ PT/OT/ ST	⑤ケア マネジ ャー	⑥その他 ()	⑦その他 ()
(1) 個別援助計画を作成するためのアセスメント	有	無							
(2) カンファレンスの開催	有	無							
(3) 個別援助計画の作成	有	無							
(4) ケアの実施	有	無							
(5) 普段の見守り	有	無							
(6) モニタリング・個別援助計画見直し	有	無							
(7) 家族への連絡・調整	有	無							
(8) 主治医・協力医療機関への連絡・調整	有	無							

問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きします		
(1) カンファレンスの状況	①カンファレンス開催のタイミング※複数可	1. サービス提供開始前に実施 2. サービス提供期間中に定期的に実施 3. 必要に応じて随時実施 4. その他()
	「2=サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()
(2) モニタリングの頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()	

問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きします			
(1) 主治医の有無	1. いる 2. いない		
「1=いる」の場合の医療機関	1. 協力医療機関である 2. 協力医療機関ではない		
「1=いる」の場合の主治医の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない		
「1=いる」の場合、主治医と情報共有していますか。	1. 情報共有している 2. 情報共有していない		
(2) 認知症であると医学的に診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない		
(3) 認知症の原因疾患について診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない		
「1=診断されている」の場合の診断を受けた時期	1. わかる	西暦_____年_____月	
	2. わからない		
	「1=診断されている」場合の診断者	1. 主治医 2. 主治医以外 3. わからない	
	診断者の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
	「1=診断されている」場合、診断名	「2. 血管性認知症」は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などの、脳の血管の病気によって起こる認知症を言います。 1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. レビー小体型認知症 4. 前頭側頭型認知症 5. その他()	
「2=診断されていない」場合の理由※複数可	1. 診断が必要な利用者ではない 2. 診断が必要な利用者かどうかわからない 3. 診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない 4. その他()		
	「3=診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない」場合の理由		

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きします		
(1) 事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. その他() 11. あてはまるものはない 	
(2) 日常生活支援として行われていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の準備 2. 掃除・整理整頓 3. 洗濯 4. ゴミ出し 5. 買物の同行又は代行 6. 通院の同行 7. 買物や通院以外の外出支援(散歩など) 8. 預金の引き落としの同行又は代行 9. 困りごとや心配ごとの相談にのる 10. 話の聞き手になる 11. 利用者の状態やケアの内容を本人にわかりやすく説明する 12. その他() 13. 行われていることはない 	
(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	①食事介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の時間を決めない 2. 職員が1対1で対応している 3. 気がちらないように落ち着いた環境で食事をする 4. 本人の食の好みに合わせて調理している 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 食事介助は行っていない
	②入浴介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の意思に応じて入浴できるようにしている 2. 職員が1対1で対応している 3. 夜間入浴が行えるようにしている 4. 身体能力が低下しても入浴可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 入浴介助は行っていない
	③排泄介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の状態に応じて随時介助している 2. トイレで排泄することを基本としている 3. 可能な限りおむつは使用しない 4. 身体能力が低下しても排泄可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 排泄介助は行っていない

<p>(4) 医療的ケアとして行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 注射・点滴の管理 2. 中心静脈栄養の管理 3. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)の管理 7. 気管切開のケア 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 10. 喀痰吸引 11. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 12. じょくそうの処置 13. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 14. 服薬管理 15. その他() 16. 行われていない</p>
<p>(5) 家族支援として行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない</p>
<p>(6) 認知症ケアを行う上での課題</p>	<p>(最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。)</p>

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査

【利用者票】

利用者票は1人1行形式とする。

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出して下さい。

利用者ID:

問1. 利用者の状況についてお聞きします		
(1) 性別	1. 男性 2. 女性	
(2) 年齢	_____ 歳	
(3) 貴施設の入所年月	西暦 _____ 年 _____ 月	
(4) 入所前の居所	1. 自宅 2. グループホーム 3. 特別養護老人ホーム 4. 他の介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 一般病棟(病床)・医療療養病棟(病床) 7. 精神科病院 8. その他施設等(有料老人ホーム、特定施設、高齢者住宅等) 9. その他 10. 不明	
(5) 要介護度状態区分	1. 認定なし 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5	
(6) 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	
(7) 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明	
(8) 認知機能 (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	① 日常の意思決定ができますか	1. 意思を他者に伝達できる 2. ときどき伝達できる 3. ほとんど伝達できない 4. できない
	② 自分の名前を答えることができますか	1. できる 2. できない
	③ 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	④ 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑤ 自分の生年月日がわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑥ 今日が何月何日かわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ

	⑦自分のいる場所がどこだかわからなくなることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑧道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑨電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑩一日の計画を自分で立てることが出来ますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑪季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(9) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑫一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑬バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑭貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑮電話をかけることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑯自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(10) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑰自分で、薬を決まった時間に決まった文量のむことはできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑱入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する

	⑱着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声掛けを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	⑳トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声掛けを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	21 身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声掛けを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	22 食事は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声掛けを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	23 家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声掛けを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	24 家の外の移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声掛けを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
(11) 現在、治療している病気 (又は、治療を要する病気) ※複数可	1. 高血圧 2. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症 (脂質異常) 6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷 (転倒・骨折等) 11. がん (新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他 () 19. ない	
(12) 行動・心理症状	①妄想 (例: 物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	②幻覚 (例: 実際にはないものが聞こえたり、見えたりする)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	③易怒性 (例: 気難しく怒りっぽい、待たされることが我慢できない)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	④暴言 (例: 他者をののしる、どなる、威嚇する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑤暴行 (例: 他者を叩く、押す、ひっかく、性的に虐待する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑥拒絶 (例: 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑦うつ (悲しそう、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑧不安 (落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある

【介護老人保健施設】

	⑨無気力(日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態)	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある
	⑩脱抑制(例:行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動)	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある
	⑪徘徊(例:合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に出歩く)	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある
	⑫睡眠障害(例:不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転)	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある

問2. 家族の状況についてお聞きします	
(1) 入所直前の世帯	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居
「3=その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ 2. それ以外
(2) 主介護者(キーパーソン)の有無	1. あり 2. なし
「1=あり」の場合の本人との間柄	1. 配偶者 2. 娘・息子 3. 姉妹・兄弟 4. その他の親族 5. その他()

問3. サービスの内容と対応する職員・関係者についてお聞きします										
対応内容	有無 (該当する方に○)		(対応している職種に○) 複数可							
			① 主治医	② 看護師・ 准看護師	③ 介護 職員	④ PT/OT/ ST	⑤介護 支援専 門員	⑥その他 ()	⑦その他 ()	⑧その他 ()
(1) 個別援助計画を作成するためのアセスメント	有	無								
(2) カンファレンスの開催	有	無								
(3) 個別援助計画の作成	有	無								
(4) ケアの実施	有	無								
(5) 普段の見守り	有	無								
(6) モニタリング・個別援助計画見直し	有	無								
(7) 家族への連絡・調整	有	無								
(8) 主治医・協力医療機関への連絡・調整	有	無								

問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きします		
(1) カンファレンスの状況	①カンファレンス開催のタイミング※複数可	1. サービス提供開始前に実施 2. サービス提供期間中に定期的実施 3. 必要に応じて随時実施 4. その他()
	「2=サービス提供期間中に定期的実施」の場合、カンファレンスの開催頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()
(2) モニタリングの頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()	

問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きします		
(1) 主治医の有無	1. いる 2. いない	
「1=いる」の場合の医療機関	1. 協力医療機関である 2. 協力医療機関ではない	
「1=いる」の場合の主治医の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
「1=いる」の場合、主治医と情報共有していますか。	1. 情報共有している 2. 情報共有していない	
(2) 認知症であると医学的に診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない	
(3) 認知症の原因疾患について診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない	
「1=診断されている」の場合の診断を受けた時期	1. わかる	西暦_____年_____月
「1=診断されている」の場合の診断者	1. 主治医 2. 主治医以外 3. わからない	
診断者の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
「1=診断されている」の場合、診断名	「2. 血管性認知症」は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などの、脳の血管の病気によって起こる認知症を言います。	
	1. アルツハイマー型認知症 3. レビー小体型認知症 5. その他()	2. 血管性認知症 4. 前頭側頭型認知症
「2=診断されていない」場合の理由※複数可	1. 診断が必要な利用者ではない 2. 診断が必要な利用者かどうかわからない 3. 診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない 4. その他()	
「3=診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない」場合の理由		

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きします		
(1) 事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. その他() 11. あてはまるものはない 	
(2) 日常生活支援として行われていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の準備 2. 掃除・整理整頓 3. 洗濯 4. ゴミ出し 5. 買物の同行又は代行 6. 通院の同行 7. 買物や通院以外の外出支援(散歩など) 8. 預金の引き落としの同行又は代行 9. 困りごとや心配ごとの相談にのる 10. 話の聞き手になる 11. 利用者の状態やケアの内容を本人にわかりやすく説明する 12. その他() 13. 行われていることはない 	
(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	①食事介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の時間を決めない 2. 職員が1対1で対応している 3. 気がちらないように落ち着いた環境で食事をする 4. 本人の食の好みに合わせて調理している 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 食事介助は行っていない
	②入浴介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の意思に応じて入浴できるようにしている 2. 職員が1対1で対応している 3. 夜間入浴が行えるようにしている 4. 身体能力が低下しても入浴可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 入浴介助は行っていない
	③排泄介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の状態に応じて随時介助している 2. トイレで排泄することを基本としている 3. 可能な限りおむつは使用しない 4. 身体能力が低下しても排泄可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 排泄介助は行っていない

<p>(4) 医療的ケアとして行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 注射・点滴の管理 2. 中心静脈栄養の管理 3. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)の管理 7. 気管切開のケア 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 10. 喀痰吸引 11. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 12. じょくそうの処置 13. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 14. 服薬管理 15. その他() 16. 行われていない</p>
<p>(5) 家族支援として行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない</p>
<p>(6) 認知症ケアを行う上での課題</p>	<p>(最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。)</p>

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査

【利用者票】

利用者票は1人1行形式とする。

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出して下さい。

利用者ID:

問1. 利用者の状況についてお聞きします		
(1) 性別	1. 男性 2. 女性	
(2) 年齢	_____ 歳	
(3) 貴施設の入院年月	西暦 _____ 年 _____ 月	
(4) 入院前の居所	1. 自宅 2. グループホーム 3. 特別養護老人ホーム 4. 介護老人保健施設 5. 他の介護療養型医療施設 6. 一般病棟(病床)・医療療養病棟(病床) 7. 精神科病院 8. その他施設等(有料老人ホーム、特定施設、高齢者住宅等) 9. その他 10. 不明	
(5) 要介護度状態区分	1. 認定なし 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5	
(6) 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	
(7) 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明	
(8) 認知機能 (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	① 日常の意思決定ができますか	1. 意思を他者に伝達できる 2. ときどき伝達できる 3. ほとんど伝達できない 4. できない
	② 自分の名前を答えることができますか	1. できる 2. できない
	③ 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	④ 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑤ 自分の生年月日がわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑥ 今日が何月何日かわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ

	⑦自分のいる場所がどこだかわからなくなることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑧道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑨電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑩一日の計画を自分で立てることが出来ますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑪季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(9) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑫一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑬バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑭貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑮電話をかけることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑯自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(10) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑰自分で、薬を決まった時間に決まった文量のむことはできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑱入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する

	⑰着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	⑱トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	21 身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	22 食事は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	23 家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	24 家の外の移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
(11) 現在、治療している病気 (又は、治療を要する病気) ※複数可	1. 高血圧 2. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症 (脂質異常) 6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷 (転倒・骨折等) 11. がん (新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他 () 19. ない	
(12) 行動・心理症状	①妄想 (例: 物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	②幻覚 (例: 実際にはないものが聞こえたり、見えたりする)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	③易怒性 (例: 気難しく怒りっぽい、待たされることが我慢できない)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	④暴言 (例: 他者をののしる、どなる、威嚇する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑤暴行 (例: 他者を叩く、押す、ひっかく、性的に虐待する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑥拒絶 (例: 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑦うつ (悲しそう、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑧不安 (落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある

	⑨無気力(日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態)	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある
	⑩脱抑制(例:行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動)	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある
	⑪徘徊(例:合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に出歩く)	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある
	⑫睡眠障害(例:不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転)	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある

問2. 家族の状況についてお聞きします	
(1) 入院直前の世帯	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居
「3=その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ 2. それ以外
(2) 主介護者(キーパーソン)の有無	1. あり 2. なし
「1=あり」の場合の本人との間柄	1. 配偶者 2. 娘・息子 3. 姉妹・兄弟 4. その他の親族 5. その他()

問3. サービスの内容と対応する職員・関係者についてお聞きします										
対応内容	有無 (該当する方に○)		(対応している職種に○) 複数可							
			① 主治医	② 看護師・ 准看護師	③ 介護職員	④ PT/OT/ ST	⑤介護 支援専門員	⑥その他 ()	⑦その他 ()	⑧その他 ()
(1) 個別援助計画を作成するためのアセスメント	有	無								
(2) カンファレンスの開催	有	無								
(3) 個別援助計画の作成	有	無								
(4) ケアの実施	有	無								
(5) 普段の見守り	有	無								
(6) モニタリング・個別援助計画見直し	有	無								
(7) 家族への連絡・調整	有	無								

問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きします		
(1) カンファレンスの状況	①カンファレンス開催のタイミング※複数可	1. サービス提供開始前に実施 2. サービス提供期間中に定期的に実施 3. 必要に応じて随時実施 4. その他()
	「2=サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()
(2) モニタリングの頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()	

問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きします		
(1) 主治医の有無	1. いる 2. いない	
「1=いる」の場合の医療機関	1. 協力医療機関である 2. 協力医療機関ではない	
「1=いる」の場合の主治医の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
「1=いる」の場合、主治医と情報共有していますか。	1. 情報共有している 2. 情報共有していない	
(2) 認知症であると医学的に診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない	
(3) 認知症の原因疾患について診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない	
「1=診断されている」の場合の診断を受けた時期	1. わかる	西暦_____年_____月
	2. わからない	
	「1=診断されている」場合の診断者	
	1. 主治医 2. 主治医以外 3. わからない	
	診断者の専門分野	
「1=診断されている」場合、診断名	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
	「2. 血管性認知症」は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などの、脳の血管の病気によって起こる認知症を言います。 1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. レビー小体型認知症 4. 前頭側頭型認知症 5. その他()	
「2=診断されていない」場合の理由※複数可	1. 診断が必要な利用者ではない 2. 診断が必要な利用者かどうかわからない 3. 診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない 4. その他()	
	「3=診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない」場合の理由	

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きします		
(1) 事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. その他() 11. あてはまるものはない 	
(2) 日常生活支援として行われていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の準備 2. 掃除・整理整頓 3. 洗濯 4. ゴミ出し 5. 買物の同行又は代行 6. 通院の同行 7. 買物や通院以外の外出支援(散歩など) 8. 預金の引き落としの同行又は代行 9. 困りごとや心配ごとの相談にのる 10. 話の聞き手になる 11. 利用者の状態やケアの内容を本人にわかりやすく説明する 12. その他() 13. 行われていることはない 	
(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	①食事介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の時間を決めない 2. 職員が1対1で対応している 3. 気がちらないように落ち着いた環境で食事をする 4. 本人の食の好みに合わせて調理している 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 食事介助は行っていない
	②入浴介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の意思に応じて入浴できるようにしている 2. 職員が1対1で対応している 3. 夜間入浴が行えるようにしている 4. 身体能力が低下しても入浴可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 入浴介助は行っていない
	③排泄介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の状態に応じて随時介助している 2. トイレで排泄することを基本としている 3. 可能な限りおむつは使用しない 4. 身体能力が低下しても排泄可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 排泄介助は行っていない

<p>(4) 医療的ケアとして行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 注射・点滴の管理 2. 中心静脈栄養の管理 3. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)の管理 7. 気管切開のケア 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 10. 喀痰吸引 11. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 12. じょくそうの処置 13. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 14. 服薬管理 15. その他() 16. 行われていない</p>
<p>(5) 家族支援として行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない</p>
<p>(6) 認知症ケアを行う上での課題</p>	<p>(最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。)</p>

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査

【利用者票】

利用者票は1人1行形式とする。

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出して下さい。

利用者ID:

問1. 利用者の状況についてお聞きします		
(1) 性別	1. 男性 2. 女性	
(2) 年齢	_____ 歳	
(3) 貴事業所の利用開始年月	西暦 _____ 年 _____ 月	
(4) 要介護度状態区分	1. 認定なし 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5	
(5) 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	
(6) 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明	
(7) 認知機能 (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	① 日常の意思決定ができますか	1. 意思を他者に伝達できる 2. ときどき伝達できる 3. ほとんど伝達できない 4. できない
	② 自分の名前を答えることができますか	1. できる 2. できない
	③ 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	④ 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑤ 自分の生年月日がわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑥ 今日が何月何日かわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑦ 自分のいる場所がどこかわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

	⑧道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか	<ul style="list-style-type: none"> 1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑨電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	<ul style="list-style-type: none"> 1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑩一日の計画を自分で立てることができますか	<ul style="list-style-type: none"> 1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑪季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	<ul style="list-style-type: none"> 1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(8) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑫一人で買い物はできますか	<ul style="list-style-type: none"> 1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑬バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	<ul style="list-style-type: none"> 1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑭貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	<ul style="list-style-type: none"> 1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑮電話をかけることができますか	<ul style="list-style-type: none"> 1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑯自分で食事の準備はできますか	<ul style="list-style-type: none"> 1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑰自分で、薬を決まった時間に決まった量のむことはできますか	<ul style="list-style-type: none"> 1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(9) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑱入浴は一人でできますか	<ul style="list-style-type: none"> 1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	⑲着替えは一人でできますか	<ul style="list-style-type: none"> 1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

	⑳トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	21 身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	22 食事は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	23 家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	24 家の外の移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
(10) 現在、治療している病気 (又は、治療を要する病気) ※複数可	1. 高血圧 2. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症 (脂質異常) 6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷 (転倒・骨折等) 11. がん (新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他 () 19. ない	
(11) 行動・心理症状	①妄想 (例:物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	②幻覚 (例:実際にはないものが聞こえたり、見えたりする)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	③易怒性 (例:気難しく怒りっぽい、待たされることが我慢できない)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	④暴言 (例:他者をののしる、どなる、威嚇する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑤暴行 (例:他者を叩く、押す、ひっかく、性的に虐待する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑥拒絶 (例:服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑦うつ (悲しそう、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑧不安 (落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑨無気力 (日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑩脱抑制 (例:行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

	⑪徘徊(例:合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に出歩く)	1. ない 3. かなりある	2. 少しある 4. 非常にある
	⑫睡眠障害(例:不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転)	1. ない 3. かなりある	2. 少しある 4. 非常にある
(12)現在利用している介護サービス内容 ※複数可	1. (介護予防)訪問介護 2. (介護予防)訪問入浴介護 3. (介護予防)訪問看護 4. (介護予防)訪問リハビリテーション 5. (介護予防)居宅療養管理指導 6. (介護予防)通所介護 7. (介護予防)通所リハビリテーション 8. (介護予防)短期入所生活介護 9. (介護予防)短期入所療養介護 10. (介護予防)福祉用具貸与 11. 特定(介護予防)福祉用具販売 12. 住宅改修 13. (介護予防)認知症対応型通所介護 14. その他()		

問2. 家族の状況についてお聞きします	
(1)世帯構成	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居
「3=その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ 2. それ以外
(2)主介護者(キーパーソン)の有無	1. あり 2. なし
「1=あり」の場合の本人との間柄	1. 配偶者 2. 娘・息子 3. 姉妹・兄弟 4. その他の親族 5. その他()

問3. サービスの内容と対応する職員・関係者についてお聞きします		(対応している職種に○)複数可								
対応内容	有無(該当する方に○)		①主治医	②看護師・准看護師	③訪問介護員	④PT/OT/ST	⑤計画作成責任者	⑥その他	⑦その他	⑧その他
	有	無						()	()	()
(1)個別援助計画を作成するためのアセスメント	有	無								
(2)サービス担当者会議	有	無								
(3)カンファレンスの開催	有	無								
(4)個別援助計画の作成	有	無								
(5)ケアの実施	有	無								
(6)普段の見守り	有	無								
(7)モニタリング・個別援助計画見直し	有	無								
(8)家族への連絡・調整	有	無								
(9)主治医・協力医療機関への連絡・調整	有	無								
(10)ケアマネジャーへの連絡・調整	有	無								

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きします		
(1) カンファレンスの状況	①カンファレンス開催のタイミング※複数可	1. サービス提供開始前に実施 2. サービス提供期間中に定期的に実施 3. 必要に応じて随時実施 4. その他()
	「2=サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()
(2) モニタリングの頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()	

問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きします		
(1) 主治医の有無	1. いる 2. いない	
「1=いる」の場合の医療機関	1. 協力医療機関である 2. 協力医療機関ではない	
「1=いる」の場合の主治医の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
「1=いる」の場合、主治医と情報共有していますか。	1. 情報共有している 2. 情報共有していない	
(2) 認知症であると医学的に診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない	
(3) 認知症の原因疾患について診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない	
「1=診断されている」の場合の診断を受けた時期	1. わかる	西暦_____年_____月
「1=診断されている」場合の診断者	1. 主治医 2. 主治医以外 3. わからない	
診断者の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
「1=診断されている」場合、診断名	「2. 血管性認知症」は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などの、脳の血管の病気によって起こる認知症を言います。	
	1. アルツハイマー型認知症 3. レビー小体型認知症 5. その他()	2. 血管性認知症 4. 前頭側頭型認知症
「2=診断されていない」場合の理由※複数可	1. 診断が必要な利用者ではない 2. 診断が必要な利用者かどうかわからない 3. 診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない 4. その他()	
「3=診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない」場合の理由		

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きします		
(1) 事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすケア 2. 利用者が役割をもって取り組めるケア 3. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 4. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 5. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 6. その他() 7. あてはまるものはない 	
(2) 日常生活支援として行われていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 困りごとや心配ごとの相談にのる 2. 話の聞き手になる 3. 利用者の状態やケアの内容を本人にわかりやすく説明する 4. その他() 5. 行われていることはない 	
(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	①食事介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の時間を決めない 2. 職員が1対1で対応している 3. 気がちらないように落ち着いた環境で食事をする 4. 本人の食の好みに合わせて調理している 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 食事介助は行っていない
	②入浴介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の意思に応じて入浴できるようにしている 2. 職員が1対1で対応している 3. 夜間入浴が行えるようにしている 4. 身体能力が低下しても入浴可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 入浴介助は行っていない
	③排泄介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の状態に応じて随時介助している 2. トイレで排泄することを基本としている 3. 可能な限りおむつは使用しない 4. 身体能力が低下しても排泄可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 排泄介助は行っていない

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

<p>(4) 医療的ケアとして行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 注射・点滴の管理 2. 中心静脈栄養の管理 3. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)の管理 7. 気管切開のケア 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 10. 喀痰吸引 11. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 12. じょくそうの処置 13. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 14. 服薬管理 15. その他() 16. 行われていない</p>
<p>(5) 家族支援として行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない</p>
<p>(6) 認知症ケアを行う上での課題</p>	<p>(最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。)</p>

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査

【利用者票】

利用者票は1人1行形式とする。

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出して下さい。

利用者ID:

問1. 利用者の状況についてお聞きします		
(1) 性別	1. 男性 2. 女性	
(2) 年齢	_____ 歳	
(3) 貴事業所の利用開始年月	西暦 _____ 年 _____ 月	
(4) 要介護度状態区分	1. 認定なし 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5	
(5) 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	
(6) 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明	
(7) 認知機能 (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	① 日常の意思決定ができますか	1. 意思を他者に伝達できる 2. ときどき伝達できる 3. ほとんど伝達できない 4. できない
	② 自分の名前を答えることができますか	1. できる 2. できない
	③ 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	④ 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑤ 自分の生年月日がわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑥ 今日が何月何日かわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑦ 自分のいる場所がどこかわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ

	⑧道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑨電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑩一日の計画を自分で立てることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑪季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(8) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑫一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑬バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑭貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑮電話をかけることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑯自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑰自分で、薬を決まった時間に決まった量のむことはできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(9) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑱入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	⑲着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する

	⑳トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	21 身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	22 食事は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	23 家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	24 家の外の移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
(10) 現在、治療している病気 (又は、治療を要する病気) ※複数可	1. 高血圧 2. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症 (脂質異常) 6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷 (転倒・骨折等) 11. がん (新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他 () 19. ない	
(11) 行動・心理症状	①妄想 (例:物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	②幻覚 (例:実際にはないものが聞こえたり、見えたりする)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	③易怒性 (例:気難しく怒りっぽい、待たされることが我慢できない)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	④暴言 (例:他者をののしる、どなる、威嚇する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑤暴行 (例:他者を叩く、押す、ひっかく、性的に虐待する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑥拒絶 (例:服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑦うつ (悲しそう、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑧不安 (落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑨無気力 (日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑩脱抑制 (例:行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある

	⑪徘徊(例:合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に出歩く)	1. ない 3. かなりある	2. 少しある 4. 非常にある
	⑫睡眠障害(例:不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転)	1. ない 3. かなりある	2. 少しある 4. 非常にある
(12)現在利用している介護サービス内容 ※複数可	1. (介護予防)訪問介護 2. (介護予防)訪問入浴介護 3. (介護予防)訪問看護 4. (介護予防)訪問リハビリテーション 5. (介護予防)居宅療養管理指導 6. (介護予防)通所介護 7. (介護予防)通所リハビリテーション 8. (介護予防)短期入所生活介護 9. (介護予防)短期入所療養介護 10. (介護予防)福祉用具貸与 11. 特定(介護予防)福祉用具販売 12. 住宅改修 13. (介護予防)認知症対応型通所介護 14. その他()		

問2. 家族の状況についてお聞きします	
(1)世帯構成	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居
「3=その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ 2. それ以外
(2)主介護者(キーパーソン)の有無	1. あり 2. なし
「1=あり」の場合の本人との間柄	1. 配偶者 2. 娘・息子 3. 姉妹・兄弟 4. その他の親族 5. その他()

問3. サービスの内容と対応する職員・関係者についてお聞きします								
対応内容	有無 (該当する方に○)	(対応している職種に○)複数可						
		①主治医	②看護師・ 准看護師	③介護職員	④PT/OT/ST	⑤その他 ()	⑥その他 ()	⑦その他 ()
(1)個別援助計画を作成するためのアセスメント	有 無							
(2)サービス担当者会議	有 無							
(3)カンファレンスの開催	有 無							
(4)個別援助計画の作成	有 無							
(5)ケアの実施	有 無							
(6)普段の見守り	有 無							
(7)モニタリング・個別援助計画見直し	有 無							
(8)家族への連絡・調整	有 無							
(9)主治医・協力医療機関への連絡・調整	有 無							
(10)ケアマネジャーへの連絡・調整	有 無							

問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きします		
(1) カンファレンスの状況	①カンファレンス開催のタイミング※複数可	1. サービス提供開始前に実施 2. サービス提供期間中に定期的に実施 3. 必要に応じて随時実施 4. その他()
	「2=サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()
(2) モニタリングの頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()	

問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きします			
(1) 主治医の有無	1. いる 2. いない		
「1=いる」の場合の医療機関	1. 協力医療機関である 2. 協力医療機関ではない		
「1=いる」の場合の主治医の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない		
「1=いる」の場合、主治医と情報共有していますか。	1. 情報共有している 2. 情報共有していない		
(2) 認知症であると医学的に診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない		
(3) 認知症の原因疾患について診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない		
「1=診断されている」の場合の診断を受けた時期	1. わかる	西暦_____年_____月	
	2. わからない		
	「1=診断されている」の場合の診断者	1. 主治医 2. 主治医以外 3. わからない	
	診断者の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
	「1=診断されている」の場合、診断名	「2. 血管性認知症」は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などの、脳の血管の病気によって起こる認知症を言います。 1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. レビー小体型認知症 4. 前頭側頭型認知症 5. その他()	
「2=診断されていない」場合の理由※複数可	1. 診断が必要な利用者ではない 2. 診断が必要な利用者かどうかわからない 3. 診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない 4. その他()		
	「3=診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない」場合の理由		

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きします		
(1) 事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. その他() 11. あてはまるものはない 	
(2) 日常生活支援として行われていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の準備 2. 困りごとや心配ごとの相談にのる 3. 話の聞き手になる 4. 利用者の状態やケアの内容を本人にわかりやすく説明する 5. その他() 6. 行われていることはない 	
(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	① 食事介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の時間を決めない 2. 職員が1対1で対応している 3. 気がちらないように落ち着いた環境で食事をする 4. 本人の食の好みに合わせて調理している 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 食事介助は行っていない
	② 入浴介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の意思に応じて入浴できるようにしている 2. 職員が1対1で対応している 3. 夜間入浴が行えるようにしている 4. 身体能力が低下しても入浴可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 入浴介助は行っていない
	③ 排泄介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の状態に応じて随時介助している 2. トイレで排泄することを基本としている 3. 可能な限りおむつは使用しない 4. 身体能力が低下しても排泄可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 排泄介助は行っていない

<p>(4) 医療的ケアとして行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 注射・点滴の管理 2. 中心静脈栄養の管理 3. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)の管理 7. 気管切開のケア 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 10. 喀痰吸引 11. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 12. じょくそうの処置 13. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 14. 服薬管理 15. その他() 16. 行われていない</p>
<p>(5) 家族支援として行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない</p>
<p>(6) 認知症ケアを行う上での課題</p>	<p>(最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。)</p>

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査

【利用者票】

利用者票は1人1行形式とする。

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出して下さい。

利用者ID:

問1. 利用者の状況についてお聞きします		
(1) 性別	1. 男性 2. 女性	
(2) 年齢	_____ 歳	
(3) 貴事業所の利用開始年月	西暦 _____ 年 _____ 月	
(4) 要介護度状態区分	1. 認定なし 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5	
(5) 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	
(6) 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明	
(7) 認知機能 (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	① 日常の意思決定ができますか	1. 意思を他者に伝達できる 2. ときどき伝達できる 3. ほとんど伝達できない 4. できない
	② 自分の名前を答えることができますか	1. できる 2. できない
	③ 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	④ 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑤ 自分の生年月日がわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑥ 今日が何月何日かわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑦ 自分のいる場所がどこかわからなくなるときがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ

	⑧道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑨電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑩一日の計画を自分で立てることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑪季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(8) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑫一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑬バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑭貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑮電話をかけることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑯自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑰自分で、薬を決まった時間に決まった量のむことはできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(9) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑱入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	⑲着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する

	⑳トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	21 身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	22 食事は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	23 家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	24 家の外の移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
(10) 現在、治療している病気 (又は、治療を要する病気) ※複数可	1. 高血圧 2. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症 (脂質異常) 6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷 (転倒・骨折等) 11. がん (新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他 () 19. ない	
(11) 行動・心理症状	①妄想 (例:物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	②幻覚 (例:実際にはないものが聞こえたり、見えたりする)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	③易怒性 (例:気難しく怒りっぽい、待たされることが我慢できない)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	④暴言 (例:他者をののしる、どなる、威嚇する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑤暴行 (例:他者を叩く、押す、ひっかく、性的に虐待する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑥拒絶 (例:服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑦うつ (悲しそう、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑧不安 (落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑨無気力 (日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑩脱抑制 (例:行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある

	⑪徘徊(例:合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に出歩く)	1. ない 3. かなりある	2. 少しある 4. 非常にある
	⑫睡眠障害(例:不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転)	1. ない 3. かなりある	2. 少しある 4. 非常にある

問2. 家族の状況についてお聞きします	
(1) 世帯構成	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居
「3=その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ 2. それ以外
(2) 主介護者(キーパーソン)の有無	1. あり 2. なし
「1=あり」の場合の本人との間柄	1. 配偶者 2. 娘・息子 3. 姉妹・兄弟 4. その他の親族 5. その他()

問3. サービスの内容と対応する職員・関係者についてお聞きします									
対応内容	有無 (該当する方に○)	(対応している職種に○) 複数可							
		① 主治医	② 看護師・准看護師	③ 介護職員	④ PT/OT/ST	⑤ 介護支援専門員	⑥ その他 ()	⑦ その他 ()	⑧ その他 ()
(1) 個別援助計画を作成するためのアセスメント	有 無								
(2) カンファレンスの開催	有 無								
(3) 個別援助計画の作成	有 無								
(4) ケアの実施	有 無								
(5) 普段の見守り	有 無								
(6) モニタリング・個別援助計画見直し	有 無								
(7) 家族への連絡・調整	有 無								
(8) 主治医・協力医療機関への連絡・調整	有 無								

問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きします		
(1) カンファレンスの状況	①カンファレンス開催のタイミング※複数可	1. サービス提供開始前に実施 2. サービス提供期間中に定期的に実施 3. 必要に応じて随時実施 4. その他()
	「2=サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()
(2) モニタリングの頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()	

問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きします	
(1) 主治医の有無	1. いる 2. いない
「1=いる」の場合の医療機関	1. 協力医療機関である 2. 協力医療機関ではない
「1=いる」の場合の主治医の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない
「1=いる」の場合、主治医と情報共有をしていますか。	1. 情報共有している 2. 情報共有していない
(2) 認知症であると医学的に診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない
(3) 認知症の原因疾患について診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない
「1=診断されている」の場合の診断を受けた時期	1. わかる → 西暦_____年_____月 2. わからない
「1=診断されている」の場合の診断者	1. 主治医 2. 主治医以外 3. わからない
診断者の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない
「1=診断されている」の場合、診断名	「2. 血管性認知症」は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などの、脳の血管の病気によって起こる認知症を言います。 1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. レビー小体型認知症 4. 前頭側頭型認知症 5. その他 ()
「2=診断されていない」場合の理由 ※複数可	1. 診断が必要な利用者ではない 2. 診断が必要な利用者かどうかわからない 3. 診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない 4. その他 ()
「3=診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない」場合の理由	

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きします		
(1) 事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. その他() 11. あてはまるものはない 	
(2) 日常生活支援として行われていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の準備 2. 掃除・整理整頓 3. 洗濯 4. ゴミ出し 5. 買物の同行又は代行 6. 通院の同行 7. 買物や通院以外の外出支援(散歩など) 8. 預金の引き落としの同行又は代行 9. 困りごとや心配ごとの相談にのる 10. 話の聞き手になる 11. 利用者の状態やケアの内容を本人にわかりやすく説明する 12. その他() 13. 行われていることはない 	
(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	①食事介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の時間を決めない 2. 職員が1対1で対応している 3. 気がちらないように落ち着いた環境で食事をする 4. 本人の食の好みに合わせて調理している 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 食事介助は行っていない
	②入浴介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の意思に応じて入浴できるようにしている 2. 職員が1対1で対応している 3. 夜間入浴が行えるようにしている 4. 身体能力が低下しても入浴可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 入浴介助は行っていない
	③排泄介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の状態に応じて随時介助している 2. トイレで排泄することを基本としている 3. 可能な限りおむつは使用しない 4. 身体能力が低下しても排泄可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 排泄介助は行っていない

<p>(4) 医療的ケアとして行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 注射・点滴の管理 2. 中心静脈栄養の管理 3. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)の管理 7. 気管切開のケア 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 10. 喀痰吸引 11. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 12. じょくそうの処置 13. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 14. 服薬管理 15. その他() 16. 行われていない</p>
<p>(5) 家族支援として行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない</p>
<p>(6) 認知症ケアを行う上での課題</p>	<p>(最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。)</p>

■■■ご協力ありがとうございました■■■

	⑦自分のいる場所がどこだかわからなくなることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑧道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	⑨電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑩一日の計画を自分で立てることが出来ますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑪季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(9) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑫一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑬バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑭貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑮電話をかけることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑯自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
(10) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)	⑰自分で、薬を決まった時間に決まった文量のむことはできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	⑱入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声がけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する

【認知症対応型共同生活介護】

	⑱着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	⑳トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	21 身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	22 食事は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	23 家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
	24 家の外の移動は一人でできますか	1. 問題なくできる 2. 見守りや声かけを要する 3. 一部介助を要する 4. 全介助を要する
(11) 現在、治療している病気 (又は、治療を要する病気) ※複数可	1. 高血圧 2. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症 (脂質異常) 6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷 (転倒・骨折等) 11. がん (新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他 () 19. ない	
(12) 行動・心理症状	①妄想 (例: 物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	②幻覚 (例: 実際にはないものが聞こえたり、見えたりする)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	③易怒性 (例: 気難しく怒りっぽい、待たされることが我慢できない)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	④暴言 (例: 他者をののしる、どなる、威嚇する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑤暴行 (例: 他者を叩く、押す、ひっかく、性的に虐待する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑥拒絶 (例: 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑦うつ (悲しそう、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある
	⑧不安 (落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している)	1. ない 2. 少しある 3. かなりある 4. 非常にある

	⑨無気力(日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態)	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある
	⑩脱抑制(例:行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動)	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある
	⑪徘徊(例:合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に出歩く)	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある
	⑫睡眠障害(例:不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転)	1. ない	2. 少しある
		3. かなりある	4. 非常にある

問2. 家族の状況についてお聞きします	
(1) 入居直前の世帯	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居
「3=その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ 2. それ以外
(2) 主介護者(キーパーソン)の有無	1. あり 2. なし
「1=あり」の場合の本人との間柄	1. 配偶者 2. 娘・息子 3. 姉妹・兄弟 4. その他の親族 5. その他()

問3. サービスの内容と対応する職員・関係者についてお聞きします									
対応内容	有無 (該当する方に○)		(対応している職種に○) 複数可						
			① 主治医	② 看護師・ 准看護師	③ 介護職員	④ PT/OT/ ST	⑤ 計画作成担当者	⑥ その他 ()	⑦ その他 ()
(1) 個別援助計画を作成するためのアセスメント	有	無							
(2) サービス担当者会議	有	無							
(3) カンファレンスの開催	有	無							
(4) 個別援助計画の作成	有	無							
(5) ケアの実施	有	無							
(6) 普段の見守り	有	無							
(7) モニタリング・個別援助計画見直し	有	無							
(8) 家族への連絡・調整	有	無							
(9) 主治医・協力医療機関への連絡・調整	有	無							

【認知症対応型共同生活介護】

問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きします		
(1) カンファレンスの状況	①カンファレンス開催のタイミング※複数可	1. サービス提供開始前に実施 2. サービス提供期間中に定期的に実施 3. 必要に応じて随時実施 4. その他()
	「2=サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()
(2) モニタリングの頻度	1. 1か月に1回程度 2. 2~3か月に1回程度 3. 半年に1回程度 4. その他()	

問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きします		
(1) 主治医の有無	1. いる 2. いない	
「1=いる」の場合の医療機関	1. 協力医療機関である 2. 協力医療機関ではない	
「1=いる」の場合の主治医の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
「1=いる」の場合、主治医と情報共有していますか。	1. 情報共有している 2. 情報共有していない	
(2) 認知症であると医学的に診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない	
(3) 認知症の原因疾患について診断されていますか。	1. 診断されている 2. 診断されていない 3. わからない	
「1=診断されている」の場合の診断を受けた時期	1. わかる	西暦_____年_____月
「1=診断されている」の場合の診断者	1. 主治医 2. 主治医以外 3. わからない	
診断者の専門分野	1. 認知症を専門とする医師である 2. 認知症を専門とする医師ではない 3. わからない	
「1=診断されている」の場合、診断名	「2. 血管性認知症」は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などの、脳の血管の病気によって起こる認知症を言います。	
	1. アルツハイマー型認知症 3. レビー小体型認知症 5. その他()	2. 血管性認知症 4. 前頭側頭型認知症
「2=診断されていない」場合の理由※複数可	1. 診断が必要な利用者ではない 2. 診断が必要な利用者かどうかわからない 3. 診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない 4. その他()	
「3=診断が必要な利用者であるが、診断につなげられない」場合の理由		

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きします		
(1) 事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. その他() 11. あてはまるものはない 	
(2) 日常生活支援として行われていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の準備 2. 掃除・整理整頓 3. 洗濯 4. ゴミ出し 5. 買物の同行又は代行 6. 通院の同行 7. 買物や通院以外の外出支援(散歩など) 8. 預金の引き落としの同行又は代行 9. 困りごとや心配ごとの相談にのる 10. 話の聞き手になる 11. 利用者の状態やケアの内容を本人にわかりやすく説明する 12. その他() 13. 行われていることはない 	
(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば○をつけてください。 ※複数可	①食事介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事の時間を決めない 2. 職員が1対1で対応している 3. 気がちらないように落ち着いた環境で食事をする 4. 本人の食の好みに合わせて調理している 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 食事介助は行っていない
	②入浴介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の意思に応じて入浴できるようにしている 2. 職員が1対1で対応している 3. 夜間入浴が行えるようにしている 4. 身体能力が低下しても入浴可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 入浴介助は行っていない
	③排泄介助	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の状態に応じて随時介助している 2. トイレで排泄することを基本としている 3. 可能な限りおむつは使用しない 4. 身体能力が低下しても排泄可能な設備を備えている 5. その他() 6. 特に工夫はない 7. 排泄介助は行っていない

【認知症対応型共同生活介護】

<p>(4) 医療的ケアとして行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 注射・点滴の管理 2. 中心静脈栄養の管理 3. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)の管理 7. 気管切開のケア 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 10. 喀痰吸引 11. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 12. じょくそうの処置 13. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 14. 服薬管理 15. その他() 16. 行われていない</p>
<p>(5) 家族支援として行われていることがあれば○をつけてください。※複数可</p>	<p>1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない</p>
<p>(6) 認知症ケアを行う上での課題</p>	<p>(最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。)</p>

■■■ご協力ありがとうございました■■■